

Ingela Danielsson, med dr, överläkare, avdelningen för folkhälsa och forskning/kvinnokliniken, Sundsvalls sjukhus (ingela.danielsson@lvn.se)

Niclas Olofsson, MSc, statistiker, Folkhälsocentrum, Landstinget Västernorrland, Härnösand

Katja Gillander Gådin, med dr, lektor, institutionen för vård- och hälsovetenskap, Mitthögskolan, Sundsvall

Våldets följder – en fråga om folkhälsa

Starkt samband mellan våld/hot och ohälsa hos både kvinnor och män

II Flera undersökningar har visat att kvinnor som sökt på olika mottagningar för långvariga smärttillstånd ofta har varit utsatta för våld eller övergrepp tidigare [1–6]. Det fåtal studier som även inkluderat män har visat liknande resultat [7, 8]. Få populationsbaserade undersökningar har studerat smärta eller sjuklighet hos kvinnor eller män som utsatts för våld, och dessa har oftast haft en begränsad frågeställning eller studerat en begränsad åldersgrupp [9–14].

I undersökningen »Slagen dam« uppges att nästan varannan kvinna (46 procent) efter 15-årsdagen utsatts för våld av en man och att 22 procent utsatts för våld under det senaste året [12]. Dessa siffror stämmer med vad man funnit i andra studier, även från andra länder [10, 15, 16]. Statistiska centralbyrån (SCB) har sedan 1978 gjort upprepade intervjuundersökningar om förekomsten av våld eller hot om våld hos både män och kvinnor. En markant ökning har noterats från början av 1990-talet, och under 2000–2001 hade 7,6 procent av befolkningen utsatts för våld eller hot om våld [17]. Unga kvinnor och män var generellt mer utsatta. Efter 25 års ålder var kvinnor mer utsatta än män.

Skillnaden i förekomst av våld i olika studier beror sannolikt huvudsakligen på hur frågorna om våld eller hot har ställts. I »Slagen dam« är frågorna formulerade konkret och grupperade »stegvis« i en ordning som följer kvinnans relation till gärningsmannen, t ex: »Har mannen slagit dig med knytnäven, eller med något hårt föremål, eller sparkat dig?« I SCBs undersökning har den intervjuade fått svara på om hon/han blivit utsatt för våld som lett till skador som krävt läkarbesök eller som lett till synliga märken som inte krävt läkarbesök, alternativt som inte orsakat synliga märken eller kroppsskada.

De flesta landsting i Sverige har under de senaste 5–10 åren genomfört enkätundersökningar om hälsoförhållanden och levnadsvanor, för att planera och följa upp landstingens folkhälsoarbete [18]. Under 1997 utfördes den gemensamma befolkningsundersökningen »Liv och hälsa« i de fyra norrländska landsting Jämtland, Västernorrland, Västerbotten och Norrbotten. I enkäten ingick ett par frågor om fysiskt våld och hot om våld. Syftet med denna artikel är att redovisa samband mellan rapporterat fysiskt våld eller hot om våld och rapporterad hälsa bland de kvinnor och män som besvarade befolkningsenkäten 1997.

II Material och metod

Enkäten »Liv och hälsa« skickades ut till 22 418 kvinnor och män över 18 års ålder i de fyra Norrlandslandsting 1997.

Sammanfattat



Våld och hot om våld är vanligt: knappt var tionde kvinna och mer än var tionde man i åldern 18–29 år uppgav att de utsatts för våld/hot om våld under det senaste året i Norrlandslandstingens folkhälsoenkät 1997.

Ensamstående kvinnor med barn är speciellt utsatta: i åldersgruppen 18–29 år hade 26 procent utsatts för våld/hot om våld det senaste året.

Kvinnor och män som utsatts för våld/hot om våld hade betydligt sämre hälsoutfall och större vård- och läkemedelskonsumtion än kvinnor och män som inte utsatts.

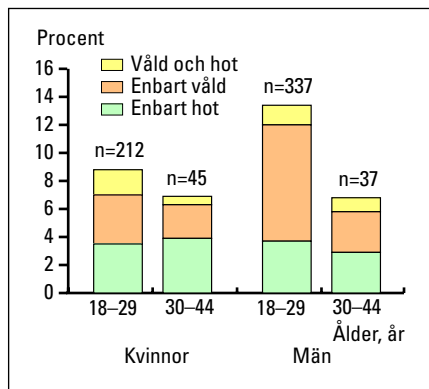
Frågor om våld/hot om våld bör finnas med i landstingens folkhälsoenkäter.

Är det dags också för läkare och annan vårdpersonal att mer rutinmässigt inkludera frågor om våld/hot om våld i anamnesen?

Våld och hot var vanligast i åldern 18–44 år, och denna åldersgrupp valdes ut för vidare analys. Sammanlagt 3 028 kvinnor och 2 720 män ingick i analysen. Enligt den tekniska rapporten var svarsfrekvensen totalt 62 procent för åldersgruppen 18–44 år [18].

Enkäten innehöll ett 70-tal frågor om bl a hälsa, boende och arbete, och den finns publicerad på bl a Landstinget Västernorrlands webbplats [18]. Fyra frågor berörde upplevd hälsa och fem vård- och läkemedelskonsumtion. Under rubriken »trygghet« fanns två frågor om våld och hot om våld (Fakta). Det interna bortfallet för frågorna om hot och våld var 1,2 procent. För bedömning av den ekonomiska förmågan ställdes frågan: »Om du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där du på en vecka måste skaffa fram 14 000 kronor, skulle du klara det?«

Statistiska analyser. Urvalet var stratifierat så att små kommuner och åldersgruppen 18–24 år fick proportionellt större urval än stora kommuner och övriga åldersgrupper. För att



Figur 1. Andel kvinnor och män som rapporterat våld/hot om våld fördelad på ålder.

justera för detta urvalsförfarande »vikta» svaren [18]. Bivariat logistisk regression användes för att analysera samband mellan förekomst av våld/hot om våld och olika hälsoutfall. För att analysera om sambandet mellan våld/hot om våld och hälsoutfall kvarstod efter kontroll för socioekonomiska variabler och rökning användes multivariat logistisk regression. Fishers exakta test användes för signifikantestning.

II Resultat

Förekomsten av våld/hot om våld i åldersgrupperna 18–29 år (n=4 158) och 30–44 år (n=1 590) redovisas i Figur 1. Dessa åldersgrupper valdes för att få så homogena grupper som möjligt, där 18–29 år representerade ungdoms-/utbildningstid och 30–44 familjebildningstid.

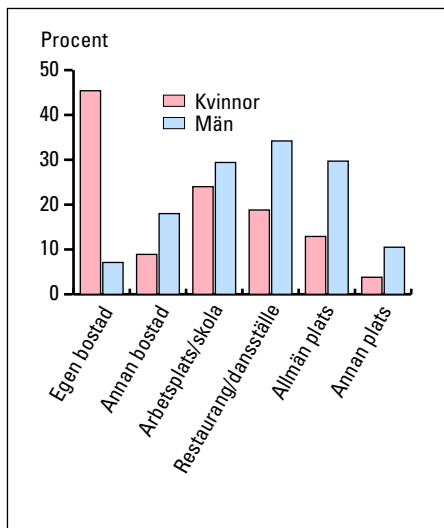
Av dem som utsatts för våld hade totalt 3,7 procent av kvinnorna och 6,2 procent av männen sökt läkare eller tandläkare på grund av kroppsskada. För 18–29-åringarna var motsvarande siffror 7,8 och 8,9 procent.

Figur 2 visar var våldet ägt rum. Den enskilt farligaste platsen för kvinnan var hemmet, medan mannen huvudsakligen utsattes för våld eller hot på arbetsplatsen, restaurang/dansställe eller någon allmän plats.

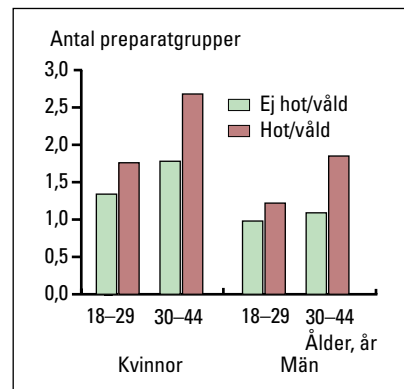
I Tabell I redovisas sambandet mellan socioekonomiska variabler och rökning och rapportering om våld/hot om våld. För kvinnor var risken att bli utsatt för våld/hot störst bland dem som var ensamstående med barn – i gruppen 18–29 år uppgav 26 procent att de utsatts för våld eller hot om våld under senaste året. Kort utbildning och dålig ekonomisk förmåga samvarierade med hög risk för att bli utsatt för våld/hot. För män syntes de sociala variablerna ha mindre betydelse – viktigast var civilståndet där ensamstående män utan barn var mest utsatta.

I Tabell II visas svaren på frågor om hälsotillstånd i relation till uppgifter om fysiskt våld eller hot om våld. Framför allt kvinnor som utsatts för våld/hot rapporterade en väsentligt ökad ohälsa. Efter kontroll med multivariat logistisk regression för socioekonomiska faktorer och rökning (Tabell I) kvarstod den förhöjda risken för ohälsa för dem som utsatts för våld/hot, men skillnaden mellan män och kvinnor hade minskat (Tabell III). Risken för oro/ängest hade ökat markant för kvinnor i åldern 30–44 år och var 29 gånger vanligare hos dem som utsatts för våld/hot än hos dem som inte utsatts.

I Figur 3 redovisas bruket av olika läkemedel eller preparat som den som besvarade enkäten använt under de senaste två veckorna. Både kvinnor och män som uppgivit att de utsatts för våld/hot hade använt signifikant fler preparat ur de flesta preparatgrupper än de som inte utsatts, t ex hostmedicin, astma-



Figur 2. Platser där de svarande uppgivit att de blivit utsatta för våld. Mer än ett svar har kunnat anges. Andel för kvinnor respektive män.



Figur 3. Genomsnittlig läkemedelsförbrukning under de senaste 2 veckorna fördelad på dem som utsatts för våld och dem som inte utsatts för våld. Skillnaden mellan grupperna är signifikant ($P < 0,001$) med Fishers exakta test för kvinnor och män i båda åldersgrupperna.

medicin, vitaminer, smärtstillande medel med eller utan recept, magsårsmicin, sömmedel och naturläkemedel.

Trots att kvinnor och män som utsatts för våld/hot sökt läkare oftare än andra kvinnor och män, uppgav de att de oftare än andra haft behov av läkarvård men inte sökt (Tabell IV).

II Diskussion

Denna populationsbaserade undersökning har visat att det finns ett starkt samband mellan fysiskt våld/hot om våld och ohälsa hos både kvinnor och män. Sambanden kvarstår även efter kontroll för olika socioekonomiska bakgrundsfaktorer och rökning, vilket, så vitt vi vet, inte tidigare visats. Det finns en klart ökad risk för ökad smärta, oro och ångest, men även för kanske mer oväntade symtom eller besvär som långvarig sjukdom eller handikapp och förkylning/influensa.

På grund av frågekonstruktionen har det tyvärr inte gått att analysera alkoholbruket bland dem som besvarade enkäten. Men varken i »Slagen dam» eller i två stora amerikanska fallkontrollstudier fann man något samband mellan våld mot kvinnan och hennes alkoholbruk, men däremot med förövarens [12, 19]. I SCBs regelbundet återkommande undersökningar saknas uppgifter om alkoholkonsumtion hos dem som utsatts för våld, liksom i andra studier av sambandet mellan våld och hälsa [10, 11, 17, 20–22]. Många anar nog ett samband mellan risken för våld/hot och alkoholbruk, framför

II Fakta

Frågor om våld eller hot om våld

1. »Har du någon gång under de 12 senaste månaderna blivit utsatt för fysiskt våld?»
 följdfråga a: »Var hände detta?»
 följdfråga b: »Gav någon av händelserna en sådan kroppsskada att du måste söka läkare eller tandläkare?»
2. »Har du (därutöver) någon gång de 12 senaste månaderna blivit utsatt för hot om våld som du upplevde så allvarligt att du blev rädd?»

Tabell I. Oddskvot för kvinnor och män som utsatts för våld/hot om våld under de senaste 12 månaderna i förhållande till olika sociala bakgrundsvariabler och rökning (inom parentes anges 95 procents konfidensintervall).

Sociala variabler/rökning	Oddskvot			
	Kvinnor, ålder (år)		Män, ålder (år)	
	18–29	30–44	18–29	30–44
Arbetslös senaste veckan	1,3 (1,2–1,4)	0,2 (0,1–0,2)	1,6 (1,5–1,7)	0,3 (0,2–0,3)
Ensamstående utan barn	0,9 (0,8–0,9)	2,7 (2,5–2,9)	2,3 (2,2–2,5)	2,6 (2,4–2,7)
Ensamstående med barn	4,7 (4,2–5,2)	1,6 (1,5–1,8)	0,3 (0,1–0,5)	1,5 (1,3–1,7)
Utan förmåga att skaffa fram 14 000 på 1 vecka	2,6 (2,4–2,7)	5,9 (5,6–6,2)	1,2 (1,2–1,3)	0,9 (0,8–1,0)
Kort utbildning ¹	2,4 (2,2–2,5)	4,3 (4,0–4,6)	1,1 (1,0–1,1)	2,5 (2,3–2,6)
Rökning (röker dagligen)	1,9 (1,7–2,0)	2,4 (2,3–2,4)	1,7 (1,6–1,7)	1,5 (1,4–1,7)

¹ Mindre än treårig gymnasieutbildning.

Tabell II. Oddskvot för nedsatt hälsa och svåra symtom/besvär under de senaste 3 månaderna hos kvinnor och män som utsatts för våld/hot om våld de senaste 12 månaderna jämfört med hos kvinnor och män som inte utsatts (inom parentes anges 95 procents konfidensintervall).

	Oddskvot			
	Kvinnor, ålder (år)		Män, ålder (år)	
	18–29	30–44	18–29	30–44
Någorlunda eller mycket dåligt allmänt hälsotillstånd ¹	2,9 (2,7–3,1)	3,0 (2,8–3,1)	1,3 (1,2–1,3)	1,7 (1,6–1,9)
Långvarig sjukdom, handikapp	2,0 (1,9–2,1)	4,3 (4,1–4,6)	1,4 (1,3–1,5)	3,8 (3,6–4,1)
Muskuloskeletal smärta ²	3,7 (3,5–4,0)	1,4 (1,3–1,4)	1,6 (1,5–1,7)	0,9 (0,8–1,0)
Ängslan, oro och ångest ²	3,2 (3,0–3,5)	10,5 (9,8–11,3)	2,5 (2,2–2,9)	1,8 (1,6–2,0)
Förkylning/influensa ²	1,1 (0,9–1,2)	6,9 (6,5–7,3)	2,4 (2,2–2,6)	1,1 (0,9–1,3)
Trötthet ²	2,7 (2,5–3,0)	2,4 (1,8–2,4)	3,3 (3,0–3,6)	2,0 (1,8–2,2)
Sömnpromblem ²	7,0 (6,3–7,7)	2,0 (1,8–2,4)	3,2 (2,7–3,7)	1,8 (1,6–2,0)
Värk i magen ²	3,7 (3,4–4,1)	1,3 (1,1–1,5)	3,3 (2,8–3,8)	1,3 (1,0–1,7)

¹ Referens är mycket gott eller gott allmänt hälsotillstånd.

² Referens är enkätens två övriga alternativ: »nej« och »ja lätta«.

Tabell III. Justerade oddskvoter där hänsyn tagits till socioekonomiska variabler (enligt Tabell I) och rökning. När inflytande av socioekonomiska faktorer och rökning eliminerats uttrycker oddskvoterna risken för försämrat hälsoutfall hos dem som utsatts för våld/hot om våld jämfört med hos kvinnor och män som inte utsatts (inom parentes anges 95 procents konfidensintervall).

	Oddskvot			
	Kvinnor, ålder (år)		Män, ålder (år)	
	18–29	30–44	18–29	30–44
Någorlunda eller mycket dåligt allmänt hälsotillstånd	1,8 (1,7–2,0)	1,9 (1,8–2,0)	1,1 (1,0–1,2)	1,4 (1,3–1,5)
Långvarig sjukdom, handikapp	1,8 (1,7–1,9)	3,3 (3,1–3,5)	1,4 (1,3–1,4)	3,5 (3,3–3,7)
Muskuloskeletal smärta	2,5 (2,4–2,7)	0,8 (0,8–0,9)	1,8 (1,7–1,9)	1,6 (1,4–1,7)
Ängslan, oro och ångest	2,7 (2,5–3,0)	29,0 (26–33)	1,2 (1,1–1,4)	4,3 (3,7–5,0)
Förkylning/influensa	0,7 (0,6–0,8)	3,6 (3,4–3,9)	2,9 (2,6–3,1)	1,8 (1,6–2,2)
Trötthet	1,8 (1,7–2,0)	2,5 (2,3–2,6)	3,8 (3,5–4,2)	2,5 (2,3–2,6)
Sömnpromblem	4,1 (3,6–4,6)	2,1 (1,8–2,5)	2,5 (2,1–2,9)	3,2 (2,7–3,7)
Värk i magen	2,4 (2,1–2,6)	6,6 (5,4–7,9)	2,1 (1,7–2,5)	1,2 (0,9–1,6)

Tabell IV. Oddskvot för att kvinnor och män som utsatts för våld/hot om våld sökt läkare minst 1 gång under de senaste 3 månaderna eller haft behov av läkarvård men inte sökt jämfört med kvinnor och män som inte utsatts (inom parentes anges 95 procents konfidensintervall).

	Oddskvot			
	Kvinnor, ålder (år)		Män, ålder (år)	
	18–29	30–44	18–29	30–44
Läkarbesök	2,8 (2,7–3,0)	2,3 (2,2–2,4)	1,5 (1,4–1,6)	4,4 (4,2–4,7)
Behov av läkarvård, inte sökt	2,0 (1,8–2,1)	6,9 (6,5–7,3)	2,5 (2,4–2,6)	3,1 (2,9–3,2)

allt hos unga män, men vi har inte kunnat finna några referenser som bekräftar detta.

Oddskvoterna varierar delvis mycket mellan olika åldersgrupper, med bl a en mycket hög justerad oddskvot för ängs-

lan, oro, ångest för kvinnor i åldern 30–44 år (Tabell III). Det finns flera tänkbara förklaringar till detta, men antalet kvinnor som utsatts för våld/hot i denna åldersgrupp är i vår undersökning för litet för att tillåta ytterligare analyser av bl a olika undergrupper.

Orsak och verkan? Vårt huvudsakliga syfte med denna undersökning var att visa de samband som finns mellan våld/hot och hälsa för både män och kvinnor. Eftersom det är en tvärsnittsstudie kan vi inte med säkerhet avgöra vad som är orsak och verkan. För det krävs en prospektiv studie. Vi, liksom flertalet forskare inom området [4, 5, 10, 11, 14, 19, 22–24], bedömer det som sannolikt att det är våldet/hotet som påverkar hälsan och inte den dåliga hälsan som ger ökad förekomst av våld/hot. I fortsatta större studier – möjligen även i en prospektiv studie – ämnar vi gå vidare i analyserna.

Vad kan det finnas för orsak till det starka sambandet mel-

lan våld/hot om våld och ökad smärta/allmänt ökad sjuklighet – förutom de rent fysiska effekterna av våldet? Än så länge finns bara hypoteser. Linton och medarbetare i Örebro har i ett par artiklar diskuterat huruvida våld eller hot om våld skulle kunna förändra upplevelsen av smärta och förmågan att hantera smärta [20, 24]. Andra har föreslagit att den sämre hälsan sannolikt beror på en ökad tendens till somatisering [4]. I en artikel i Lancet spekulerar Campell över om ökad stress, eller dålig psykisk hälsa, skulle kunna påverka immunsystemet och att det skulle kunna vara en orsak till det försämrade hälsoutfallet [19]. Flera tidigare studier har visat att olika typer av stress kan påverka både immunsystemet och hälsan [25-27].

Förekomsten av fysiskt våld och hot om våld i Norrlands-landstingens undersökning från 1997 är något lägre än vad som redovisats i SCBs undersökning för hela Sverige samma år [17]. Frågorna om våld och hot är ungefär likadant ställda, och den lägre förekomsten i Norrlandsundersökningen förklaras förmodligen av att sannolikheten att bli utsatt för våld och hot enligt SCB är lägre i »den norra tätbygden« och högre bland andra generationens invandrare, som är färre i Norrland än i södra Sverige. Högre förekomst av våld rapporteras också i allmänhet i de undersökningar där man använt konkreta frågor om våld eller hot, t ex: »Har någon slagit till dig, slagit dig med ett hårt föremål eller sparkat dig?« [12, 15, 16, 20, 28]. Det är därför sannolikt att förekomsten av våld/hot om våld snarare är underskattad än överskattad i vår studie.

Våga fråga. Landstingens uttalade målsättning med de stora folkhälsoundersökningarna, som genomförs både lokalt och på rikspanelet, är att kunna planera och följa upp landstingens folkhälsoarbete [18]. Man har flera gånger diskuterat om enkäterna verkligen skall innehålla frågor om våld och hot, eftersom det har ifrågasatts om dessa frågor har med folkhälsan att göra, och 2003 togs dessa frågor bort i de fyra Norrlands-landstingens nya folkhälsoenkät.

Våra data visar att hälsan påverkas på flera olika sätt, och vi bedömer att det är viktigt att frågor om våld och hot tas med i enkäterna även fortsättningsvis. Möjligen kan man diskutera om frågornas formulering kunde förbättras.

Flera studier har visat att en kvinna oftast inte spontant tar upp att hon tidigare utsatts för övergrepp när hon söker sjukvården, men att de flesta kvinnor uppskattar om de blir tillfrågade om det [5, 10, 16, 29, 30]. Hamberg och medarbetare påpekar dock att det ofta är med stor vanda som kvinnorna berättar om våldet [5].

Vår undersökning visar att både kvinnor och män som utsatts för våld/hot oftare sökt läkare än de som inte varit utsatta – de har också oftare haft behov av läkarvård men inte sökt läkare, kvinnor i åldern 30–44 år hade en oddskvot på 6,9. Detta kan möjligen tolkas som att de inte vågar ta upp vad som hänt dem, eller inte tror att de ska få någon hjälp, och därför inte söker hjälp i den utsträckning som de själva bedömer att de skulle behöva.

Flera författare har under senare år diskuterat, och även förespråkat, att frågor om våld, hot och övergrepp bör ingå i samtalen med patienter [1, 5, 9, 10, 30-33]. Dessa artiklar har handlat om kvinnor och våld, men våra data visar att minst lika många män utsatts för våld och att våldet kan påverka hälsan för såväl kvinnor som män.

Sammantaget är förekomsten av våld och hot om våld hög, framför allt bland unga människor, och det leder ofta till en klart ökad risk för sämre hälsa och ökad sjukvårdsconsumtion. Är det dags att vi på allvar överväger att oftare ta upp frågor om våld, hot eller övergrepp med våra patienter? För det behövs vilja, mod och kunskap. Vilja och mod för att våga fråga och våga lyssna på patienterna. Kunskap för att veta hur

vi skall fråga och hur vi bäst ska hantera den information vi får.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

- Rapkin AJ, Kames LD, Darke LL, Stamper FM, Naliboff BD. History of physical and sexual abuse in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1990; 76(1):92-6.
- Walling MK, Reiter RC, O'Hara MW, Milburn AK, Lilly G, Vincent SD. Abuse history and chronic pain in women: I. Prevalences of sexual abuse and physical abuse. *Obstet Gynecol* 1994;84(2):193-9.
- Riley JL 3rd, Robinson ME, Kvaal SA, Gremillion HA. Effects of physical and sexual abuse in facial pain: direct or mediated? *Cranio* 1998;16(4):259-66.
- Hamberg K, Johansson EE, Lindgren G. »I was always on guard« – an exploration of woman abuse in a group of women with musculoskeletal pain. *Fam Pract* 1999; 16(3):238-44.
- Plichta SB, Abraham C. Violence and gynecologic health in women <50 years old. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174(3):903-7.
- Plichta SB, Falik M. Prevalence of violence and its implications for women's health. *Womens Health Issues* 2001;11(3):244-58.
- Stenson K, Heimer G, Lundh C, Nordstrom ML, Saarinen H, Wenker A. Lifetime prevalence of sexual abuse in a Swedish pregnant population. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82(6):529-36.
- Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J, Kalliokoski A. Slagen dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfångsundersökning. Umeå: Brottsoffermyndigheten/Uppsala: Uppsala universitet; 2001.
- Linton SJ. A prospective study of the effects of sexual or physical abuse on back pain. *Pain* 2002;96(3):347-51.
- Fillingham RB, Wilkinson CS, Powell T. Self-reported abuse history and pain complaints among young adults. *Clin J Pain* 1999;15(2):85-91.
- Wijma B, Schei B, Swahnberg K, Hilden M, Offerdal K, Pikarinen U, et al. Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynecology clinics: a Nordic cross-sectional study. *Lancet* 2003;361(9375):2107-13.
- Häll L. Offer för våld och egendomsbrott 1978–2002. Rapport 104. Stockholm: SCB; 2004. www.scb.se/templates/Product___12199.asp
- Björ O, Malker B. Liv och hälsa. Befolkningsundersökningen i Norrland [teknisk rapport]. Landstinget Västernorrland, Epidemiologiska enheten; 1998. www.lvn.se/ee/Rapporter.htm
- Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002; 359(9314):1331-6.
- Linton SJ, Larden M, Gillow AM. Sexual abuse and chronic musculoskeletal pain: prevalence and psychological factors. *Clin J Pain* 1996;12(3):215-21.
- Linton SJ. A population-based study of the relationship between sexual abuse and back pain: establishing a link. *Pain* 1997;73(1):47-53.
- Irwin M, Patterson T, Smith TL, Caldwell C, Brown SA, Gillin JC, et al. Reduction of immune function in life stress and depression. *Biol Psychiatry* 1990; 27(1):22-30.
- Webster J, Creedy DK. Domestic violence. Screening can be made acceptable to women. *BMJ* 2002;325(7354):44.
- Stenson K, Posse B. Vål motiverat att mödravården ställer frågor om våld. *Läkartidningen* 2004;101(5):401.
- Wijma B, Heimer G, Wijma K. Kan patienten ha utsatts för våld? Skall man ställa frågan – och i så fall hur? *Läkartidningen* 2002;99(20):2260-1, 2264.



I Läkartidningens elektroniska arkiv
<http://lta.kiv.lakartidningen.se>
är artikeln kompletterad med fullständig referenslista



=artikeln är referentgranskad

SUMMARY

Earlier studies have indicated that patients with chronic pain often have experienced physical abuse, but only a small number of population studies have demonstrated an association between abuse and chronic pain. During 1997 a population study was made in northern Sweden. Close to 15 000 people from 18–85 years of age answered a questionnaire about public health issues, including four questions about physical abuse and threats. In the present study the association between answers to these four questions and the other health questions were analyzed for men and women from 18–44 years. Almost 8% of the women and 10% of the men had been subjected to violence or threats during the past year, with higher figures for younger men and women. A strong association between violence/threats and most of the other health issues was found for both men and women. The association remained after controlling for various socioeconomic variables as well as smoking, although with somewhat lower odds ratios.

Ingela Danielsson, Niclas Olofsson, Katja Gillander Gådin

Correspondence: Ingela Danielsson, Avdelningen för folkhälsa och forskning, Kvinnokliniken, Sundsvalls sjukhus, SE-851 86 Sundsvall, Sweden
(ingela.danielsson@lvn.se)