

# Svenska kvinnors upprepade utsatthet för våld

Johanna Simmons

Johanna Simmons, medicine doktor, ST-läkare internmedicin, Medicinska och geriatriska akutkliniken, Institutionen för klinisk och experimentell medicin, Linköpings Universitet.  
e-post: johanna.simmons@liu.se

Studier om våld fokuserar ofta på en typ av våld (exv sexuellt våld) eller våld från en typ av utövare (exv partner). Denna studie är en sammanfattning av två svenska studier som visar att utsatthet för våld i olika typer av relationer (familj, partner, annan) är starkt associerade till varandra och att upprepade utsatthet är starkast associerat till symptom på psykisk ohälsa. När man inte tar hänsyn till detta i forskningen riskerar man att introducera systematiska fel i studier. Kunskapen om upprepade utsatthet bör få betydelse för vårdgivares möte med våldsutsatta, dels i arbetet med att identifiera och hjälpa utsatta personer och dels i det sekundärpreventiva arbetet.

Research concerning violence tends to focus on one kind of violence (e.g., sexual violence) or violence from one kind of perpetrator (e.g., partner). This study is a summary of two Swedish studies showing that violence in different kinds of relationships (family, partner, other) are strongly associated with each other and that multiple victimization is most strongly associated with symptoms of psychological ill-health. Not considering this in research may introduce systematic bias in studies. It is also important knowledge for health care personnel, both when identifying and supporting victims and when working with secondary prevention.

## Bakgrund

Forskning om våld mot vuxna personer är ofta fokuserad på en typ av våld (exv sexuellt våld) eller våld från en typ av utövare (exv partner). Detta trots att allt mer forskning visar att olika typer av våld är starkt associerade till varandra och att ha blivit utsatt för våld tidigare är en av de största riskfaktorerna för att återigen utsättas för våld (1). Gällande barn har forskningen under flera år fokuserat på s.k. polyviktisering, dvs att räkna antalet traumatiserande händelser under en specifik tidsperiod (2, 3) eller att mäta förekomsten av multipla ”ACE” (Adverse Childhood Experiences) (4). Studierna visar att de barn och ungdomar som varit utsatta för flera potentiellt traumatiserande händelser, oavsett typ av

händelser, löper störst risk att drabbas av ohälsa. Man har också kunnat se att våldsutsatthet i sig är en stark riskfaktor för att återigen utsättas för våld (1, 3-6).

När man studerar enbart en typ av våld tenderar det att ge fragmentiserad kunskap. Risken finns också att man introducerar systematiska fel i studier. Om man exempelvis önskar mäta hälsoeffekter av att ha varit utsatt för våld i partnerrelation och delar upp respondenterna i utsatta och icke-utsatta, finns en betydande risk att man egentligen har mixade grupper vad gäller utsatthet. I gruppen ”utsatta” återfinns sannolikt en andel som varit utsatta för våld av flera typer av utövare. Det är också troligt att man i gruppen ”icke-utsatta” har inkluderat ett antal personer som varit utsatta för andra typer av våld än just i partnerrelationer. På så sätt kan sambandet mellan partnervåld och ohälsa stärkas (om riskökningen som egentligen beror på upprepad utsatthet attribueras till bara våld i partnerrelation) eller försvagas (om det i gruppen ”icke-utsatta” återfinns personer utsatta för andra typer av våld som ger samma ohälsoutfall som partnervåld). Om utsatthet för olika typer av våld är associerat med varandra kommer fördelningen av utsatthet för våld från andra utövare än parter inte vara slumpmässigt fördelat i exemplets båda grupper. Det är därför troligt att systematiska fel introduceras i studien. I studier gjorda på barn har man kunnat visa att den typen av systematiska fel förekommer, associationer mellan specifika typer av övergrepp och ohälsa minskar i styrka eller blir inte längre signifikanta om man också tar hänsyn till polyviktisering (2, 3).

Den här artikeln är en sammanfattning av resultaten i två studier som syftade till att undersöka upprepad utsatthet för våld i Sverige. Här presenteras resultaten från slumpmässigt utvalda kvinnor i populationen men i originalstudierna sågs likartade resultat bland män och kvinnor både i den allmänna populationen och bland patienter på sjukhus (7, 8). Då det rör sig om sekundära analyser av tidigare insamlade material fanns inte möjligheten att undersöka förekomsten av polyviktisering och systematiska fel på samma sätt som i studierna som presenteras ovan. Syftet var istället att undersöka förekomsten av utsatthet för våld av flera typer av utövare samt testa följande hypoteser:

1. Våld är associerat med våld, dvs att rapportera våld från en typ av utövare ger ökade odds att också rapportera våld från en annan typ av utövare.
2. Att ha varit utsatt för våld av flera olika typer av utövare är starkare associerat till symptom på psykisk ohälsa än att ha varit utsatt i en typ av relation.

## Metod

Studierna baseras på sekundära analyser av material insamlat för en prevalensstudie om våld i Sverige. Under år 2000 fick slumpmässigt utvalda kvinnor ur

Östergötlands befolkning ett frågeformulär hemskickat. Svarsfrekvens blev 61% (n=1168). Instrumentet som användes för att mäta våldsutsatthet var NorAQ (NorVold Abuse Questionnaire). Det är ett instrument som från början utvecklades för att undersöka prevalensen av våldsutsatthet bland kvinnliga patienter på gynekologiska mottagningar i de nordiska länderna (9) och det presenteras närmare i en annan artikel i detta nummer, skriven av Barbro Wijma. NorAQ innehåller frågor om fysiskt, sexuellt, emotionellt våld samt kränkningar i vården och är validerat med gott resultat (10). I de studier som presenteras här inkluderas inte kränkningar i vården i analysen. I valideringen av NorAQ såg man att frågan om milda fysiska övergrepp hade sämre validitet än övriga frågor och i denna studie klassas därför de som svarat jakande på den frågan, men nekande på övriga frågor om våld, som negativa.

Livstidsprevalensen av våld undersöktes och svaren inkluderar alltså både våld i barndom och i vuxenlivet. För varje kategori av våld (fysiskt, sexuellt, emotionellt) ställs en följdfråga gällande vem utövaren av våldet var. Svaren grupperades sedan i tre huvudtyper av relationer: 1) Partner (tidigare eller nuvarande partner) 2) Familj (föräldrar, styvförälder eller syskon) 3) Andra (jämnårig person under 18 år, en känd person som inte tillhörde familjen, en helt okänd person, annan). För att kunna studera effekten av att vara utsatt för våld i flera olika typer av relationer så skapades en variabel med ömsesidigt uteslutande kategorier av utövare: 1) familjemedlem 2) partner 3) annan 4) familj och partner 5) familj och annan 6) partner och annan 7) Familj, partner och annan

Symptom på psykisk ohälsa mättes i NorAQ med sex frågor; tre om huruvida respondenten upplevt ångest, depression eller sömnsvårigheter i sådan utsträckning att det varit svårt att fungera i det dagliga livet, samt tre frågor om symptom på Post Traumatisk Stress sjukdom (PTSD). På varje fråga kunde man få mellan 0 (inga symptom) och 3 poäng (ofta symptom) och poängen lades sedan samman till en skala där det var möjligt att få 0-18 poäng (Cronbachs alfa för skalan var 0.86). Skalan blev kraftigt positivt snedfördelad då 55% av respondenterna fick 0 poäng och ytterligare en stor andel enbart fick några få poäng. Detta gällde även residualerna och skalan kunde därför inte användas i linjär regression. Istället fick multinominal regression användas med följande tre kategorier: 1) Inga symptom (0 poäng = 55%), 2) Få symptom (1-6 poäng = 35%) och 3) Mycket symptom (7-18 poäng = 9%). Uppdelningen gjordes så att respondenten för att hamna i kategorin mycket symptom var tvungen att få minst två poäng på minst en fråga.

## Statistisk analys

Deskriptiv statistik och proportionella Venndiagram användes för att undersöka och illustrera hur vanligt förekommande det är att ha varit utsatt i flera typer av relationer.

**Hypotes 1:** För att testa om våld från en typ av utövare är associerat till våld från andra typer av utövare gjordes tre binära logistiska regressioner, en för varje typ av utövare. I var och en av modellerna sattes våld från en typ av utövare som utfallsvariabel och möjliga kombinationer av de övriga typerna av utövare sattes som förklaringsvariabler. Samtliga modeller korrigerades för ålder, utbildningsnivå, sysselsättning och civilstatus.

**Hypotes 2:** Multinomial regression användes för att testa om associationen mellan utsatthet och symptom på psykisk ohälsa var starkare för de som rapporterade våld av två eller tre typer av utövare jämfört en typ av utövare. Symptom på psykisk ohälsa sattes som utfallsvariabel och antalet rapporterade typer av utövare (en, två eller tre) som förklaringsvariabel.

För att bättre kartlägga hur associationen mellan symptom på psykisk ohälsa och de olika kategorierna av utövare såg ut användes återigen multinomial regression. Symptom på psykisk ohälsa användes som utfallsvariabel medan kombinationer av utövare sattes som förklaringsvariabel. Samtliga modeller korrigerades för ålder, utbildningsnivå, sysselsättning och civilstatus.

## Resultat

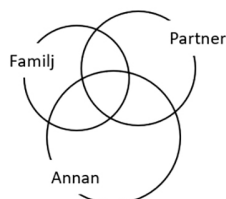
Bakgrundsinformation om respondenterna presenteras i tabell 1. Totalt svarade 36% av kvinnorna i undersökningen ja på minst en fråga om utsatthet för övergrepp. Bland de kvinnor som varit utsatta rapporterade 37% att de varit utsatta av två eller fler typer av utövare. Data för varje separat kategori presenteras i tabell 2.

	n	%
<b>Åldersgrupp</b>		
≤ 29	253	21.9
30-39	241	20.9
40-49	284	24.6
50-59	294	25.5
≥ 60	83	7.2
<b>Civilstatus</b>		
Ensamstående	225	19.4
Partner	932	80.6
<b>Utbildning</b>		
≤ 12 år	646	55.5
≥ 13 år	517	44.5
<b>Sysselsättning</b>		
Förvärsarbetar	807	70.7
Föräldraledig	40	3.5
Arbetslös	59	5.2
Student	130	11.4
Pensionär, sjukskriven, annat	106	9.3

Tabell 1. Bakgrundsdata gällande respondenterna i studien (n=1168).

Tabell 2. Prevalens av rapporterade typer av utövare samt proportionellt Venndiagram för att illustrera överlappningen.

Typ av utövare	% av alla respondenter n=1166	% av utsatta n=422
	Inget våld	63.8
Familj	5.3	14.7
Partner	6.5	18.0
Annan	10.9	30.1
Familj + Partner	2.6	7.1
Familj + Annan	4.2	11.6
Partner + Annan	3.9	10.7
Familj + Partner + Annan	2.8	7.8



**Hypotes 1:** Att rapportera våld av en typ av utövare var starkt associerat med att även rapportera våld av andra utövare. Kvinnor som rapporterade våld både av familjemedlem och annan utövare hade sex gånger högre odds att också rapportera våld från partner (OR=6,1 95% KI 3,5-10,7). Liknande mönster sågs för våld från andra typer av utövare. Detaljer om sambandet presenteras i tabell 3.

**Hypotes 2:** Oddskvoten för att rapportera mycket symptom på psykisk ohälsa var signifikant högre för både de som rapporterade två typer av utövare (OR 2,6 95% CI 1,3 – 5,1) och de som rapporterade tre utövare (OR 6,1 95% CI 1,6-23,9) jämfört med de som rapporterade en utövare. Den multinominala regressionen som genomfördes för att kartlägga associationen mellan typ av utövare och symptom på psykisk ohälsa visade följande trender. 1) Att rapportera flera typer av utövare (särskilt alla tre typerna) var starkast associerat till symptom på psykisk ohälsa. 2) Kombinationer av utövare som inkluderar våld från partner tenderade att generera högre OR för symptom på psykisk ohälsa än andra typer av utövare (Tabell 4).

tema

Tabell 3. Oddskvot och 95% konfidensintervall (KI) för att rapportera våld från en typ av utövare beroende på om man även rapporterade utsatthet av andra utövare.

<b>Oddskvot för att rapportera våld från en partner:</b>		
	<b>OR</b>	<b>95% KI</b>
Endast partner	1.0	
Familj	4.4	2.6-7.3
Annan utövare	3.3	2.1-5.0
Familj + annan	6.1	3.6-10.2

<b>Oddskvot för att rapportera våld från en familjemedlem</b>		
	<b>OR</b>	<b>95% KI</b>
Endast familj	1.0	
Partner	4.4	2.6-7.3
Annan utövare	4.3	2.8-6.7
Partner + annan	8.0	4.7-13.8

<b>Oddskvot för att rapportera våld av annan utövare</b>		
	<b>OR</b>	<b>95% KI</b>
Endast annan utövare	1.0	
Familj	4.2	2.7-6.6
Partner	3.2	2.1-4.9
Familj + partner	6.1	3.5-10.7

Tabell 4. Associationen mellan att rapportera olika kombinationer av utövare och symptom på psykisk ohälsa.

	N	<b>Lite symptom (1-6 poäng)</b>		<b>Mycket symptom (7-18 poäng)</b>	
		OR	95% CI	OR	95% CI
<b>Antal utövare</b>					
En typ	255	1		1	
Två typer	118	1.6	0.9 - 2.8	2.6	1.3 - 5.1
Tre typer	32	3.2	0.9 - 11.6	6.1	1.6 - 23.9
<b>Typ av utövare</b>					
Ej utsatt	711	1		1	
Familj	58	3.3	1.8 - 6.2	7.0	2.7 - 18.4
Partner	72	4.8	2.7 - 8.6	7.7	3.0 - 20.0
Annan	125	1.8	1.2 - 2.7	7.9	4.1 - 15.3
Familj + Partner	28	5.4	1.7 - 17.1	46.6	13.3 - 163.0
Familj + Annan	46	3.0	1.5 - 6.3	14.2	5.6 - 36.0
Partner + Annan	44	5.7	2.5 - 12.9	16.5	5.7 - 48.2
Familj + Partner + Annan	32	9.1	2.6 - 31.9	53.2	13.7 - 206.2

Not: Anser sammanlagd poäng på skalan med symptom på psykisk ohälsa (0-18 poäng).

## Diskussion

I studien såg vi att en stor andel (37%) av alla som rapporterat någon form av utsatthet rapporterade våld från mer än en utövare och att det var starkt associerat till symptom på psykisk ohälsa att ha varit utsatt i flera typer av relationer.

Sannolikt har en ännu större andel av respondenterna varit utsatt för våld av flera utövare. Detta då vi mäter antalet typer av utövare och inte antalet utövare. Den stora andelen stämmer väl med tidigare forskning där det till och med har hävdats att upprepad utsatthet är normen snarare än undantaget (1).

Då denna studie bygger på sekundära analyser av tidigare insamlade data hade vi tyvärr inte möjlighet att studera huruvida man introducerar systematiska fel i studier genom att inte ta hänsyn till upprejade utsatthet. De starka samband vi ser både vad gäller associationen mellan våld från olika typer av utövare och mellan upprejade utsatthet och ohälsa understödjer dock teorin om att sådana systematiska fel kan förekomma. De understryker också vikten av att ta hänsyn till upprepad utsatthet både inom forskningen och i den kliniska vardagen.

Ett argument som ibland framförs för att särskilja forskning om partnervåld från andra typer av våld är att olika typer av våld föranleder olika interventioner och åtgärder inom vården. Kunskap om att våld är starkt associerat till våld och att ohälsan var störst bland de som rapporterat flera typer av utövare är dock av värde för vårdgivaren. En person traumatiserad av våld i partnerrelation och våld i barndomen har sannolikt andra behov än en person utsatt för våld enbart i partnerrelationer. Dessutom, understryker kunskapen om upprejade utsatthet vikten av att arbeta sekundärpreventivt. Att identifiera och hjälpa patienter utsatta för våld handlar inte bara om att stötta dem i sin nuvarande situation utan också om att minska risken att återigen bli utsatt i en liknande eller helt annan typ av relation. I det praktiska arbetet vet många vårdgivare och socialarbetare att deras patienter/klienter varit utsatta i flera typer av relationer, men den kunskapen måste också in i det systematiska arbetet. I socialstyrelsens riktlinjer från 2014 framgår att vården ofta bör fråga om våld i nära relation (11) men denna och liknande studier tyder på att vi även bör fråga även om andra typer av våld, för att på så sätt få en helhetsbild.

Frågan om varför våld är en stark riskfaktor för att återigen drabbas av våld och varför utsatthet i flera typer av relationer leder till ökad risk för psykisk ohälsa besvaras inte i denna studie. Det finns flera teoretiska förklaringsmodeller till detta. Dels kan man konstatera att har olika typer av våld har gemensamma riskfaktorer (1). Vad det gäller barn finns teorier om att utsatthet påverkar både anknytning och barnets kognitiva schemata. Våldet blir normalt och något man kan förvänta sig. På så sätt ökas risken att barnet återigen utsätts (1, 12-14).

Att ha varit utsatt för våld av flera typer av förövare kan vara en indikator på

ett svagt socialt nätverk, vilket i sin tur kan vara en riskfaktor för att återigen utsättas. Ett svagt nätverk innebär också att man saknar den skyddande faktor som ett starkt socialt stöd från omgivningen har visat sig vara mot att utveckla depression och PTSD efter våldsutsatthet (15-17). Dessutom ökar risken att utveckla PTSD i sviterna av ett trauma om man tidigare har drabbats av PTSD (18).

Det teoretiska ramverket runt polyviktisering handlar bland annat om att våld inte ska betraktas som isolerade, specifika händelser. Istället lever många utsatta i ett tillstånd av våld (3). På liknande sätt talas det gällande vuxna om latent våld, det våld som ständigt finns närvarande som en möjlighet. I parrelationer kan det handla om att risken för våld styr den utsattes handlande och varande. Våldet blir ett kroniskt livsvillkor (19). Då fler personer och fler miljöer är involverade i våldet kan det leda till mer allvarliga konsekvenser för den utsatte liksom mindre möjlighet till återhämtning och att bygga motståndskraft. Det kan vara orsaken till att upprepat våld är så starkt associerat till symptom på psykisk ohälsa.

## Konklusion

Våld är associerat med våld och utsatthet i flera typer av relationer är starkast associerat till symptom på psykisk ohälsa. Detta bör beaktas i sjukvårdens möte med patienter utsatta för våld.

## Referenser

1. Hamby S, Grych J. The Web of Violence. Exploring Connections Among Different Forms of Interpersonal Violence and Abuse. Johnson RJ, editor. New York: Springer; 2013.
2. Gustafsson PE, Nilsson D, Svedin CG. Polytraumatization and psychological symptoms in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009;18(5):274-83.
3. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Poly-victimization: a neglected component in child victimization. *Child Abuse Negl*. 2007;31(1):7-26.
4. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245-58.
5. Brown DW, Anda RF, Tiemeier H, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB, et al. Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *Am J Prev Med*. 2009;37(5):389-96.
6. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child Abuse Negl*. 2007;31(5):479-502.
7. Simmons J, Wijma B, Swahnberg K. Associations and experiences observed for family and nonfamily forms of violent behavior in different relational contexts among Swedish men and women. *Violence Victims*. 2014;29(1):152-70.



8. Simmons J, Wijma B, Swahnberg K. Lifetime co-occurrence of violence victimisation and symptoms of psychological ill health: a cross-sectional study of Swedish male and female clinical and population samples. *BMC Public Health*. 2015;15(1):979.
9. Wijma B, Schei B, Swahnberg K, Hilden M, Offerdal K, Pikarinen U, et al. Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: a Nordic cross-sectional study. *Lancet*. 2003;361(9375):2107-13.
10. Swahnberg K, Wijma B. The NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ): Validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse, and abuse in the health care system among women. *Eur J Public Health*. 2003;13(4):361-6.
11. SOSFS 2014:4 Våld i nära relationer, (2014).
12. McHugh MC, Livingston NA, Ford A. A postmodern approach to women's use of violence: Developing multiple and complex conceptualizations. *Psychology of Women Quarterly*. 2005;29(3):323-36.
13. Cloitre M, Stolbach BC, Herman JL, van der Kolk B, Pynoos R, Wang J, et al. A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *J Trauma Stress*. 2009;22(5):399-408.
14. Alexander PC. Childhood Trauma, Attachment, and Abuse by Multiple Partners. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*. 2009;1(1):78-88.
15. Coker AL, Smith PH, Thompson MP, McKeown RE, Bethea L, Davis KE. Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *Journal of women's health & gender-based medicine*. 2002;11(5):465-76.
16. Mburia-Mwalili A, Clements-Nolle K, Lee W, Shadley M, Wei Y. Intimate partner violence and depression in a population-based sample of women: can social support help? *J Interpers Violence*. 2010;25(12):2258-78.
17. Boxer P, Sloan-Power E. Coping with violence: a comprehensive framework and implications for understanding resilience. *Trauma Violence Abuse*. 2013;14(3):209-21.
18. Breslau N, Peterson EL, Schultz LR. A second look at prior trauma and the posttraumatic stress disorder effects of subsequent trauma: a prospective epidemiological study. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(4):431-7.
19. Isdal P. Meningen med våld: Gothia Fortbildning AB; 2017.