



UPPSALA  
UNIVERSITET

**NCK** NATIONELLT CENTRUM  
FÖR KVINNOFRID

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

## ATT FRÅGA OM VÅLDSUTSATTHET SOM EN DEL AV ANAMNESEN

---

# Hur hanteras frågor om våldsutsatthet inom hälso- och sjukvården internationellt?

En litteraturöversikt

Anna Berglund



# Hur hanteras frågor om våldsutsatthet inom hälso- och sjukvården internationellt?

## En litteraturöversikt

Anna Berglund

År 2007 antog den svenska regeringen en treårig nationell handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer.<sup>1</sup> Inom ramen för handlingsplanen fick Nationellt centrum för kvinnofrid i uppdrag att vidareutveckla metoder för hälso- och sjukvården att så tidigt som möjligt identifiera våldsutsatthet för att kunna erbjuda adekvat rådgivning och stöd. Att inkludera frågor om personlig erfarenhet av våld som en del av anamnesen skulle kunna vara en effektiv åtgärd. Som ett första led i detta uppdrag gjorde Eva Wendt för NCK en systematisk genomgång av vetenskapliga artiklar som behandlade hur frågor om våld i nära relationer ställs inom vården i andra länder. Materialet har bearbetats för denna rapport.

### ”Screening” eller ej?

USA har sedan många år riktlinjer på nationell nivå för hur frågan om våld i nära relationer ska tas upp inom hälso- och sjukvården (U.S. Preventive Services Task Force). Kanada är också på många sätt ett föregångsland när det gäller nationella riktlinjer för att fråga om våldsutsatthet. Man understryker att våld i nära relationer är ett omfattande och allvarligt problem ur ett hälsoperspektiv och därför är det motiverat att inkludera frågor om detta vid besök i hälso- och sjukvården, även om våldsutsatthet inte uppfyller kriterierna för ett tillstånd där ”screening” ska användas.<sup>2</sup> Litteraturgenomgången visade dock att det är långt ifrån genomfört. Under de senaste åren har det framför allt i USA och Kanada

pågått en debatt om "screening" för våld i nära relationer verkligen har någon positiv effekt på kvinnors situation.<sup>3</sup> Detta skulle kunna vara en av anledningarna till att riktlinjer och förslag om att rutinmässigt fråga om våld i nära relationer ännu inte fått fullt genomslag.

VAW, Violence Against Women, är ett pågående projekt i Kanada där flera studier ingår. I projektets första fas genomfördes studien *Randomized Trial for Screening Tools and Approaches* med syfte att undersöka hur man bäst hanterar rutinfrågor om våld inom fyra typer av hälso- och sjukvårdsinställningar (public health, emergency departments, family practice settings, speciality care clinics) och hur man bäst formulerar frågorna. Resultaten är ännu inte publicerade. I andra fasen genomfördes en randomiserad studie med syftet att undersöka om rutinmässiga frågor om våld inom hälso- och sjukvården gör nytta för kvinnor som varit utsatta för övergrepp (*Randomized Controlled Trial of Universal Screening for Woman Abuse*) som publicerades 2009. På grund av det stora bortfallet (drygt 40 procent i båda studiegrupperna) måste resultaten tolkas med försiktighet men studien kunde inte visa någon positiv effekt på livskvaliteten hos de kvinnor som tillhörde den "screenade" gruppen under de 18 månader som uppföljningen pågick.<sup>4</sup>

I en nyligen publicerad artikel problematiserar Joanne Spangaro kring svårigheten att vetenskapligt studera effektiviteten av "screening för våld" i sjukvården. Hon beskriver tre vanliga antaganden som bidrar till att man inte mäter det man avser mäta och att resultaten blir missvisande. Det första antagandet är att själva screeningfrågan kan ses som en neutral test som inte påverkar patienten när den i stället i själva verket utgör en intervention som startar en process hos den utsatta. Detta resulterar också i svårigheter att samla bakgrundsdata för kontrollgruppen. Om man måste nöja sig med retrospektiva uppgifter från kontrollgruppen finns det risk för "recall bias", det vill säga att kvinnorna helt enkelt inte minns detaljer om den rådande situationen då studien startade. Det andra antagandet är att effektiviteten hos våldsscreeningen kan mätas genom att man mäter effekten av de åtgärder som vidtagits för att hjälpa kvinnan. I stället mäter man då egentligen den kombinerade effekten av screeningfrågan och åtgärderna. Det tredje antagandet är slutligen att man kan identifiera effektiva interventioner mot partnervåld som kan hjälpa alla. Här bortser man från betydelsen av den enskilda kvinnans psykosociala situation och en mängd interagerande faktorer till exempel etnicitet, ekonomi, utbildning, arbetslivsstatus och så vidare, som påverkar hur hon förhåller sig till de erbjudna åtgärderna. Till dessa svårigheter kommer etiska avvägningar om behovet att gå in med "behandling" om det i screeningen avslöjas att kvinnan är utsatt. Sparango menar att dessa faktorer gör det tveksamt att det går att genomföra en rättvisande randomiserad studie om effektiviteten av "screening" för våldsutsatthet.<sup>5</sup> Detta talar för att man bör undvika ordet "screening" och i stället tala om "rutinfrågor om våld".

## Resultat av litteratursökningen

Syftet med litteraturstudien var att belysa det aktuella nationella och internationella kunskapsläget om våldsutsatthet som en del i sjukhistorien med avseende på följande frågeställningar:

- Ingår frågor om personlig erfarenhet av våld i anamnesen?
- Ställs dessa frågor vid behov, vid akuta besök eller vid samtliga besök inom sjukvården?
- Hur ställs frågorna?
  - Finns det rutiner?
  - Vilken profession ställer frågorna?
  - Är frågorna kopplade till kvalitetsindikatorer?

Nationella policydokument och program inkluderades också i litteratursökningen.

Litteratursökningen begränsades till att omfatta artiklar publicerade i medicinska tidskrifter 1998–2009. Med tanke på det stora antalet artiklar om våld i nära relationer som publicerats under den aktuella perioden var det en mycket liten andel som beskrev hur frågor ställs kliniskt. Litteraturgenomgången resulterade i totalt 19 artiklar från USA, Kanada, Storbritannien och Australien. Resultatet finns presenterat i tabeller med referenser i en bilaga i rapporten (sid 197–200).

Man kan konstatera att variationen är stor när det gäller att fråga efter våldsutsatthet som en del i sjukhistorien när kvinnor söker vård. Att fråga om våld visade sig vara vanligare om misstanke fanns än att ställa frågan till alla som en rutin. Flera amerikanska studier visade att läkare inom kvinnosjukvården frågar något oftare än andra, vilket kanske inte är oväntat.<sup>6</sup> Inom akutsjukvården är det många kvinnor som inte tillfrågats trots att kvinnor som varit utsatta för våld relativt ofta återfinns där.<sup>7</sup>

I elva av de 19 artiklarna ställs frågan om våld i relativt hög utsträckning men det är anmärkningsvärt att bara en artikel redovisar förekomst av skriven policy. I det fallet var det tolv procent av informanterna (barnmorskechefer och barnmorskor med specialintresse för området) som uppgav att de hade skriftliga rutiner för att fråga om våld i nära relationer.<sup>8</sup>

Litteratursökningen gav inget resultat gällande artiklar med koppling till kvalitetsindikatorer.

## Jämförelser med Sverige

I likhet med den nationella kartläggningen *Den svenska hälso- och sjukvårdens arbete inom kompetensområdet våld mot kvinnor* visar denna litteraturgenomgång att det finns stora variationer för i vilken utsträckning hälso- och sjukvårdspersonal frågar om erfarenhet av våld i nära relationer. Den svenska undersökningen visade också att kvinnan oftare blir tillfrågad om hon söker gynekolog än om hon söker allmänläkare.<sup>9</sup>

## Annat forskning

Majoriteten av studierna om "domestic violence" handlar om i vilken utsträckning kvinnor är drabbade<sup>10</sup>; hälso- och sjukvårdspersonalens attityder till att ta upp frågan<sup>11</sup> och hur kvinnor själva ser på att bli tillfrågade.<sup>12</sup> De flesta kvinnor är positiva till att hälso- och sjukvårdspersonal tar upp frågor om våld i nära relationer och en stor del av personalen ser det som en viktig uppgift, men många artiklar beskriver hindrande faktorer för såväl kvinnor som personal. Det finns också studier som visar på kvinnors uppfattningar om hur och varför de vill bli tillfrågade.<sup>13</sup> Andra studier analyserar utbildnings-/träningsmodeller eller frågeinstrument.<sup>14</sup>

## Utbildning

I flera av artiklarna framgår att personalen inte har någon utbildning om våld mot kvinnor.<sup>15</sup> Eftersom kartläggningens syfte var att beskriva hur det ser ut i den kliniska vardagen togs interventionsstudier inte med. I en av de amerikanska studierna pågick det emellertid utbildning för alla personalkategorier i handläggning av våld i nära relationer.<sup>16</sup> En forskargrupp fann att frågor om våld är mindre vanliga än frågor om psykiska sjukdomar, självskadebeteende, alkoholanvändning och droger.<sup>17</sup> Diskussion kring livsstil kan vara ett bra tillfälle att leda in samtalet på våld i nära relationer. Fortsatt utbildning och stöd till hälso- och sjukvårdspersonal är nödvändig för att säkerställa att kvinnor inte ovetandes utsätts för större risk på grund av ett icke-systematiskt tillvägagångssätt.<sup>18</sup>

## Nationella centra och program för våld mot kvinnor

Arbete och forskning kring "domestic violence" pågår över hela världen. Många länder har på nationell nivå initierat program och centra för att bekämpa våld i nära relationer. FN har en särskild databas för nationella handlingsprogram för bekämpande av mäns våld mot kvinnor, *The UN Secretary-General's Database on Violence Against Women*. Där finns uppgifter om lagar och förordningar, program och policyer samt statistik och utvärderingar från majoriteten av medlemsstaterna.<sup>19</sup>

I Norge inrättades år 2004 *Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress* (NKVTS). Hälsodepartementet, Justitiedepartementet samt Barn- och familjedepartementet tog initiativ till centret för att samla och stärka kompetensen inom området. NKVTS samarbetar kring forskning med "Alternativ till vold" som är ett behandlings- och kompetenscenter.<sup>20</sup>

I Danmark finns sedan 1997 *Voldsobservatoriet (The Danish National Observatory on Violence Against Women)*. Det är en grupp experter inom Kvinderådet som arbetar mot mäns våld mot kvinnor. Voldsobservatoriet fick formell status 2002 och bytte då namn till *Det Nationale Voldsobservatorium*. Uppdraget är att vara

kunskapscentrum för frågor kring våld och ta initiativ till utveckling i frågan samt att säkerställa att den danska staten följer nationella och internationella handlingsplaner. Observatoriet ska stå för information, utbildningsinsatser, praktisk kunskap och feminism.<sup>21</sup> En ny nationell strategi för att bekämpa mäns våld mot kvinnor finns för 2009–2012 och statliga medel är allokerade. Det finns också en nationell diagnosdatabas för våld mot kvinnor.

I Finland grundades 2004 *The Finnish National Observatory*, som är ett nätverk av frivilligorganisationer, vid ett seminarium i riksdagen. Nätverket har erkänts som nationellt av vissa statliga institutioner och ombuds att yttra sig i frågor som rör mäns våld mot kvinnor men det finns inget nationellt handlingsprogram.

År 2006 antogs i Island en handlingsplan för att motverka våld och övergrepp mot barn och unga samt våld mot kvinnor i nära relationer samt sexuellt våld, *Plan of action to deal with domestic and sexual violence* utfärdad av det isländska socialdepartementet. Planen sträcker sig till 2011. Man lyfter fram att dessa frågor bör diskuteras mera öppet i samhället, behovet av föräldrautbildning, utbildning av personal inom samhällsinstitutioner, bättre omhändertagande av offer och behandling av förövare. För hälso- och sjukvårdens del rekommenderas att man tar fram handlingsprogram för rutinfrågor till gravida kvinnor.<sup>22</sup>

I Storbritannien utgav Hälsodepartementet år 2000 skriften *A Resource Manual for Health Care Professionals*. Fem år senare kom skriften *Responding to domestic abuse: A handbook for health professionals*.<sup>23</sup> Utifrån King's College i London pågår sedan flera år ett projekt på ett "London Foundation Trust Hospital". Under 2006 ökade andelen barnmorskor som frågade om våld från 15 procent till 47 procent. I slutet av projektet i april 2008 var andelen barnmorskor som frågade uppe i 58 procent.<sup>24</sup>

VAW, Violence Against Women, är ett projekt som pågår i Kanada. I uppdraget ingår bland annat forskning kring rutinfrågor och handläggning av våldsutsatthet och kostnadseffektivitet. I Kanada finns också ett regionalt program från Middlesex Health Unit: *The Task Force on the Health Effects on Woman Abuse*. Man rekommenderar ett frågeinstrument med enkla direkta frågor och argumenterar för att alla kvinnor över tolv år ska tillfrågas rutinmässigt om fysiskt, sexuellt eller emotionellt våld vid en rad kontakter med vården, till exempel hälsokontroller, akuta sjukdomsfall, graviditetsbesök, preventivmedelsrådgivning, barnhälsovård samt vid in- och utskrivning på sjukhus. Man nämner även andra situationer där frågan bör ställas, till exempel i skolan, på ungdomsläger och i samband med sportaktiviteter samt om en ung person blir omhändertagen av samhället.<sup>25</sup>

I USA förväntas läkare och barnmorskor alltid fråga om våld i nära relationer och ämnet ingår i deras utbildningar (core competencies). U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) har utgivit rekommendationer angående rutinfrågor om våld i familjen och partnervåld; den senaste från 2004 heter *Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement*.<sup>26</sup>

Forskning kring "domestic violence" pågår sedan många år i Australien men få artiklar beskriver hur och i vilken utsträckning hälso- och sjukvårdspersonal arbetar med frågan. I en artikel från 2007 skriver dock Spangaro att man har arbetat med att införa rutinfrågor om våld i nära relationer i New South Wales sedan 2001. Kvinnorna informeras om anledningen till att man frågar, att alla kvinnor får samma fråga, och att de kan välja om de vill svara eller inte. De preliminära resultat som redovisas pekar på att en hög andel av de kvinnor som söker hälso- och sjukvård i New South Wales numera blir tillfrågade om våld.<sup>27</sup>

*Daphne-programmet* är ett EU-projekt för att införa våldsförebyggande åtgärder mot våld i nära relationer; våld mot barn, ungdomar och kvinnor. Det startade år 2000 och sträcker sig fram till och med 2013. Programmet verkar för att EUs medlemsstater genom utbyte av information och erfarenheter, främjande av nyskapande strategier och gemensamma prioriteringar ska ta fram åtgärder mot allt slags våld i såväl det offentliga som privata rummet. Programmet vänder sig till offentliga så väl som frivilligorganisationer och institutioner som arbetar med att förebygga och bekämpa våld mot barn, ungdomar och kvinnor, som stödjer offer för våld eller som arbetar för förändringar i attityderna till våld. *Daphne-programmet* ska komplettera och stärka befintliga nationella program i medlemsländerna.<sup>28</sup>

På internationella kvinnodagen 2010 hölls ett möte i Bryssel *The 3000 Council on Employment and social policy* och vid det formulerades en rad punkter om samordning av arbetet för att bekämpa mäns våld mot kvinnor. Bland annat uppmanades medlemsstaterna att formulera nationella handlingsprogram.<sup>29</sup>

## Aktuell situation i Sverige

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) vid Uppsala universitet är Sveriges nationella kunskaps- och resurscentrum för frågor om mäns våld mot kvinnor. NCK är en vidareutveckling av Rikskvinnocentrum, som startades vid Akademiska sjukhuset i Uppsala 1994 och var landets första specialistklinik för kvinnor som utsatts för våld. Rikskvinnocentrum skulle dels ta hand om våldsutsatta kvinnor akut, dels utbilda, forska och utveckla nya metoder som kunde spridas vidare till hela landet. Uppdraget har sedan dess utökats successivt och 2006 ombildades centrumet till ett nationellt kunskaps- och resurscentrum vid Uppsala universitet.<sup>30</sup> Samtidigt breddades uppdraget till att omfatta inte bara hälso- och sjukvårdens utan hela samhällets insatser för kvinnor som utsatts för våld. NCK arbetar på regeringens uppdrag med att samla, utveckla och sprida kunskap om våld mot kvinnor och att omsätta kunskapen i praktisk handling. I uppdraget ingår att arbeta med metodutveckling, information, utbildning, kunskapssammanställning och forskning. 2008 utökades NCK:s verksamhetsområde till att även omfatta våld i samkönade relationer samt hedersrelaterat våld och förtryck.



Flera studier och projekt gällande mäns våld mot kvinnor i nära relationer har genomförts i Sverige under 2000-talet. Majoriteten av studierna, som oftast utförts inom kvinnosjukvården, visar att såväl patienter som personal anser att rutinfrågor om våld bör ingå i sjukhistorien på barnmorskemottagningar och ungdomsmottagningar.<sup>31</sup> Trots den uppmärksamhet detta har rönt är det inte rutin att ställa frågor till kvinnor när de besöker hälso- och sjukvården. Regeringen har därför gett NCK i uppdrag att utveckla metoder för tidig upptäckt av våldsutsatta kvinnor inom hälso- och sjukvården

Rikskvinnocentrum genomförde en nationell kartläggning 1997 för att belysa hälso- och sjukvårdens arbete med våldsutsatta kvinnor, *Kartläggning av hälso- och sjukvårdens resurser för att möta kvinnor som misshandlats och våldtagits*. Som ett led i kvalitets- och utredningsarbetet genomfördes ytterligare en kartläggning 2005, *Den svenska hälso- och sjukvården arbete inom kompetensområdet våld mot kvinnor*. Studierna visade att det finns stora variationer inom hälso- och sjukvården när det gäller att upptäcka och omhänderta våldsutsatta kvinnor, både inom och mellan landsting. Förutsättningarna att fångas upp och få hjälp var större för de kvinnor som sökte akutmottagningar eller gynekologiska mottagningar än för dem som sökte primärvården. Hälften av mottagningarna hade en formellt antagen policy, men denna hade inte alltid fått genomslag i verksamheten. Det föreföll snarare som om det var enskilda chefers och medarbetares kompetens och intresse som avgjorde skillnaderna mellan de olika verksamheternas insatser. Det varierade också om de olika enheterna hade genomfört utbildningar under det senaste året.<sup>32</sup>

Under 2004 genomfördes en kartläggning av rutiner inom svensk mödrahälsovård. Resultatet visade att minst två tredjedelar av de barnmorskor som arbetade på barnmorskemottagningarna i Sverige hade fått utbildning om mäns våld mot kvinnor och att rutiner för att fråga hade införts på många håll. Inom 14 av 48 områden ställdes frågor om våld på några eller alla mottagningar. Av dessa hade elva områden en frågemall och skriftliga riktlinjer fanns i nio områden.<sup>33</sup> De hinder som uppgavs var brist på rutiner men även brist på kunskap; brist på stöd till den utsatta kvinnan men också till personalen; tidsbrist; samt rädsla att kränka kvinnan, vilket stämmer med tidigare forskning. För att få till stånd en förändring och säkra långsiktighet och legitimitet behöver frågan byggas in i hälso- och sjukvårdens organisation.<sup>34</sup> I mödrahälsovårdens nationella kvalitetsregister 2008 uppgav 50 procent av barnmorskemottagningarna att de hade vårdprogram angående rutinfrågor om våldsutsatthet till gravida samt rutiner för omhändertagande (personlig kommunikation). Det förefaller finnas stora likheter med de resultat som framkom i kartläggningen *Den svenska hälso- och sjukvårdens arbete inom kompetensområdet våld mot kvinnor*. Den kliniska verksamheten varierade där i stor omfattning, till stor del föreföll det vara enskilda chefers och medarbetares kompetens och intresse som avgjorde om en mottagning hade rutiner för att fråga eller inte.

## Svenska policydokument

Genom vårdprogram och skriftliga rutiner kan hög kvalitet säkerställas. Ett exempel på detta är handboken *Nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp* som kom ut 2008 och är ett viktigt led i att skapa förutsättningar för att offren ska få adekvat omhändertagande oavsett inom vilken enhet i hälso- och sjukvården eller var i Sverige de söker.<sup>35</sup>

2008 utgav Svensk förening för obstetrik och gynekologi en arbetsgruppsrapport sammanställd av landets mödrahälsovårdsöverläkare och samordningsbarnmorskorna inom Svenska barnmorskeförbundet i samarbete med Mödrabarnhälsovårdspsykologernas förening. Rapporten *Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa* behandlar mödrahälsovårdens olika verksamhetsområden och är tänkt att fungera som kunskapsunderlag i det dagliga arbetet för personal inom mödrahälsovården, oavsett vårdform och organisation. I kapitlet om mödrahälsovårdens folkhälsoarbete betonas att det ska finnas en utarbetad handlingsplan när det gäller rutinfrågor om våld på varje mottagning. Varje kvinna ska få ett enskilt besök tidigt i graviditeten där frågor om våld ingår i anamnesen och det ska det finnas skriftliga riktlinjer för omhändertagande av kvinnor som vill ha hjälp. Man framhåller att personalen ska ha god kunskap om våld i nära relationer samt tillgång till professionell handledning/konsultation.<sup>36</sup>

- <sup>1</sup> Regeringens skrivelse 2007/08:39.
- <sup>2</sup> Shaw D (2003). Screening for domestic violence. *J Obstet Gynaecol Can.* 25, s. 918–21.
- <sup>3</sup> Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R, Kuntze S, Spencer A, Bacchus L, Hague G, Warburton A & Taket A (2009). *How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme?* Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technol Assess.* 13:16, s. 1–113–137–347.
- MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle MH, Shannon HS, Ford-Gilboe M, Worster A, Lent B, Coben JH, Campbell JC, McNutt LA & McMaster Violence Against Women Research Group. (2009). Violence Against Women Research Group. Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA.* 302:5, s. 493–501.
- Nelson HD, Nygren P, McInerney Y & Klein J (2004). Screening Women and Elderly Adults for Family and Intimate Partner Violence: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 140:5, s. 387–96.
- Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidsson LL & Feder G (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ.* 325:7359, s. 314.
- Wathen CN & MacMillan HL (2003). Interventions for violence against women: scientific review. *JAMA.* 289:5, s. 589–600.
- <sup>4</sup> MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle MH, Shannon HS, Ford-Gilboe M, Worster A, Lent B, Coben JH, Campbell JC, McNutt LA & McMaster Violence Against Women Research Group (2009). Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA.* 302(5): s. 493–501.
- <sup>5</sup> Spangaro J, Zwi AB & Poulos R (2009). The Elusive Search for Definitive Evidence on Routine Screening for Intimate Partner Violence. *Trauma Violence Abuse.* 10, s. 55–68.
- <sup>6</sup> Chamberlain L & Perham-Hester KA (2002). The impact of perceived barriers on primary care physicians' screening practices for female partner abuse. *Women and Health.* 35, s. 55–69.
- Glass N, Dearwater S & Campbell J (2001). Intimate partner violence screening and intervention: Data from eleven Pennsylvania and California Community hospital emergency departments. *J Emerg Nurs.* 27:2, s. 141–9.
- Horan DL, Chapin J, Kelin L, Schmidt LA & Schulkin J (1998). Domestic Violence Screening Practices of Obstetrician-Gynecologists. *Obstet Gynecol.* 92:5, s. 785–9.
- Lapidus G, Cooke MB, Gelven E, Sherman K, Duncan M & Banco L (2002). A statewide survey of domestic violence screening behaviours among pediatricians and family physicians. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 156, s. 332–6.
- Rodriguez MA, Bauer HM, McLoughlin E & Grumbach K (1999). Screening and Intervention for Intimate Partner Abuse. Practices and Attitudes of Primary Care Physicians. *JAMA.* 282:5, s. 468–474.
- Foy R, Nelson F, Penney G & McIlwaine G (2000). Antenatal detection of domestic violence. *Lancet.* 355(9218):1915.
- <sup>7</sup> Glass N, Dearwater S & Campbell J (2001). Intimate partner violence screening and intervention: Data from eleven Pennsylvania and California Community hospital emergency departments. *J Emerg Nurs.* 27:2, s. 141–9.
- Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen CN & MacMillan HL (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health.* 7, s. 12.
- Richter KP & Surprenant ZJ (2003). Detecting and Documenting Intimate Partner Violence. *Violence Against Women.* 4, s. 458–465.
- <sup>8</sup> Marchant S, Davidsson LL, Garcia J & Parsons JE (2001). Addressing domestic violence through maternity services: policy and practice. *Midwifery.* 17:3, s. 164–70.
- <sup>9</sup> Andreasson C, Stenson, K, Björck A, Heimer G (2006). *Den svenska hälso- och sjukvårdens arbete inom kompetensområdet våld mot kvinnor.* Rikskvinnocentrum rapportserie 2006-2. Uppsala: Rikskvinnocentrum.
- <sup>10</sup> Hilden M, Schei B, Swahnberg K, Halmesmäki E, Langhoff-Roos J, Offerdal K, Pikarinen U, Sidenius K, Steingrimsdóttir T, Stoum-Hinsverk H & Wijma B (2004). A history of sexual abuse and health: a Nordic multicentre study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 111, s. 1121–7.
- Kramer A, Lorenzon D & Mueller G (2004). Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. *Women's Health Issues.* 14, s. 19–29.
- Peschers UM, Du Mont J, Jundt K, Pfürtner M, Dugan E & Kindermann G (2003). Prevalence of sexual abuse among women seeking gynecologic care in Germany. *Obstetrics & Gynecology.* 101, s. 103–8.
- Wijma B, Schei B, Swahnberg K, Hilden M, Offerdal K, Pikarinen U, Sidenius K, Steingrimsdóttir T, Stoum H & Halmesmäki E (2003). Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: a Nordic cross-sectional study. *Lancet.* 361, s. 2107–13.
- Wijma K, Samelius L, Wingren G & Wijma B (2007). The association between ill-health and abuse: A cross-sectional population based study. *Scandinavian J of Psychology* 2007; 48: s. 567–75.
- <sup>11</sup> Jackson KB & Fraser D (2007). A study exploring UK midwives' knowledge and attitudes towards caring for women who have been sexually abused. *Midwifery.* 25:3, s. 253.
- Stenson K, Sidenvall B & Heimer G (2005). Midwives' experiences of routine antenatal questioning relating to men's violence against women. *Midwifery.* 21, s. 311–21.
- <sup>12</sup> Chang JC, Decker MR, Moracco KE, Martin SL, Petersen R & Frasier PY (2005). Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers. *Patient Education and Counseling.* 59, s. 141–7.
- Stenson K, Sidenvall B & Heimer G (2005). Midwives' experiences of routine antenatal questioning relating to men's violence against women. *Midwifery.* 21, s. 311–21.
- Wendt E, Hildingh C, Lidell E, Westerståhl A, Baigi A & Marklund B (2007). Young women's sexual health and their views on dialogue with health professionals. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* 86, s. 590–5.
- <sup>13</sup> Chang JC, Decker MR, Moracco KE, Martin SL, Petersen R & Frasier PY (2005). Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers. *Patient Education and Counseling.* 59, s. 141–7.
- Wendt EK, Lidell EA, Westerståhl AK, Marklund BR & Hildingh 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].
- Rhodes KV, Frankel RM, Levinthal N, Prenoveau E, Bailey J & Levinson W (2007). "You're not a victim of domestic violence, are you?" Provider patient communication about domestic violence. *Ann Intern Med.* 147:9, s. 620–7.

- <sup>14</sup> Fogarty CT, Burge S, McCord EC (2002). Communicating with patients about intimate partner violence: screening and interviewing approaches. *Family Medicine Journal*. 34, s. 369–75.
- Houry D, Kembell RS, Click LA & Kaslow NJ (2007). Development of a brief mental health screen for intimate partner violence victims in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 14, s. 202-9.
- Renker PR & Tonkin P (2006). Women's views of prenatal violence screening: acceptability and confidentiality issues. *Obstet Gynecol*. 107, s. 348–54.
- <sup>15</sup> Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen CN & MacMillan HL (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*. 7, s. 12.
- Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K & Temmerman M (2006). A knowledge, attitudes, and practice survey among obstetrician-gynaecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium. *BMC Public Health*. 26:6, s. 238.
- <sup>16</sup> Scholle SH, Buranosky R, Hanusa BH, Ranieri L, Dowd K & Valappil B (2003). Routine screening for intimate partner violence in an obstetrics and gynecology clinic. *Am J Public Health*. 93, s. 1070–2.
- <sup>17</sup> Foy R, Nelson F, Penney G & McIlwaine G (2000). Antenatal detection of domestic violence. *Lancet*. 355:9218, s. 1915.
- <sup>18</sup> Shaw D (2003). Screening for domestic violence. *J Obstet Gynaecol Can*. 25, s. 918–21.
- <sup>19</sup> The UN Secretary-General's Database on Violence Against Women.
- <sup>20</sup> Nasjonalt Kunnskapscenter om Vold og Traumatisk Stress. Norge <http://www.nkvts.no/Pages/Index.aspx>
- <sup>21</sup> The Danish National Observatory on Violence Against Women – a team effort working to eliminate men's violence against women. Kvinderådet 2005.
- <sup>22</sup> Icelandic Ministry of Social Affairs and Social Security (2006). *Plan of action to deal with domestic and sexual violence*.
- <sup>23</sup> Storbritannien, Department of Health (2005). *Responding to domestic abuse: a Handbook for Health Professionals*.
- <sup>24</sup> Bacchus L, Aston G, Torres Vitolas C, Jordan P & Murray SF (2007). *A theory-based evaluation of a multi-agency domestic violence service at Guy's & St Thomas' NHS Foundation Trust*. London: King's College, London.
- <sup>25</sup> Middlesex Health Unit Canada (2000). *The task force on the health effects on woman abuse*.
- <sup>26</sup> U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) (2004). Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement. *Ann Fam Med*, 2(2):s. 156–60.
- <sup>27</sup> Spangaro J (2007). The NSW Health routine screening for domestic violence program. *NSW Public Health Bulletin*. 18:86-89.
- <sup>28</sup> EU Daphne and Progress programmes.
- <sup>29</sup> EU Councils conclusions on Eradication of violence against women in the EU, 8e mars 2010.
- <sup>30</sup> Svensk författningssamling. Förordning om nationellt kunskapscentrum för frågor om mäns våld mot kvinnor (SFS 2006:1072). Regeringens skrivelse 2007/08:39.
- <sup>31</sup> Socialstyrelsen (2002). *Tack för att ni frågar: screening om våld mot kvinnor*. En projektrapport.
- <sup>32</sup> Andreasson C, Stenson, K, Björck A & Heimer G (2006). *Den svenska hälso- och sjukvårdens arbete inom kompetensområdet våld mot kvinnor*. Rikskvinnocentrums rapportserie 2006-2. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (fd Rikskvinnocentrum).
- <sup>33</sup> Stenson K, Björck A & Heimer G. *Att ställa frågor till kvinnor om mäns våld mot kvinnor i nära relationer*. En kartläggning av rutiner inom svensk mödravård. Uppsala: Rikskvinnocentrum.
- <sup>34</sup> Heimer G & Sandberg D (red) (2008). *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar*. Lund: Studentlitteratur.
- <sup>35</sup> Nationellt centrum för kvinnofrid (2008). *Handbok. Nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp*. NCK-rapport: 2008:1 Uppsala universitet: Nationellt centrum för kvinnofrid.
- <sup>36</sup> Svensk förening för obstetrik och gynekologi (2008). *Mödravård, sexuell och reproduktiv hälsa*. ARG-rapport nr 59.