



UPPSALA  
UNIVERSITET

**NCK** NATIONELLT CENTRUM  
FÖR KVINNOFRID

UTDRAG UR NCK-RAPPORT 2010:04 / ISSN 1654-7195

## ATT FRÅGA OM VÅLDSUTSÄTTTHET SOM EN DEL AV ANAMNESEN

---

# Att fråga kvinnor med olika etnisk och kulturell bakgrund om våld i en nära relation

– en fokusgruppsstudie

Margareta Larsson



# Att fråga kvinnor med olika etnisk och kulturell bakgrund om våld i en nära relation

## – en fokusgruppsstudie

Margareta Larsson

### Bakgrund

Många vårdgivare kan känna tveksamhet att rutinmässigt fråga kvinnor med invandrabakgrund om de blivit utsatta för våld. Flera skäl kan bidra till det, såsom begränsad kunskap om olika kulturer, svårigheter att kommunicera, närvaro av make eller andra anhöriga vid vårdtillfället, bristande resurser för att följa upp ett eventuellt avslöjande om våld eller helt enkelt rädsla för att uppfattas som främlingsfientlig. Det kan därför finnas behov av att rikta speciell uppmärksamhet på hur man frågar dessa kvinnor om våld.

Under 2008 invandrade 10 120 personer till Sverige och vid utgången av år 2008 var 14 procent av Sveriges befolkning födda utomlands.<sup>1</sup> Andelen ökar stadigt och år 2060 beräknas omkring 18 procent av befolkningen vara utrikes född. Det finns stora regionala skillnader; Stockholms län har 20 procent utrikes födda medan Gotlands län bara har 4 procent. År 2008 fanns 168 medborgarskap representerade bland dem som kom till Sverige och fyra av fem var under 40 år. De flesta utrikes födda kommer från Europa.

Många som lämnar sitt hemland för att komma till Sverige har svåra upplevelser bakom sig och själva migrationsprocessen är också påfrestande. Allt detta tillsammans med utmaningen att anpassa sig till ett nytt lands livsstil verkar bidra till kortare livslängd och ökade hälsoproblem bland invandrare.<sup>2</sup>

Social isolering, låg utbildning, arbetslöshet, påfrestande livshändelser och psykisk ohälsa är vanligare bland utlandsfödda personer och är samtidigt kända riskfaktorer för våldsutsatthet.<sup>3</sup>

I kontakten med vårdgivare blir det ofta nödvändigt att använda tolk vilket kan bli ett hinder för kommunikation.<sup>4</sup> En svensk studie visade dock att både vårdgivare, tolkar och patienter var nöjda med hur kommunikationen hade fungerat.<sup>5</sup> Flera studier har undersökt hur kvinnor upplever att få frågan om våldsutsatthet i samband med besök inom hälso- och sjukvård.<sup>6</sup> De flesta kvinnor ansåg att det var viktigt att sådana frågor ställs även om några upplevde obehag. Få hade dock fått sådana frågor i samband med gynekologisk undersökning. Barnmorskor inom svensk mödravård var positiva till att fråga om våld, men hade ibland problem med att hitta bra former för att ställa frågan.<sup>7</sup> Språksvårigheter nämndes som ett av hindren för att kunna ta upp en våldsanamnes. Forskning från framför allt USA har lyft fram betydelsen, men också svårigheten, att ta en våldsanamnes vid kontakter med kvinnor från etniska minoriteter.<sup>8</sup> Det fanns olika skäl till att kvinnor tvekade att berätta att de var utsatta för våld. Rädsla för myndigheter, oro för att förlora sina barn, önskan att skydda sin partner och att inte oroa övriga familjemedlemmar var några av de skäl som kvinnorna nämnde.<sup>9</sup>

Hur ska frågan om våld bäst ställas till utlandsfödda kvinnor eller kvinnor från etniska minoriteter? Det finns många olika kortare och längre frågeinstrument som kan användas när man ska ta upp en våldsanamnes, men inte några säkra bevis för vilket som fungerar bäst.<sup>10</sup> En amerikansk studie fann att två indirekta frågor om kvinnan någon gång hade levt i ett förhållande där hon känt sig ensam och eller/ kontrollerad av sin partner fungerade lika bra som fler och mer direkta frågor.<sup>11</sup>

## Fokusgrupper med tolkar

Det finns begränsad kunskap om hur utlandsfödda män och kvinnor i Sverige själva anser att frågor om våld kan ställas vid kontakter med vården. För att få utökad kunskap och förståelse för om och hur frågor om våldsutsatthet kan ställas till kvinnor med annan etnisk och kulturell bakgrund när de söker vård genomfördes fokusgruppsintervjuer med tolkar.

### Metod

En fokusgruppintervju kännetecknas av att en grupp människor samtalar ganska fritt omkring ett givet ämne.<sup>12</sup> En ledare ställer några frågor till gruppen, men deltar sedan inte så mycket i diskussionen, utom för att återföra deltagarna till ämnet vid behov. En bisittare observerar samspelet och för anteckningar under diskussionen. Det anses vara en fördel om gruppen är någorlunda homogen. Samspelet med övriga i gruppen stimulerar till att olika åsikter, uppfattningar och erfarenheter blir belysta. Det är viktigt att skapa ett tillåtande klimat i gruppen och att betona att allas åsikter är viktiga och värdefulla, att det inte finns något som är rätt eller fel eller att deltagarna måste enas om en gemensam standpunkt.

Två fokusgrupper med totalt 13 deltagare från Syrien, Iran, Kurdistan, Chile, Kosovo, Somalia, Burundi och Libanon genomfördes i december 2009. Bland deltagarna i de båda grupperna fanns både kvinnor och män och de var alla tolkar som dessutom genomgått en extra utbildning till informatörer. Detta innebär att de förutom sina tolkuppdrag har kompetens att självständigt ge olika typer av information till nyanlända invandrare och asylsökande. Deltagarna hade också erfarenhet av att leda föräldragrupper för blivande föräldrar från andra kulturer. Informatörerna får komma med synpunkter och kommentarer i ett tolkat samtal för att hjälpa till att förtydliga oklarheter, en rättighet som en tolk inte har. Vanliga tolkar ska bara översätta och bör inte lägga sig i samtalet.

I den första gruppen deltog åtta personer och i den andra deltog fem personer. Intervjuerna genomfördes i ett mötesrum på Folkhälsobyran i Västerås, vars personal också hade hjälpt till att rekrytera informanterna. Intervjuerna pågick under en och en halv timme och spelades in på band. En moderator med tidigare erfarenhet av fokusgruppmetodik ledde intervjun tillsammans med ansvarig för projektet. Anteckningar fördes under intervjuerna som en extra säkerhet ifall bandupptagningen skulle vara otydlig. Efter varje gruppintervju sammanfattades det som framkommit och intervjuledarna reflekterade omkring resultatet.

Följande frågor ledde gruppintervjuerna:

- Berätta om egna erfarenheter av att ställa frågor om våld i de grupper som ni har mött/lett.
- Hur ska man prata om och benämna våld i en nära relation? Vilka exempel kan vara användbara?
- Hur och när kan man i det individuella patientmötet med kvinnor från andra kulturer fråga om våld?
- Vad har språkproblematiken och behovet av tolk för betydelse?
- Hur mycket kunskap om andra kulturer behöver vårdpersonalen ha för att kunna/våga ställa frågor om våld?

De inspelade intervjuerna skrevs ut ordagrant och analyserades med innehållsanalys.<sup>13</sup> Det är en process som omfattar flera steg. Först lästes allt material igenom för att få en känsla för helheten. Sedan söktes hela texten noggrant igenom för att finna meningsbärande enheter som markerades och gavs en kortare kondenserad kod. De kondenserade koderna sammanfördes till 38 olika kategorier (kursiverade i resultatdelen på nästa sida). Dessa kategorier abstraherades sedan i ett ytterligare analytiskt steg för att forma de fyra kategorier som presenteras i resultatet med några belysande citat för varje kategori. Deltagarna fick slutligen möjlighet att läsa igenom presentationen av resultatet och korrigerade texten på en punkt. I övrigt hade de inga invändningar mot beskrivningen.

## Resultat

Kultur och migration har betydelse för synen på våld samt för förekomst av våld. Båda grupperna resonerade livligt omkring själva företeelsen våld i en nära relation men kom också in på hedersrelaterat våld. Deltagarna var överens om att våld i nära relationer *förekommer i alla kulturer*, men att det finns kulturella skillnader i synen på vad som är acceptabelt våld i en relation och att det kan finnas *skillnad mellan våld och kulturellt våld*. Våld inom familjen är i många länder *inte ett brott* och det bör *hållas inom familjen*. Huruvida *politik och religion* spelar in hade deltagarna olika uppfattningar om. Att lämna sitt hemland och komma *till ett nytt land* kan också ha betydelse, eftersom det ursprungliga *sociala stödet och den sociala kontrollen förändras*. Det nya landets livsstil kan hota traditionella uppfattningar och rädsla, frustration och osäkerhet inför det nya kan utlösa våldet. Kvinnans *ekonomiska beroende av mannen* liksom barnens ställning och *rädsla för myndighetsingripande* är faktorer som påverkar kvinnors benägenhet att stå ut med våld. Familjens dom över en kvinna som avslöjar partnervåld eller lämnar sin man kan bli hård och hon riskerar *social isolering*.

*"det här fenomenet med våld, mannens våld mot kvinnor det har ju funnits och det kommer att finnas och det finns överallt i världen. Men för min del, jag ser ett väldigt starkt samband mellan kultur och religion och det som egentligen bemöter kvinnorna".*

*"det har inte med religion att göra, det har med hur man tänker, hur man är uppfostrad"*

*"det stannar inom familjen och genom familjen ska man lösa det här problemet eftersom det ingår i familjen och kvinnan är en del utav ... egendom för män."*

*"om en kvinna skiljer sig då blir barnen omhändertagna av pappa, ... så det påverkar kvinnan hur mycket hon tål, hur mycket hon kan stå ut med det som händer."*

*"I hemlandet kan familjen, släkt, morbror, farbror, dom kan påverka mannen att 'ajaj, du måste ta hand om din fru, du ska inte slå henne'. Men kommer man hit man har ingen, och sen man är rädd för myndigheterna."*

*"det blir fester, hon blir inte välkommen...ingen granne och ingen pratar med den personen, så man blir till slut väldigt nedbruten och försiktig"*

## Information till alla en viktig förebyggande åtgärd

Båda grupperna betonade vikten av att alla som kommer till Sverige snabbt ska få *information om de lagar som gäller* beträffande våld i nära relationer. Denna information kan gärna ges till kvinnor och män samtidigt så att kvinnor vet att männen hört det och tvärtom. Men det kan också vara bra att samla kvinnor separat för att de lättare ska våga prata med varandra. Helst ska informationen ges av någon från det egna landet och *på det egna språket*. Tydlighet är mycket viktigt. Det kan behövas *konkreta exempel* på vad som är tillåtet och inte, samt vilka konsekvenser det kan få om man bryter mot lagen. *Fysiskt våld men också sexuellt våld och grov kränkning* behöver förklaras. Både *rättigheter och skyldigheter* måste lyftas fram liksom barnens ställning och myndigheternas ansvar att omhänderta barn som riskerar att fara illa. *Varnande exempel* kan vara verkningfulla.

*"Jag som kommer till nya landet, ... jag måste acceptera att det finns lagar, bestämmelser, strukturer som jag måste rätta mig efter"*

*"det är viktigt för dom att veta vad samhället går ut på, vad kan dom vänta sig, vad är det för instanser dom kan vända sig till, det vet dom inte"*

*"Det är där det brister, kvinnorna vet inte sina rättigheter och skyldigheter".  
"Dom vill bli upplysta framför sina män, det är det dom vill"*

*"det är viktigt att dom får ha den här... lilla stunden, bara kvinnor... om en kvinna säger nånting, då kanske andra kvinnor vågar säga också, fortsätter liksom. För i min grupp fungerar det inte att blanda män och kvinnor"*

*"Alltså själva ordet våld, ... vi har våld, vi har psykiskt våld, vi har att man blir förnedrad och det tar vi inte på allvar, men det är det värsta. Ett ord kan ha större påverkan på människan än... slag. Så det måste man verkligen förklara, vad våld är"*

*"jag pratar arabiska, de samlar enbart araber, där samlar de enbart somalier... och kurder, så det blir en diskussionsgrupp i modersmål"*

*"När vi ger den här informationen på deras eget språk då nappar de mer, då förstår de"*

*"Men om mannen slår till exempel, vi säger sin fru, socialen kommer att ta deras barn."*

*"jag brukar ta massvis med sanna historier som... jag varit med om... alltså det och det och det har hänt. Speciellt de som är nykomlingar så att de vet ifall"*

*de kommer att köra med samma system som de har levt i tidigare... då kan det vara farligt att fortsätta. Den där, han har slagit sin fru så han sitter inne i ett och ett halvt år"*

### **Förutsättningar som bör uppfyllas för att fråga om våld**

De flesta deltagarna ansåg att det var *acceptabelt att fråga* om våldsutsatthet vid vårdkontakter, men någon tyckte att man bara skulle fråga ifall man har en känsla eller en misstanke om att våld förekommer. Om möjligt bör man ha hunnit *bygga upp ett förtroende* mellan vårdgivare och patient innan frågan ställs. Om man vet att man kommer att träffas flera gånger bör man *inte ställa frågan första gången*. Att skapa en *trygg miljö* med garanterad sekretess och försöka *stärka kvinnans självförtroende* är också viktiga förutsättningar liksom att vara beredd på att ta hand om de berättelser som kan komma. Om man som vårdgivare får reda på att kvinnan är våldsutsatt måste man kunna ta hand om kvinnan och *ge adekvat information, råd och hänvisning* till vård och stöd, vilket inte alltid fungerat så bra enligt informanternas erfarenhet. Den som ställer frågan behöver ha en *viss kulturkompetens* men måste inte känna till alla detaljer beträffande det land och den kultur som patienten kommer ifrån. Att ha *god tid* är också en viktig förutsättning.

*"jag tror faktiskt att man ska ha en liten känsla. Jag tittar liksom, oj man märker att det är nåt skumt med henne, alltså man ska gå på känslan man ska inte ställa en fråga till var och en"*

*"jag tycker det är bra, är man på akuten då kanske man kan ställa den första gången man kommer om man ser att hon har blivit slagen"*

*"jag tycker att det stämmer som de säger; man ska inte fråga första gången. Man kan vänta och fråga"*

*"ska bygga upp alltså deras självkänsla, kvinnornas, där är kärnämnet i det hela"*

*"Att man har sekretess, att det inte kommer ut, man är inte skyldig att rapportera, det ger den här tryggheten till kvinnan, hon kanske sen öppnar sig, det är jätteviktigt"*

*"det bästa är att kanske att landet erbjuder utbildningar så att kvinnorna blir självständiga. Och jag kämpar för att kvinnor ska ha arbete... för genom arbete kommer man in i samhället och blir självständig"*

*"Det måste finnas nånstans för alla. Vi har på telefonen, man kan ringa och sen prata. Språket spelar stor roll men det måste finnas lite resurser med olika språk, en plats som kvinnan vet att man kan vända sig till"*



*"Konsult, invandrarkonsult till alla språk där man kan vända sig, faktiskt, det är inte dumt när det gäller vården, när det gäller allt."*

*"det är inte samma atmosfär, så det blir krock. Det finns inte invandrarpersonal där som kan hjälpa dom. Det stämmer. Jag har hört många familjer som har varit där och ... 'nej hellre bor jag hemma' och får det här våldet och mår dåligt"*

*"Man måste också ha kunskap om olika kulturer, interkulturellt"*

*"man behöver inte veta om allt, andra kulturer, det är inte det som det går ut på, absolut inte"*

*"Alla är inte lika... ibland tar det tio timmar och i samma samtal vågar de inte... då märker man, då kan man ta lite extra tid med den personen"*

### **Att ta en våldsanamnes inom vården**

Båda grupperna ansåg att frågan endast ska ställas till *kvinnan i enrum*. Mannen ska inte vara närvarande. De gav olika förslag på hur man som vårdgivare kan åstadkomma detta: be mannen sitta kvar i väntrummet, be honom gå ut medan man undersöker kvinnan eller uttryckligen avtala en ny tid med kvinnan ensam. Det är inte lämpligt att fråga kvinnan om hon vill att mannen ska följa med in, för många kvinnor vågar inte inför mannen säga att de vill att han väntar utanför. Det *ansvaret måste vårdgivaren ta* och använda sin auktoritet. Om tolk behövs så är det viktigt att *kvinnan kan lita på tolken* till 100 procent. Vissa av deltagarna ansåg att kvinnan skulle ha rätt att själv välja tolk, men det fanns delade meningar om detta. Tolkar kan också känna sig manipulerade och utnyttjade av dem de tolkar för och det är bara i vissa situationer som patienter tillåts välja tolk. Det är viktigt att förklara *varför frågorna om våld ställs* och att *den ställs till alla*, inte bara till dem som kommer från andra kulturer. *Frågorna ska vara öppna* och gärna ställas på ett *indirekt sätt* samtidigt som det är viktigt att vara tydlig och att *ge exempel på vad man menar*. Särskilt det sexuella våldet behöver förklaras liksom förnedring och kränkning. *Inledande frågor* kan vara: Hur trivs du hemma? Hur är det hemma, är det lugnt? Hur mår barnen? Är du orolig eller ledsen för något? Har du det bra med din man? Hjälps ni åt i hemmet? Frågorna kan behöva ställas vid *upprepade tillfällen* för en *förändring tar tid*.

*"det bästa vore om hon själv, sköterskan, skulle prata med den här kvinnan ensam"*

*"den här gången vill jag prata ensam med din kvinna, fru eller"...*

*"att läkaren säger – Du ursäkta det är hon som är sjuk, du kan vänta utanför"*

*"varsågod du kan sitta här och läsa en tidning så kommer vi tillbaka snart"*

*"nästa gång kan du komma själv, jag vill prata med dig"*

*"läkare brukar ställa frågan till patienten; – Är det okej att han ska vara med? Men vems fru vågar säga: – Nej han får inte komma in. Det går inte"*

*"bygger man upp förtroendet tror jag säkert att kvinnan kommer våga kunna öppna sig lite mer"*

*"hur man ställer den här frågan... på vilket sätt ... är det viktigaste, inte bara första gången. – Jaha har du blivit, ja, förekommer det något våld? Då står hon där chockad, – Vadå förekommer? Har hon hört nånting? Vet nån, har nån sagt nånting om mig?"*

*"om jag ska gå till läkare som säger; – Har du blivit misshandlad? Om jag inte blivit det blir jag jätteledsen..."*

*– Tror du att vi alla är mördare eller? ... jag tror att folk skulle tänka så"*

*"det är väldigt viktigt att man säger att de här frågorna frågar vi alla. Svenskar och invandrare, vi frågar alla"*

*"Ha den här... dialogen med kvinnan och sen kan du fråga: – Förekommer det våld?"*

*"lite öppna frågor, ta det lite lugnt i samtalsrummet och sen säga: – Hur har du kring dig, vad gör du, hur ser familjesituationen ut?"*

*"jag tycker det här att säga att kränkning också är våld liksom när mannen säger mycket fula grejer till kvinnan, att det också liksom är våld, psykiskt våld."*

*"är det våldtäkt det här, är det faktiskt våldtäkt, har jag blivit våldtagen av min man? – Det är våldtäkt, om du säger nej... du vill inte... då är det våldtäkt"*

*"det spelar stor roll också vilken tolk kvinnan har ...vissa av dom väljer tolkar, den här tolken har jag förtroende för och då berättar man allt... för det är ingen fara"*

*"ibland är det jobbigt också att tolka åt samma person tycker jag i alla fall. Det tär ju på krafterna på tolken också, när liksom klienten vill ha bara samma tolk hela tiden"*

*"Viktigt att upprepa den här frågan... inte bara en gång och sen släppa"*

*"det är ju en långgående process som det tar väldigt lång tid för kvinnorna att kunna uppfatta"*

*"det är ju inte enbart en livsstilsförändring utan det är ju en tänkandesättsförändring"*

## Sammanfattning av fokusgruppsintervjuerna

Diskussionerna i grupperna var livliga och deltagarna var engagerade i frågan. En hel del diskussioner fördes omkring själva fenomenet våld mot kvinnor och också om det hedersrelaterade våldet. Några deltagare var mer aktiva i diskussionen än andra och några var mer erfarna i att leda grupper eller att ge information till nyanlända. Metoden gör det inte möjligt att generalisera resultatet, men deltagarna representerade många olika kulturer och resultatet överensstämmer väl med det man vet om förutsättningarna för att ställa frågan – förtroende, enskildhet, öppna frågor, flera tillfällen samt beredskap att ta hand om svaret.

I många frågor var gruppdeltagarna överens, men det fanns också meningskiljaktigheter och olika erfarenheter. Alla var dock överens om att information till alla om vilka lagar som gäller i Sverige är en viktig förutsättning för att kunna ställa frågor om våld till enskilda individer.

Resultatet bekräftar det som tidigare studier funnit; att det inte finns några avgörande hinder för att rutinmässigt ställa frågor om våld inom vården, inte heller till utlandsfödda kvinnor. Det är viktigt att inte särbehandla dessa kvinnor, de bör få samma möjlighet att ta steget att avslöja våldsutsatthet, så att de kan få stöd och hjälp att ta sig ur ett destruktivt förhållande. De flesta gruppdeltagarna ansåg att man om möjligt borde bygga upp ett förtroende först innan frågan ställdes, vilket kan genomföras till exempel under vården vid en graviditet. Men vid enstaka kortare kontakter till exempel på en akutmottagning är detta inte möjligt och frågan måste ändå ställas. Som vårdgivare är det dock viktigt att förstå att utlandsfödda kvinnor kan ha starka skäl att inte avslöja sin våldsutsatthet. De kan dessutom ha svårigheter att förstå att de utsätts för oacceptabel kränkning, om man inte är tydlig i sin information och ger konkreta exempel.

Deltagarna ansåg att vårdgivare bör utnyttja sin auktoritet och att de har ansvaret för att få till ett enskilt samtal med kvinnan. Frågan bör upprepas flera gånger och bli en naturlig del i all anamnesupptagning. Exakt hur frågan ställs är kanske mindre viktigt än att den ställs men det kan vara en hjälp för vårdgivare om man har PM och klinkiska riktlinjer som alla följer.

Akutmottagningar är viktiga arenor, samtidigt som miljön där kan vara ogynn- sam för ett enskilt samtal med garanterad sekretess.<sup>14</sup> Det behöver man ta hänsyn

till när man planerar nya akutmottagningar, samt när man ser över rutinerna för anamnesupptagning. Det vanligaste är att frågorna ställs muntligt, men en skriftlig självanamnes eller screening via ett dataformulär kan vara möjliga alternativ.<sup>15</sup> Formulären måste i så fall finnas på många olika språk.

Tolkanvändning är ett måste om vårdare och patient inte förstår varandra. Man bör undvika att anhöriga och familjemedlemmar anlitas som tolk eftersom det försvårar för kvinnan att berätta om våldet. Deltagarna i gruppintervjuerna hade olika uppfattningar om kvinnorna ska ha rätt att själva välja tolk. Det kan bli ett problem om en patient blir alltför beroende av en viss tolk. Ett bättre förhållningssätt måste vara att försäkra varje patient om att den information som kommer fram under det tolkade samtalet är sekretessbelagd och att alla tolkar har tystnadsplikt på samma sätt som alla vårdgivare har.

När rutinmässig våldsanamnes införs är det viktigt att fortlöpande följa upp hur det går. Detta bör göras bland såväl vårdgivare som patienter och både kvalitativa och kvantitativa mått bör användas. Olika verksamheter behöver utvärderas och gruppen utlandsfödda får inte glömmas bort.

## Slutsats

Det är viktigt att inte särbehandla kvinnor från andra kulturer, de ska få samma möjlighet att få stöd och hjälp att ta sig ur ett destruktivt förhållande. Det underlättar om man har byggt upp ett förtroende innan frågan ställs – om situationen så tillåter. Det är vårdgivaren som måste ta initiativet till att få prata med kvinnan enskilt. Det viktigt att förstå att den utlandsfödda kvinnans utsatta position kan medföra än större svårigheter att avslöja sin våldsutsatthet.

## Praktiska råd

- Se till att du får samtala med kvinnan enskilt, använd din auktoritet
- Ställ samma frågor om våld till utlandsfödda kvinnor som till svenska kvinnor
- Betona att dessa frågor ställs till alla och inte bara till utlandsfödda
- Var beredd på att exemplifiera vad som menas med våld
- Om översättning behövs, använd tolk och betona tolkens tystnadsplikt
- Ställ frågorna vid upprepade tillfällen

- <sup>1</sup> Statistiska centralbyrån (2008). *Beskrivning av Sveriges befolkning 2008*. Örebro: Statistiska centralbyrån.
- <sup>2</sup> Albin B, Hjelm K, Ekberg J & Elmståhl S (2006). Higher mortality and different pattern of causes of death among foreign-born compared to native Swedes 1970–1999. *J Immigr Minor Health*. Apr;8:2, s.101–13.
- Ellsberg M, Jansen H, Heise L, Watts C & Garcia-Moreno C (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*. 371, s. 1165–72.
- Wändell PE & Gåfväls C (2007). High prevalence of diabetes among immigrants from non-European countries in Sweden. *Prim Care Diabetes*. 1:1, s. 13–6. Epub 2006 Dec 18.
- Wändell PE, Wajngot A, de Faire U, Hellénus ML (2007). Increased prevalence of diabetes among immigrants from non-European countries in 60-year-old men and women in Sweden. *Diabetes Metab*. Feb;33:1, s. 30–6. Epub 2007 Jan 26.
- Koochek A, Mirmiran P, Azizi T, Padyab M, Johansson SE, Karlström B, Azizi F, Sundquist J (2008). Is migration to Sweden associated with increased prevalence of risk factors for cardiovascular disease? *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. Feb;15:1, s.78–82.
- Tinghög P, Al-Saffar S, Carstensen J, Nordenfelt L (2010). The association of immigrant- and non-immigrant-specific factors with mental ill health among immigrants in Sweden. *Int J Soc Psychiatry*. Jan;56:1, s.74–93. Epub 2009 Jul 10.
- Wiking E, Johansson SE, Sundquist J (2004). Ethnicity, acculturation, and self reported health: A population based study among immigrants from Poland, Turkey, and Iran in Sweden. *J Epidemiol Community Health*. Jul;58:7, s. 574–82.
- <sup>3</sup> Lanier C, Maume MO (2009). Intimate partner violence and social isolation across the rural/urban divide. *Violence Against Women*. Nov;15:11, s.1311–30. Epub 2009 Sep 15.
- Rådestad I, Rubertsson C, Ebeling M, Hildingsson I (2004). What factors in early pregnancy indicate that the mother will be hit by her partner during the year after childbirth? *A nationwide Swedish survey*. *Birth*. Jun;31:2, s. 84–92.
- Dunn LL, Oths KS (2004). Prenatal predictors of intimate partner abuse. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. Jan-Feb;33:1, s.54–63.
- Bent-Goodley TB (2007). Health disparities and violence against women: why and how cultural and societal influences matter. *Trauma Violence Abuse*. Apr;8:2, s. 90–104.
- Aden AS, Dahlgren L, Tarsitani G (2004). Gendered experiences of conflict and co-operation in heterosexual relations of Somalis in exile in Gothenburg, Sweden. *Ann Ig*. Jan-Apr;16:1-2, s. 123–39.
- <sup>4</sup> Wiking E, Saleh-Stattin N, Johansson SE, Sundquist J (2009). Immigrant patients' experiences and reflections pertaining to the consultation: a study on patients from Chile, Iran and Turkey in primary health care in Stockholm, Sweden. *Scand J Caring Sci*. Jun;23:2, s. 290–7. Epub 2009 Feb 25.
- Wiking E, Saleh-Stattin N, Johansson SE, Sundquist J (2009). A description of some aspects of the triangular meeting between immigrant patients, their interpreters and GPs in primary health care in Stockholm, Sweden. *Fam Pract*. Oct;26:5, s. 377–83. Epub 2009 Aug 27.
- Hadziabdic E, Heikkilä K, Albin B, Hjelm K (2009). Migrants' perceptions of using interpreters in health care. *Int Nurs Rev*. Dec;56:4, s. 461–9.
- <sup>5</sup> Wiking E, Saleh-Stattin N, Johansson SE, Sundquist J (2009). A description of some aspects of the triangular meeting between immigrant patients, their interpreters and GPs in primary health care in Stockholm, Sweden. *Fam Pract*. Oct; 26:5, s. 377–83. Epub 2009 Aug 27.
- <sup>6</sup> Wendt E, Hilding C, Lidell E, Westerståhl A, Baigi A, Marklund B (2007). Young women's sexual health and their views on dialogue with health professionals. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 86:5, s. 590–5.
- Wendt EK, Lidell EA, Westerståhl AK, Marklund BR, Hilding CI (2009). Young women's perceptions of being asked questions about sexuality and sexual abuse: a content analysis. *Midwifery*. Aug 24. [Epub ahead of print].
- Stenson K, Saarinen H, Heimer G, Sidenvall B (2001). Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery*. Mar; 17:1, s. 2–10.
- <sup>7</sup> Stenson K, Sidenvall B, Heimer G (2005). Midwives' experiences of routine antenatal questioning relating to men's violence against women. *Midwifery*. Dec;21:4, s. 311–21. Epub 2005 Aug 1.
- <sup>8</sup> Bent-Goodley TB (2007). Health disparities and violence against women: why and how cultural and societal influences matter. *Trauma Violence Abuse*. Apr; 8:2, s. 90–104.
- <sup>9</sup> Kelly UA (2009). "I'm a mother first": The influence of mothering in the decision-making processes of battered immigrant Latino women. *Res Nurs Health*. Jun; 32:3, s.286–97.
- Montalvo-Liendó N, Wardell DW, Engebretson J, Reininger BM (2009). Factors influencing disclosure of abuse by women of Mexican descent. *J Nurs Scholarsh*.; 41:4, s. 359–67.
- Montalvo-Liendó N (2009). Cross-cultural factors in disclosure of intimate partner violence: an integrated review. *J Adv Nurs*. Jan; 65:1, s. 20–34. Epub 2008 Nov 15.
- <sup>10</sup> Paranjape A, Rask K, Liebschutz J (2006). Utility of STaT for the identification of recent intimate partner violence. *J Natl Med Assoc*. Oct;98:10, s. 1663–9.
- Rabin RF, Jennings JM, Campbell JC, Bair-Merritt MH (2009). Intimate partner violence screening tools: a systematic review. *Am J Prev Med*. May;36:5, s. 439–445.e4.
- <sup>11</sup> Wrangle J, Fisher JW, Paranjape A (2008). Ha sentido sola? Culturally competent screening for intimate partner violence in Latina women. *J Womens Health (Larchmt)*. Mar;17:2, s. 261–8.
- <sup>12</sup> Krueger RA. *Analyzing and reporting focus group results 1998*. University of Minnesota. Focus group kit, Vol. 6. Thousand Oaks, California: SAGE, (ISBN: 0-7619-0816-1).
- <sup>13</sup> Graneheim UH, Lundman B (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. Feb;24:2, s. 105–12.
- <sup>14</sup> Daugherty JD, Houry DE (2008). Intimate partner violence screening in the emergency department. *J Postgrad Med*. Oct-Dec;54:4, s. 301–5.
- Houry D, Kaslow NJ, Kemball RS, McNutt LA, Cerulli C, Straus H, Rosenberg E, Lu C, Rhodes KV (2008). Does screening in the emergency department hurt or help victims of intimate partner violence? *Ann Emerg Med*. Apr;51:4, s. 433–42, 442. e1-7. Epub 2008 Mar 7.
- <sup>15</sup> Houry D, Kemball R, Rhodes KV, Kaslow NJ (2006). Intimate partner violence and mental health symptoms in African American female ED patients. *Am J Emerg Med*. Jul;24:4, s. 444–50.

