

Vold mot kvinner:

En litteraturstudie om prevalens, hjelpetiltak, konsekvenser og mulige mekanismer bak ettervirkningene.

Serina Kleiven stud. med. (kull V07)



Prosjektoppgave i profesjonsstudiet ved medisinsk fakultet
UNIVERSITETET I OSLO

Veileder: Professor dr. med. Kari Ormstad, Institutt for klinisk medisin, UIO og Divisjon for
rettsmedisin og rusmiddelforskning

Folkehelseinstituttet

2011

Innhold

Innhold	2
Innledning.....	3
Mål for studien.....	4
Bakgrunn.....	5
Vold mot kvinner	9
Fysiske følger.....	10
Psykiske følger.....	13
Sosiale følger	14
Livskvalitet.....	15
Teorier om mekanismer for ettervirkning av VINR.....	16
Dysregulering av den hypothalamiske-hypofysære-adrenokortikale(HPA) akse	16
Gene COMT VAL(158) Met og 5HTTLPR (serotonin transporter gen)	17
Endret kortikal-limbisk system.....	18
Immunstatus.....	18
Møtet med hjelpeapparatet	19
Tiltak som hjelper.....	22
Konklusjon.....	25
Referanser	26

Innledning

Denne litteraturstudien ble skrevet som min prosjektoppgave pågående fra sjuende til ellefte semester ved profesjonsstudiet i medisin ved universitetet i Oslo, og er en sammenfattelse av aktuell litteratur som emnet vold mot kvinner, dets konsekvenser og hvilke tiltak som hjelper.

Uten god hjelp fra min veileder hadde det aldri gått, og jeg vil med dette takke proffesor dr. med. Kari Ormstad ved institutt for klinisk medisin ved UIO og Divisjon for rettsmedisin og rusmiddelforskning for all hjelp og rettleiding i arbeidet.

Serina Kleiven

Bakgrunn

Den norske stat har slått fast at vold mot kvinner må bekjempes, og utredningen «Kvinneres helse i Norge» konkluderer med at «vold, trussel om vold, angst for vold og seksuelle overgrep» er et betydelig helseproblem i Norge (1). For å forstå vold mot kvinner som problem er det viktig å forstå hvordan vold mot kvinner defineres, hvem som i hovedsak utsettes for vold, hvilken samfunnskostnad dette har og ikke minst hvilke tilbud som foreligger.

Statistikk fra ulike kilder kan ofte være vanskelig å sammenligne, da definisjonen av vold mot kvinner varierer. FNs definisjon i «The Elimination of Violence against Women» er: «...any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual or psychological harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or in private life (2) ».

Tar man utgangspunkt i utredninger fra Norge og våre naboland Danmark og Sverige, finner man følgende definisjoner: Den norske utredningen «Retten til et liv uten vold» beskriver vold mot kvinner på en måte som inkluderer fysiske, psykiske og seksuelle overgrep mot kvinner, der voldtekt ligger under det siste punktet (1). En svensk rapport, «Slagen Dam», definerer vold som psykisk, fysisk og seksuell vold, inkludert trusler (3). Danmark bruker begrepet «partner violence» og fokuserer på psykisk, fysisk og seksuell vold i hjemmet (4). Amerikanske studier bruker begrepet «intimate partner violence» om påtvunget seksuellaktivitet og fysisk vold, og underliggende degradering og psykisk press (5).

I denne teksten brukes det norske begrepet vold i nære relasjoner (VINR), men i lys av det forestående er det likevel viktig å huske at ikke alle land inkluderer det samme i voldsbegrepet, og at VINR på den måten ikke fungerer som et hundreprosent overførbart begrep i forhold til utenlandske undersøkelser. For eksempel er Sveriges begrep mye videre enn Danmarks, siden Sverige tar for seg alle deler av samfunnet kvinnen oppholder seg i og inkluderer seksuell trakassering. På den måten vil altså Sveriges tall inkludere vold mot kvinner utført av andre enn partner.

Det fins mange undersøkelser som tar for seg hvem som rammes av vold, men i følge Jewkes artikkel i The Lancet i 2002 (6), er det få sosiale og demografiske karakteristikk som

definerer disse kvinnene. Noen faktorer ble likevel funnet, blant disse finner man fattigdom, og forfatteren mener at man i konflikter skapt av fattigdom, ofte tyr til vold som redskap. Videre er det typisk at vold forekommer i parforhold med mange konflikter, spesielt vedrørende økonomi, sjalusi og kvinners kjønnsrolleendring. Særlig gir menns manglende mulighet til å kontrollere kvinner og derav følgende identitetskrise opphav til voldsbruk. Høyt utdannede kvinner med økonomisk og sosial status virker å være noe beskyttet, dog uten noen lineær sammenheng. I tillegg fant Jewkes at i samfunn der vold er mer generelt akseptert, er også vold i parforhold mer vanlig. Artikkelen slår også fast at de fleste studier ikke viser noen sammenheng mellom alder og partnervold.

Tar man utgangspunkt i statistikk fra Norge og våre naboland finner man følgende: Danmarks offentlige utredning fra 2007, med utgangspunkt i politianmeldelser, slår fast at unge kvinner (16 - 19 år) har seks ganger høyere risiko for å oppleve fysisk vold i forholdet enn eldre kvinner (45 - 66 år). Videre rapporteres fire ganger høyere risiko for alvorlig vold blant kvinner i alderen 16 - 29 år enn for dem i alderen 45 - 66 år (4). Den svenske utredningen fra samme år viser at det er enslige mødre og yrkesaktive kvinner som oftest utsettes for vold (7). Den første norske studien av vold mot kvinner fra 2008, fant at lav utdanning og sivilstatus som ugift, separert eller skilt var signifikant assosiert med å bli utsatt for vold. Videre fant man at blant kvinner som hadde opplevd brudd i parforhold, hadde nesten halvparten (49,6 %) vært utsatt for vold. Også kvinner som levde på trygd, rapporterte oftere vold. Kvinner uten jobb, uten barn eller klassifisert som fattige opplevde også vold oftere (8).

Samfunnsøkonomiske konsekvenser av vold mot kvinner har per i dag ingen norsk undersøkelse tatt for seg, men NOU 2003:31 foreslår at samfunnets samlede kostnader bør beregnes. Etter omregning fra en finsk undersøkelse estimerer NOU 2003:31 at samfunnets årlige kostnad på grunn av vold mot kvinner ligger på 0,8 - 1,2 milliarder kroner. Utredningen påpeker problem med slike beregninger da mange delposter er vanskelige å måle og andre kostnader er skjulte. I tillegg kommer de ikke-målbare kostnadene som tapt livskvalitet, tapt human kapital og tapte utdanningsmuligheter. Human kapital defineres som «menneskers kunnskaper som bidrar til produktiv aktivitet» (1).

Kvinner som opplever vold har flere tilbud og hjelpetiltak. Krisesentrene, totalt 50 i Norge, er opprettet kun for disse kvinnene. Regjeringen gikk i 2010 inn for å lovfeste krisesentertilbudet i alle kommuner. I 2008 viser krisesentrenes statistikk at 2274 personer var innom på

dagsbesøk og 1746 voksne og 1500 barn overnattet (9). Krisesentrene tilbyr samtaler og rådgivning på dagsbasis, botilbud og døgnåpen telefonlinje. Krisesentrene hjelper også til med å opprette kontakt med andre deler av hjelpeapparatet, gir informasjon om rettigheter og muligheter, og tilbyr et trygt sted å sove. I 2006 var 14 av krisesentrene tilrettelagt for funksjonshemmede.

Av undergrupper innen krisesentrene har man DIXI-programmet for voldtatte unge kvinner, med ressurscenter i Oslo og Stavanger, og Bokollektivet for jenter med flerkulturell bakgrunn og problematikk angående tvangsekteskap og familiegjenforening.

I de større byene i Norge fins også overgrepsmottak, 23 i alt, med ett til under planlegging, lokalisert til legevakt eller sykehus/gynekologiske avdelinger. Disse er spesielt opprettet for mennesker utsatt for voldtekt og seksuell vold. Rapport 2-2010 fra Overgrepsmottakene viser en økning fra 2008 til 2009 i henvendelser om VINR, men medgir å ikke ha adekvat tilbud til denne gruppen. Overgrepsmottaket skal yte helsehjelp til overgrepsutsatte, både medisinsk og psykososial, i tillegg til oppfølging senere. Spor skal sikres og funn dokumenteres, og pasienten kan også få hjelp til å kontakte politiet.

Videre kan man henvende seg til familievernkontorene, i alt 65 i Norge, med minst ett i hvert fylke. I Lov om familievernkontorene blir det slått fast at disse skal «gi et tilbud om behandling og rådgivning der det foreligger vansker, konflikter eller kriser i familien.» Videre i samme paragraf spesifiseres det at både familier, par og enkeltpersoner kan henvende seg til kontoret (10).

Det kommunale barnevernet, som skal beskytte barns interesser, skal komme tidlig på banen i familiekonflikter. Videre kan sosialtjenesten bistå hvis den økonomiske situasjonen blir vanskelig, og NAV har ulike støtteordninger som kan være aktuelle for enslige forsørgere.

Rådgivningskontorer for kriminalitetsofre er også et tilbud som omfatter vold mot kvinner, og her kan man få rådgivning, informasjon, veiledning og støtte. Det er i alt 14 rådgivningskontorer i Norge, med stor geografisk spredning, og det arbeides for å opprette ett i hvert politidistrikt. Det fins også en støttetelefon for personer utsatt for kriminalitet. Videre finnes mange ulike instanser som tilbyr gratis juridisk rådgivning, blant annet juridisk rådgivning for kvinner, JURK, som «arbeider for å bekjempe kvinneundertrykking og å bedre

kvinneres rettsstilling.» JURK har en egen gruppe som tar for seg volds- og mishandlingsaker.

Innvandrere og kvinner med flerkulturell bakgrunn har også egne instanser å gå til, som minoritetskvinneres ressurscenter, MiRA, og Selvhjelp for innvandrere og flyktninger, SEIF. Begge disse er frivilligorganisasjoner uten spesielle program for volds utsatte kvinner.

Voldsutsatte eldre, det vil si personer over 62 år kan kontakte Vern for eldre. Her gis informasjon, veiledning og også hjelp til skjerming av den eldre mot overgriperen hvis dette er nødvendig. Vern for eldre har nasjonalt telefonnummer og man kan henvende seg anonymt. Av andre tiltak fins asylmottak og ulike trossamfunn med forskjellige tilbud over hele landet.

Mennesker utsatt for vold, enten i eller utenfor nære relasjoner, kan hvis du påføres personskader som fører til varig medisinsk invaliditet og økonomiske tap, kreve erstatning av gjerningsmannen. Hvis gjerningsmannen ikke er søkegod, kan kravet rettes til kontoret for voldsoffererstatning. For å kunne stille dette kravet må man først anmelde overgrepet til politiet. Utbetalinger skjer i henhold til voldsoffererstatningsloven. Voldsoffererstatning kan gis som mænerstatning, påførte og fremtidige utgifter, aktuelt inntektstap og fremtidige inntektstap, evnen til å utføre husarbeid, og oppreisning. Kontoret for voldsoffererstatning beskriver personskade som fysisk og psykisk skade. Skader som oppstår i voldsøyeblikket og skader som kommer i etterkant av vold likestilles (12).

Vold mot kvinner

Vold mot kvinner i nære relasjoner har innvirkning på kvinners liv på mange måter og i ulike stadier. Perioden da kvinnen utsettes for vold har ofte en annen innvirkning enn hva som skjer etter at volden har opphørt. Konsekvensene viser seg blant annet i kvinnens helse. Flere undersøkelser viser at kvinner som har opplevd vold oppgir å ha dårligere helse senere i livet og bruker mer helsetjenester enn kontrollgrupper gjør (5, 8, 13-16).

Sammenligner man Norge med våre naboland etter å ha tatt hensyn til de ulike definisjonene av vold mot kvinner, får man følgende tall: Ifølge den norske levekårsundersøkelsen fra 2007 hadde 5,4 % av kvinner over 16 år opplevd vold eller trusler i det nærmest foregående året (17). I Sverige fant man, i en undersøkelse som omfattet 10 000 kvinner og med svarprosent over 70, at hele 46 % oppga å ha blitt utsatt for overgrep, deriblant fysisk vold, psykisk vold, trusler, kontrollerende adferd og seksuell trakassering, en eller flere ganger etter fylte 15 år. Flere enn hver femte kvinne mellom 18 og 24 år var blitt utsatt for vold det siste året, og nesten hver fjerde kvinne som hadde opplevd vold tidligere, var også blitt utsatt for ny vold i løpet av året som gikk. Blant de voldsutsatte kvinnene hadde 15 prosent anmeldt siste voldsepisode (3). I en tilsvarende dansk undersøkelse fant man at nesten 4 % av Danmarks kvinner utsettes for fysisk vold i løpet av ett år, og i 2006 hadde cirka 2000 kvinner overnattet på krisesenter i Danmark (4).

Ifølge statistisk sentralbyrå, registrerte politiet i 2009 1580 anmeldte tilfeller av kvinnemishandling i familieforhold med 35 alvorlige tilfeller, i tillegg til 887 anmeldte voldtekter og 109 voldtektsforsøk. Det ble anmeldt 12 drapsforsøk mot kvinner og 11 drap ble registrert i 2009 (18).

Offer etter kjønn	Menn	Kvinner
Voldskriminalitet	12500	8294
Seksuell kriminalitet	484	2755
Mishandling i familieforhold	470	1580
Grov mishandling i familieforhold	8	35

Danmark hadde i perioden 2002 – 2006 en økning i antall anmeldelser av vold eller trusler mot kvinner over 15 år, med en stigning fra 4985 til 5338 (4). I 2007 ble cirka 5800 personer mistenkt for kvinnemishandling i Sverige; 80 % av disse var menn (7).

I en undersøkelse som sammenlignet de nordiske landene fant man at prevalensen for fysisk vold var 38 – 66 %; derav 19 – 37 % emosjonell vold og 17 – 33 % seksuell vold. Kriteriene for deltakelse i studien var kvinne over 18 år, med forståelse av skriftspråket i det aktuelle landet eller engelsk (11). I en spørreskjemaundersøkelse fra Trondheim ble kvinner mellom 20 og 55 år spurt om sin erfaring med vold i parforhold. Blant kvinnene som svarte hadde 2143 vært i et forhold, og av disse oppgav 26,8 % å ha blitt utsatt for vold i denne sammenheng; 5,5 % i året forut for undersøkelsen (8). Insidensen på 5,5 % er dermed nesten nøyaktig lik det den norske levekårsundersøkelsen fra 2007 fant.

WHO's rapport fra 2008 sammenfatter voldskonsekvenser med økt risiko for depresjon, selvmordsforsøk, kronisk smertesyndrom, psykosomatiske sykdommer, fysisk skade, gastrointestinale sykdommer, irritabel tarm-syndrom og ulike reproduktive sykdommer (13). For å systematisere konsekvensene har jeg tatt utgangspunkt i fysiske følger, psykiske følger og sosiale følger av VINR. Fysiske følger er igjen delt i kortsiktige og langsiktige konsekvenser.

Fysiske følger

Av anmeldelsene som ble opprettet i 1997 grunnet VINR ble 60 – 70 % rubrisert som legemsbeskadigelse. Samme rapport skriver også følgende: ” Slik kvinnene beskrev volden, syntes det i mange tilfeller å ha vært tilfeldigheter som avgjorde om volden endte med drap eller ikke (20).” Kortvarige effekter vil være lettere skader, blåmerker, brudd og lignende. De langvarige følgene er ikke like tydelige, men i denne gruppen finner man blant annet reproduktive/seksuelle og gastrointestinale symptomer og sykdommer.

Kortsiktige konsekvenser

Det ligger i sakens natur at VINR ofte fører til fysiske skader i akuttfasen. WHO fant i sin multinasjonale studie fra 2008 at mellom 19 og 55 % av alle kvinner utsatt for VINR har blitt fysisk skadd. Undersøkelsen sammenfattet resultatene fra 10 land der det var gjennomført en

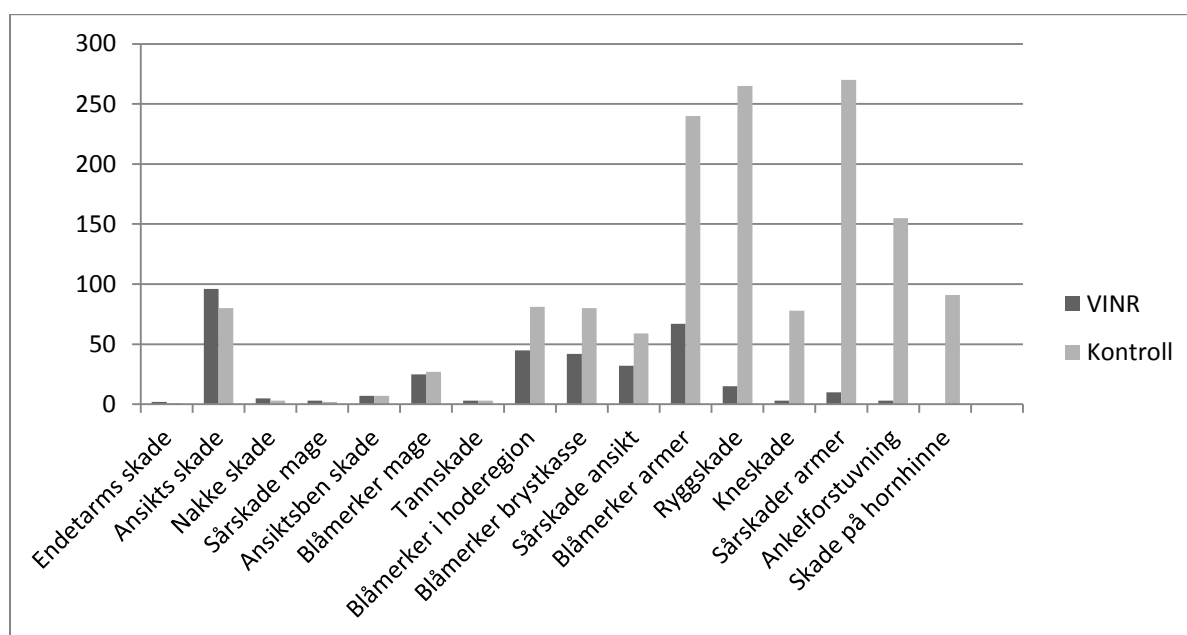
standardisert populasjonsbasert rundspørring; i alt var 24 097 kvinner mellom 15 og 49 år ble intervjuet. Spørreundersøkelsen fokuserte på deres erfaring av vold i parforhold og så på symptomer som tidligere har vært aktuelle ettervirkninger av VINR. Det ble funnet signifikant assosiasjon mellom VINR og selvrappert dårlig helse. Symptomer som gangvansker, problemer med å utføre daglige aktiviteter, smerte, hukommelsestap, svimmelhet og vaginal utflod var alle økt hos kvinner utsatt for VINR (13).

En kanadisk kohortstudie av 983 kvinner fra akuttmottak fant en prevalens på 40 % av *fysisk* vold mot kvinner, mens livstidprevalens av vold i alle former var 51 %. Ettårs insidensen var 26 %. Likevel kom bare 2 % av kvinnene til akuttmottaket grunnet VINR. Spørreskjemaet besto av 61 spørsmål, utarbeidet etter et screeningskjema som akuttmottaket hadde utarbeidet tidligere, som tidligere hadde vist seg å fange opp VINR (21). Når man ser på hvor mange av kvinnene utsatt for VINR som blir fysisk skadd, er det ganske stor spredning på WHO's prevalenstall. Likevel passer den kanadiske kohortstudien godt inn i WHO's estimat på 19 – 55 %.

Ifølge en oversiktsartikkel i Lancet 2002, har mellom 11 og 30 % av kvinner som er skadd og ankommer legevakt eller akuttmottak vært utsatt for vold (5). En tversnittstudie fra 1996 prøvde å kartlegge mekanikk bak skadene, hvilken del av kroppen som ble skadd og hvilken type skader kvinnene presenterte til akuttmottaket. Undersøkelsen ble utført på 10 ulike akuttmottak i USA, der skade ble bedømt etter ”flitcraft-kriteriene¹”. Studien inkluderte 9057 kvinner i alderen 19 – 65 år. Av disse var 280 utsatt for VINR. Kvinnene ble tatt til side og gjennomgikk et spørreskjema sammen med sykepleier. Var kvinnen skadd ble kroppsområdet undersøkt og kvinnen fikk oppfølgingsspørsmål om hvordan skaden skjedde. Skadene ble inndelt etter skadetype: Påført med vilje eller ikke. Det ble notert om skaden skjedde ved hjelp av varme, mekanisk kraft, kjemisk middel, påtvunget nedkjøling eller kvelningsforsøk. Mishandlede kvinner hadde oftere skader i hode/ ansikt, nakke og brystkasse. Skadde kvinner som ikke var mishandlet hadde oftere skader i ryggen og bena. Av spesifikke skader var det 12 forskjellige skader som skilte seg ut med høyere oddsratio enn hos de ikke mishandlete kvinnene og 3 skader som hadde lavere oddsratio blant de mishandlete. De med høyere oddsratio var blåmerker/sår på ansikt, nakke, buk, hode, brystkasse og armer. Blant skader som ikke hadde noen sammenheng med mishandling fant man kneforstuing, ankelforstuing,

¹ A. Flitcraft. *Battered women: an emergency room epidemiology with a description of a clinical syndrome and a critique of present therapeutics*, Yale University, Cambridge, MA (1977) [master's thesis] .

ryggplager, sår på armer og skader på hornhinnen. (22)



Figur 1: Oversiktsartikkel fra Lancet som tar for seg de ulike skadetypene presentert av kvinner utsatt for VINR og kvinner som ikke er utsatt for vold.

Den alvorligst tenkbare konsekvensen av vold er drap, og ifølge drapsstatistikk fra SSB, ble 5 kvinner drept av nåværende eller tidligere partner i Norge i 2009 (18). Sverige hadde i 2009, 95 tilfelle av dødelig vold mot kvinner og 197 forsøk på mord eller drap (24). Danmarks statistikk fra 2009 over kvinnedrap eller forsøk på drap viser 54 ofre eldre enn 15 år (25).

En annen type drap er det såkalte æresdrapet. I dag finnes ingen egen statistikk for slike drap i Norge, og i statistikken inngår de under begrepet "vold i nære relasjoner." FN har imidlertid beregnet at i løpet av et år tas det livet av 5000 kvinner på verdensbasis, for å bevare familiens ære. Trolig når kun et få tall av disse sakene media eller rettsvesen, de fleste av disse kvinnene drepes uten protest fra samfunnet eller straff til drapsmennene (19).

Langsiktige konsekvenser

Konsekvenser av volden kan dukke opp lenge etter at synlige tegn er borte. Seksuelle og reproduktive følgetilstander av vold er et stort problem som kan dukke opp både under og lenge etter hendelsene slutt. Flere aspekter av vold under graviditet har blitt undersøkt. En kohortstudie viste at lavere fødselsvekt, økt forekomst av neonataldød og tidligere fødselstidspunkt alle var signifikant assosiert med vold i parforholdet (26).

Kvinner som opplever vold i nære relasjoner oppgir også å ha ett dårligere sexliv enn kvinner uten voldelig partner (14). Gynekologiske sykdommer som underlivsbetennelse, «pelvic

inflammatory disease», PID, er også vanligere blant kvinner som har opplevd vold i nære relasjoner. Flere studier har undersøkt forekomsten av kroniske bekkensmerter og underlivsbetennelse. Berit Schei undersøkte i 1991 sammenhengen mellom vold i nære relasjoner og gynekologiske sykdommer, inkludert underlivsbetennelse. Her fant hun at 58 % av kvinnene som hadde opplevd vold også hadde hatt underlivsbetennelse, i kontrollgruppen var det 12 %. Den eneste andre faktoren, foruten vold i nære relasjoner, som var signifikant assosiert med underlivsbetennelse var å være skilt (27).

Psykiske følger

WHO-undersøkelsen fra 2008 omhandlet både fysiske følger og emosjonelt stress og fant at kvinner som hadde opplevd VINR også skåret høyere både på selvmordstanker og selvmordsforsøk (13).

En New Zealandsk studie fant at kvinner som hadde opplevd seksuelt eller fysisk misbruk, enten som barn eller voksen, skåret lavere på generell helse og nåværende helsetilstand og ble oftere identifisert som psykisk syke. 20 % av kvinnene som hadde opplevd seksuelt misbruk hadde psykiske sykdommer, men det ble også funnet økt prevalens av psykisk sykdom blant kvinner som hadde opplevde fysiske overgrep. Det er ikke korrigert for hvor mange som hadde psykiatrisk diagnose før VINR (16).

I en metaanalyse av posttraumatisk stresslidelse, PTSD og depresjon blant kvinner utsatt for VINR fant Golding en gjennomsnittlig prevalens av PTSD på 63,8 % etter å ha gjennomgått 11 studier og 47,6 % for depresjon etter 18 gjennomgåtte studier (28).

En amerikansk tverrsnittsstudie som inkluderte 185 menn og 369 kvinner tidligere utsatt for vold i nære relasjoner, fant at 20 % av mennene og 24 % av kvinnene hadde moderate til alvorlige PTSD-symptomer. Beskyttende faktorer var god inntekt, utdanning, å være gift eller at volden hadde opphørt. Det som ga mer PTSD-symptomer var høye skåre på fysisk og/eller psykisk vold, depressive symptomer eller det å ha forlatt parforholdet minst en gang (29).

Sosiale følger

En amerikansk studie fulgte kvinner i en femårsperiode for å kartlegge psykososiale konsekvenser av å ha vært utsatt for vold. Følgende punkt ble undersøkt: Depressive symptomer, selvtillit, tilfredshet med livet, funksjonell svekkelse, sosialstønad, alkoholbruk og barns adferdsproblem. I tillegg så de på skilsmisseraten over femårsperioden.

I alt ble 13 017 kvinner intervjuet første gang og 10 005 ytterligere en gang, først i starten av femårsperioden og siste gang i slutten. Artikkelen omhandler en undergruppe på 3173 av disse kvinnene, som alle levde i samboerskap eller var gift. Av disse rapporterte 148 kvinner under første intervju å ha opplevd vold fra partner. Det viste seg at kvinner som i første intervju oppga å ha opplevd vold hadde flere depressive symptomer, dårligere selvtillit, var mindre fornøyd med livet og hadde svakere generelt funksjonsnivå enn kontrollgruppen. Det ble derimot ikke vist noen sammenheng mellom vold og henholdsvis alkoholbruk, behov for sosialstønad og barns adferdsproblem (30).

Ansara og Hindins nypubliserte tversnittstudie fra Canada fokuserte også på psykososiale konsekvenser av vold i parforhold. Studien var basert på telefonintervju av 23 766 personer, og analysen inkluderte 676 kvinner og 455 menn som var eller hadde vært i et hetrofilt parforhold de siste fem årene og oppga at de hadde opplevd vold. De som ikke ga informasjon om psykososiale helsekonsekvenser ble utelatt.

De delte inn kvinnene i tre klasser basert på oppgitt type av partnervold:

1. Fysisk aggresjon uten kontrollerende oppførsel
2. Fysisk aggresjon, kontrollerende oppførsel og psykisk vold
3. Alvorlig vold, kontrollerende oppførsel og psykisk vold

Ved å sammenligne klassene fant man at gruppe 3 rapporterte dobbelt så ofte å være redd, forsiktig og oppmerksom. De rapporterte også seks ganger så ofte å være bekymret for barna sine. Resultatene viste dermed at jo mer alvorlig volden var desto verre ble de psykososiale konsekvensene. Studien så også på depresjon/angstanfall, søvnproblem, skamfølelse, handlingsmåte, forvirring og uro, skuffelse/skyldfølelse, følelse av nedsatt selvbilde og vansker med å forholde seg til andre menn. Også her økte alvorlighetsgraden av problemene

med grad av vold kvinnene hadde opplevd (31).

Det er funnet klar økning av psykiske lidelser hos kvinner utsatt for vold (13,16,28-29). Både i studier vedrørende PTSD, psykososiale konsekvenser og fysiske konsekvenser fant man at jo mer alvorlig volden hadde vært, jo dårligere kom kvinnene helsemessig ut (30,31). Av psykiske lidelser er det en opphoping av depresjon, angst og PTSD (30). Psykososiale konsekvenser er omfattende og griper inn i hele kvinnens liv.

Livskvalitet

I mange studier som omhandler livskvalitet har man funnet at problemene for kvinner og eventuelle barn ikke forsvinner selv om volden opphører. I en norsk tverrsnittstudie fra 2006 undersøkte man helserelatert livskvalitet hos kvinner som hadde oppholdt seg på krisesenter minst en uke i tidsperioden oktober 2002 til mai 2003. Man brukte spørreskjema av typen SF-36 som har 36 ulike spørsmål fordelt på 8 underkategorier. Av de 212 som oppfylte kriteriene innleverte 87 skjema. Resultatene viste lav helserelatert livskvalitet, markert og signifikant lavere mean skår ($p > 0,001$) med 2,5 standardavvik under normalen sammenlignet med en kontrollgruppe av et tilfeldig utvalg på 2444 kvinner (15).

I en annen undersøkelse av livskvalitet fra USA, som også brukte SF-36, sammenlignet man tre grupper:

1. PTSD og opplevd vold (n = 18)
2. Ikke PTSD, men opplevd vold (n = 22)
3. Ikke PTSD og ikke opplevd vold (n = 30)

Resultatene viste at gruppen med signifikant laveste skår på helserelatert livskvalitet var gruppe 1, PTSD og opplevd vold. Deretter kom gruppe 2, Ikke PTSD, men opplevd vold. Til slutt kom kontrollgruppen som verken hadde diagnosen PTSD eller hadde opplevd vold. Resultatene var kontrollert for sosioøkonomisk status og alder (42).

En kinesisk studie av gynekologiske pasienter undersøkte livskvalitet blant voldsutsatte kvinner versus ikke voldsutsatte med hjelp av spørreskjemaet «Abuse Assessment Screen Questionnaire». I alt intervjuet de 1614 pasienter. De fant generelt lavere livskvalitet på alle undersøkte punkter, det vil si fysisk, sosialt, miljømessig og psykisk, hos voldsutsatte kvinner (43).

Alle tre undersøkelsene kom frem til samme entydige resultat, at vold i nære relasjoner gir dårligere livskvalitet. To undersøkelser brukte samme spørreskjema, SF-36, og er lettest å sammenligne, selv om den amerikanske undersøkelsen tok utgangspunkt i PTSD og VINR, og den norske kun i VINR. Det er stor forskjell på hvor mange som er inkludert i de ulike undersøkelsene, men alle har kontrollgrupper, noe som styrker resultatene.

Teorier om mekanismer for ettervirkning av VINR

I flere studier har man funnet sammenheng mellom VINR og prevalens av spesifikke sykdommer, og det er ulike teorier for hvorfor disse sykdommene forekommer oftere blant kvinner som har opplevd vold og hvordan psykiske og sosiale konsekvenser kommer til uttrykk hos den enkelte. Ofte knyttes teoriene til kronisk stress. Dette har blitt undersøkt i flere studier (33– 36).

McEwen så på kronisk stress i to studier fra henholdsvis 2004 og 2005. Han introduserte begrepet «allostatic load» og forklarte dette som et samvirke mellom fysiologiske prosesser, emosjonelle prosesser og oppførselkopiering, der stabilitet oppnås ved endring av disse prosessene. Medvirkende her inkluderes den hypothalamiske-hypofysære-adrenokortikale (HPA) aksens, det autonome nervesystem og immunsystemet. McEwen kom fram til at ved opphopning av stressfaktorer vil det bli en større ubalanse i disse stressregulerende systemene, noe som kan resultere i dårlig helse (36).

Dysregulering av den hypothalamiske-hypofysære-adrenokortikale (HPA) akse

HPA-aksen regulerer kortisolnivået i kroppen gjennom kortikotropinfrisettende hormon (CRH) fra hypothalamus til fremre hypofyselapp, der ACTH skilles ut og stimulerer kortisolutskillelse i binyrene. Kortisol virker så tilbake, via negativ feedback, på hypothalamus og hypofysen. Kortisolutskillelsen øker ved stress gjennom induksjon av CRH (34).

Heim og medarbeideres artikkel om PTSD og endringer i HPA-aksen hos kvinner med kronisk bekkensmerte konkluderer med at mangel på kortisols beskyttende egenskaper kan ha sammenheng med utvikling av kroppslige sykdommer hos individer som opplever kronisk stress eller traumer. Funnene var inkonklusive når det gjaldt sammenheng mellom endring i

HPA-aksen hos kvinner med bekkensmerter og PTSD (34).

Inslicht og medarbeidere (2006), sammenlignet kortisolnivået hos 29 kvinner utsatt for VINR som hadde fått PTSD - diagnose med nivået hos en gruppe på 20 kvinner som også hadde vært utsatt for vold, men ikke hadde utviklet PTSD. Kortisol ble sett på som et mål for HPA-aksen og ble målt 1, 4, 9 og 11 timer etter oppvåkning fra nattesøvn. Resultatet viste høyere nivå av kortisol gjennom hele dagen for kvinnene med PTSD (23).

Lesserman & Drossman (2007) angir også i sin oversiktsartikkel at endringer i HPA-aksen er en mulig mekanisme for at kvinner utsatt for relasjonsvold har flere plager fra fordøyelsessystemet (33).

Heim og medarbeidere (2000) undersøkte hvordan misbruk i barneårene innvirket på HPA-aksen, ved hjelp av ACTH-nivå, kortisolnivå og hjerterytme. Gruppene var

1. Kvinner uten tidligere mishandling som barn og uten depresjon
2. Kvinner med tidligere mishandling som barn og med depresjon
3. Kvinner uten tidligere mishandling som barn og med depresjon
4. Kvinner med tidligere mishandling som barn og uten depresjon

Studien gikk ut på å eksponere de fire ulike gruppene for en standardisert psykososial stressor i laboratoriesetting. Man fant at kvinnene i gruppen som tidligere hadde blitt misbrukt og var deprimert hadde seks ganger større ACTH-respons enn kontrollgruppen (37).

Genene COMT VAL(158) Met og 5HTTLPR (serotonin transporter gen)

Flere undersøkelser har sett på hvordan spesifikke gener, som serotonin transporter gen kan påvirke hvordan stressfulle perioder i ens liv senere kan føre til langvarig angst. Olsson CA og medarbeidere undersøkte hvordan COMT Val(158) Met og 5HTTLPR kunne interagere med hverandre og dermed være beskyttende faktorer for utvikling av langvarig generalisert angst.

Materialet besto av DNA fra 952 unge mennesker som ble kartlagt i en 8 stegs longitudinell prosess. Hvert locus ble først undersøkt hver for seg, og det ble funnet en liten dose-/respons reduksjon i odds for å rapportere langvarig generalisert angst hos unge voksne når det gjaldt begge loci separert. Det ble ikke funnet noen bevis for dose-/respons interaksjon mellom loci. Det som derimot ble funnet var en dobbel recessiv interaksjonseffekt, der odds for å

rapportere langvarig generalisert angst var mer en to ganger redusert hos bærere som var homozygote for både COMT Met(158) og 5HTTLPR korte allel, sammenlignet med resten av kohorten. Denne doble recessive effekten ble kontrollert for variabler på psykososiale prediktorer og angst. Konklusjonen ble at dette kunne være med på å forklare hvordan folks helse påvirkes ulikt av stress (38).

Endret kortikal-limbisk system

En annen mekanisme som er undersøkt er morfologisk endring i nevroanatomien. En undersøkelse tok for seg kvinner utsatt for vold med og uten PTSD, 11 i hver gruppe, og sammenlignet med 17 uten PTSD og VINR. Undersøkelsen brukte MR for å se på tre deler av storhjernen med områdene fremre tinninglapp, hippocampus, amygdala og gyrus parahippocampalis. I tillegg så de på hele hjernens anatomi når det gjaldt væske, hvit substans og grå substans. Sammenheng mellom morfometriske målinger, symptomer, voldshistorie og nevropsykologisk funksjon ble også undersøkt.

Man fant at kvinner med PTSD og VINR ikke hadde mindre hippocampus- eller fremre tinningslappvolum. Gjennomsnittlig hadde alle utsatt for VINR mindre supratentorialt trangere skallehule og mindre frontal og occipital grå substans, sammenlignet med kvinner som ikke hadde opplevd vold. Supratentorialt kranialt volum var negativt korrelert med alvorlig barnemishandling, men ikke med VINR eller PTSD-alvorlighet. Funnene i denne undersøkelsen peker i retning av at tidlig traume kan påvirke nevronutviklingen og hjernens morfometriske karakteristika og medføre risiko for alvorlig psykososial dysfunksjon (39).

Immunstatus

En amerikansk studie sammenlignet IFN gamma-nivå i plasma hos ikke-voldsutsatte kvinner med kvinner utsatt for vold. IFN gamma er et cytokin som antas å aktivere makrofager i immunresponser. De fant høyere verdier hos kvinner utsatt for vold og kvinner med PTSD-symptomer og konkluderte med at PTSD-symptomer var bindeleddet mellom VINR og IFN gamma-nivå og kunne medvirke til assosiasjonen mellom VINR og både mentale og fysiske helsekonsekvenser (40).

En annen studie fokuserte på flere faktorer vedrørende immunstatus hos voldsutsatte kvinner. De fant en sammenheng mellom opplevd vold, PTSD-symptomer og et høyere antall sirkulerende leukocytter og lymfocytter, sammenlignet med kvinner som ikke var utsatt for

vold. Det var høyere antall CD4, CD8 og CD19- leukocytter, men lavere antall cytotoksiske T-celler og NK-celler. Artikkelen sammenligner resultatet med studier av PTSD blant krigsveteraner og naturkatastrofeofre og fant overensstemmende resultater. IgA-nivået ble også funnet lavere hos kvinner utsatt for vold, og man konkluderte med at dette tydet på at stress senker immunforsvarets funksjon (41).

Møtet med hjelpeapparatet

Vold i nær relasjon, som i hovedsak rammer kvinner, straffedømmes under straffelovens § 228, 4b-d (58). For bedre å hjelpe kvinner som opplever VINR er det viktig å vite hvor de henvender seg ved mishandling. En amerikansk undersøkelse fra 1998 intervjuet 4448 kvinner som ankom akuttmottak, og fant at 1652 oppga å ha opplevd vold. På spørsmål om hvor de søkte hjelp svarte 71 % familie og venner, 45 % politiet, 22 % legevakten og 19 % sosialkontor. Psykolog, lege og advokat var andre alternativ på henholdsvis 15, 10 og 11 % (44).

I artikkelen “Mishandlede kvinners møte med hjelpeapparatet” av Jonassen og Eidheim (2001) har man utført dybdeintervju med 30 kvinner om deres møte med hjelpeapparatet. Problemer som ble nevnt var forskjeller i hjelpetilbud på landsbasis og stadige henvisninger til nye instanser. Forfatterne kom frem til tre viktige prinsipper i møtet med kvinnene og mulighetene til å hjelpe: Kunnskap om emnet, erfaring og holdninger til kvinner som mishandles (45).

Flere studier har sett på hvordan kvinner ønsker legen skal ta opp spørsmålet om vold i nær relasjon, hvordan de ønsker legen skal forholde seg til opplysningene og i hvilke stadier kvinnene best kan hjelpes. For å innse at kvinnen er utsatt for vold er det to barrierer som må krysses: Legens barriere for å ta opp temaet og kvinnenes barriere overfor legen. Legenes barrierer oppsummeres som mangel på tid, ønsket om å ikke fornærme pasienten, hjelpeløshet overfor å løse problemet, mangel på bestemmelsesrett overfor kvinnenes avgjørelse om å bryte ut av forholdet og søke hjelp, mangel på kontinuitet i lege-/pasientforholdet, mangel på kunnskap om å oppdage volden og manglende henvisningsmuligheter til andre aktører i hjelpeapparatet. Pasientgruppens barrierer kan oppsummeres med skam/forlegenhet, redsel for andres reaksjon, benektelse, redsel for hva mishandler kan gjøre, økonomiske

konsekvenser av å bryte ut av forholdet, motvilje mot politiinnblanding og frykt for familiesplittelse (44– 45). Rodriguez, Quiroga & Bauer fant at voldsutsatte kvinner ønsker at legen spør direkte om vold i nær relasjon i tillegg til å etablere et tillitsfullt lege-/pasientforhold og videre å henvise til andre deler av hjelpeapparatet (46).

Videre, hvordan vil mishandlede kvinner at legen og annet hjelpepersonell skal respondere? En undersøkelse fra 2004 handler om hvordan kvinner ønsker at legen skal håndtere deres problem. Tilsammen 32 kvinner fra krisesentre og støttegrupper var intervjuet. Resultatene viste at kvinnene mente fastlegen burde screene alle kvinner rutinemessig, og ikke bare når åpenbare symptomer pekte i retning av vold. Kvinnene mente direkte spørsmål var greit, men at man ikke måtte presse for mye. De understreket også viktigheten av å forstå hintene kvinnene gir for å oppdage volden. Leger ble også oppfordret til å bekrefte mistanker, vite om det lokale hjelpeapparatet, gi adekvate henvisninger og informere ofrene om hvordan volden kan innvirke på helsen deres og om hvordan voldsskader kan dokumenteres (47).

Snider og medarbeidere (48) intervjuet mishandlede kvinner. I sin undersøkelse fant de at i løpet av en ni måneders periode ble 14,9 % av kvinner tidligere utsatt for VINR, igjen utsatt for alvorlig til dødelig mishandling. Undersøkelsen ble gjort gjennom intervju, der deltakerne ble intervjuet to ganger med ni måneders mellomrom i tidsrommet 2002-2004. Det første intervjuet tok i bruk de 20 temaene i Campbell's Danger Assessment. Det andre intervjuet fokuserte på forekomst av nye voldsepisoder. Studien kom frem til en liste på fem spørsmål, hvorav positivt svar på tre hadde en sensitivitet på 83 % for at kvinnen ville bli utsatt for alvorlig vold i fremtiden. Spørsmålene de kom frem til var:

- Har den fysiske volden økt i frekvens eller intensitet de siste seks månedene?
- Har han brukt et våpen eller truet deg med et våpen?
- Tror du han er i stand til å drepe deg?
- Har han noen gang slått deg mens du var gravid?
- Er han voldelig og konstant sjalu på deg?

Ikke bare helsevesenet blir oppsøkt ved vold i nære relasjoner. En annen instans er politiet, og et viktig spørsmål er hvordan kvinnene blir møtt der. NOU 2003:31 tar opp hvorfor mange kvinner vegrer seg for å anmelde sin mann, og hvorfor kvinner blir værende i voldelige

forhold og ikke søker hjelp. Studien viste at flere kvinner blir i forholdet av hensyn til sosioøkonomiske årsaker, redsel for å miste barna, redsel for forverring av volden og for egen/barnas sikkerhet (1).

I hvert politidistrikt finnes en familievoldskoordinator som skal være spesialisert på voldssaker og være et viktig verktøy for å hjelpe kvinnene. Kvinnene trenger ikke selv begjære overgriperen straffet, da det fra 1988 ble det bestemt at alle saker der vold er skjedd mot ektefelle/samboer eller tidligere partner er undergitt offentlig påtale, og dermed kan politiet selv forfølge tilfeller de får kjennskap til. Kvinnen blir da avhørt som sentralt vitne og må avlegge forklaring. Er bevisene gode nok må alle parter igjen avgi forklaring for retten. Politiet grunngir henleggelse av saker med av manglende vitner, bevis, helseopplysninger. I tillegg kommer lang etterforsknings tid, som gjør forklaringer mer uklare og dermed fører til at tiltalte frifinnes. Viktige bevis i form av helseopplysninger fra legen kan frigis videre til rettsinstanser med pasientens tillatelse. Uten denne er pasientopplysninger beskyttet av taushetsplikt.

Kort oppsummert kan politi og rettsvesen tilby fire tiltak.

1. Kostnadsfri bistandsadvokat hvis fornærmede oppfyller krav fra strpl §107 a. Advokaten kan hjelpe kvinnen under etterforskningsperioden og eventuelt i retten.
2. Besøksforbud kan gis hvis voldsutøver er anmeldt eller domfelt. Det eneste som trengs er en risikovurdering som tyder på at gjerningsmannen vil begå en voldelig eller truende handling i fremtiden. Besøksforbud kan omfatte forbud mot besøk, forfølgning eller kontakt med kvinnen.
3. Voldsalarm har vist å gi økt trygghet hos brukere. Tidligere kunne slik alarm bare brukes innad i hjemmet. I 2009 kom en mobil versjon med både GSM-signal og GPS-signal, som kan angi posisjonen til den som utløser alarmen. Ved aktivering får brukeren talekontakt med politi, og politiet kan straks få fram opplysninger med trusselbilde. I dag er ca. 1800 voldsalarmapparater i bruk. I en nylig undersøkelse svarte samtlige i pilotprosjektet at voldsalarmen gav dem trygghet og økt bevegelsesfrihet (49).
4. Sperret adresse kan personer som er utsatt for vold, der alle andre tiltak ikke har vist seg effektive, søke om etter folkeregistreringsforskriften fra 4. mars 1994 nr. 161 §37. Deres

adresse blir dermed forbudt å oppgi til privatpersoner og institusjoner. Det finnes to ulike typer sperret adresse. Den første kalles “fortrolig” og innebærer at adressen holdes skjult for privatpersoner, mens offentlige kontorer har tilgang. Den andre graderingen er “strengt fortrolig” og innbefatter også offentlige kontorer, unntatt folkeregistreringspersonell i skattedirektoratet. Det er nok med en skriftlig bekreftelse fra politiet for å søke om sperret adresse, men søknaden må gjentas hvert år (50 - 51).

Tiltak som hjelper

Hva er det som hjelper kvinner til å bryte ut? Hva hjelper dem i å bearbeide og gå videre i livet? Mange undersøkelser har fokusert på dette, og mange forskjellige tilnærminger er prøvd.

Følgende tiltak ble sett på via søk i Pubmed og Cochrane library:

1. Terapi med kognitiv adferdsterapi, kognitiv traumeterapi, tilgivelsesterapi og terapi for menn som slår, som undergrupper
2. Sikkerhetstiltak med voldsalarm og skjult adresse
3. Bistandsadvokat
4. Veiledning og informasjon fra helsepersonell om hjelpetiltak som finnes

Terapi er et viktig instrument og har vært fokusert fra mange ulike vinkler. En undersøkelse har sett på tilgivelsesterapi versus ordinær terapi med fokus på å bygge opp igjen kvinnens egenskaper og bekrefte volden som en gang var, og tok videre for seg hvilken effekt disse formene for terapi hadde på depresjon, angst og PTSD etter VINR. For å inngå i studien måtte kvinnene ha vært adskilt fra sin voldelige partner i over 2 år. Kvinnene ble randomisert til de ulike behandlingsgruppene og deretter fulgt individuelt av behandler i 8 måneder. Resultatet viste at tilgivelsesterapi hadde mye bedre resultat når det gjaldt symptomer på depresjon, angst og PTSD, men også på selvtillit, tilgivelse, mestring og finne mening i situasjonen som var og er.

En annen tilnærming er rettet mot voldsutøver, mannen. Brøset kompetansesenter for sikkerhet, fengsel og rettspsykiatri har siden 1998 drevet et forskningsprosjekt der de tilbyr poliklinisk behandling til menn som slår. Man bruker kognitiv terapi der tanker, følelser og handlinger er sentrale. Mennene skal fås til å gjenkjenne situasjoner der de slår og finne

strategier for å unngå vold i fremtiden, deretter erkjenne retningslinjer som de selv har skapt gjennom sitt eget liv og hvordan disse retningslinjene har utformet deres adferd og tankemønster. Terapien går over 15 uker fordelt på et halvt år. Dessverre er ingen resultater publisert. Alternativ mot vold har siden 1987 kunnet tilby terapi for menn, kvinner og unge som slår, og deres tall viser at 60-70 % slutter å bruke vold etter endt behandling (52 – 53).

Kognitiv traumeterapi

En randomisert kontrollert studie fra Hawaii så på kognitiv terapi for VINR-utsatte kvinner med PTSD. Behandlingen inkluderte traumehistoriefordypning, PTSD-utdanning, stressmestring, voldseksponering og voldspåminnelser, overvåking av egen negativ fokusering, kognitiv terapi for skyld og moduler for å kjenne egne rettigheter, selvsikkerhet, og hvordan gjenkjenne gjerningsmenn. Den randomiserte studien inkluderte 125 kvinner. Resultatet viste at 87 % hadde tilbakevendende PTSD symptomer, men med økt selvtillit og betydelig reduksjon av depresjon og skyldfølelse (54).

Kognitiv adferdsterapi

I en randomisert kontrollert studie av kognitiv adferdsterapi, med randomisering av deltagere i to grupper, fikk den første gruppen en veiledningstime, den andre gruppen tolv to-timers terapitimer med fokus på sosialkognitive adferdsteorier, myndiggjøringsteorier og -teknikker. Gruppen med kognitiv adferdsterapi rapporterte oftere mindre fysisk, psykisk og seksuell vold enn tidligere (55).

Politiets sikkerhetstiltak har i en rekke undersøkelser vist å gi kvinnene økt trygghetsfølelse. Moderne voldsalarmer gir kvinnene mer frihet og bedre livskvalitet i følge Bakketeigs studie for politiet (49). Likevel fungerer den også for noen som et stigma og i påminnelse om deres offersituasjon. Sperret adresse gir også økt sikkerhet, men mange av kvinnene i Eidheims undersøkelse fryktet stadig at adressen skulle bli avslørt og den årlige søknadsprosessen var et stressselement (51).

Juridisk bistand har vist seg positivt. I en oversiktsartikkel fra 2009 fant man at intens bistand,

12 timer eller mer, kan hjelpe med å stoppe fysisk mishandling hos kvinner som forlater krisesenter eller mottak ved 12 og 24 måneders oppfølging. Depresjon og psykososialt stress viste imidlertid ingen endring etter juridisk bistand (56).

Veiledning/informasjon

En randomisert kontrollert studie omfattet 360 kvinner som hadde vært utsatt for fysisk eller psykologisk vold siste 12 måneder. Kohorten ble delt i to, hvor den ene gruppen ble gitt skriftlig informasjon om steder å henvende seg og den andre gruppe fikk 20 minutters veiledning av sykepleier etter standard protokoll. Resultatet viste ingen forskjell i utfall, men begge gruppene rapporterte signifikant lavere antall voldstrusler, overfall, drapsforsøk og jobbtrakkassering etter 24 måneder (57).

Konklusjon

Hvert år rapporterer rundt 5,4 % av Norges kvinner at de opplever seksuell, fysisk eller psykologisk vold. Kvinnene utsatt for vold, rapporterer oftere psykisk sykdom som posttraumatisk stress-syndrom, depresjon og angst. Fysisk vold fører til blåmerker og sårddannelser i akutfasen. Ettervirkninger kommer senere, i form av fordøyelsesproblemer, reproduktive komplikasjoner som lav fødselsvekt, tidligere fødsel og neonataldød. Kvinnene blir også hindret i sin hverdag, der angst og dårlig selvtillit forstyrrer dem i daglige gjøremål. Alt i alt utgjør dette store økonomiske konsekvenser for den norske stat. Norge har estimerte utgifter på 0,8 – 1,2 milliarder kroner i året grunnet relasjonsvold mot kvinner, mye på grunn av høyt forbruk av helsetjenester hos de voldsutsatte.

Flere studier har søkt å kartlegge mekanismer bak sykdomsprosesser som disse kvinnene virker å være mer utsatt for. Stressmomentet virker å være en gjennomgående faktor, der HPA-aksen, gener, anatomi og immunforsvar blant annet er undersøkt. Studiene gir ledetråder, men vold mot kvinner er en multifaktoriell problemstilling så vel angående årsaker som virkninger.

Ved gjennomgang av prevalens, konsekvenser og tiltak finner denne litteraturstudien at vold mot kvinner er et vel dokumentert problem også her i Norge. Kvinnene som utsettes for slike overgrep har mange hjelpetilbud, men ofte mangler helsearbeidere kunnskap og føler en egen hjelpeløshet i den komplekse problemstillingen. Per i dag er det et stort fokus på vold mot kvinner i Norge gjennom blant annet Regjeringens handlingsplan. I verden generelt satser WHO og FNs UniTE-kampanje aktivt for å motarbeide og skape holdninger som forebygger vold mot kvinner. Den norske stat prøver å bekjempe volden med terapeutisk hjelp til kvinnene, bistand både økonomisk og juridisk, så vel som husrom i akutfasen. Kan barrieren mellom den voldsutsatte og hjelpeapparatet minskes, kan Den Norske Stat spare økonomisk, og ikke minst samfunnets borgere bli tryggere.

Referanser

1. Norges offisielle utredninger [NOU] 2003:31, s11-12, s46-48, s 57-58
2. Declaration on the elimination of Violence against Women, 20 Desember 1993, art.1
3. Eva Lundgren, Gun Heimer, Jenny Westerstrand, Anne-Marie Kalliokoski, Slagen dam Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige - en omfångsundersökning, 2001
4. National institute of public health, University of southern Denmark, and ministry of gender equality. Men's violence against women, Extent, characteristics and the measures against violence, 2007
5. JC Campbell, Health consequences of intimate partner violence. Lancet 2002; 359: 1331-36
6. Jewkes R, Intimate partner violence: causes and prevention. Lancet. 2002 Apr 20;359(9315):1423-9
7. Klara Hradilova Selin, Olle Westlund, Brottsutvecklingen i Sverige fram til 2007, kapitel: Misshandling mot kvinnor
8. Nerøien AI, Schei B, Partner violence and health: Results from the first national study on violence against women in Norway, Scand J Public Health, 2008:36(2), 161-68
9. Krisesenter.com(netsted) Krisesentrenes statistikk, 2008 (sitert 14/7/11) tilgjengelig fra: <http://www.krisesenter.com/statistikk/PDFdocs/Krisesenterstatistikken2008.pdf>
10. LOV 1997-06-19 nr 62 Lov om familievernkontorene, §1
11. B Wijma, et. al. Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: a Nordic cross-sectional study, Lancet. 2003 Jun 21;361(9375):2107-13
12. Voldsoffererstatning.no(netsted) voldsoffererstatning (sist endret 22/6/10 sitert den 13/7/11)Tilgjengelig fra: <http://voldsoffererstatning.no/index.php?lang=nor&id=73>
13. Ellsberg et al. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study, Lancet 2008; 371:1165-72
14. Pikarinen U, Saisto T, Schei B, Swahnberg K, Halmesmäki E. Experiences of physical and sexual abuse and their implications for current health, Obstet Gynecol. 2007 May; 109(5), 1116-22
15. Schei B, Guthrie JR, Dennerstein L, Alford S. Intimate partner violence and health outcomes in mid-life women: a population-based cohort study. Arch Women's Ment Health. 2006 Nov;9(6):317-24

16. Mullen PE, Romans-Clarkson SE, Walton VA, Herbison GP. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *Lancet*. 1988 Apr 16;1(8590):841-5
17. Ssb.no(nettside) Statistisk sentralbyrå Levekårsundersøkelsen 2007 (sitert den 13/7/11) tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/vold/>
18. Ssb.no (nettside) statistisk sentralbyrå, statistikkbanken med søkeord: Lovbrudd: Drap, Voldtekt, voldtektsforsøk, mishandling i familieforhold, alvorlig mishandling i familieforhold, drapsforsøk. Offer: Kvinne. År: 2009. Tilgjengelig gjennom: <http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/>
19. Violence by intimate partners, world report on violence and health 2002, kap 4, world health organization
20. Regjeringens handlingsplan: Vold mot kvinner. 2002-2003
21. Cox J, Bota GW, Carter M, Bretzlaff-Michaud JA, Sahai V, Rowe BH. Domestic violence. Incidence and prevalence in a northern emergency department. *Can Fam Physician*. 2004 Jan;50:90-7
22. Muelleman RL, Lenaghan PA, Pakieser RA. Battered women: injury locations and types. *Ann Emerg Med*. 1996 Nov;28(5):486-92
23. Inslicht SS et al. Increased cortisol in women with intimate partner violence-related posttraumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology*. 2006 Aug;31(7):825-38. Epub 2006 May 23
24. Statistik.bra.se. (nettsted) Svensk statistikk. Søkt med periode 2009, dødelig vold mot kvinne. Og forsøk på mord eller drap på kvinne 2009. Region: hele sverige. Tilgjengelig fra: <http://statistik.bra.se/solwebb/action/index>
25. Statistikbanken.dk(nettside) Statistikk fra Danmark. Med følgende valg: Type of offense Drap eller forsøk derpå. Year: 2009. Age: 15 og over. Sex: Women. Tilgjengelig fra: <http://www.statbank.dk/statbank>
26. Lipsky S, Holt VL, Easterling TR, Critchlow CW. Impact of police-reported intimate partner violence during pregnancy on birth outcomes. *Obstet Gynecol*. 2003 Sep;102(3):557-64.
27. Schei B, Physically abusive spouse--a risk factor of pelvic inflammatory disease? *Scand J Prim Health Care*. 1991 Mar;9(1):41-5
28. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *J Fam Viol* 1999;14:99-132
29. Coker AL, Weston R, Creson DL, Justice B, Blakeney P. PTSD symptoms among men

- and women survivors of intimate partner violence: the role of risk and protective factors. *Violence Vict.* 2005 Dec;20(6):625-43
30. Zlotnick C, Johnson DM, Kohn R. Intimate partner violence and long-term psychosocial functioning in a national sample of American women. *J Interpers Violence* 2006 Feb;21(2):262-75
31. Ansara DL, Hindin MJ. Psychosocial Consequences of Intimate Partner Violence for Women and Men in Canada. *J Interpers Violence* 2010 May 25
32. Politi.no (nettsted) Drapsstatistikken 2009. Tilgjengelig fra: <https://www.politi.no/>
33. Leserman J, Drossman DA. Relationship of abuse history to functional gastrointestinal disorders and symptoms: some possible mediating mechanisms. *Trauma Violence Abuse* 2007 Jul;8(3):331-43
34. Heim C, Ehler U, Hanker JP, Hellhammer DH. Abuse-related posttraumatic stress disorder and alterations of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in women with chronic pelvic pain. *Psychosom Med.* 1998 May-Jun;60(3):309-18
35. McEwen BS. Stressed or stressed out: what is the difference *J Psychiatry Neurosci.* 2005 Sep;30(5):315-8
36. McEwen BS. Protection and damage from acute and chronic stress: allostasis and allostatic overload and relevance to the pathophysiology of psychiatric disorders. *Ann N Y Acad Sci.* 2004 Dec;1032:1-7
37. Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall R, Miller AH, Nemeroff CB. Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA.* 2000 Aug 2;284(5):592-7
38. Olsson CA, Byrnes GB, Anney RJ, Collins V, Hemphill SA, Williamson R, Patton GC. COMT Val(158)Met and 5HTTLPR functional loci interact to predict persistence of anxiety across adolescence: results from the Victorian Adolescent Health Cohort Study. *Genes Brain Behav.* 2007 Oct;6(7):647-52. Epub 2007 May 14
39. Fennema-Notestine C, Stein MB, Kennedy CM, Archibald SL, Jernigan TL. Brain morphometry in female victims of intimate partner violence with and without posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry.* 2002 Dec 1;52(11):1089-101
40. Woods AB, Page GG, O'Campo P, Pugh LC, Ford D, Campbell JC. The mediation

- effect of posttraumatic stress disorder symptoms on the relationship of intimate partner violence and IFN-gamma levels. *Am J Community Psychol*. 2005 Sep;36(1-2):159-75
41. Woods SJ, Wineman NM, Page GG, Hall RJ, Alexander TS, Campbell JC. Predicting immune status in women from PTSD and childhood and adult violence. *ANS Adv Nurs Sci*. 2005 Oct-Dec;28(4):306-19
 42. Laffaye C, Kennedy C, Stein MB. Post-traumatic stress disorder and health-related quality of life in female victims of intimate partner violence *Violence Vict*. 2003 Apr;18(2):227-38
 43. Leung TW, Leung WC, Ng EH, Ho PC. Quality of life of victims of intimate partner violence. *Int J Gynaecol Obstet*. 2005 Sep;90(3):258-62
 44. Pakieser RA, Lenaghan PA Battered women: where they go for help. Muelleman RL. *J Emerg Nurs*. 1998 Feb;24(1):16-9
 45. Jonassen, W., F. Eidheim (2001) Den gode viljen. Mishandlede kvinners erfaringer med hjelpeapparatet. NIBR-rapport 1, 2001
 46. Rodriguez MA, Quiroga SS, Bauer HM. Breaking the silence: battered women's perspectives on health care. *Arch Fam Med*. 1996;5:153-8
 47. Zink T, Elder N, Jacobson J, Klostermann B. Medical management of intimate partner violence considering the stages of change: precontemplation and contemplation. *Ann Fam Med*. 2004 May-Jun;2(3):231-9
 48. Snider C, Webster D, O'Sullivan CS, Campbell J. Intimate partner violence: development of a brief risk assessment for the emergency department, *Acad Emerg Med*. 2009 Nov;16(11):1208-16
 49. Ellisiv Bakketeig, Mobil voldsalarm – en friere hverdag. PHS forskning 2006:1.
 50. Regjeringen.no (nettsted) Tema vold i nære relasjoner. (sitert den 14/7/11)
<http://www.regjeringen.no>
 51. Solgunn Eidheim, Å leve på sperret adresse. PHS-forsknings rapport 2007:1
 52. Råkil, M. (red.) Menns vold mot kvinner - behandlingserfaringer og kunnskapsstatus. Oslo: Universitetsforlaget 2002
 53. Traumer vold og overgrep, å reise seg etter en krise. *Psykisk magasin* nr 1 2008, utgitt av psykisk helse, tilgjengelig via <http://www.helsedirektoratet.no>
 54. Kubany ES, Hill EE, Owens JA, et al. Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *J Consult Clin Psychol* 2004;72:3-18

55. Gilbert L, El-Bassel N, Manuel J, et al. An integrated relapse prevention and relationship safety intervention for women on methadone: testing short-term effects on intimate partner violence and substance use. *Violence Vict* 2006;21:657–672
56. Ramsay J, Carter Y, Davidson L, et al. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2009. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd
57. McFarlane JM, Groff JY, O'Brien JA, et al. Secondary prevention of intimate partner violence: a randomized controlled trial. *Nurs Res* 2006;55:52–61
58. LOV 1902-05-22 nr 10 Straffeloven, § 228

