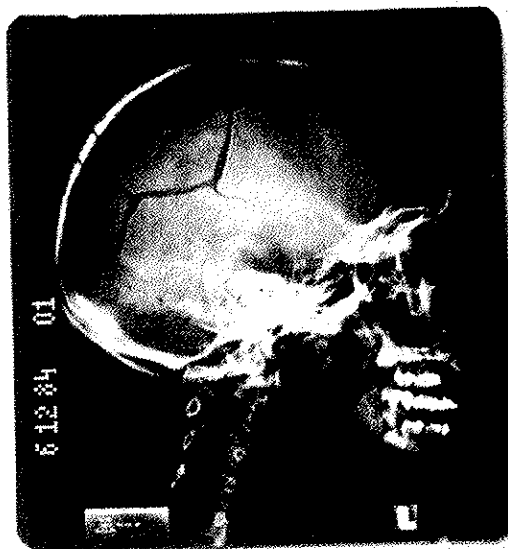


Vold mot unge kvinner og helsefølger



**Not all men break their
girlfriends' hearts.**

A bad relationship can hurt more than your feelings. To get help for victims
of physical abuse, call



San Francisco District Attorney, Family Violence Project (1).

av

Karoline Selvik, kull 99

5 årsoppgave, 2004

Veiledere: Anna Luise Kirkengen og Eli Berg

Innholdsfortegnelse:

1. Forord	s. 3
2. Resymé	s. 4
3. Innledning	s. 5
3.1. Problemstilling	s. 5
3.2. Metode	s. 5
4. Første del	s. 6
4.1. Definisjon	s. 6
4.2. Utbredelsen	s. 7
4.3. Hvem utsettes for vold	s.10
4.4. Typer vold, arena og utøvere	s.13
5. Andre del	s.16
5.1. Vold påvirker psykisk og fysisk helse	s.17
5.1.1. Psykiske symptomer og sykdommer	s.19
5.1.2. Fysiske symptomer, skader og sykdommer	s.20
5.1.3. Gynekologiske symptomer og sykdommer	s.22
5.1.4. Medikamenter, alkohol og stoff misbruk	s.23
5.2. Svangerskap, fødsel og barn	s.23
6. Tredje del	s.27
6.1. Kjenner legene sine misbrukte pasienter?	s.27
6.2. utfordringer knyttet til konsultasjonen	s.28
6.3. Identifisering og videre oppfølging av voldsutsatte kvinner	s.29
7. Konklusjon	s.33
8. Referanser	s.35

Forord:

Takk til Mamma og Anna Luise.

Til Søster, Mamma, Mor, Mormor og Oldemor.

Til Ellen Anna

Fly jente fly.

**Du er en fugl
og jeg har sett verden
i dine trassige øyne**

**Fly når vi kommer
i store klebrige flokker
av gammel fornuft.
Du huser ferske tanker
bak din steile panne.**

**Fly før vingene visner
under glatte vaner,
stivner under krav
om smilende overgivelse,
lammes av høflige håndtrykk.**

**Fly jente fly
fra våre finmaskede nett.
Spre dine tanker som kvasse piler, gylne aks.
Beskytt din panne, din trass.
Fly.**

Laila Stien

Resymé:

Dette er en litteraturoppgave om vold mot unge kvinner og helsefølger. Første del inneholder en definisjon av vold og en beskrivelse av voldens utbredelse, ofre, typer, arena og utøvere. Vi ser at mange kvinner utsettes for vold. Kvinner erfarer vold over et lengre tidsrom enn menn. Overgriperne er ofte mannlige partnere, og arenaen er ofte hjemmet.

Andre del viser at vold gir en økt forekomst av en rekke fysiske, psykiske og gynekologiske symptomer og sykdommer. Videre ses det en økt forekomst av svangerskaps- og fødselskomplikasjoner hos unge kvinner med voldserfaring. Oppgaven viser også at barn til voldsutsatte kvinner har en økt risiko for sykdom, lav fødselsvekt og død i første leveår.

Tredje del viser at leger sjelden spør om tidligere voldserfaring. De mener liten tid, manglende kunnskap, få samarbeidspartnere, kulturelle forskjeller og frykt for å svekke pasient-lege forholdet hindrer at vold avdekkes. Vold kan avdekkes ved hjelp av økt kunnskap, informasjon og direkte spørsmål. Leger må videre sikre spor, sørge for at kvinnen er trygg og ha et godt samarbeid med instanser som kan hjelpe kvinnen.

Innledning:

Problemstilling:

Minst hver tredje kvinne i verden har opplevd å bli slått, seksuelt misbrukt eller utsatt for andre former for mishandling (2). Som lege vil jeg derfor nødvendigvis møte mange kvinner med voldserfaring. De vil komme til meg med synlige eller usynlige skader, uttrykt i helseplager eller sykdommer. Det er godt dokumentert at voldserfaring har en sammenheng med økt sykkelighet (1, 3, 4). Ved hjelp av min 5. årsoppgave ønsker jeg å øke min kunnskap om hvordan vold påvirker kvinners helse. Dette i håp om at jeg vil bli en bedre behandler. Det er nemlig grunn til å anta at ”Økt kunnskap om voldsofre kan hjelpe voldsofre” (5).

Først vil jeg definere vold og skissere utbredelsen av vold. Videre vil jeg søke dokumentasjon for økt forekomst av psykiske, fysiske og gynekologiske symptomer og sykdommer blant kvinner som er utsatt for vold, spesielt med henblikk på unge kvinners reproduktive helse. Tilslutt vil jeg drøfte hva slags faglige forutsetninger leger trenger for å kunne være en god lege for slike kvinner. Jeg vil også kort vurdere samarbeidsformer eller faglige tiltak for å hjelpe voldsskadede kvinner.

Metode:

I denne oppgaven henviser jeg til et stort kunnskapsfelt bestående av ulike studier om sammenhengen mellom vold og helse. ”The first global WHO-report on violence and health” fra 2002 er utgangspunktet og forståelsesrammen for mitt arbeid (6). Jeg støtter meg videre nesten utelukkende på de nyeste studiene fra 2002 til 2004. Disse fanger opp og bygger på kunnskap av de siste tre årtier i samfunnsvitenskapelig og medisinsk forskning omkring sammenhengen mellom voldserfaring og helseproblemer.

Jeg skal også henviser til rapporten ”Den skjulte volden?”, en undersøkelse av oslobefolkningens utsatthet for trusler, vold og seksuelle overgrep. Den er publisert i 2004 av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) (7).

Allerede i prosjektbeskrivelsen henviser jeg til en artikkel fra Amnesty nytt, det norske magasinet av Amnesty Internasjonal. Organisasjonen lanserte 5. mars 2004 den verdensomspennende kampanjen: ”Stopp volden mot Kvinner” (8). Kampanjen vil

konsentrere seg om to områder: vold mot kvinner i familien og vold mot kvinner i og etter krig og konflikt.

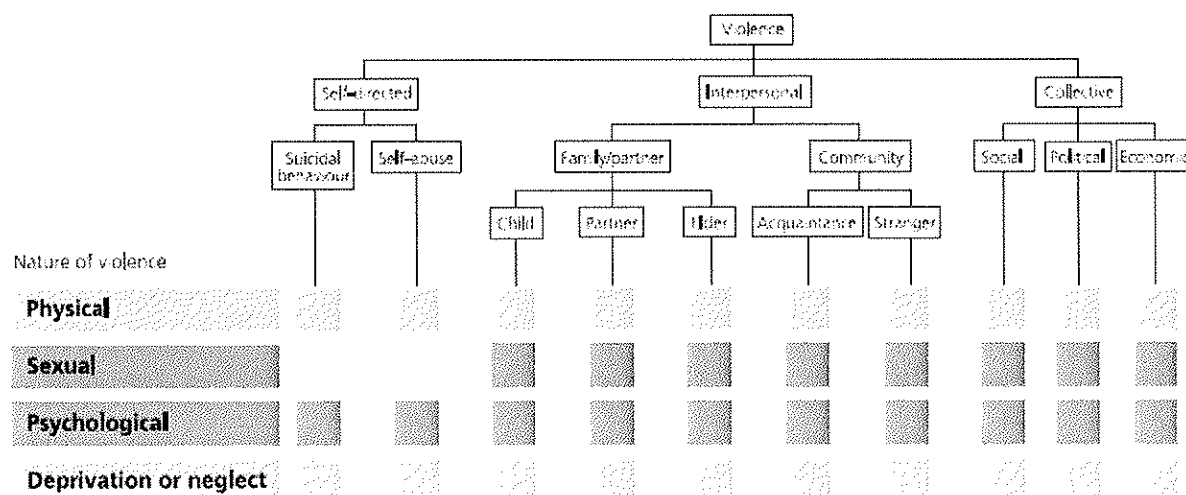
Første del:

Denne delen handler om definisjonen og utbredelsen av vold med hovedvekt på norske tall. Tallene angir insidensen av ulike voldshandlinger rettet mot både menn og kvinner. Videre viser jeg til fellestrekk ved kvinnene som har blitt utsatt for vold. Tilslutt presenterer jeg en oversikt over hvilke typer vold kvinner er offer for og hvem som utøver disse handlingene.

Definisjon:

The World Health Organization (WHO) definerer vold som *”The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation”* (6). Avhengig av hvem som utøver volden, deler WHO den i tre kategorier, *”self-directed violence”*, *”interpersonal violence”* og *”collective violence”*. Videre differensieres hver kategori i flere undergrupper (se figur under). *”Intimate partner violence (IPV)”* er det samme som familie/partner-vold. Volden handler om fysisk, psykisk, seksuell eller annen utnyttelse eller undertrykkelse.

FIGURE 1
A typology of violence



Tabell fra WHO (6).

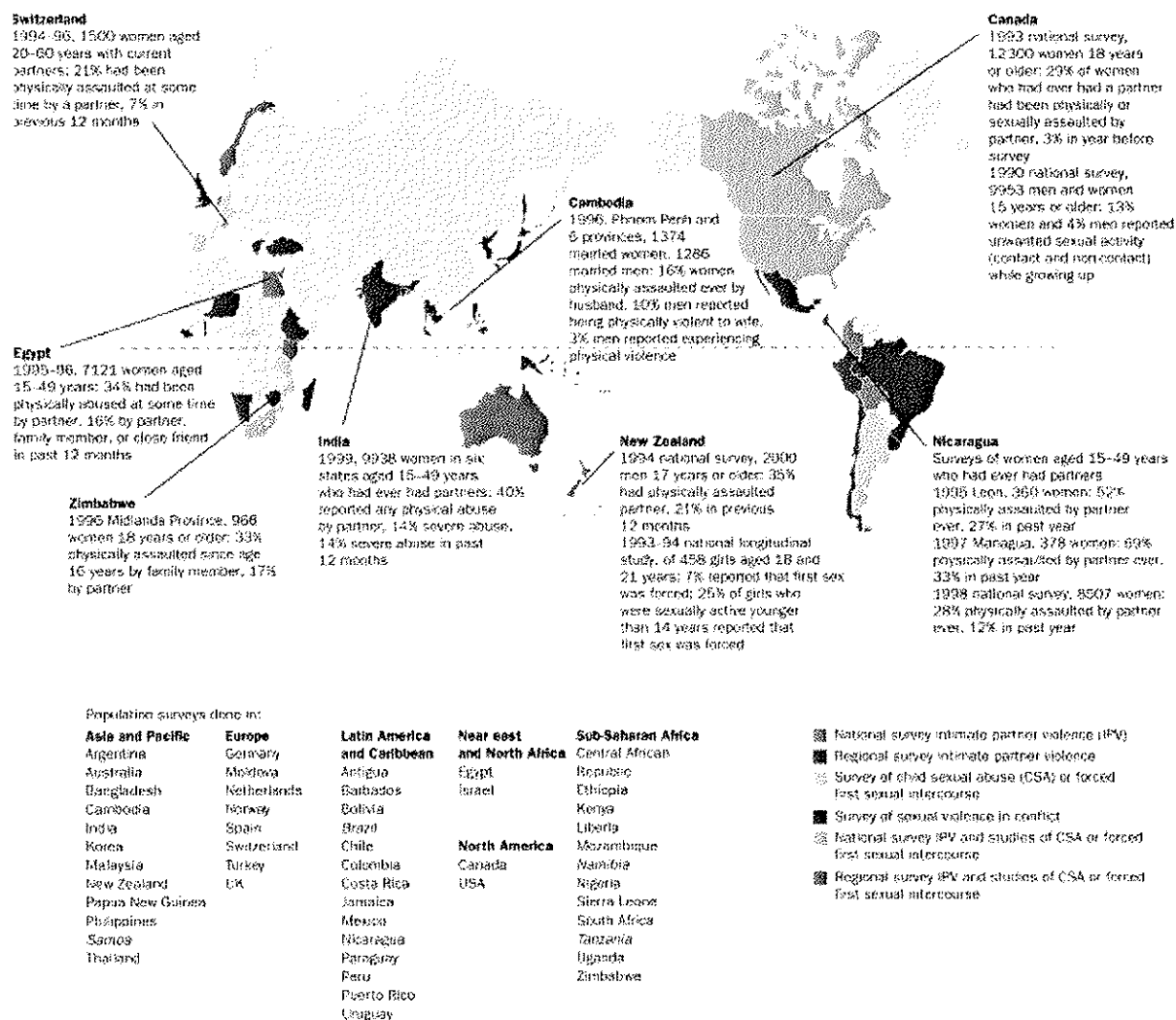
Det er vist at overgrepserfaring øker sannsynligheten for selvskading hos unge mennesker (9). Dette gjelder spesielt jenter i alderen 15-16 år. Risikoen for selvskade er også økt hos unge kvinner som misbruker stoff, har lav selvfølelse, anstrengte familieforhold (skilte foreldre), angst, depresjon, trøbbel med politiet, høy impulsivitet og som har vært full mer enn 10 ganger. Selvskading innebærer enhver form for selvdestruktivitet (for eksempel: henging, hoppe fra høyde, overdose med medikamenter, alkohol og/eller narkotika) og selvskader (for eksempel: kutting og brenning). Slike handlinger medfører en økt risiko for senere selvmord. Selvdestruktivitet kan også komme til uttrykk gjennom manglende beskyttelse mot opplagte helsefarer (for eksempel seksuelt overførte sykdommer) og betydelige sosiale problemer (for eksempel uønskede tidlige svangerskap).

“The UN Declaration on the Elimination of Violence Against Women” definerer vold mot kvinner som “...any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual or psychological harm or suffering to women” (10). Vold mot kvinner inkluderer alt fra kjønnsselektiv abort til overgrep på eldre kvinner. Begrepet gjelder for spesielle sosiokulturelle former for kvinneviktisering, som for eksempel æresdrap, og for generelle voldsformer som er lik over hele verden, som for eksempel voldtekt, partner- og familievold.

Det finnes ikke en enkelt faktor som forklarer hvorfor noen utøver vold og hvorfor noen utsettes for vold (6). Vold er et ekstremt komplekst fenomen. For å forstå røttene til vold, må en studere både biologiske, sosiale, kulturelle, økonomiske og politiske fenomener. I denne oppgaven ønsker jeg å forstå hva volden gjør fremfor å forstå hvorfor den utføres.

Utbredelsen:

WHO estimerte at 1,6 millioner mennesker døde i år 2000 på grunn av vold. Dette er et gjennomsnitt på ca. 28,8 per 100 000 (6). Figuren under er en samlet fremstilling av studieresultater om den globale forekomst av vold mot kvinner (10).



Global forskning: vold mot kvinner (10).

NKVTS-rapporten den "Den skjulte volden?" viser at 38 % av kvinner og 56 % av mennene har opplevd minst en form for viktimisering (trusler, vold og offeropplevelse) det siste året (7). 33 % av kvinnene og 48 % av mennene svarte at de hadde vært utsatt for minst en av de tre formene for trusler i sin levetid. 30 % av kvinnene og 42 % av mennene hadde opplevd å bli utsatt for trusler om vold slik at de ble redde. 20 % av kvinnene og 35 % av mennene har blitt utsatt for fysiske angrep. 5 % av kvinnene oppga at volden var såpass alvorlig at de trengte legehjelp.

Kvinner og menns utsatthet for vold i løpet av studieåret 2003 er forskjellig, men forskjellen er ikke veldig stor. Det samme observeres i levekårsundersøkelsen fra 1997 og 2001 (11). I motsetning til dette ble viktimisering rapportert av langt flere menn enn kvinner i tidligere levekårsundersøkelser (1983, 1987, 1991 og 1995). Dette kan tyde på at kvinner tidligere var

mer beskyttet mot trusler og overgrep enn de er nå. Men det kan også være en indikator på at flere kvinner enn tidligere søker nå hjelp etter overgrep, hvilket fører til at volden nå registreres i større grad av offentligheten.

Voldsstatistikken generelt preges av såkalte mørketall, det vil si av at forhold som man har indikasjon på at finnes likevel ikke blir meldt. Det gjelder spesielt for vold mot kvinner fordi denne, som kjent, mest foregår i lukkede rom, mens vold mot menn som oftest utspiller seg i det offentlige rommet. Voldtekt av kvinner og jenter er den mest underreporterte forbrytelse som begås (12). De faktiske tallene på voldtekter kan være opptil 50 ganger høyere enn det som rapporteres. Dette er skremmende med tanke på at det hvert år registreres mellom 8000 og 9000 voldtekter av kvinner i Norge. Kun 681 voldtekter ble anmeldt i 2002, og bare 52 overgripere fikk en dom (12). I New Zealand, Tanzania og Sør-Afrika er det gjort studier som viser at henholdsvis 7 %, 28 %, 40 % og av alle kvinner blir tvunget til sitt første samleie (10).



Når det gjelder seksuelle overgrep mot barn viser undersøkelse fra 20 land at 7-36 % av jenter og 3-29 % av gutter blir utsatt for seksuelle overgrep (10). De fleste studier viser 1,5 til 3 ganger flere seksuelle overgrep mot jenter enn gutter. Variasjonen i tallene skyldes snarere under- enn overrapportering.

Rapporten "Den skjulte volden?" påpeker at mange som var blitt viktimitisert i løpet av de tolv siste månedene, hadde en forhistorie som offer (7). Volden synes i større grad å forfølge kvinner enn menn over tid. Dette skyldes trolig at kvinner er særlig utsatt for vold i nære relasjoner. I Norge er over 1000 kvinner på flukt på grunn av menns vold (12). Mange bor på hemmelige adresser og får navn og personopplysninger slettet fra offentlige registre. Menn er derimot i større grad utsatt for vold fra fremmede. Dette kommer jeg tilbake til.

Flere kvinner enn menn blir utsatt for IPV minst en gang i livet (13). 13,3 % av kvinnene og 5,8 % av mennene oppga at de hadde vært offer for fysisk IPV. Prevalensen til seksuell IPV var 4,3 % for kvinnene og 0,2 % for menn. Derimot oppga 17,3 % av menn og 12,1 % av kvinner at de hadde vært utsatt for psykologisk (emosjonell) IPV. En sammenligning av ulike studier viser at antall kvinner som har blitt utsatt for vold i hjemmet av sin partner varierer mellom 10 % til 50 % (10).

Hvem utsettes for vold:

Det er høyest andel av voldsofre blant ungdom (11). Dette gjelder både blant kvinner og menn. Alder ser ut til å være en langt større og avgjørende faktor enn kjønn, når det gjelder utsattheten for vold og trusler. Levekårsundersøkelsen i 2001 viser at 10 % av menn og 9 % av kvinner i alderen 16-24 år hadde opplevd vold eller trusler i løpet av de siste tolv månedene (11). En tysk undersøkelse viser at 51,4 % av kvinner utsatt for overgrep var mellom 13 og 20 år da misbruket fant sted (14).

I de eldre aldersgruppene er utsattheten betydelig mindre, og den reduseres med økende alder (11). Kvinner i den aller eldste aldersgruppen ser imidlertid ut til å være mer utsatt enn både sine jevngamle menn og de noe yngre kvinner. Årsakene til dette er usikre.

Når det gjelder sosial status er det større sannsynlighet for at kvinner som blir misbrukt i sin barndom, gifter seg tidlig sammenliknet med ofre av andre typer vold (15). Årsakene kan være at misbruket fører til "en tidlig utviklet" seksualitet og/eller at giftemål blir en måte å rømme fra et viktimiserende hjem. Misbruk i barndommen er videre den sterkeste risikofaktoren for å bli utsatt for IPV (13). 55,6 % av en kvinnelig studiepopulasjon som hadde vært et offer for IPV, hadde tidligere blitt tvunget til sex av en slektning.

Videre ser man at 70,8 % av kvinnene som hadde blitt utsatt for IPV var skilt eller separert (13). Årsakene kan være at IPV ble utført av eksmannen og at kvinner som har vært utsatt for IPV kan derfor senere ha tilknytningsproblemer. Kvinner som viktimiseres i voksen alder er ofte ugifte (13). En måte å tolke dette på er at ugifte kvinner lever i miljøer der sannsynligheten for overgrep er større sammenliknet med gifte kvinner.

Kvinner som blir utsatt for vold av ektefeller, mottar mindre emosjonell støtte fra slekt og venner enn de som utsettes for overgrep av en ukjent gjerningsmann (15). Dette kan skyldes at menn som misbruker sine koner, ofte isolerer dem fra deres sosiale nettverk. Offerets nettverk anser muligens i noen tilfeller heller ikke et overgrep (voldtekt) av en kjent (intim og nær) gjerningsmann som et "ekte" overgrep. Overgrep fra en nær venn eller en ektefelle innebærer både forræderi og svik, hvilket videre svekker forhold og støtte. Resultatet blir at offeret selv bidrar til å skape avstand til både kjente og fremmede og blir ensom i en destruktiv relasjon.

Tidligere studier har gitt grunnlag for å anta at sannsynligheten for å bli et voldsoffer kunne predikeres av sosial klasse. Men rapporten "Den skjulte volden?" viser at det ikke finnes noen klar forskjell mellom sosialt sett ulike områder i Oslo (øst/vest) (7). Andelen som oppga at de hadde vært utsatt for vold, var høyest blant dem som var bosatt i sentrumsnære deler av Oslo. Andelen var lavest i sentrumsfjerne områder på vestkanten. I mellomposisjonen var 'Ytre øst'.

Et amerikansk studie viser at 38 % av dem som hadde blitt utsatt for IPV, ikke hadde bestått High School (13).

En norsk undersøkelse gir svake holdepunkter for å si at volden mest rammer personer med lav utdanning (7). Utsattheten for vold påvirkes trolig mest av miljøet man søker tilhørighet til. Og det finnes sterke føringer som bringer personer som er blitt krenket tidlig i livet inn i sosiale sammenhenger med høy forekomst av voldelighet.

I Norge er det en overhyppighet av voldsofre i grupper med vanskelig økonomi. Dette gjelder arbeidsledige, personer som mottar sosialhjelp, uføre og attføringstrygdede (7). Sosialhjelpemottakere skiller seg ut som en særlig utsatt gruppe. Jo trangere økonomi de hadde hatt de to siste årene, desto høyere var sannsynligheten for å ha blitt utsatt for vold. Amerikansk forskning viser at 41,8 % av de som ble utsatt for IPV hadde lav inntekt (13).

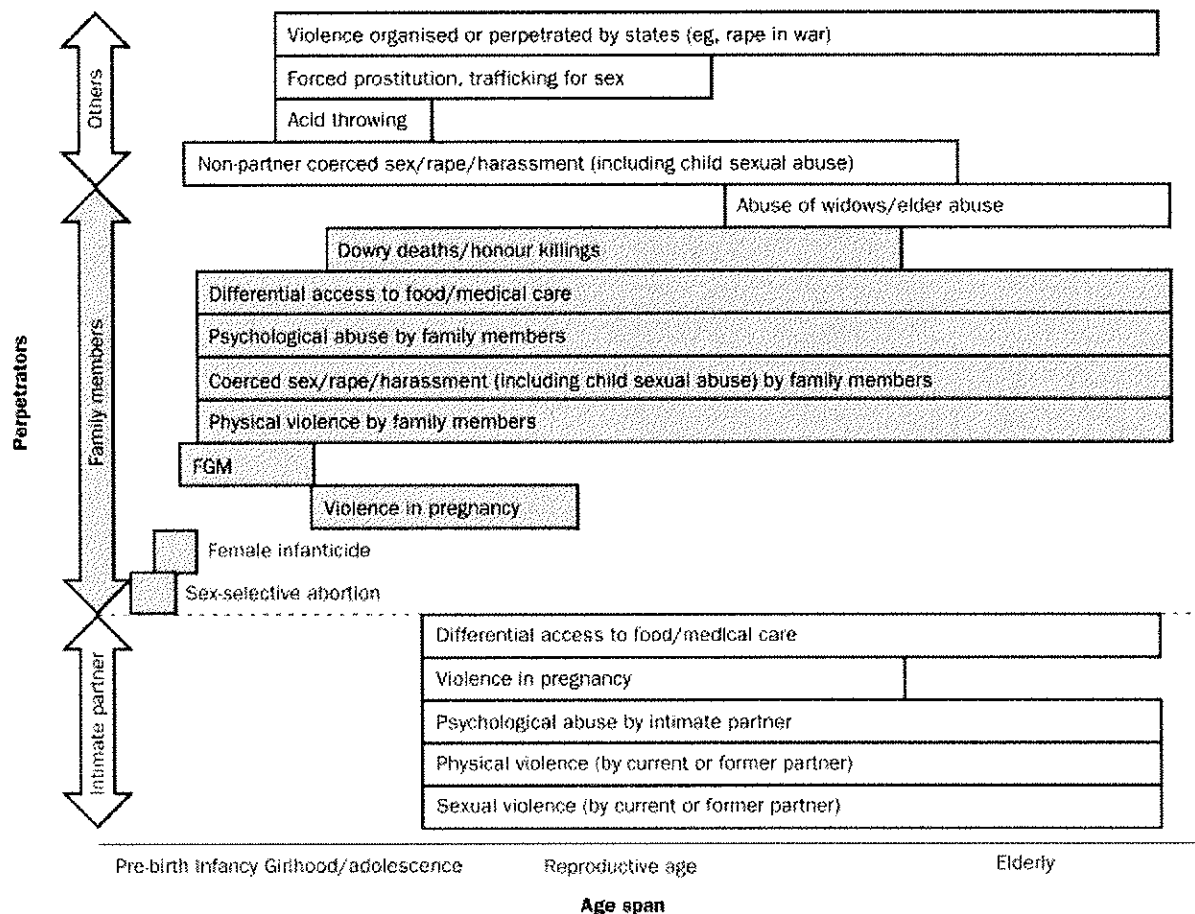
Andelen av personer som var utsatt for trusler og vold var signifikant høyere blant personer som ofte drakk seg beruset og hadde et aktivt uteliv, uansett aldersgruppe, enn blant personer med et roligere liv (7). Kvinner som lever med voldelige menn rapporterer at voldsutøveren ofte er påvirket av alkohol i gjerningsøyeblikket (13).

Denne generelle voldsutsattheten forsterkes ytterlig når kvinnene prostituerer seg på gaten. 50 % av kvinnene som jobber ute angir voldserfaring sammenliknet med 26 % av kvinnene som jobber inne (prostituerte kvinner har dobbelt så høy dødelighet som normalbefolkningen Kilde: Am J Epidemiol 2004; 159; 778-85) (13).



Quilt made in Zimbabwe by WiLDAF (Women in Law and Development) to remember women murdered by men (10).

Typer vold, arena og voldsutøverne:



Vold og misbruk mot kvinner over tid. FGM = female genital mutilation (10).

Figuren over illustrerer at kvinner utsettes for ulike typer vold gjennom livet og hvem som er hyppigste overgriper (10).

Til forskjell fra menn blir kvinner oftest utsatt for vold og trusler i sitt hjem (7, 12). Vold i hjemmet er en av hovedårsakene til skader og død blant kvinner i hele verden (12). Voldsspekteret omfatter handlinger fra klapp, slag og spark til angrep med våpen og drap.

Rapporten "Den skjulte volden?" viser at 12 % av mennene og 9 % av kvinnene har mottatt drapstrusler (7). Fra 1992 til 2002 ble 174 kvinner drept i Norge. 88 menn ble dømt for å ha drept sin samlivspartner/ekspartner. Ikke alle tiltalte samlivspartnere ble dømt (12). Det betyr at mer enn halvparten av disse kvinnene ble enten antatt eller beviselig drept av menn som sto

dem svært nær. I 1999 ble i følge russisk myndigheter 14.000 kvinner drept av sine partnere. 5000 jenter og kvinner i verden dør hvert år som følge av såkalte "æresdrap" gjennom medlemmer av sin egen familie (12).

I befolkningen i Kina, Taiwan, Sør-Korea, India, Pakistan og de fleste afrikanske land under Sahara er forholdet mellom antall menn og antall kvinner helt uvanlig (10). I disse land lever betydelig flere menn enn kvinner. Dette stemmer ikke overens med at det under vanlige omstendigheter fødes cirka like mange gutter og jenter, og at menn dør tidligere enn kvinner. Årsaken til denne dels betydelige forskjellen (i noen kinesiske provinser er forholdet 131-100) er at det i disse landene praktiseres kjønnsbestemt abort. Derfor fødes færre jentebarn eller de drepes rett etter fødselen. Jentebarn blir ikke meldt til folkeregisteret, de får følgelig ikke vaksiner og annen medisinsk forebygging mot for tidlig død. De får helt fra fødselen mindre mat enn guttene, de blir ikke ammet like lenge og de blir ikke brakt til lege ved sykdom. Dette skjer særlig i familier som har et guttebarn fra før. Jenter får mindre skolegang. De er derfor mer avhengig av andre og mer tvunget til belastende og farlig arbeid. I verden medfører alt dette en høy overdødelighet blant jenter. Derfor er 60-100 millioner jenter i demografisk forstand "savnet" (10). Dette tallet er det tydeligste uttrykk for den mest utpregede og sosio-politisk mest godtatte strukturelle voldsformen i verden: volden mot kvinner.

Seksuelt misbruk inkluderer voldtekt og seksuell berøring (10). Det innebærer også å tvinge og berøre andre på en seksuell måte, ha sex med et annet individ og/eller delta i fremstilling av pornografisk materiale. Den allmenne oppfatningen er at flest voldtekter utføres av personer som offeret ikke kjenner. Dette er ikke tilfelle. Voldtekter utøves oftest av overgripere som kjenner offeret (10, 14). De kan være partnere, mannlige familiemedlemmer, venner, bekjente og personer som er i en posisjon som gir dem autoritet i forhold til offeret. Blant kjente er det oftest venner som er overgriperne (14). Kvinner som utsettes for voldtekt av personer som de ikke kjenner, blir i tillegg ofte utsatt for fysisk og psykisk press (utpressing, lurei og belønninger) (10). Kvinner voldtas ofte når de sover eller når de er ruset av alkohol, narkotiske stoffer eller medikamenter. Rusen kan være påført dem uten at de vet det. Noen innsovningsmidler har fått navnet rape-drug fordi de virker fort. I Sør-Amerika, Papua New Guinea og noen deler av USA er det vanlig at menn voldtar kvinner i gjenger (10). Slike gruppevoldtekter inngår i såkalte manndomsprøver eller i inngangsritualer til bestemte typer gjeng-tilhørighet. De er selvsagt først og fremst uttrykk for dyp kvinneforakt som del av maskulinitetsmyter, gjerne knyttet til at valget av offeret er styrt av rasisme. Men

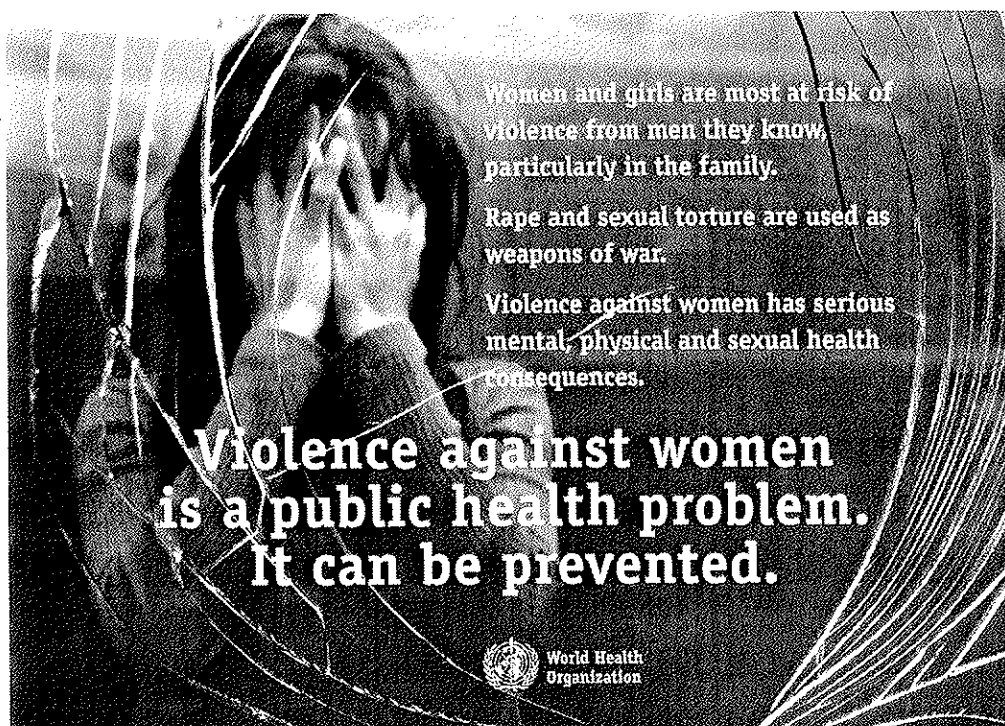
de skaper – gjennom felles delaktighet i en kriminell handling, også en sterk samholdsplikt og en gjensidig lojalitetstvang mellom gjerningsmennene.

Barneovergripere er som oftest unge eller voksne menn og omfatter fedre, eldre brødre og andre voksne familiemedlemmer (10). Lærere, barnepassere, venner av familien, religiøse ledere og naboer er også registrert som overgripere. Overgrepene foregår ofte over tid. Voldsutøveren bruker enten belønninger og bestikkelser eller trussel og tvang for å forhindre at barnet forteller noe om overgrepene til andre.

Enhver form for vold representerer samtidig en emosjonell mishandling (10). Kvinner blir infantilisert og umyndiggjort, kontrollert, styrt, undertrykt, ydmyket, utnyttet og fornærmet. Deres selvbilde blir skadet, deres selvtillit forvitret, deres råderett begrenses og deres avhengighet brukes mot dem. Noen kvinner nektes å utdanne seg og å arbeide. Andre nektes tilgang til egne penger og egne disposisjoner.

Av kvinner som prostituerer seg i sitt eget hjemland er fire av fem offer for vold av sine klienter (10). Kvinnene slås, trues med våpen, ristes og/eller voldtas. Hallik virksomhet er per definisjon en sterk form for symbolsk vold uavhengig om halliken selv slår eller voldtar kvinnen og muligens er den hun selv kaller "sin kjæreste". Virksomheten handler om utbytting av kvinnens kroppslige ressurser ved at midler overføres fra mann til mann. Dette representerer en tingliggjøring og fornedrelse av kvinnen.

Kvinner og barn inngår som råvare i en moderne form for slavehandel. Det er estimert at fra 700 000 til 2 millioner kvinner og jenter blir solgt over landegrensene hvert år i det som betegnende nok kalles "sexindustri" (10). Denne spesielle råvaren sikrer meget gode forretninger for mafia, menneskesmuglere, kriminelle gjenger (innenfor sort økonomi og narkotikahandel) og høyt profilerte politi- eller militæransatte i kraft av deres nøkkelposisjon ved slik illegitim transfer i stor målestokk. Kvinnene loves ofte sikre jobber, men det som møter dem er tvungen prostitusjon og andre former for utbytting. Og enkelte høyt korrupte regimer bruker kvinner som naturallønn til betaling av leiesoldater. Denne kollektive utbytting av kvinnekjønnene har funnet en svært dekkende betegnelse i den amerikanske termen "sexploitation".



WHO poster highlighting mental effects of abuse (ref. 1, side 1334).

Vold mot kvinner brukes også som et våpen i krig. Systematisk voldtekt av "fiendens kvinner" (språkbruken røper at den definerte fiende er andre menn og at kvinnene er fiendens eiendom) brukes som en strategi for å svekke de sosiale bånd i det angrepne samfunnet, svekke motstanden hos de angrepne og styrke en etnisk rensning ved å drepe fienden og å gjøre kvinnene gravide med egen sæd. Det estimeres at 20 000-50 000 muslimske kvinner ble voldtatt av serbiske soldater i perioden 1992-95 i konflikten i Bosnia-Herzegovina (10). Vi vet at noe liknende har skjedd under folkemordet i Rwanda. Men så vidt meg bekjent foreligger ingen sikre tall for det globale omfanget av slikt "renskning" legitimert i rammen av inter-etniske kriger.

Andre del:

Denne delen av oppgaven beskriver hva slags konsekvenser en voldserfaring har for kvinners fysiske og mentale helse. Følgene av vold som kommer til uttrykk i det som defineres som gynekologiske helseproblemer blir beskrevet særskilt. Kunnskapen samlet under punkt 4 handler om voldens effekt på kvinners svangerskap og om deres barns helseproblemer før, under og etter fødselen.

Vold påvirker psykisk og fysisk helse:

19 % av kvinners helseplager og skader i industriland skyldes mishandling (12). En amerikansk undersøkelse viste at 12 % av misbrukte kvinner anså sin helse som dårlig, hvilket var dobbelt så mange som blant ikke-misbrukte kvinner (3). En slik vurdering av egen helse som dårlig har vist seg å være en svært robust prediktor av senere sykkelighet. Omvendt vurderte 36 % av kvinner uten overgrepserfaring sin helse som god sammenliknet med 26 % blant viktimserte kvinner. Misbrukte kvinner har ca. 60 % høyere forekomst av ulike helseproblemer enn ikke-misbrukte kvinner (3). Undersøkelser viser at misbrukte kvinner bruker førstelinjehelsetjenesten og helsevesenets akuttinstitusjoner (legevakter og åpne poliklinikker) mye mer enn ikke-misbrukte kvinner (1, 16). Dette skyldes at seksuelt misbruk medfører både akutte og kroniske skader, samt vedvarende stress og frykt.

Konsekvensene av et kronisk økt stressnivå kan forklares ved hjelp av allostasemodellen (17, 18). Allostase henviser til kroppens evne til å opprettholde stabilitet ved hjelp av endring. Endringene igangsettes av hendelser som vekker en persons oppmerksomhet og beredskap, og de formidles via det autonome nervesystemet, hypotalamus-hypofyse-binyrebark-aksen (HPA-aksen), hjerte-kar-systemet, og metabolske og immunologiske prosesser. Den samlede funksjonen i disse systemer beskytter kroppen gjennom å svare på intern og ekstern belastning, enten denne er akutt, intermitterende eller kronisk. Prisen for slik tilpasning over tid og til gjentatte eller vedvarende belastning kan være en såkalt allostatisk oppladning. Denne handler i første omgang om en konstant økt aktivitet i det allostatiske systemet. Dette kan sammenliknes med en kontinuerlig alarm- eller vaktberedskap. Man går ut fra at konstant fare og trussel, enten faktisk pågående, fryktet eller erindret, øker den allostatiske oppladningen. Denne resulterer i sin første fase i svekkede killer-celler og konstant økt cortisol med alle de følger som økt cortisol gir, altså økt blodtrykk og pulsfrekvens, forstyrret glukose- og blodlipidregulering, tap av mineral fra skjelettet etc. Men man antar at systemets evne til å respondere med en høy aksjonsberedskap kan utmattes. Utmatting kan føre til manglende respons i cortisol-produksjonen og varig svekket killer-cell-aktivitet. Gjennom en slik utvikling kan en rekke sykdommer knyttes til kronisk volds- og avmaktserfaring, slik som kreft og økt mottakelighet for infeksjoner. Slik manglende døgnvariasjon i Cortisolproduksjonen er påvist blant kvinner med diagnosen fibromyalgi og kronisk tretthetssyndrom, blant personer med PTSD og blant barn med atopisk eksem. Det siste kan tyde på svært komplekse sammenhenger som muligens allerede kan ha virket intrauterint.

Økt sykkelighet kan også forklares ved at voldsofferet isoleres. Isolering gir redusert emosjonell støtte. Emosjonell støtte har en sterk assosiasjon med helse, og ensomhet er i seg selv en risikofaktor for sykdom (15). Kvinnene som utsettes for vold får dermed dårligere helse og livskvalitet gjennom mangfoldige og gjensidig forsterkende prosesser (1).

Nedenstående tabell viser en oversikt over foreliggende dokumentasjonen om sammenhenger mellom voldserfaring og sykkelighet (1).

	Reference number				
	McCauley et al ⁸	Campbell et al ⁴³	Coker et al ⁴⁴	Leserman et al ⁴²	Plichta ⁴⁵
Symptoms					
General health lower or number of symptoms higher than average	S	S	S	S	S
Digestive problems: diarrhoea, spastic colon, constipation, nausea	S	S	S	NM	NM
Loss of appetite, eating binges, making self vomit	S	S	NM	NS	NM
Abdominal pain, stomach pain	S	S	NM	NM	NM
UTI: bladder/kidney infection, pain, problems with urination	S	S	S	NS	S
Vaginal infection: discharge, itching	S	S	NM	S	NM
Sexually transmitted disease	NM	S	S	NM	NM
AIDS or HIV-1	NM	NS	NM	NM	NM
Vaginal bleeding, severe menstrual problems, dysmenorrhoea	NM	S	NM	NM	NM
Pelvic pain, genital area pain	S	S	S	S	NM
Fibroids or hysterectomy	NM	NS	S	NM	NM
Painful intercourse, sexual dysfunction	NM	S	S	S	NM
Headaches, migraines	S	S	S	S	S
Fainting, passing out	S	NS	NM	S	S
Seizures, convulsions	NM	NS	S	NM	NM
Back pain, chronic neck pain	NS	S	S	S	S
Influenza or cold, stuffy or runny nose	NM	NS	NM	S	NM
Hypertension	NM	NS	S	NM	NM

Physical symptoms in battered women from US health-care settings or population-based health surveys (1).

NM = not measured in study. S = significant ($p < 0.05$) or relative RISK = 1.0 or higher. NS = not significant.

UTI = urinary tract infection.

Psykiske symptomer og sykdommer:

Forskning som bygger på tradisjonell psykiatrisk teori har vist at over halvparten av kvinnene som bor på krisesentrene har angst og tegn på depresjoner (12). Depressive symptomer henger ofte sammen med fysisk, psykisk og seksuell IPV (1, 13). Kronisk psykisk sykdom henger spesielt sammen med fysisk IPV (13). Depresjon øker risikoen for hjerte-kar-sykdom, slag og selvmord (19). Misbrukte kvinner har også en hyppigere forekomst av panikkangst (20).

Selvsagt kan man hevde at angst og avmaktsfølelse er logiske følger av å ha blitt truet, skadet og misbrukt. Det er derfor urimelig å tillegge voldsskadede kvinner at de kvalifiserer for psykiatriske diagnoser. Men inntil videre danner den rådende psykiatriske teori selve forståelsesrammen for voldtatte kvinners reaksjoner som "avvikende fra det normale", det vil si som tegn på sykdom. Derved sier man indirekte to ting: at disse kvinner er syke og ikke skadet, og at deres sykdom skyldes at de ikke reagerer "normalt" på ytterst unormale erfaringer. Det sier noe om hvilket normbegrep psykiatrien bygger på og hvilken erfaringsverden som blir underordnet dette begrepet. Feilen å te seg normalt etter å ha erfart trussel mot integritet og liv kvalifiserer altså til diagnoser som både er misvisende og stigmatiserende.

Grunnen til det påfallende men konsistente funn av forsterket angst og depresjon hos voldsskadede personer som allerede i sin barndom har opplevd eksistensiell utrygghet på grunn av overgrep (seksuelt, fysisk, psykisk), familievold og ustabilitet eller oppbrudd (for eksempel separasjon) skyldes trolig at en dyp eksistensiell erfaring blir forsterket. I nevrobiologien settes dette fenomenet i en modell av antatt supersensitivisering for stress (19). Når barn utsettes for tidlige traumatiske opplevelser, skjer dette i en periode hvor hjernen utvikler seg. Som sagt tidligere, skaper dette endringer i hypotalamus-hypofyse-binyre-aksen som muligens kan bli varige. Disse endringene eller denne økte varheten for bestemte typer belastning kan komme til uttrykk i uhensiktsmessige reaksjoner når dette systemet senere blir aktiviser. Og det igjen kan bevirke at den naturlige selvreguleringen mot normaltstanden ikke inntreffer (negativ feedback loop), men heller at det motsatte skjer, det vil si en forsterkning av ubalansen (positiv feedback loop).

Dette bekreftes ved at det måles høye verdier av adrenocorticotrophic hormone (ACTH), cortisol og corticotropin-realising-faktor (CRF) hos personer utsatt for overgrep (19). De høye

verdiene finnes ikke hos psykiske syke personer som ikke har vært utsatt for overgrep i barndommen.

Blant ungdommer, spesielt blant jenter, som har vært vitne til vold, blitt seksuelt og/eller fysisk misbrukt, og blant kvinner med seksuell voldserfaring i barndommen har man funnet høy forekomst av tegn som legges til grunn for diagnosene posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) og Major depressive episode (MDE) (1, 21, 22). For voldsskadet ungdom øker risikoen om offeret bor i et hjem med narkotikabruk, hvilket kan være uttrykk både for økt utrygghet og sosial læring (21). Kvinner med PTSD bruker noen ganger stoff eller alkohol for å roe ned eller takle sine plager. (1). Dette kan tolkes som en slags selvbehandling eller selvbedøvelse mot utålelige minner.

Forskning viser at kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep i større grad enn ikke misbrukte kvinner har spiseforstyrrelser i form av anorexia og bulimia nervosa eller blandingsforstyrrelser (23, 24). Dette understreker det som forskere innen område spiseforstyrrelser stadig mer innser, nemlig at kategoriseringen ikke er holdbar fordi tilstandene kan skifte hos samme person over tid.

Kvinner, som er seksuelt misbrukt, har større sannsynlighet for å ta livet sitt enn ikke misbrukte (25).

Fysiske symptomer, skader og sykdommer:

Kroniske ryggmerter, hodepine, lungesykdom, fordøyelsesbesvær, redusert appetitt, urinveisinfeksjon (UVI) og magesmerter blir hyppigere oppgitt hos kvinner som er viktimitisert, enn de som ikke er det (1, 3, 20).

I tillegg til UVI er det en høy forekomst av alle typer blærefunksjonsforstyrrelse blant seksuelt misbrukte kvinner (26). 69 % av kvinner som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen hadde kroniske smerter som hadde vart mer enn 3 måneder (27). Kvinnene rapporterte flere smertefulle områder på kroppen, mer diffuse smerter og hadde oftere fått diagnosen fibromyalgi enn ikke misbrukte kvinner.

Symptomer som besvimelses- og krampeanfoll er oftere registrert hos voldsutsatte kvinner (1). Mekanismen bak dette er uklar.

Forskning viser at 78 % av seksuelt misbrukte kvinner har minst et av de fllgende helseproblemene: hlyt blodtrykk, mindre matlyst, magesmerter, fordlyelsesproblemer, og influensa (3). Blant kvinner med fysisk voldserfaring rapporterte 54 % en av tilstandene. Hos ikke viktiserte gjaldt dette 45 % av kvinnene. Kvinner som er seksuelt misbrukt i militæret har en økt forekomst av astma, emfysem, bronkitt, kronisk irritabel tarm og behandlet hjerteinfarkt i forhold til kvinner uten voldserfaring (28). Kardiale symptomer (hlyt blodtrykk og brystmerter) ses også hyppigere hos kvinner som har vært utsatt for partner vold (1).



Økt forekomst av hjertekarsykdom kan skyldes at viktiserte kvinner har en høyere prevalens av risikofaktorer for hjerte-kar-sykdom enn ikke misbrukte (29). Viktiserte kvinner er oftere overvektige, røykere, hypertonicere, alkoholmisbrukere og har oftere et stillesittende liv (29, 30). Forskning har også vist at kvinner som er seksuelt misbrukt har en økt risiko for diabetes mellitus (DM), et funn som trolig gjelder for volds ofre generelt (20).

Ansiktskader forekommer hyppigere hos volds ofre (8 %), enn hos ikke voldsutsatte (0,4 %) (1). Andre traumer som opptrer oftere hos misbrukte kvinner er hode-, nakke-, toraks-, bryst- og magetraumer. Det dreier seg om alt fra mindre kutt og skrubbsår til dødelige stumpe skader og penetrerende skader (for eksempel av knivstikk) (31). Traumeforekomsten blant voldsutsatte kvinner er høyere enn hos kvinner som er utsatt for andre traumemekanismer. Forskning viser at kvinner som er seksuelt misbrukt i sin barndom har hatt flere kirurgiske inngrep enn ikke viktiserte kvinner (27).

Gynekologiske symptomer og sykdommer:

Tall fra Skandinavia viser at 19-37 % av alle kvinner som kommer til gynekologisk behandling på tredjelinjeavdelinger har blitt emosjonelt misbrukt minst en gang i løpet av livet sitt. 38-66 % er blitt utsatt for fysiske overgrep og 17-33 % har minst en gang vært offer for seksuelt misbruk (32). I en studie i allmennpraksis hadde 28 % av kvinnene med en gynekologisk problemstilling blitt seksuelt misbrukt som barn (33). Dette viser at mange gynekologiske pasienter har en historie som voldsoffer. De har flere gynekologiske problemer enn ikke viktimserte (3).

Den økte forekomsten av gynekologiske problemer blant seksuelt misbrukte kvinner er muligens knyttet til at påtvungen seksualitet fører til sterk skam- og avmaktsfølelse. Et høyt stressnivå og depresjon påvirker trolig immunforsvaret i negativ retning, muligens med økt infeksjonsfare vaginalt og analt til følge (1, 31). Uretralt traume etter voldelig penetrasjon og lite lumbrikasjon vil gjøre det lettere for mikroorganismer å finne veien til blodstrøm og oppover i urinrøret. Ved seksuelle overgrep unnlater overgriperen ofte å bruke beskyttelse (kondom) (1). Derfor ser man en økt forekomst av SOS (for eksempel HIV) og uønsket graviditet blant de viktimserte. Økt forekomst av uønskete graviditeter kan forklare økt forekomst av spontan og terapeutisk abort hos misbrukte kvinner (20, 34). Økt antall spontane aborter kan forklares ved at viktimserte kvinner ofte er unge. Vaginal blødning og smertefullt samleie blir hyppigere angitt hos kvinner som er viktimsert (1, 31). Misbrukte kvinner har også oftere problemer med orgasme enn ikke misbrukte (26).

Seksuelt misbrukte pasienter har flere gynekologiske operasjoner enn ikke viktimserte (35). 10-20 % av alle hysterektomier blir utført på grunn av kroniske smerter. Årsakene til smertene verifiseres ofte ikke. Kvinner som har opplevd seksuell vold har en overhyppighet av kroniske underlivssmerter og bekkensmerter. Dette kan delvis forklare den økte forekomsten av operasjoner.

I en amerikansk studie hadde 95,2 % av kvinner som søkte behandling for premenstruelt syndrom, opplevd forsøk på eller utførte seksuelle overgrep (36). Økt forekomst av premenstruelle symptomer (angst, depresjon, irritabilitet, sinne og humørsvingninger) ses også hos kvinner som er utsatt for andre typer vold. Blant misbrukte er det også en økt forekomst av uregelmessig menstruasjon og endringer i syklusen (20).

Medikamenter, alkohol og stoff misbruk:

Risikoen for at voldsskadede ungdommer blir rusmiddelmisbruker og følgelig får diagnosen "Substance abuse/dependence" (SA/D) øker med stigende alder (21). Ungdommer med diagnosen SA/D har også ofte diagnosen PTSD.

Som nevnt tidligere, øker risikoen for rusmiddelbruk hos dem som har familiemedlemmer som misbruker alkohol og narkotika. De som er vitne til vold og selv blir utsatt for seksuelle overgrep, har også høyere risiko for å utvikle symptomer og væremåter som diagnostiseres som MDE og SA/D (21).

Alkoholmisbruk og medikamentmisbruk er sterkt assosiert med fysisk og psykisk IPV (13).

Svangerskap, fødsel og barn:

En av ti førstegangsfødende er selv enda barn når de blir mor (37). De yngste av disse er 11 år. På verdensbasis dør 70 000 tenåringer årlig som følge av svangerskaps- og fødselskomplikasjoner. Tenåringer har blant annet økt risiko for preeklampsi og eklamsi. Denne økte risikoen for komplikasjoner vil følge kvinnen i alle senere svangerskap (38). Risikoen for prematur- og dødfødsel blant tenåringsmødre er tre ganger større hvis kvinnen også gjennomgår sitt andre svangerskap før hun fyller 20 år.

Barn som er født til termin av tenåringsjenter (under 15 år) har en høyere risiko for å dø enn barn født av jenter i 20 års alderen (39). Omkring 1 million barn født av tenåring dør årlig før første leveår. De barna som overlever har ofte lav fødselsvekt og er ofte premature (40).

En amerikansk studie som omfatter fra 16 delstater viser at 8,7 % av kvinner blir utsatt for vold under og/eller før et svangerskap (41). Voldsmønsteret viser at vold som begynte før graviditet inntraff, som regel vil fortsette under graviditeten (42). Sjeldnere ser man at volden minsker eller debuterer under graviditeten. Det vil si at kvinner er like mye utsatt for vold før som under svangerskapet (43).

Dersom man ser på de ulike typene vold hver for seg, er det forskjeller. Den emosjonelle volden (fornemmelser, trusler og ydmykelses) vil øke under svangerskapet, mens seksuell og

fysisk vold vil avta (43). Både før og under graviditeten er det ektemenn og partnere som er de hyppigste overgripere (41). Med andre ord opplever gravide kvinner hyppigst IPV (44).

Økt forekomst av vold 12 måneder før og under svangerskap forekommer hyppig hos ugifte kvinner under 20 år med mindre enn 12 års skolegang (41). Gravide kvinner under 20 år har 4,3 ganger større sannsynlighet for å bli utsatt for vold enn kvinner over 30 år. Kvinner med lav utdanning har 4,7 ganger større risiko for å bli utsatt for overgrep under graviditeten enn kvinner med mer enn 12 års skolegang.



The young mother is only 12 - she is now alone after her husband walked out.

The Orcadian July 19, 2001: Giving the slum girls of Nyanagar a little ray of hope By Lorraine Shearer.

Stressfulle hendelser, kranling med ektemann, separasjon, skilsmisse og alkohol- eller stoffmisbruk i blant venner/familie/omgangskrets er andre risikofaktorer for vold mot gravide (41). Andre studier viser også at gifte husmødre er i risikogruppen (43). Videre ser man at kvinner som blir utsatt for eller har vært vitne til vold i barndommen har økt risiko for igjen å bli utsatt for vold under graviditeten (43).

Tall fra Nicaragua viser at 61 % av nyfødte barn som døde, hadde mødre som har vært utsatt for vold. Barn født av mødre som har vært utsatt for vold minst en gang i livet, har 6 ganger større sannsynlighet for ikke å overleve de 5 første leveårene. Typen overgrep og alvorlighetsgraden har mer å si enn tidspunktet og forholdet mellom mor og overgriperen (44).

De barna som overlever fødselen er oftere premature og har lav fødselsvekt (45). Lav fødselsvekt øker igjen risikoen for at barnet kan dø (44). I Nicaragua ble 22 % av kvinner med barn med lav fødselsvekt fysisk misbrukt av sin partner under svangerskapet (46). Kun 5 % av kvinnene med barn med lav fødselsvekt hadde ikke opplevd vold. Disse tall taler for en sterk sammenheng mellom barns vanskelige levestart og volden mot deres mødre.

Lav fødselsvekt hos barn av misbrukte mødre kan ha indirekte eller direkte årsaker (45). Direkte traumer mot den gravides mage kan føre til prematur fødsel, membranruptur, placentaløsning eller ruptur av uterus. Vold affiserer også barnet indirekte, det vil si via hormonelle og immunologiske påvirkninger og helsefarlige levemåter hos moren (44).



Igjen er det fruktbart for en sammenhengsforståelse å bruke den tidligere nevnte allostasemodellen. Voldsutsatte kvinner opplever en konstant trussel eller fare før og under svangerskap. Denne vil påvirke aktivitetene relatert til HPA-aksen som igjen påvirker alle stadier i svangerskapet (18). Morens forstyrrede hormoner vil kunne følge blodstrømmen til placenta (46). Her kan de gi en vasokonstriksjon som vil kunne føre til redusert vekst hos fosteret. De kan også utløse kontraksjoner i uterus som kan gi premature rier. Riene kan initiere en prematur fødsel.

De voldsutsatte mødrene har et stressfylt liv og mangler ofte sosial støtte. Dette kan føre til en større tendens til å misbruke nikotin, alkohol, medikamenter og narkotiske stoffer (42, 45). Dette kan resultere i lavere fødselsvekt og andre skader hos fosteret. Blant viktimiterte

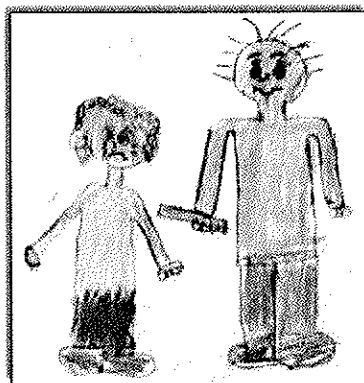
kvinner som misbruker stoff er det påvist økt forekomst av barn med medfødte misdannelser og av langvarige/langtrukne og vanskelige fødsler (34).

Misbruk av alkohol og narkotika/narkotiske stoffer er assosiert med lav sosioøkonomisk status, dårlig vektøkning hos mor, anemi, usundt kosthold, mental sykdom (depresjoner, angst og PTSD) og SOS (HIV, klamydia og herpes-simplex type 2) (1, 34, 44). Infeksjoner med gruppe B streptokokker (GBS) ses også hyppigere hos viktimiterte kvinner. En av tre kvinner med voldserfaring var smittet med enten en SOS eller GBS (34).

Mødrene som utsettes for fysisk vold rapporterer i flere studier at de føler seg maktløse, ydmyket, truet og økonomisk avhengig av overgripere. Ofte har ektemannen/partneren helt kontroll over kvinnen og er verbalt aggressiv mot henne (44, 46). Dette øker stress- nivået hos kvinnen slik at hennes omsorg for og oppmerksomhet mot barnet blir skadelidende (44). En indisk studie viser at barn kan bli feil- eller underernært fordi moren er overbelastet av sin partners fiendtlighet (47).

En ny studie fra Sverige har vist økt sannsynlighet for selvmordsforsøk eller selvmord blant tenåringer som hadde lav fødselsvekt (under 2500 gram) og lengde (under 47 cm). Hypertensjon hos mor i svangerskapet, keisersnitt og lav alder og lav utdanning hos mor øker også sannsynligheten for at hennes barn tar sitt eget liv før de er voksne (48).

Barn av viktimiterte mødre har syv ganger større risiko for å bli misbrukt fysisk eller seksuelt (44). Forskning viser også at det å ha en mentalt syk far eller mor øker sannsynligheten for å utvikle psykisk sykdom (19).



Dessin de Andrea Ximena
Villa Grande Paz

”The adverse childhood experiences study” (ACE studien) viser at barn som har opplevd at voksne i deres familie har prøvd å ta livet sitt, utført voldelige handlinger og sittet i fengsel, har større sannsynlighet enn andre barn til å utvikle sykdom (49). Dette henger trolig sammen med at de senere lever liv preget av flere risikofaktorer som igjen er knyttet til alvorlig systemsykdom og for tidlig død. Disse risikofaktorer er røyking, sterk overvekt, kroppslig inaktivitet, depressivt stemningsleie, selvmordsforsøk, alkohol- og narkotikamisbruk, mer enn 50 seksualpartnere og seksuelt overførbare sykdommer. Disse helsefarer bidrar til utvikling av hjerte-karsykdom, slag, kreft, kronisk luftveissykdom (KOLS), diabetes mellitus (DM), hepatitt (eller icterus) og brudd.

Tredje del:

Denne delen av oppgaven skal vise hva leger finner problematisk å forholde seg til med henblikk på å arbeide med voldsutsatte pasienter. Den skal også beskrive hvordan man kan innhente opplysning om overgrep i rammen av en konsultasjon, og hva som bør inngå i oppfølging av akutt voldsskadede eller konstant voldsutsatte personer.

Kjenner legene sine misbrukte pasienter?

96-98 % av misbrukte kvinner som ble behandlet ved nordiske universitetsklinikker hadde ikke snakket med sine behandlere om overgrepene (32). Årsaken kan være at kvinnene selv ikke syntes det var relevant for undersøkelsen. En tysk studie viser at kvinner ofte er redd for å snakke om overgrep (14). Studier viser at bare 0,5-1,1 % av kvinner oppgir at gynekologen spurte om de hadde en overgrepserfaring (14, 32). Få kvinner (1-2 %) oppga at legen kjente til deres viktimitisering (32). Dette tyder på at legene ikke kjenner pasientenes voldshistorie, at de ikke utspør kvinnen om den, og at kvinnene gjennom denne tausheten får en forståelse av at slike erfaringer ikke er betydningsfulle med henblikk på deres aktuelle eller kroniske helseplager.

Få studier dreier seg om spørsmålet hvorfor leger ikke snakker med pasienter om overgrep (14, 50). De fleste leger sier at de har for liten tid å spørre pasienten om overgrep, at de kan for lite om følgene av overgrep og vold, at de føler seg avmektig fordi de ikke vet hva de skal gjøre, og at de er redd for hva som skjer hvis de åpner opp for dette emnet (50). Indirekte sier de derved at de anser selve temaet enten som for ubetydelig eller for ubehagelig, slik at de ikke vil bruke krefter på å påvirke de forhold som de selv utpeker som hindringer (tidsbruk,

kunnskapstilfang, veiledning, skolering etc.). Det betyr at alle begrunnelser av unnlattelse egentlig er rasjonaliseringer av motvilje.

Videre mener legene at partnervold forekommer så sjelden i nettopp deres egen pasientpopulasjon, at de betrakter det som bortkastet tid å spørre om slikt. Andre lurer på om en systematisk innhenting av voldserfaring vil gi en helsemessig gevinst for pasienten (51). Noen leger frykter at de kan fornærme pasienten om de tar opp temaet, fordi det kan oppfattes som å bryte inn i pasientens privatliv (50). Noen frykter at screening kan svekke forholdet mellom pasient og lege (52).

Leger viser til problemer med kulturelle forskjeller i forhold til syn på vold (51). De mener også at det er frustrerende å forholde seg til offerets skyldfølelse og skam. Mange synes det er vanskelig å ikke klare å påvirke pasientens atferd og manglende kontroll over livet (52).

I en tysk studie fremkom at annen hver kvinne som fortalte om seksuelt misbruk til sin gynekolog fikk en negativ reaksjon hos spesialisten, og en av åtte opplevde reaksjonen som ambivalent (14). Dette kan tyde på at leger ofte ikke vet hvordan de skal forholde seg til informasjon om seksuelle overgrep. En av to leger i en amerikansk undersøkelse basert på dybdeintervjuer, følte seg maktesløs med tanke på å behandle voldsofre (50). Leger sa som oftest at de manglet samarbeidspartnere, kunnskap og praksis (51). Flertallet anga at de ikke hadde hatt undervisning om IPV på medisinstudiet eller i etterutdanningen. Kun 8 % følte at de hadde nok kunnskap om emnet. Blant disse var leger som selv hadde voldserfaring (50).

Utfordringer knyttet til konsultasjonen:

Helsepersonell kommer som oftest i kontakt med voldsutsatte kvinner før andre fagpersoner (1). Kvinnene tar som regel kontakt med helsevesenet før de søker om sosialhjelp eller om assistanse i rettsvesenet. Derfor er det så viktig at leger, sykepleiere og andre helsearbeidere er oppmerksom på vold.

I de tilfellene hvor man etterspør vold systematisk, blir slik erfaring likevel ikke alltid journalført (52). Dette er problematisk fordi det er av alt det foran sagt så innlysende viktig å identifisere voldsofrene blant pasientene for å kunne gi vedkommende korrekt behandling. En gynekolog må vite at tidligere seksuelt misbrukte kvinner kan oppleve seg retraumatisert av

en gynekologisk undersøkelse, av vaginal ultralyd, av å gjennomgå en graviditet og ikke minst, av å gjennomgå en fødsel hvor kvinnen jo må utlevere seg til andre mennesker og må tåle berøringer som kan reaktivisere misbruksopplevelser (10). Leger bør også respektere at kvinner nekter å la seg undersøke av en mann (35).

Forskning viser at flere leger spør systematisk om IPV hvis de får en påminnelse om hvordan man kan spørre om vold i familien (52). I denne sammenhengen var påminnelsen et klistremerke på pasientens journal.

Det er derimot ikke en selvfølge at alle pasienter spontant vil fortelle sin voldshistorie. Pasientens ønske om å snakke om vold avhenger av pasientens egen oppfattelse av voldtektsmyter, av skyldfølelse, kulturell forståelse og stereotypier. Økonomiske bekymringer og frykt for å miste sine barn vil kunne hindre kvinnen i å fortelle om overgrep (51). Hvis kvinnen bruker alkohol og narkotiske stoffer, er dette også av betydning (52). Dessuten frykter kvinner, og det med god grunn, at helsepersonell ikke skal være i stand til å forholde seg til deres opplysninger om at de lever i et voldelig forhold og muligens ikke klarer eller våger å bryte ut (51). Det siste kan ha "håndfaste grunner" fordi kvinner ofte opplever at partnerens voldelighet øker når han forstår at hun skal gå fra ham.

En kvinne som er utsatt for vold av en fremmed overgriper kommer ofte rimelig akutt, det vil si innen 72 timer etter overgrepet, i medisinsk behandling (52). Kvinner som er offer for en kjent overgriper kommer derimot gjerne i kontakt med helsevesenet uker, måneder eller år etter viktimiseringen. "Pasient delay" kan hindre god bevissikring. Majoriteten av pasienter som blir utsatt for familievold forteller på en indirekte måte om volden. De presenterer somatiske problemer eller en stressrelatert sykdom (50). Hos disse pasientene kan krenkelsen være delvis "glemt" eller ikke tilgjengelig for bevisst erindring. Gjentatte utredninger og operative inngrep gir ikke de forventede funn eller de ønskede resultater (35). Slike presentasjoner kalles somatisering. De representerer en stor utfordring for allmennpraktikeren hvis han eller hun ikke forstår at symptomene er et tegn på tidligere krenkelse.

Identifisering og videre oppfølging av voldsutsatte kvinner:

For å identifisere de viktimiserte kvinnene blant pasientene kan legen fortelle pasienten at voldserfaring påviselig er hyppig blant kvinner. Legen vil da både tydeliggjøre at vold ikke er

uvanlig i det norske samfunn og at legen betrakter voldserfaring som et viktig tema i forbindelse med samtaler om helse. Men studier blant leger viser en bred oppfattelse om at dette ikke er et lett talt tema (14, 50, 52).

Legen må spørre direkte om tidligere eller nåværende misbruk (51). Et innledende spørsmål kan gjelde uønsket berøring eller uønsket fysisk kontakt med andre personer, enten de er venner, kjærester, lærere, slektninger eller fremmede. Alternativt kan legen åpne dialogen med å si at han eller hun helt rutinemessig spør alle pasienter, kvinner og menn, om misbruk. Det kan legen kort begrunne med at det finnes en betydelig dokumentasjon som viser at overgrepserfaring og helseproblemer henger sammen. Så kan legen si at han eller hun gjerne vil hjelpe denne gruppen pasienter og vil unngå å behandle plager som skyldes overgrep feilaktig fordi disse ikke er tolket korrekt. Da forstår pasientene at legens interesse er legitim, og at deres åpenhet om slike skjulte og smertefulle erfaringer vil bli verdsatt og anerkjent.



Dersom legen får vite om overgrep, bør han eller hun vise empati og respekt (52). Legen må være nærværende og oppriktig, og dessuten spesielt oppmerksom på nonverbale tegn, fordi den viktimserte er sårbar i betroelsessituasjonen. Det er viktig at legen prøver å oppfatte pasientens egen forståelse av overgrepene og anerkjenner hennes følelser, bekymringer og frykt som normale reaksjoner på avgjort unormale opplevelser (51). Legen og kvinnen bør komme til en felles forståelse av at hun er frisk og at hennes reaksjoner står i et rimelig forhold til at en overgriper har påtvunget henne helt urimelige erfaringer som ene og alene er overgriperens ansvar. Det er overgriperne som er "syk".

Uavhengig av kvinnens egen oppfatning av overgrepene betydning for hennes helse, er det vist at det er effektivt å gi informasjon enten den er muntlig eller skriftlig. Etter informasjon

og egen tankeprosess, skal legen eller en annen terapeut hjelpe kvinnen til å beskrive sine egne muligheter slik at hun kan gjøre egne valg. Kvinnen må selv være klar for endringer. Dette kan bli en lang prosess. Det kan være nyttig å hjelpe kvinnen til å styrke sitt eget nettverk for å motvirke at hun blir isolert (51). Men kvinnen må selv ønske dette, spesielt med henblikk på om familiemedlemmer skal involveres.

En krenket kvinne kan ha en stor skyldfølelse og en tendens til å minimalisere overgrepets betydning (51). Mange vil av ulike grunner ikke anmelde overgrepet til politiet (52). Disse kvinnene møter ofte en negativ holdning og manglende støtte hos helsepersonell (51). Årsaken kan være at helsepersonell ofte omgående vil "ordne livet" til den viktimserte. Men helsepersonell er trolig mest til hjelp ved å se bort fra det de ønsker for kvinnen og retter blikket mot å forstå og støtte kvinnen i den situasjonen hun befinner seg i.

I de akutte situasjoner er traumatiserte pasienter ofte ekstremt stresset (51). De prøver å takle smerte, forvirring og angst. Pasientene trenger da ro og trygghet. Om årsaken til traumet er uklart, bør legen eller sykepleier spørre om eventuelle overgrep når pasienten er alene fordi personer som følger kvinnen til legen kan være overgriperen (eksempel: en dominerende ektemann).

Den nødvendige akutte kroppsundersøkelsen er krevende. Kommunelegene skal ha en standardisert steril undersøkelsespakke i beredskap som inneholder utstyr og veiledning for bruk samt skjemaer for korrekt forsendelse av prøvemateriale for å sikre spor etter et overgrep. Pakken inneholder også et kart over kroppen slik at man kan tegne inn de synlige skadene. Det kan være nyttig å ta bilde av pasienten ved hjelp av et polaroid kamera (se bilde under). Pasienten bør deretter henvises til gynekologisk undersøkelse hos spesialist for å hindre at indre skader blir oversett.



Legen som møter en voldsutsatt kvinne (allmennpraktikere, kirurger og indremedisinere) skal vurdere pasientens sikkerhet (31). Er det trygt for vedkommende å dra hjem etter konsultasjonen? Mange kvinner kan ha behov for å bo på et krisesenter. Hvert år må 2500 kvinner overnatte på et av landets krisesentre på grunn av mishandling (12). I 2002 tok 43 104 personer kontakt med landets krisesentra. Legen bør vite hvor det nærmeste krisesenteret befinner seg, hvis ikke kommunen han eller hun praktiserer i har etablert et slikt.

Om legen får mistanke om at et barn (under 15 år) mishandles i hjemmet, har legen plikt til å gi opplysninger til barnevernet (53). Leger kan bryte taushetsplikten når de mener det er fare for liv eller alvorlig skade eller for å fremme barneverntjenestens oppgaver (54). Dette gjelder også når legen tror at det forekommer rusmiddelbruk hos en gravid kvinne i en slik grad at det er fare for at barnet kan bli født med skader. Hvis det er fare for at et barn kan bli skadelidende ved å forbli i hjemmet, skal barnet plasseres utenfor hjemmet i løpet av 48 timer (55).

I den videre oppfølgingen av pasienten med voldserfaring blir det avgjørende å identifisere individuelle behov. Legen bør da ha et godt tverrfaglig samarbeid med andre instanser. Eksempelvis kan nevnes psykologer, psykiatere, skolevesenet, sosionomer, ernæringsfysiologer, psykomotorisk fysioterapeuter, gestalt-, kunst- og danseterapeuter og ulike medisinske spesialister (35, 52). Leger bør også ha en oversikt over etablerte selvhjelpsgrupper og frivillige organisasjoner som kan være til hjelp for kvinnen i nærmiljøet.

Er den viktimiterte gravid, bør hun følges tett av lege, jordmor og helsesøster. Unge jenter i skolealder bør inviteres til samtaler hos skolens helsesøster for en tettere oppfølging. Det er viktig å oppsøke denne gruppen aktivt for å forebygge selvskader og komplikasjoner under svangerskap (9). Disse unge kvinner bør spesielt oppfordres til å være mer selvbeskyttende (52).

Konklusjon:

Forskningen gir belegg for å hevde at vold mot kvinner forekommer i alle samfunn og i stort omfang, selv om tallene varierer. Dette kan skyldes at volden utøves med forskjellig legitimering i ulike samfunn. Det betyr at det finnes ulike oppfatninger om hva som representerer for eksempel straff eller irrettesettelse og hva som er vold. Men forskjellene i avdekket forekomst kan også være betinget av måten den registreres og undersøkes på. De ulike studiene bygger på ulike undersøkelsesmetoder, voldsdefinisjoner, innsamlingsteknikker og intervjueteknikker. De formes selvsagt også av hvor beredvillig voldens ofre er til å snakke om volden de har blitt påført. Det er av disse grunner vanskelig å sammenligne studier på tvers av samfunn og kulturer.

Det er store mørketall når det gjelder forekomst av vold. Estimatenes bygger på politirapporter, domsavgjørelser, statistikker fra krisesenter og retrospektive studier blant voksne som ble seksuelt misbrukt som barn. Siden ikke alle tilfeller av voldelighet blir kjent for minst en av disse instansene, kan man også av den grunn bare komme frem til omtrentlige anslag av voldens utbredelse.

Det er derimot dokumentert at voldserfaring i barndommen predikerer misbruk i tenårene og senere i livet og medfører en høy sannsynlighet for sykdom og for tidlig død. Sykdom hos den voksne kan på denne bakgrunn ses på som et indirekte mål på den skaden eller krenkelsen som denne personen var utsatt for i sin barndom. Denne negative virkningen lager en ond sirkel som vil påvirke barna til de viktimserte. Leger må derfor aktivt bidra til å identifisere de krenkede kvinner blant de syke voksne slik at disse får adekvat hjelp. Målet bør være å bryte voldsspiralen.

Helsevesenet spiller en nøkkelrolle fordi vold påfører samfunnet store utgifter gjennom at offerets helse og levedyktighet rammes. Vold må forebygges for å bedre den nasjonale helsen.

Mange unge jenter utsettes for vold. De har i utgangspunktet en større risiko for svangerskaps- og fødselskomplikasjoner. Utsettes de for vold mens de er gravide, er de i dobbelt så stor fare. Følgelig bør samfunnet satse stort på forebyggende arbeid i denne aldersgruppen. Arbeidet mot vold bør starte allerede i barnehagen og fortsette gjennom hele skoletiden. Det er viktig at foreldrene bidrar aktivt i dette arbeidet.

Mange pasienter som oppsøker allmennpraktiker, gynekolog, kirurg og indremedisiner har vært utsatt for vold, og ofte gjentatte ganger eller kontinuerlig over tid. Derfor er det viktig at man som helsearbeider spør sine pasienter om tidligere eller nåværende overgrep. Etter min oppfatning bør spørsmål om overgrep inngå som rutinespørsmål hos fastlegen og som eget punkt i innkomstjournalen. Ingen betviler at en lege bør ha oversikt over pasientens tidligere sykdommer for å kunne forstå vedkommendes sykdomshistorie. Like viktig og riktig er det at legen kjenner til pasientens volds- eller misbrukserfaring for å kunne forstå pasientens nåværende lidelseshistorie. Misbrukte kvinner har en økt forekomst av en rekke helseproblemer som kan tilskrives de tidligere overgrepene. Leger bør vite om tidligere overgrep for å gi den enkelte kvinnen riktig behandling og hindre unødvendig utredning og nytteløse operative inngrep.

Medisinstudenter og leger må få opplæring i hvordan man hjelper voldsutsatte mennesker. Opplæringen må ha som mål å gjøre behandlerne tryggere, mer kyndig og bedre forberedt på å møte viktimiterte pasienter. I konsultasjoner med viktimiterte kvinner har det vist seg viktigere at legen lytter enn at han eller hun tenker på tiltak og eventuelle differensialdiagnoser under samtalen..

Fremtidig forskning bør formes av et flerfaglig perspektiv. Forskningen har til nå vært konsentrert på atskilte sykdomsgrupper ("psykiatriske lidelser", "spiseforstyrrelser" osv.) i forhold til vold.

Jeg mener det bør forskes mer på hvordan vold skaper sammenhengende helseproblemer. Det er ikke sikkert av de nå gyldige kategorier er fruktbare ansatser for forståelsen av senfølger etter voldserfaring. Studier som gir innsikt i sammenhenger vil trolig gi et mer helhetlig bilde. Mennesker er sammensatte. Og menneskers liv handler om mange slags erfaringer som preger hvert enkelt menneske på ulik måte.

Referanser:

- (1) Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet* 2002; 359: 1331-1336.
- (2) Kaatee P. Vold mot kvinner - et menneskerettighetsbrudd. *Amnesty Nytt* 2004; 24(1): 9.
- (3) Campbell J, Jones AS, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med* 2002; 162: 1157-1163.
- (4) Golding JM. Sexual assault history and physical health in randomly selected Los Angeles women. *Health Psychology* 1994; 13(2): 130-138.
- (5) Høie IM. Økt kunnskap om voldsofre kan hjelpe voldsofre. *Tidsskriftet for den Norske Lægeforening* 2000; 120: 141.
- (6) Krug EG, Dahlberg L, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World report on violence and health: summary*. Geneva, World Health Organization 2002.
- (7) Pape H, Stefansen K. Den skjulte volden? En undersøkelse av Oslobefolkningens utsatthet for trusler, vold og seksuelle overgrep. *Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress* 2004 Rapport nr.1.
- (8) Fjeldstad Ø. Petter Eide: Vold mot kvinner angår oss alle. *Amnesty Nytt* 2004; 24(1): 3.
- (9) Ystgaard M, Reinholdt NP, Husby J, Mehlum L. Villet egenskade blant ungdom. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2003; 123: 2241-2245.
- (10) Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global score and magnitude. *The Lancet* 2002; 359: 1232-1237.
- (11) Stene RJ. Kriminalitet og rettsvesen. Levekårsundersøkelsen 2001. Utsatthet og uro for lovbrudd. Antall ofre for vold og trusler er uendret. *Statistisk Sentralbyrå* 2002 <http://www.ssb.no/emner/03/05/vold/>

- (12) Vold mot kvinner - et menneskerettighetsbrudd. *Amnesty nytt* 2004; 24(1): 19.
- (13) Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine* 2002; 23: 260-268.
- (14) Peschers UM, Du Mont J, Jundt K, Pfurtner M, Dugan E, Kindermann G. Prevalence of sexual abuse among women seeking gynecologic care in Germany. *The American College of Obstetricians and Gynecologists* 2003; 101: 103-108.
- (15) Golding JM, Wilsnack SC, Cooper ML. Sexual assault history and social support: six general population studies. *Journal of Traumatic Stress* 2002; 15: 187-197.
- (16) Walker EA, Unutzer J, Rutter C, Gelfand A, Saunders K, VonKorff M, et al. Costs of health care use by women HMO members with a history of childhood abuse and neglect. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 609-613.
- (17) McEwen BS. Protecting and damaging effects of stress mediators. *The New England Journal of Medicine* 1998; 338: 171-179.
- (18) Rich-Edwards J, Krieger N, Majzoub J, Zierler S, Lieberman E, Gillmann M. Maternal experiences of racism and violence as predictors of preterm birth: rationale and study design. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2001; 15: 124-135.
- (19) Penza KM, Heim C, Nemeroff CB. Neurobiological effects of childhood abuse: implications for the pathophysiology of depression and anxiety. *Archives of Women's Mental Health* 2003; 6: 15-22.
- (20) Kovac SH, Klapow JC, Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. Differing symptoms of abused versus nonabused women in obstetric-gynecology settings. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 707-713.

- (21) Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, Saunders BE, Resnick HS, Best CL. Violence and the risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the national survey of adolescents. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 2003; 71: 692-700.
- (22) Briggs L, Joyce PR. What determines post-traumatic stress disorder symptomatology for survivors of childhood sexual abuse? *Child abuse and neglect* 1997; 21(6): 575-582.
- (23) Wonderlich SA, Berwerton TD, Jovic Z, Dansky BS, Abbott DW. Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry* 1997; 36(8): 1107-1115.
- (24) Romans SE, Gendall KA, Martin JL, Mullen PE. Child sexual abuse and later disordered eating: a New Zealand epidemiological study. *Int J Eat Disord* 2001; 29: 380-392.
- (25) Davidson JRT, Hughes DC, George LK, Blazer DG. The association of sexual assault and attempted suicide within the community. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 550-555.
- (26) Davila GW, Bernier F, Franco J, Kopka SL. Bladder dysfunction in sexual abuse survivors. *The Journal of Urology* 2003; 170: 476-479.
- (27) Finestone HM, Stenn P, Davies F, Stalker C, Fry R, Koumanis J. Chronic pain and health care utilization in women with a history of childhood sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* 2000; 24: 547-556.
- (28) Frayne, S.M., Skinner, K.M., Sullivan, L.M., Tripp, T.J., Hankin, C.S., Kressin, N.R., et al. Medical profile of women Veterans Administration outpatients who report a history of sexual assault occurring while in the military. *Journal of women's health and gender based medicine*. 1999; 8(6): 835-845.
- (29) Frayne SM, Skinner KM, Sullivan LM, Freund KM. Sexual violence in the military. Sexual assault while in the military: violence as a predictor of cardiac risk? *Violence and Victims* 2003; 18: 219-225.

- (30) Mann SJ, Delon M. Improved hypertension control after disclosure of decades-old trauma. *Psychosomatic Medicine* 1995; 57(5): 501-505.
- (31) American College of Surgeons. "Statement on domestic violence". http://www.facs.org/fellow_info/statements/st-32.html.
- (32) Wijma B, Schei B, Swahnberg K, Hilden M, Offerdal K, et al. Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: a nordic cross sectional study. *The Lancet* 2003; 361: 2107-2113.
- (33) Kirkengen AL, Schei B, Steine S. Indicators of childhood sexual abuse in gynaecological patients in a general practice. *Scand J Prim Health Care* 1993; 11: 276-280.
- (34) Winn N, Records K, Rice M. The relationship between abuse, sexually transmitted diseases, and group B streptococcus in childbearing women. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2003; 28: 106-110.
- (35) Hunskår, S. *Allmennmedisin*. 2003; 2 utgave: 609-610.
- (36) Golding JM, Taylor DL, Menard L, King MJ. Prevalence of sexual abuse history in a sample of women seeking treatment for premenstrual syndrome. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology* 2000; 21: 69-80.
- (37) Ahmad K. Pregnancy complications kill 70 000 teenages a year. *The Lancet* 2004; 363: 1616.
- (38) Smith GCS, Pell JP. Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second births: population based retrospective cohort study. *BMJ* 2001; 323: 476-479.
- (39) Phipps MG, Blume JD, DeMonner SM. Young maternal age associated with increased risk of postneonatal death. *The American college of obstetricians and Gynecologists* 2002; 100: 481-486.

- (40) Eure CR, Lindsay MK, Graves WL. Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parturients in an inner-city hospital. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 918-920.
- (41) Saltzman LE, Johnson CH, Gilbert BC, Goodwin MM. Physical abuse around the time of pregnancy: an examination of prevalence and risk factors in the 16 states. *Maternal and Child Health Journal* 2003; 7: 31-43.
- (42) Bohn DK. Lifetime and current abuse, pregnancy risks, and outcomes among native American women. *Journal of Health Care for Poor and Underserved* 2002; 13: 184-198.
- (43) Castro R, Peek-Asa C, Ruiz A. Violence against women in Mexico: a study of abuse before and during pregnancy. *American Journal of Public Health* 2003; 93: 1110-1116.
- (44) Asling-Monemi K, Pena R, Ellsberg MC, Persson LA. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case referent study in Nicaragua. *Bull World Health Organ* 2003; 81: 10-16.
- (45) Murphy CC, Schei B, Myhr TL, Mont JD. Abuse: A risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/164/11/1567?eaf>.
- (46) Valladares E, Ellsberg M, Pena R, Hogberg U, Persson LA. Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua. *The American College of Obstetricians and Gynecologists* 2002; 100: 700-705.
- (47) Rao V, Bloch F. *Wife-beating, its causes and its implications for nutrition allocations to children: an economic and anthropological case study of a rural South Indian community*. Washington (DC): The world Bank, Policy Research Department, Poverty and Human Resources Division; 1993.
- (48) Mittendorfer-Rutz, Rasmussen F, Wasserman D. Restricted fetal growth and adverse maternal psychosocial and socioeconomic conditions as risk factors for suicidal behaviour of offspring: a cohort study. *The Lancet* 2004; 364: 1135-1140.

(49) Felitti, VVJ. The relationship of adverse childhood experience to adult health: Turning gold into lead. Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter: die Verwandlung von Gold in Blei. *Z Psychosom Med Psychother* 2002; 48: 359-369.

(50) Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence: opening Pandora's box. *JAMA*. 1992; 267: 3157-3160.

(51) Kramer A. Domestic Violence: how to ask and how to listen. *Nursing Clinics of North America* 2002; 37: 189-210.

(52) Rickert VI, Vaughan RD, Wiemann CM. Violence against young women: implications for clinicians. <http://www.medscape.com/viewarticle/449862>.

(53) Barneverntjenesteloven. Kapittel 6. Paragraf 6-4. 1992: 32-33.

(54) Barneverntjenesteloven. Kapittel 6. Paragraf 6-7. 1992: 70-71.

(55) Barneverntjenesteloven. Kapittel 4. Paragraf 4-6. 1992: 68-69.