

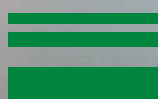
Ole Kristian Hjemdal, Hanne Sogn og Line Schau

Vold, negative livshendelser og helse

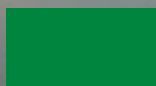
En gjennomgang av data

fra to regionale helseundersøkelser

Nasjonalt kunnskapssenter
om vold og traumatisk stress a/s



www.nkvts.no



Vold, negative livshendelser og helse

En gjennomgang av data
fra to regionale helseundersøkelser

Ole Kristian Hjemdal, Hanne Sogn og Line Schau

2012

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) ble stiftet 17. november 2003. Selskapet er et datterselskap av UNIRAND AS, som er heleid av Universitetet i Oslo.

Senterets oppgaver er forskning, utviklingsarbeid, undervisning, formidling og veiledning innen temaene

- Vold
- Seksuelle overgrep
- Flyktninger/asylsøkere
- Katastrofer
- Andre traumatiske hendelser

Senteret samarbeider med de fem regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) samt relevante kliniske miljøer, forskningsinstitusjoner og faginstanser, nasjonalt og internasjonalt.

Ved Universitetet i Oslo driver senteret en Master i psykososialt arbeid - selvmord, rus, vold og traumer, sammen med Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) og Nasjonalt senter for selvmords-forskning og forebygging (NSSF).

Alle rapporter og notater fra senteret er tilgjengelige i fulltekst på våre hjemmesider nkvts.no under «biblioteket».

Senteret gjennomfører prosjekter som er finansiert av departementer og direktorater, Norges forskningsråd, frivillige organisasjoner og andre.

Bak opprettelsen og drift av senteret står:

Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis og politidepartementet, Forsvarsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

ISBN 978-82-8122-043-0 (Trykk)

ISBN 978-82-8122-044-7 (Pdf)

ISSN 0809-9103

Henvendelse vedrørende publikasjonen rettes til Nasjonal kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Kontaktinformasjon på www.nkvts.no

Forord

Denne rapporten er resultat av en lang prosess med flere etapper, hvor den har blitt lagt bort for så å bli tatt frem igjen og ført videre. Hanne Sogn og Ole Kristian Hjemdal hadde ansvaret for den første etappen, hvoretter Line Schau overtok stafettspinnen, og Ole Kristian slutførte så arbeidet. Rapporten er en del av en større satsing på epidemiologiske undersøkelser ved Nasjonalt kunnskapstester om vold og traumatisk stress (NKVTS), hvor vi undersøker helsemessige konsekvenser av vold og andre traumatiserende hendelser. Som en del av denne satsingen har senteret inngått i et samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI), hvor folkehelsa har gitt oss tilgang til data fra instituttets ulike undersøkelser. For et relativt lite og ungt senter har dette samarbeidet vært til stor nytte. Spørsmålene om vold og overgrep i Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO) er formulert av professor Berit Schei og hun har gitt tillatelse til bruk av denne delen av datamaterialet i rapporten.

Mange skal ha takk for bistand og god hjelp underveis. Sidsel Graff-Iversen fra FHI leste gjennom en tidlig utgave av rapporten og kom med gode råd til videreutvikling og omstrukturering. Gode kolleger på senteret har lest gjennom senere versjoner og gitt verdifulle innspill og korreksjoner. Takk til Siri Thoresen, Wenche Jonassen, Inger Elise Birkeland og Hilde Pape for god hjelp, til Inger Lise Johnsrud for oversettelse av sammendraget og til vår bibliotekar Hege Eriksen Oswald for kontroll av litteraturreferansene.

Nesodden 30.12.2011

Ole Kristian Hjemdal

Innhold

Forord	3
Sammendrag	10
Summary	13
1 Innledning	15
1.1 Innholdet i rapporten	16
2 Bakgrunn	17
2.1 Forskning fra andre land på vold, seksuelle overgrep og andre negative livshendelser	17
2.2 Norsk forskning på vold og seksuelle overgrep mot voksne	18
2.2.1 Fysisk vold	18
2.2.2 Seksuelle overgrep	21
3 Data og målinger	24
3.1 Helseundersøkelser som inkluderer spørsmål om vold og seksuelle overgrep	24
3.1.1 Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO)	25
3.1.2 Helseundersøkelsen i Hordaland (HUSK)	29
3.2 Deltagelse og frafall	30
3.2.1 Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO)	30
3.2.2 Helseundersøkelsen i Hordaland (HUSK)	32
3.3 Analyser – sammenhenger, datagrunnlag og metoder	34
3.3.1 Sammenhenger som ønskes belyst	34
3.3.2 Datagrunnlaget	34
3.3.3 Statistiske analyser	36
4 Resultater	37
4.1 Forekomsten av vold og overgrep	37
4.1.1 Fysisk vold	38
4.1.2 Trusler	40
4.1.3 Forsøk på systematisk å kue, fornedre og ydmyke	42
4.1.4 Presset til seksuell omgang (seksuelle overgrep)	43
4.1.5 Voldtekt eller voldtektsforsøk	44
4.2 Polyviktimitisering	45

4.3	Sammenhenger med demografi, sosioøkonomi og livsstil	48
4.3.1	Sivilstatus	48
4.3.2	Utdanning	51
4.3.3	Sosioøkonomisk status	51
4.3.4	Sosial kontakt	54
4.3.5	Alkoholbruk	56
4.3.6	Negative livshendelser og problemer	57
4.4	Sammenhenger med helse	60
4.4.1	Generell helse	60
4.4.2	Sammenhenger med psykisk helse	64
4.4.3	Sammenhenger med somatiske sykdommer	67
4.4.4	Sammenhenger med bruk av helsetjenester og medisiner	72
5	Hovedfunn og drøfting	77
5.1	Forekomst av vold og seksuelle overgrep i helseundersøkelsene	77
5.1.1	Forekomster av vold og overgrep generelt	77
5.1.2	Fysisk vold	77
5.1.3	Trusler og psykisk vold	78
5.1.4	Seksuelle overgrep/seksualisert vold	79
5.1.5	Polyviktisering	79
5.1.6	Forskjellene i prevalenser	80
5.2	Sammenheng med livsstil, demografiske og sosioøkonomiske og faktorer	81
5.2.1	Sivilstatus, sosialt nettverk og sosial kontakt	81
5.2.2	Sosioøkonomisk status	82
5.2.3	Alkohol	82
5.2.4	Andre negative livshendelser og problemer	83
5.3	Sammenheng med helse	83
5.3.1	Generell helse	83
5.3.2	Psykisk helse	84
5.3.3	Fysisk helse	85
5.3.4	Bruk av helsetjenester og medisiner	86
5.4	Fenomenene som er kartlagt i helseundersøkelsene	86
5.4.1	Spørsmålsformuleringer om vold og seksuelle overgrep i helseundersøkelsene	87
5.4.2	Spørsmålene om vold - validitet og reliabilitet	87
5.4.3	Spesifisiteten i voldsdataene, forekomst, årsaker, virkninger og risikofaktorer	91
5.5	Anbefalinger til videre forskning	94
	Litteratur	97

Tabelloversikt

Tabell 3.1	Spørsmål om vold og overgrep i HUBRO	26
Tabell 4.1	Sammenheng mellom risiko(odds ratio) for å få astma som voksen og ulike faktorer (N=8029)95 prosent konfidensintervall	70
Tabell 4.2	Risiko(odds ratio) for å få astma som voksen dersom en har vært utsatt for overgrep som barn	71
Tabell 4.3	Risiko(odds ratio) for å få astma som voksen dersom en har vært utsatt for flere typer overgrep som barn	71
Tabell 4.4	Risiko(odds ratio) for å få astma som voksen dersom en har vært utsatt for flere typer overgrep både som barn og voksen	71

Figuroversikt

Figur 3.1	Oversikt over gangen i HUBRO	31
Figur 3.2	Oversikt over gangen i HUSK	33
Figur 4.1	Andelen kvinner utsatt for minst en type overgrep - HUBRO kvinner (N=8643)	37
Figur 4.2	Utsatt for fysiske overgrep/mishandling? - HUBRO kvinner (N = 8183)	38
Figur 4.3	Utsatt for fysiske overgrep/mishandling og typer av overgripere - HUBRO – kvinner	39
Figur 4.4	Voldstyper fordelt på kjønn – HUSK (N = 365)	40
Figur 4.5	Utsatt for trusler - HUBRO kvinner (N = 8183)	41
Figur 4.6	Utsatt for trusler og typer av overgripere - HUBRO - kvinner	41
Figur 4.7	Utsatt for forsøk på systematisk å kue, fornedre og ydmyke. HUBRO kvinner (N = 8189)	42
Figur 4.8	Utsatt for systematisk å ha blitt forsøkt kuet, fornedret eller ydmyket og typer av overgripere. HUBRO - kvinner	42
Figur 4.9	Utsatt for press til seksuell omgang (seksuelle overgrep) HUBRO – kvinner (N=8202)	43
Figur 4.10	Utsatt for press til seksuell omgang (seksuelle overgrep) og typer av overgripere – HUBRO- kvinner	44
Figur 4.11	Utsatt for voldtekt eller voldtektsforsøk - HUBRO – kvinner (N=8149)	44

Figur 4.12 Utsatt for voldtekt eller voldtektsforsøk og typer av overgripere – HUBRO- kvinner	45
Figur 4.13 Andel av utsatte for overgrep som barn fordelt på antall ulike typer overgrep HUBRO – kvinner (N=1438)	46
Figur 4.14 Andel av utsatte for overgrep som voksne fordelt på antall ulike typer overgrep HUBRO – kvinner (N=2283)	46
Figur 4.15 Andelen utsatt for minst ett overgrep som voksen blant de som har vært utsatt for overgrep som barn og de som ikke har vært utsatt. HUBRO kvinner (N = (8643)	47
Figur 4.16 Gjennomsnittlig antall ulike typer overgrep som voksen i forhold til antall ulike overgrep som barn. HUBRO kvinner (N =8643)	47
Figur 4.17 Andeler som har vært utsatt for minst en form for overgrep som voksen og som barn blant de som bor sammen med noen og de som bor alene HUBRO - kvinner (N=8643)	48
Figur 4.18 Andel utsatt for minst en type overgrep som voksen og sivilstatus. HUBRO -kvinner(N=8643)	49
Figur 4.19 Andel utsatt for minst en type overgrep siste år og sivilstatus. HUBRO - kvinner (N=8643)	49
Figur 4.20 Utsatt for overgrep som barn og sivilstatus som voksen sammenliknet med dem som ikke har vært utsatt noen gang (N = 6968)	50
Figur 4.21 Andeler utsatte for fysisk vold siste år fordelt på de som bor sammen med noen og de som bor alene og kjønn. HUSK (N=9417)	50
Figur 4.22 Andel voldsutsatte som barn, voksen og siste år fordelt på eget inntektsnivå. HUBRO kvinner N = 8369	51
Figur 4.23 Arbeidsstatus og utsatthet for overgrep. Prosent. HUBRO - kvinner (N=8464)	52
Figur 4.24 Andelen utsatte blant mottakere av ulike former for offentlig stønad og utsatthet for overgrep (N=8643)	52
Figur 4.25 Andel voldsutsatte siste år fordelt på husholdningens inntektsnivå HUSK (N = 8956)	53
Figur 4.26 Andel voldsutsatte siste år etter mottakere og ikke mottakere av sosialhjelp etter kjønn (N = 8946)	53
Figur 4.27 Opplevelse av å ha nok gode venner og utsatthet for overgrep HUBRO kvinner (N=8436)	54
Figur 4.28 Følt seg ensom siste to uker og utsatthet for overgrep HUBRO kvinner (N=8467)	55
Figur 4.29 Andel voldsutsatte siste år og opplevelse av ensomhet og omsorg HUSK -kvinner (N = 2620)	55
Figur 4.30 Utsatt for overgrep i voksen alder og alkoholkonsum. HUBRO kvinner (N = 7386)	56

Figur 4.31 Utsatt for overgrep siste år og alkoholkonsum. HUBRO kvinner (N = 7386)	56
Figur 4.32 Alkoholkonsum i forhold til voldsutsatthet siste år. HUSK. Menn. (N= 2354)	57
Figur 4.33 Alkoholkonsum i forhold til voldsutsatthet siste år. HUSK. Kvinner. (N= 5328)	57
Figur 4.34 Utsatt for overgrep og trusler i voksen alder, siste år og som barn og gjennomsnittlige LTE skårer. HUBRO - kvinner (N=8214)	58
Figur 4.35 Andel som skårer over grenseverdi på to problemer på LTE skalaen i forhold til om de har vært utsatt for trusler og overgrep HUBRO - kvinner (N=8214)	58
Figur 4.36 Bor sammen med noen med alkoholproblemer og andel utsatte for trusler og overgrep som voksen og siste år. HUBRO kvinner (N=6066)	59
Figur 4.37 Andeler utsatte for overgrep som mener helsen nå er dårlig eller ikke helt god HUBRO kvinner (N=8551)	60
Figur 4.38 Andeler med dårlig eller ikke helt god helse blant utsatte for ulike typer overgrep som barn, voksne og/eller siste år HUBRO kvinner (N = 8116)	61
Figur 4.39 Andeler som mener helsen nå er dårlig eller ikke helt god blant utsatte og ikke utsatte for fysisk vold siste år HUSK (N = 9417)	62
Figur 4.40 Andeler som mener helsen stort sett er dårlig eller ikke helt god blant utsatte og ikke utsatte for fysisk vold siste år HUSK (N = 9417)	62
Figur 4.41 Gjennomsnittlige skårer på SF-12 skalaene for fysisk og psykisk fungering for utsatte og ikke utsatte for fysisk vold siste år HUSK (N = 8319)	63
Figur 4.42 SF-12 skårer fordelt på kjønn og voldsutsatthet siste år HUSK (N = 8319)	63
Figur 4.43 Andeler med psykiske plager i følge HSCL-10 skalaen blant utsatte for overgrep som barn, i voksen alder og siste år. HUBRO kvinner (N = 8229)	64
Figur 4.44 Andeler som skårer over grensen for psykiske plager i HSCL-10 i forhold til type overgrep. HUBRO - kvinner (N=7840)	65
Figur 4.45 Andeler med psykiske plager i følge CONOR7-MHI blant utsatte og ikke utsatte for vold siste år HUSK (N=8873)	65
Figur 4.46 Andeler menn og kvinner som skårer over grenseverdiene på angstskalaen og depresjonsskalaen i HADS. HUSK (N=8128)	66
Figur 4.47 Andeler voldsutsatte siste år og ikke voldsutsatte siste år som skårer over grenseverdiene på angstskalaen og depresjonsskalaen i HADS. HUSK (N=8112)	66

Figur 4.48 Andeler som skårer over grenseverdiene på angstskalaen og depresjonsskalaen i HADS fordelt på voldsutsatthet siste år og kjønn. HUSK (N = 9417)	67
Figur 4.49 Andel med ulike sykdommer blant utsatte og ikke utsatte for trusler og overgrep. HUBRO kvinner (N=8352)	68
Figur 4.50 Andeler som har fått ulike sykdommer som voksne blant utsatte for trusler og overgrep som barn og blant de som ikke har vært utsatt noen gang. HUBRO kvinner (N=6753)	69
Figur 4.51 Risiko (odds ratio) for å få ulike sykdommer som voksen dersom en har vært utsatt for overgrep som barn, eller polyviktimitisert som barn eller som både barn og voksen, i forhold til de som ikke har vært utsatt.	69
Figur 4.52 Utsatt for overgrep noen gang og bruk av helsetjenester siste 12 mnd. HUBRO - kvinner (N=7968)	72
Figur 4.53 Utsatt for overgrep som barn og bruk av helsetjenester siste 12 mnd. HUBRO – kvinner (N = 6968)	73
Figur 4.54 Utsatt for vold som voksen og bruk av ulike legemidler HUBRO kvinner (N=8643)	74
Figur 4.55 Voldsutsatthet og bruk av medisiner siste år HUSK (N = 7719)	75
Figur 4.56 Voldsutsatthet og sykemeldinger siste år. HUSK (N = 7719)	76

Sammendrag

Denne rapporten består av en gjennomgang av data fra norske helseundersøkelser som har inkludert spørsmål om vold og seksuelle overgrep. Hovedformålet med gjennomgangen har vært å identifisere hvilke av dem som har inkludert spørsmål om vold, for så å foreta begrensede analyser av disse dataene og relatere det til spørsmål om fysisk og psykisk helse.

Ser vi helseundersøkelsene under ett finner vi at de i liten grad har kartlagt forekomst av mer alvorlige potensielt traumatiserende hendelser, så som vold og overgrep, ulykker og katastrofer og andre situasjoner som tar liv eller virker truende på utsatte og etterlatte. Det var kun to av undersøkelsene som hadde inkludert spørsmål om fysisk vold; helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO) og helseundersøkelsen i Hordaland (HUSK).

HUBRO ble gjennomført i årene 2000 – 2001, og omfattet i utgangspunktet samtlige bosatte i Oslo som var født i årene 1924 – 25, 1940 – 41, 1954 - 55, 1960 og 1969 - 70, i alt 58 178 personer. Ikke alle møtte, slik at det var 22 699, eller 39 prosent, som deltok. Bare en del av utvalget fikk spørsmål om vold, og bare kvinnene skulle besvare dem, slik at våre analyser bygger på et nettoutvalg på 8 643 kvinner.

HUSK ble gjennomført kommunevis i Hordalandkommunene i årene 1997 – 99. Alle født i årene 1953 til 1957 ble invitert til å delta, i alt 29 400 personer, og 16 170, eller 55 prosent, returnerte skjema. Ikke alle fikk spørsmål om vold, eller de returnerte tomme skjema, og bare halvparten av mennene skulle besvare spørsmålene om vold, slik at vår analysefil omfatter et utvalgt på 11 059 personer, 7724 kvinner og 3335 menn.

Gjennomgangen av undersøkelsene viser at forekomsten av vold og seksuelle overgrep blant respondentene er betydelig. Dataene fra helseundersøkelsene støtter med dette opp under annen norsk og internasjonal forskning om forekomst av slike hendelser i befolkningen. I HUBRO undersøkelsen var det i alt 36 prosent av kvinnene som oppga at de noen gang hadde opplevd vold, trusler om vold eller seksuelle overgrep. 17 prosent oppga at de hadde opplevd minst en type overgrep som barn og 26 prosent hadde vært utsatt i voksen alder. Dessverre er spørsmålene i HUSK utformet på en måte som gjør at det ikke er mulig å oppgi nøyaktige tall for andelen utsatte blant respondentene der.

Undersøkelsene tyder på at utsatthet for vold og andre negative livshendelser ikke er jevnt fordelt i befolkningen. Forekomsten er høyere blant personer med lav sosio-økonomisk status, blant de som bor alene, er skilt eller separert, er ensomme og har få venner, og blant de som ofte drikker seg beruset. De som har vært utsatt for overgrep som barn har også større risiko for å utsettes som voksne, og de som har vært utsatt for en type overgrep er også oftere utsatt for andre former for overgrep.

En rekke undersøkelser, både norske og utenlandske, har vist at utsatthet for vold korrelerer sterkt med psykisk plager og andre helserelaterte problemer. Dette kommer også klart frem i de to helseundersøkelsene. I HUBRO oppga 24 prosent av dem som hadde vært utsatt for noen form for overgrep enten som barn eller voksne at helsen var dårlig eller ikke helt god, mot 18 prosent av dem som ikke hadde vært utsatt for overgrep. Av de som hadde vært utsatt for flere ulike typer overgrep både som barn og voksne oppga over halvparten at helsen var dårlig eller ikke helt god. Også i HUSK undersøkelsen var det tilsvarende forskjeller mellom de voldsutsatte og de ikke voldsutsatte.

Begge helseundersøkelsene har med mål på respondentenes psykiske helse, og i begge undersøkelsene finner vi klare forskjeller mellom de som har vært utsatt for vold og de som ikke har det. HUBRO undersøkelsen tyder også på at jo flere typer overgrep kvinnene hadde vært utsatt for, jo større var sannsynligheten for at de også hadde psykiske problemer.

I HUBRO undersøkelsen ble respondentene også spurt om de hadde en rekke somatiske sykdommer, og når disse i så fall hadde opptrådt første gang. For en rekke av disse sykdommene var det en større andel av de som hadde vært utsatt for overgrep enn blant de som ikke hadde vært utsatt, som oppga at de hadde eller hadde hatt disse sykdommene. Dette gjaldt astma, høysnue, kronisk bronkitt, fibromyalgi, angina pectoris, og for de mest voldsutsatte også hjerteinfarkt. De voldsutsatte hadde også et større forbruk av en rekke medisiner og ulike helsetjenester.

I og med at vi i HUBRO har spørsmål om voldsutsatthet som barn og om helse, både psykiske problemer og somatiske sykdommer, som voksne, har vi mulighet for å se spesielt på dem som var utsatt for overgrep som barn og hvordan helsen deres er som voksne. Vi finner da at både fysiske og psykisk helse er signifikant dårligere for dem som var utsatt som barn enn blant dem som ikke var det. Selv om dette ikke gir tilstrekkelig grunnlag for å konkludere med at overgrepene har ført til senere helseproblemer, svekker det i alle fall sannsynligheten for at det er helseproblemene som ført til at de ble utsatt for vold.

I gjennomgangen av helseundersøkelsene fokuserer vi også på hvordan problemstillinger om vold har blitt belyst i undersøkelsene. Vi har i rapporten særlig tatt for oss spørsmålene om fysisk vold for å se nærmere på validitet og reliabilitet i disse. Et omtalt problem både i nasjonal og internasjonal voldsforskning er at spørsmål om fysisk vold ofte er ulikt utformet, og at de dermed gir kunnskap og informasjon om ulike typer fenomen. Dette ser vi også i vår gjennomgang av helseundersøkelsene. Vi påpeker derfor behovet for å utforme klarere definisjoner og mer presise måleinstrumenter i forskning om vold. Det bør med andre ord legges arbeid i å finne gode definisjoner og operasjonaliseringer av vold som fenomen og å samordne dette arbeidet i forbindelse med utforming av fremtidige helseundersøkelser.

Summary

This report comprises a review of data from the Norwegian health surveys that have included questions on violence and sexual assault. The main purpose of the review has been to identify which of them that have included questions on violence and then make limited analyses of these data and relate it to issues of physical and mental health.

If we see the health surveys as a whole we find that little has mapped the occurrence of more serious potentially traumatizing events, such as violence and abuse, accidents and disasters and other life-threatening events. Only two of the surveys had included questions about physical violence; the health survey in Oslo (HUBRO) and the health survey in Hordaland (HUSK).

HUBRO was carried out in the years 2000-2001, and covered basically all inhabitants in Oslo, born in the years 1924-25, 1940-41, 1954-55, 1960 and 1969-70, a total of 58 178 people. Not all met, 22699, or 39%, participated. Only part of the selection was asked questions about violence, and only women should answer them, so that our analyses are based on a net selection of 8643 women.

HUSK was conducted in the municipalities of Hordaland in the years 1997-99. All persons born in the years 1953 to 1957 were invited to participate, in all 29 400 people and 16 170, or 55%, returned the form. Not all received questions about violence, or they returned blank forms, and only half of the men were to answer the questions about violence, so that our analysis file includes a selection of 11 059 people, 7724 women and 3335 men.

Review of the surveys show that the incidence of violence and sexual assault among respondents is significant. Data from the health surveys support other different Norwegian and international research concerning the occurrence of such events in the population. In the HUBRO survey, a total of 36 % of the women reported that they had experienced violence, threats of violence or sexual assault. 17 % reported that they had experienced at least one type of abuse as a child and 26 % had been exposed in adulthood. Unfortunately, the questions in HUSK are designed in such a way that it is not possible to give exact figures for the proportion of risk among respondents.

The surveys indicate that the exposure to violence and other negative life events are not evenly distributed in the population. The incidence is higher among people with low

socio-economic status, including those who live alone, are divorced or separated, are lonely and have few friends, and among those who frequently get drunk. Those who have been the victim of abuse as a child are also at greater risk of being exposed as adults and those who have been subjected to a type of abuse is also more often exposed to other forms of abuse.

Both surveys have included measures of the respondents' mental health, and in both surveys we find significant differences between those who have been exposed to violence and those who have not. The HUBRO survey suggests that the more kinds of abuses women had been exposed to, the greater the likelihood that they were also had mental problems.

In the HUBRO survey respondents were also asked if they had a variety of somatic diseases, and if so, when these had appeared for the first time. For a number of these diseases, there were a greater proportion of those who had been exposed to abuse than among those who had not been exposed, who reported that they had or had had these diseases. This was the case with asthma, hay fever, fibromyalgia, chronic bronchitis, angina pectoris, and for the most violence-prone also a heart attack. The violence-prone also had a larger consumption of a variety of medications and various health services.

Since we in the HUBRO survey ask questions about exposure to violence as a child, about health, both mental problems and somatic diseases as adults, we have the opportunity to look specifically at those who were subject to abuse as a child and their health as adults. We find then that both physical and mental health is significantly worse for those who were exposed as children than among those who were not. Although this does not provide sufficient basis to conclude that the abuse has led to later health problems, it weakens in any case the probability that there are health issues that have led to their being subjected to violence.

In the review of the health surveys we also focus on how the issues of violence have been reviewed in the surveys. We have in the report dealt especially with questions about physical violence to investigate the validity and reliability. A problem both in national and international violence research is that questions about physical violence often are differently designed, and that they thus provide knowledge and information about different types of phenomena. We also see this in our review of health surveys. We therefore stress the need for drafting clearer definitions and more accurate measuring instruments in research on violence. In other words, work should be done to find good definitions and operationalizations of violence as a phenomenon and to coordinate this work in connection with the design of future health surveys.

1 Innledning

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har som en av sine sentrale oppgaver å fremskaffe kunnskap om forekomst av vold, overgrep og andre potensielt traumatiserende hendelser i ulike befolkningsgrupper, og studere sammenhengen mellom slike hendelser, helseproblemer og bruk av helsetjenester. Folkehelseinstituttet (FHI) har det siste tiåret gjennomført flere helseundersøkelser hvor det har blitt samlet inn opplysninger som kan belyse noen av disse sammenhengene. NKVTS og FHI har derfor inngått et forpliktende samarbeid om å utvikle kunnskap og å bygge opp kompetansen på feltet.

Selv om vold i dag oppfattes som et stort folkehelseproblem, har sammenhengen mellom vold og helse i liten grad blitt undersøkt i representative befolkningsutvalg i Norge. Det finnes kun en større, nasjonal undersøkelse om forekomst og konsekvenser av vold mot voksne i Norge (T. Haaland, S.-E. Clausen, & B. Schei, 2005). Denne har primært undersøkt vold i parforhold. Helsemessige konsekvenser av volden er bare undersøkt for de kvinnelige deltakerne. Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelser har de siste 25 år inneholdt spørsmål om voldsutsatthet, men disse er ikke relatert til spørsmål om helse. I levekårsundersøkelsen om helse fra 2005 er det også stilt enkelte spørsmål om vold og overgrep siste år, og vi har fått anledning til å foreta analyser av data fra denne undersøkelsen. En gjennomgang av materialet har imidlertid vist at utvalget ikke er tilstrekkelig til å trekke noen konklusjoner om sammenhengene mellom vold og helse hos respondentene. Folkehelsas Mor- og barn-undersøkelse (MoBa) inneholder også spørsmål om kvinnes voldsutsatthet før, under og etter svangerskapet, og NKVTS er i gang med analyser av dette materialet.

Det er gjennomført flere lokale og regionale undersøkelser av forekomst av vold og overgrep mot voksne. NKVTS publiserte i 2004 i samarbeid med NOVA en undersøkelse av vold og overgrep mot voksne i Oslo (H. Pape & K. Stefansen, 2004). Enkelte spørsmål om vold har også vært inkludert i de store regionale helseundersøkelsene, bl.a. i Helseundersøkelsen Oslo (HUBRO2000-2001), i innvandrers helseundersøkelsen (Innvandrer-HUBRO 2002), og i helseundersøkelsen i Hordaland (HUSK 1999).

Flere studier, både norske og utenlandske, har undersøkt sammenhenger mellom voldsutsatthet og fysisk og psykisk helse. De fleste av disse undersøkelsene tyder på at vold og overgrep kan medføre betydelig fysisk og psykisk helserisiko for de som utsettes

(Campbell, 2002; Choquet, Darves-Bornoz, Ledoux, Manfredi, & Hassler, 1997; Eberhard-Gran, Schei, & Eskild, 2007; Ehrensaft, Moffitt, & Caspi, 2006; Elklit, 1993; Arne Hjemmen, Odd Steffen Dalgard, & Sidsel Graff-Iversen, 2002; Johansen, Wahl, Eilertsen, Hanestad, & Weisaeth, 2006; Kamphuis & Emmelkamp, 2005; Kendall-Tackett, 2005; A. L. Kirkengen, 2001; Anne Luise Kirkengen, 2005; Stein & Barrett-Connor, 2000).

Denne rapporten består av en gjennomgang av tidligere regionale helseundersøkelser som har inkludert spørsmål om utsatthet for vold og seksuelle overgrep i den voksne befolkningen i Norge. Formålet med gjennomgangen av har vært å se på hvilke helseundersøkelser som har inkludert spørsmål om vold og overgrep, og å undersøke hvordan disse undersøkelsene kan belyse sammenhengen mellom volds- og overgrepsopplevelser og fysisk og psykisk helse.

1.1 Innholdet i rapporten

I denne rapporten vil vi:

- Gjennomgå spørsmålsformuleringer og problemstillinger knyttet til vold og andre potensielt traumatiserende hendelser som er anvendt i de ulike undersøkelsene og se nærmere på hvilke fenomener som er kartlagt.
- Gjennomgå de ulike undersøkelsene for å se nærmere på validitet og reliabilitet i voldsdataene både i forhold til kunnskap om forekomst, årsaker, virkninger, risikofaktorer og bruk av helsetjenester.

I tillegg vil vi foreta analyser for å belyse:

- forekomsten av vold og seksuelle overgrep i den voksne norske befolkningen
- sammenhenger mellom eksponering for vold og seksuelle overgrep og fysisk og psykisk helse
- i hvor stor grad volds- og overgrepsutsatte også er utsatt for andre negative livshendelser.

2 Bakgrunn

2.1 Forskning fra andre land på vold, seksuelle overgrep og andre negative livshendelser

Vold utgjør et stort folkehelseproblem (WHO, 2002). I år 2002 estimerte WHO at 1,6 millioner mennesker på verdensbasis vil dø som følge av vold. Den internasjonale voldsforskningen har særlig rettet fokus mot kvinners voldsutsatthet, spesielt i nære relasjoner, begått av en intim partner og/eller ektefelle. I en populasjonsbasert studie gjennomført i 48 land fant en at 10 – 69 prosent av kvinnene hadde blitt utsatt for fysisk vold av sin mannlige partner i løpet av livet (WHO *ibid.*). I en nasjonal studie med fokus på vold mot kvinner gjennomført i USA oppga 22 prosent av kvinnene at de hadde opplevd fysisk vold fra nåtidig eller tidligere partner (Tjaden, Thoennes, National Institute of Justice (U.S.), & Centers for Disease Control and Prevention (U.S.), 2000). Etter hvert har det også kommet en rekke studier som også ser på vold i nære relasjoner rettet mot menn. I en nasjonal studie gjennomført i Canada (The National Family Violence Surveys) fant en at kvinnen var den voldelige partneren i 25,5 prosent av tilfellene, at mannen var den voldelige partneren i 25,9 prosent av tilfellene og at begge var delaktige i de voldelige handlingene i 48,6 prosent av tilfellene (M. A. Straus, 1997). Også en rekke andre nyere studier viser en liknende kjønnsfordeling (Fiebert, 2010).

De helsemessige og psykiske konsekvensene av vold i nære relasjoner har de siste årene fått økende oppmerksomhet i internasjonal traumeforskning. Vold forstås i denne sammenheng som en potensielt traumatiserende hendelse som vil kunne ha vidtrekkende sosiale, helsemessige og psykiske konsekvenser for den som rammes.

Internasjonale undersøkelser viser at forekomsten av negative livshendelser som kan være en betydelig belastning er mye mer utbredt i befolkningen enn hva en tidligere har antatt (Felitti, 2002b). Ifølge DSM IV vil blant annet følgende hendelser være kategorisert som potensielt traumatiserende eller som alvorlige stressbelastninger; krig, vold og seksuelle overgrep, kidnapping, gisseltaking, terroristangrep, tortur, krigsfangenskap eller internering i konsentrasjonsleir, katastrofer, alvorlige bilulykker, eller livstruende sykdom.

Eksposering for traumatiske hendelser medfører risiko for posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) og andre psykiske og/eller sosiale problemer (Creamer, Burgess, & McFarlane, 2001; Dube et al., 2005; Graham-Bermann & Seng, 2005; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995). Posttraumatisk stress opptrer også ofte sammen med andre psykiske plager og sosiale problemer, og de vanligste komorbide tilstandene er depresjon og rus (Keane & Kaloupek, 1997). Ensink (1992) studerte symptomer hos 100 kvinner som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Trettiåtte av disse kvinnene hadde symptomer forenlig med diagnosen multipel personlighetsforstyrrelse.

2.2 Norsk forskning på vold og seksuelle overgrep mot voksne

2.2.1 Fysisk vold

Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelser, gjennomført de siste 20 – 25 årene, viser at i overkant av fem prosent av den voksne befolkningen årlig har blitt utsatt for vold og trusler (Reid J. Stene, 2003). I en anonym spørreundersøkelse blant 40-42 åringer i Akershus og Buskerud fant en at 20 prosent av kvinnene og 15 prosent av mennene hadde vært utsatt for vold en eller flere ganger i løpet av livet. For kvinnenes del var det mest vanlig at volden skjedde i hjemmet, mens de fleste mennene hadde vært utsatt for vold i det offentlige rom, og som oftest andre steder enn i hjemstedskommunen (Arne Hjemmen et al., 2002). Tilsvarende funn ble gjort i en undersøkelse om Oslobefolkningens utsatthet for vold og trusler om vold. Ifølge Pape og Stefansen (2004) blir betydelig flere menn enn kvinner truet eller påført vold av en fremmed person, mens kvinner i langt større grad enn menn blir utsatt for overgrep av en partner eller tidligere partner.

I en landsdekkende undersøkelse om vold og trusler fant en at nesten halvparten av mennene og i underkant av 40 prosent av kvinnene hadde vært utsatt for trusler eller vold etter at de hadde fylt 15 år (T. Haaland et al., 2005). Det er store mørketall hva angår vold og overgrep mot eldre. Basert på erfaring og forskning antar en at overgrep i hjemmet rammer tre prosent av denne gruppen (Olaug Nesje Juklestad & Johns, 1997). Det er foreløpig knyttet stor usikkerhet til disse tallene.

2.2.1.1 Hvem utøver volden?

I følge Pape og Stefansen (2004) er det i all hovedsak menn som står bak både menns og kvinners offeropplevelser. Samtidig viser nyere studier av fysisk vold i unge parforhold at kvinner står for en betydelig andel av menns offeropplevelser (Mons Bendixen, 2005). I en undersøkelse om vold og krenkelse i unge menneskers parforhold oppga flere menn (6 prosent) enn kvinner (4 prosent) at de var blitt fysisk angrepet av partner

i løpet av siste halvår (Pape, 2003). Tilsvarende viser en studie av konflikter og konflikt-håndtering i unge parforhold at kvinner og menn hadde stått for omtrent like mange fysiske angrep på partner. Henholdsvis 30 prosent kvinner og 26 prosent menn svarte at de hadde gått til fysisk angrep på sin partner i løpet av det siste året (Mons Bendixen, 2005).

I en gjennomgang av de mest sentrale undersøkelsene om utøvere, konkluderer Lykce og Molin (2002) med at menn som bruker vold er en sammensatt gruppe. I Molins (1999) studie av menn i behandling ved ATV framheves følgende trekk; kognitiv innsnevring, problemer med å kontrollere eller uttrykke følelser, begrenset innsikt i egne behov for nærhet, mulig tidligere traumatisering og manglende kontakt med eget sinne. Tilsvarende trekk finner en også i studier fra andre land (Dutton, 1998; Gondolf, 1988). I tillegg viser gjennomgangen av disse studiene at mennene ofte har et alkohol- eller rusproblem (Gelles, 1993) og at de oftere enn gjennomsnittet har opplevd vold i egen oppvekstfamilie (Caesar, 1988). Klientmateriale fra ATV viser i tillegg til det ovennevnte at selv om mange av mennene som går til behandling er i arbeid, har en stor andel av dem lavere sosioøkonomisk status enn befolkningen ellers. Lykce og Molin påpeker at dette kan ha sammenheng med hvilke menn som søker behandling ved ATV. I en senere gjennomgang av klientmaterialet på ATV fant Askeland og Evang at 66 prosent av de mennene det forelå opplysninger om (480 menn) hadde vært enten direkte utsatt for vold i oppveksten (60 prosent) eller vitne til at et annet familiemedlem ble utsatt for vold (5 prosent) (Askeland, Råkil, & Evang, 2007).

I følge Juklestad (2006) skjer de fleste overgrep mot eldre i den private sfæren, fra personer som står vedkommende nær. Mange eldre blir utsatt for overgrep av sine barn (og barnebarn), men kliniske erfaringer tyder på at minst like mange overgrep mot eldre skjer mellom ektefeller. Konemishandling, sjalusi og andre ekteskapskonflikter forekommer også hos eldre par (Olaug Nesje Juklestad & Johns, 1997).

2.2.1.2 Hvem er mest utsatt?

SSBs levekårsundersøkelser viser at risikoen for å bli utsatt for vold reduseres med stigende alder og at unge er langt mer utsatt enn eldre (Reid J. Stene, 2003). En studie gjennomført ved Oslo legevakt i 1994 viste at over halvparten av pasientene som ble behandlet for voldsskader var unge menn skadet på utesteder eller på gaten. Kvinnene utgjorde 27 prosent av pasientene. I tillegg viste undersøkelsen at pasienter fra sentrumsnære østlige bydeler var overrepresentert, i tillegg var innvandrere mer utsatt enn nordmenn. Et stort antall (64 prosent) var alkoholpåvirket i skadesituasjonen. Kun ni prosent av skadene ble registrert som mishandling (Melhuus & Sørensen, 1997). I undersøkelsen blant 40-42 åringer i Akershus og Buskerud fant en også at de fleste mannlige voldsopfrene var blitt påført vold av en person som var påvirket av rusmidler

(55 prosent), mens de fleste kvinnene (52 prosent) hadde vært utsatt for vold fra edrue personer (Arne Hjemmen et al., 2002).

Undersøkelsen om Oslobefolkningens utsatthet for trusler, vold og seksuelle overgrep viste at andelen ofre for vold (noen gang) var høyest blant dem som var bosatt i sentrumsnære deler av Oslo (H. Pape & K. Stefansen, 2004). I tillegg viser undersøkelsen at det relativt sett var flere ofre i vanskeligstilte grupper (personer med dårlig råd, sosialhjelpsmottakere, arbeidsledige og uføre/attføringstrygdede) enn i utvalget for øvrig. Andelen ofre var i tillegg markant større blant personer som ofte drakk seg beruset. Blant menn oppga flere unge enn middelaldrende at de i løpet av siste år var blitt truet eller utsatt for fysisk vold. Tilsvarende mønster fant en også i den landsdekkende undersøkelse om vold i parforhold (T. Haaland et al., 2005). Undersøkelsen viste at det var de yngste som var mest utsatt, de som ikke var gift og de med dårlig økonomi.

Når det gjelder vold i parforhold påpeker Haaland, Clausen og Schei (ibid.) at erfaringer med vold fra partner for begge kjønn var nært knyttet til alder, og at det var blant yngre par at partnervolden var mest utbredt. I tillegg oppga begge kjønn at erfaring med vold fra partner var nært forbundet med samlivsbrudd. Også denne undersøkelsen viste at erfaring med vold fra partner hadde større utbredelse blant kvinner og menn med ulike former for levekårsproblemer. Clausen, Haaland og Schei (T. Haaland et al., 2005) konkluderer med at det er en jevn økning av voldsutsatthet med økende forbruk av alkohol. I tillegg påpeker de at det er til dels betydelige forskjeller i andeler kvinner og menn i de ulike landsdelene som etter fylte 15 år rapporterer om at partner en eller flere ganger har anvendt makt. Det var i de tre nordligste fylkene en fant de høyeste andeler som har opplevd maktbruk fra partner.

Fra norske undersøkelser om vold og seksuelle overgrep mot kvinner med ulike typer funksjonsvansker vet vi at denne gruppen er spesielt utsatt (Olsvik, 2004a, 2004b; Sørheim, 1998).

2.2.1.3 Sammenhengen mellom voldsutsatthet og helse

Svært få norske undersøkelser har belyst sammenhengen mellom voldsutsatthet og helsemessige konsekvenser, så som utvikling av somatisk sykdom og psykiske plager.

Schei (T. Haaland et al., 2005) viste at en betydelig andel av de kvinnene som hadde vært utsatt for vold av partner rapporterte om ulike psykiske reaksjoner i form av depresjon og angst og posttraumatiske symptomer. Andelene som oppga at de var ganske mye eller veldig mye plaget av de ulike reaksjonene og symptomene varierte mellom fem prosent og 25 prosent av de voldsutsatte kvinnene. I følge Bastiansen vil

personer som utsettes for vold fra sine nærmeste kunne oppleve en grunnleggende forandring i selvoppfatningen (Bastiansen, 2003).

I en kohortundersøkelse av kvinner mellom 18 og 40 år i Nes og Sørum kommuner fant Eberhardt-Gran, Schei og Askild (2007) at kvinner som hadde vært eksponert for vold eller seksuelle overgrep siste 12 måneder hadde en signifikant høyere forekomst av somatiske symptomer og en rekke somatiske sykdommer. Det var en klar sammenheng mellom hvor mye vold kvinnene hadde vært utsatt for og hvor mange symptomer og sykdommer de rapporterte. Mens snittet for alle kvinnene var 1,8 symptomer og 0,5 sykdommer for de som ikke hadde vært eksponert for vold eller overgrep, var de tilsvarende tallene 4,3 symptomer og 1,2 sykdommer for de som hadde vært utsatt for tre eller flere voldelige episoder siste år. De kvinnene som hadde vært utsatt for både fysisk vold og seksuelle overgrep siste år oppga hele 6,0 symptomer og 1,5 sykdommer i snitt.

I undersøkelsen av voldsutsatthet hos kvinner og menn i aldersgruppen 40 – 42 år i Akershus og Buskerud, kom det frem at i alt 22 prosent av mennene som hadde opplevd vold, rapporterte om psykiske helseplager, mot 10 prosent av alle mennene ellers i utvalget. For de kvinnelige ofrenes del var det 37 prosent som rapporterte om psykiske plager, mot 19 prosent av alle kvinnene i utvalget. Forskjellene i andelene med psykiske plager mellom de voldsutsatte og ikke voldsutsatte synes likevel å være like stor for menn som for kvinner. En logistisk regresjonsanalyse, hvor en får frem netto påvirkning av ulike variable, viste også at vold synes å ha minst like stor sammenheng med psykiske helseplager for menn som for kvinner (Arne Hjemmen et al., 2002).

2.2.2 Seksuelle overgrep

2.2.2.1 Forekomst av seksuelle overgrep

I Norge foreligger det resultater fra flere spørreskjemaundersøkelser om seksuelle overgrep i ulike utvalg av ungdom (Graff-Iversen et al., 1992; Mossige & Huang, 2010; Mossige & Stefansen, 2007; M. Sætre, Holter, & Jebsen, 1986; Tambs, 1994) og en foretatt blant studenter (M. Bendixen, Muus, & Schei, 1994). I tillegg er det gjennomført en intervjuundersøkelse av et tilfeldig utvalg kvinner (Berit Schei, 1990), og spørsmål om overgrep er stilt som ledd i en kohortundersøkelse av ungdom (Pedersen & Aas, 1995). Undersøkelsene er svært forskjellige, både med hensyn til definisjoner og operasjonaliseringer av seksuelle overgrep, undersøkelsesmetodikk og utvalg. Det er derfor vanskelig å sammenlikne resultatene fra de ulike undersøkelsene. I undersøkelsen til Sætre, Holter og Jebsen (1986) hadde 19 prosent av jentene og ni prosent av guttene vært utsatt for en eller annen form for seksuelt overgrep før fylte 18 år. Disse funnene er i god overensstemmelse med andre undersøkelser fra den vestlige verden (Marianne Sætre, 1997). Undersøkelsen til Tambs (1994) viste at 31 prosent kvinner og 16 prosent menn hadde opplevd en eller flere hendelser definert som seksuelle overgrep før fylte

18 år, dersom blotting, forslag om sex og visning av porno ble inkludert, mens Bendixen, Muus og Schei (1994) fant at 19,4 prosent av jentene og 3,4 prosent av guttene blant et utvalg av studenter i Trondheim hadde blitt tvunget, lurt eller presset til seksuelle handlinger mot deres vilje i løpet av barndommen. Mossige og Stefansen (2007) fant at 35,6 prosent av jentene og 22,5 prosent av guttene i deres utvalg hadde vært utsatt for uønskede seksuelle hendelser før fylte 18 år, mens 4,3 prosent av jentene og 0,4 prosent av guttene hadde vært utsatt for fullbyrdet voldtekt.

Det finnes ingen nasjonal forekomstundersøkelse av seksuelle overgrep i voksen alder, men Osloundersøkelsen fra 2004 inkluderte enkelte spørsmål om voldtekt og voldtektsforsøk. I en gjennomgang av disse dataene viser Stefansen og Smette (2006) at 16 prosent av kvinnene og to prosent av mennene hadde opplevd minst en seksuell krenkelse etter fylte 16 år. Av kvinnene oppga 11 prosent at de var «truet eller tvunget til sex», noen færre, ni prosent, hadde opplevd voldtektsforsøk, mens fem prosent oppga at de hadde blitt voldtatt.

2.2.2.2 Hvem er utøver?

Det finnes lite eller ingen forskning om utøvere av seksuelle overgrep i Norge. Det er derimot skrevet enkelte artikler basert på klinisk erfaring. Langfeldt (2007) påpeker på bakgrunn av sin 30 årige kliniske erfaring med personer som har begått seksuelle overgrep, at dette er en svært sammensatt gruppe. Nyere internasjonal forskning peker på at tilknytningsproblematikk er relevant for å forstå ulike typer seksuelle overgrep (Beech & Mitchell, 2005; Marshall, 1993; Ward, McCormack, & Hudson, 2002). I følge denne forskningen har utøver problemer med ulike aspekter med tiltrekning og tilknytning.

Ved seksualisert vold er overgriper, i følge Stefansen og Smette (2006), ofte kjent for den som utsettes. Majoriteten av både kvinnelige og mannlige ofre i Oslo undersøkelsen var blitt utsatt for seksuelle overgrep av en person som var kjent (Pape og Stefansen 2004). Av kvinnene oppga 41 prosent at utøver var en bekjent, 28 prosent oppga partner og 32 prosent oppga at han var fremmed. I samtlige av de overgrepene som ble beskrevet var utøver en mann. Både fremmede og bekjente utøvere sto bak rusrelaterte overgrep. I følge Stefansen og Smette (ibid.) er den vanligste situasjonen at offer og utøver er eller har vært på fest eller et utested sammen.

Også Pedersen og Aas (1995) fant at det var nærstående som sto for storparten av overgrepene. I barndomsårene var dette først og fremst fedre og andre i den nære familie, mens det i tenårene oftere var jevnaldrende overgripere det dreide seg om.

2.2.2.3 Hvem er mest utsatt?

Gjennom Oslo – undersøkelsen (Pape og Stefansen 2004) har vi fått noe mer kunnskap om hvem som er mest utsatt for seksuelle overgrep i voksen alder. Ofrene for seksuell vold hadde i følge (Pape og Stefansen *ibid.*) en markert forhøyet forekomst av andre offeropplevelser, både i barndommen og i voksen alder. Dette viser også andre norske studier (Pedersen og Aas 1995, Schei 1990, Sætre, et al. 1986, Tambs 1994). Pape og Stefansen (2004) viser at forekomsten av seksuelle overgrep varierer langs de samme sosiale skillelinjer som annen vold, og at dette gjelder både kvinner og menn. Tilsvarende funn beskriver også Hjemmen, Dalgard og Graff-Iversen (2002). De fant at mannlige ofre for seksuell vold langt oftere enn menn ellers hadde økonomiske problemer, problemer i forhold til arbeid og familie, og i forhold til andre mennesker. Historier om beruselse kommer ofte frem i historier om seksuelle overgrep mot kvinner. 20 prosent av kvinnene som i Oslo – undersøkelsen rapporterte å ha vært utsatt for seksuelle overgrep oppga at dette hadde skjedd i forbindelse rus, fest og uteliv.

2.2.2.4 Helsemessige konsekvenser

I Norge er det først og fremst Solveig Dahls undersøkelse som belyser de helsemessige, psykologiske og psykososiale konsekvenser av voldtekt mot kvinner (Dahl, 1993). Dahl viste i sin undersøkelse at overgrepene fikk store følger for kvinnene både på kort og lang sikt. Dahls undersøkelse var imidlertid begrenset til et mindre klinisk utvalg. Utover dette vet vi i dag at alle grupper psykiatriske pasienter og særlig kvinner med kroniske psykiske lidelser, såkalte «svingdørspasienter», oftere enn andre pasienter har vært utsatt for seksuelle overgrep i oppveksten (Nasjonalt ressursenter for seksuelt misbrukte barn, 2002).

3 Data og målinger

3.1 Helseundersøkelser som inkluderer spørsmål om vold og seksuelle overgrep

Spørsmål om vold og overgrep ble første gang inkludert i regionale helseundersøkelser i Norge i hjerte-karundersøkelsen i Akershus i 1990-91, i Buskerud i 19993 og i Akershus igjen i 1994 (A Hjemmen, O. S Dalgard, & S Graff-Iversen, 2002). Resultater fra disse undersøkelsene er presentert i artikler i Tidsskrift for den Norske Lægeforening (Graff-Iversen et al., 1992) og i Norsk Epidemiologi (A Hjemmen et al., 2002). Utover dette har det ikke vært publisert analyser av forholdet mellom vold og helse med utgangspunkt i data fra norske helseundersøkelser.

I løpet av de ti siste årene har det vært gjennomført en rekke nye regionale helseundersøkelser i Norge; i Nord-Trøndelag 1995-97 og 2006-08 (HUNT 2 og 3), i Hordaland 1997-99 (HUSK), i Oppland og Hedmark 2000-01 (OPPHED), i Oslo 2000-01 (HUBRO) og i 2002 (Innvandrer-HUBRO) og med en delvis videreføring av HUBRO i 2009 (Helse og miljø i Oslo)», i Tromsø 2001 (Tromsø V) og i 2007-08 (Tromsø VI), og i Troms og Finnmark 2001-03 (TROFINN). I tillegg har Statistisk sentralbyrå gjennomført en nasjonal helseundersøkelse (levetidsundersøkelse om helse) i 2005.

For å undersøke om de regionale helseundersøkelsene inneholdt spørsmål om vold, overgrep og andre traumatiserende hendelser (alvorlige ulykker, katastrofer, tortur etc.) gikk vi gjennom de aktuelle spørreskjemaene. Gjennomgangen viste at Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO 2000-01) og Helseundersøkelsen i Hordaland (HUSK) var de eneste som inkluderte spørsmål om vold eller seksuelle overgrep. I HUBRO og Innvandrer-HUBRO er det også stilt spørsmål om krigsopplevelser og -skader, politisk begrunnet fengsling og internering, og om tortur og torturskader. HUNT 3 har spørsmål om psykisk vold og om respondenten har vært i overhengende livsfare pga. alvorlig ulykke, katastrofe, voldssituasjon eller krig, men data fra denne undersøkelsen har ikke vært tilgjengelige for oss.²

1 Informasjon om undersøkelsene med skjema etc. kan finnes på henholdsvis <http://www.uib.no/isf/husk/> (HUSK) og <http://www.fhi.no/> (HUBRO)

2 Informasjon om HUNT 3 kan finnes på <http://www.hunt.ntnu.no/>.

Undersøkelse	Antall respondenter	Svarprosent hovedutvalg	Respondentenes fødselsår	År utført
HUBRO	18770	46	1924-25, 1940-41, 1955, 1960, 1970	2000 -2001
HUSK	29400	62,7	1953 -1957	1997 - 1999

Begge undersøkelser inngår i den såkalte Cohort of Norway (CONOR). CONOR er en samling helsedata fra flere norske helseundersøkelser. Det spørres blant annet om forekomst av enkelte sykdommer, generelle spørsmål om helse, bruk av medisin, fysisk aktivitet, utdanning, røyke- og alkoholvaner og forekomst av hjertesykdom i slekten. Videre er det spørsmål om fødested, boligforhold, familie, arbeidssituasjon og trygdeytelser.

3.1.1 Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO)

Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO) ble gjennomført i perioden mai 2000 til september 2001 i et samarbeid mellom Oslo kommune, Universitetet i Oslo og Folkehelseinstituttet. Formålet var blant annet å identifisere og kartlegge helseproblemer i kommunen, og med bakgrunn i dette rette søkelys mot prioriteringer innen helsevesenet, estimere prevalens og insidens av kroniske sykdommer, og å identifisere sosiale og geografiske forskjeller i helse og risikofaktorer i forhold til sykdom. HUBRO består også av en rekke tilleggsundersøkelser der det stilles spørsmål som kan belyse Oslo-befolkningens utsatthet for potensielt traumatiserende hendelser, herunder vold og overgrep, men spørsmålene om vold og overgrep var kun rettet til kvinner i alderen 30, 40, 45 og 59-60 år.

3.1.1.1 Spørsmål om vold og overgrep

I HUBRO var spørsmålene om utsatthet for vold og overgrep samlet i en matrise. Det ble spurt om fem ulike former for overgrep, om respondenten hadde vært utsatt som barn, voksen og/eller siste år og om hvem som hadde stått for overgrepene. Det var mulig å krysse av for flere alternativer for hver overgrepstype.

Tabell 3.1 Spørsmål om vold og overgrep i HUBRO

	Hvem eller hvilke personer var det som utsatte deg for det? (Sett evt. Flere kryss)					Har dette skjedd deg det siste året?			
	Nei aldri	Ja, som voksen	Ja som barn	Fremmed person	Familie eller slektning	Samlivs-partner	Andre kjente personer	Ja	Nei
Har du opplevd at noen systematisk og over lengre tid har forsøkt å kue, fornedre eller ydmyke deg?									
Har du opplevd at noen har truet med å skade deg eller noen som står deg nær?									
Er du blitt utsatt for fysiske overgrep/mishandling									
Er du blitt presset til seksuell omgang (seksuelle overgrep?)									
Er du blitt utsatt for voldtekt eller voldtektsforsøk?									

3.1.1.2 Spørsmål om andre negative livshendelser og problemer

HUBRO inkluderte 13 spørsmål om andre negative livshendelser og problemer i tillegg til spørsmålene om vold og overgrep. Skalaen er en norsk utgave av List of Threatening Experiences (LTE) (Brugha, Bebbington, Tennant, & Hurry, 1985), som inngår som en del av EUs standardiserte instrument for folkehelseundersøkelser; «The European Health Survey System». Spørsmålene som er inkludert i skalaen er formulert som følger:

Har du opplevd noen av følgende livshendelser eller problemer i løpet av de siste seks månedene?

1. Du har selv vært utsatt for alvorlig sykdom, skade eller overfall?
2. En av dine nærmeste har vært alvorlig syk, utsatt for skade eller overfall?
3. Din mor eller far, din ektefelle/samboer eller barn er avgått ved døden?
4. En nær familievenn eller annen slektning (tante, kusine, besteforeldre) er avgått ved døden?
5. Du er separert/skilt grunnet vanskeligheter i ekteskapet?
6. Du har brutt et langvarig forhold?
7. Du har hatt et alvorlig problem (for eksempel uoverensstemmelse) med en nær venn, nabo, slektning eller partner?
8. Du er blitt arbeidsledig?
9. Du har forgjeves søkt etter ny jobb i mer enn en måned?
10. Du er blitt avskjediget fra din jobb?
11. Du har hatt alvorlige økonomiske problemer?
12. Du har hatt problemer med politiet og blitt fremstilt for retten?
13. Noe du har satt pris på er mistet eller stjålet?

Positive svar får ett poeng, poengene adderes og skalaen har en cut-off på to poeng for at respondenten skal betegnes som å ha problem.

3.1.1.3 Spørsmål om psykisk helse

HUBRO inkluderer en versjon av Hopkins Symptoms Check List, HSCL-10 (Derogatis, Lipman, & Covi, 1973; Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, & Covi, 1974a, 1974b; Lipman, Covi, & Shapiro, 1979). HSCL-10 har en skala som går fra null til fire poeng. Poengberegningen foretas ved at hvert spørsmål har fire svaralternativer som går fra 'ikke plaget' til 'veldig mye', og med poeng fra en – 4. Antall poeng totalt summeres og divideres på 10. I HUBRO undersøkelsen har en satt en cut-off på 1,85 poeng som grense for at respondenten har psykiske plager (Strand, Dalgard, Tambs, & Rognerud, 2003).

I tillegg til HSCL-10 inkluderer HUBRO også CONOR-MHI (Cohort Norway Mental Health Index). Skalaen som består av syv spørsmål om psykiske plager er et mål utviklet særskilt for CONOR undersøkelsene. De syv spørsmålene er delvis modifisert fra GHQ-9 (General Health Questionnaire) og HSCL (Hopkins Symptom Check List), og delvis tatt fra andre helseundersøkelser (Anne Johanne Søgaard, Bjelland, Tell, & Røysamb, 2003). Utvalget i HUBRO fikk også spørsmål om de hadde eller hadde hatt psykiske plager og alder første gang de eventuelt fikk psykiske plager.

3.1.1.4 Spørsmål om fysisk helse, somatiske sykdommer, bruk av medisiner og helsetjenester

HUBRO inneholdt en rekke spørsmål om fysisk helse generelt og om spesifikke somatiske sykdommer. Det ble stilt et generelt spørsmål om hvordan helsen var, dårlig, ikke helt god, god eller svært god. I tillegg ble det spurt om følgende spesifikke somatiske sykdommer:

Astma, høysnue, kronisk bronkitt, diabetes, beinskjørhet, fibromyalgi, hjerteinfarkt, angina pectoris og hjerneslag. Det ble også spurt om alder første gang de fikk disse sykdommene.

HUBRO inneholdt også spørsmål om hvor ofte de siste fire ukene de hadde brukt smertestillende uten resept, smertestillende på resept, sovemedisin, beroligende medisin, medisin mot depresjon og annen medisin på resept. Svaralternativene var daglig, hver uke, men ikke daglig, sjeldnere enn hver uke og ikke brukt siste fire uker.

Det ble også spurt om bruk av følgende helsetjenester: allmennpraktiserende lege, bedriftslege, psykolog eller psykiater, annen spesialist, legevakt, sykehusinnleggelse, hjemmesykepleie, fysioterapeut, kiropraktor, tannlege og alternativ behandler.

3.1.1.5 Spørsmål om demografi, sosioøkonomisk status og livsstil

Demografiske, sosioøkonomiske og livsstilsvariable som er relevant for vår undersøkelse og som var inkludert i HUBRO er:

1. Alder
2. Kjønn
3. Bor du sammen med noen? (ektefelle/samboer)
4. Antall siste ganger siste året drukket minst fem glass/drinker i løpet av et døgn?
5. Har du røykt/røyker du daglig?
6. Hvor mange års skolegang har du gjennomført?
7. Er du i inntektsgivende arbeid?

8. Hvor mye tjente dere til sammen i hele husstanden siste år?
9. Mottar du sosialhjelp/-stønad?

3.1.2 Helseundersøkelsen i Hordaland (HUSK)

Helseundersøkelsen i Hordaland 97-99 (HUSK) ble utført i samarbeid mellom Statens helseundersøkelser, Universitetet i Bergen og kommunehelsetjenesten i Hordaland. Den primære datainnsamlingen i HUSK ble avsluttet juni 1999. De ordinære tilleggs-skjemaene ble registrert til og med oktober 1999. Spørsmålene om vold ble stilt til alle kvinnene i utvalget, men bare til halvparten av mennene.

3.1.2.1 Spørsmål om vold

HUSK inkluderte følgende spørsmål om vold:

1. Har du det siste året vært utsatt for fysisk vold?
2. Dersom du har vært utsatt for fysisk vold, oppsøkte du lege eller sykehus på grunn av skaden?
3. Dersom du har vært utsatt for vold, hvilken type vold var dette?
 - Slagsmål der du selv deltok
 - Mishandling
 - Ran/overfall
 - Blind/tilfeldig vold
 - Annet

3.1.2.2 Spørsmål om fysisk og psykisk helse i HUSK

For å måle fysisk og psykisk helse og livskvalitet brukes tre ulike skalaer i HUSK. SF-12 (Short-Form Health Survey), som består av 12 spørsmål er et mål for psykisk og fysisk helse og er en forkortet utgave av en større skala, SF-36 (Loge, Kaasa, Hjermsstad, & Kvien, 1998; Ware, Kosinski, & Keller, 1996). CONOR-MHI (Cohort Norway Mental Health Index), og HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), som er et standardisert selvtuttyllingsinstrument, består av syv spørsmål om angst og syv spørsmål om depresjon (Anne Johanne Sogaard et al., 2003; Zigmond & Snaith, 1983).

De ulike skalaene har noe ulike tidsangivelser knyttet til spørsmålene. Mens SF-12 spør om respondentens opplevelse av sin situasjon de siste fire ukene, spør CONOR om opplevelsen siste to uker. HADS har ingen tidsangivelse, men slik HADS spørsmålene er formulert kan vi likevel gå ut fra at den måler helsen slik den blir opplevd på undersøkelsestidspunktet.

3.1.2.3 Spørsmål om demografi, sosioøkonomisk status og livsstil i HUSK

Følgende spørsmål om demografiske forhold, sosioøkonomisk status og livsstil som er relevant for vår undersøkelse var inkludert i HUSK:

1. Alder
2. Kjønn
3. Hvem bor du sammen med?
4. Hva er for tiden husholdningens årsinntekt før skatt?
5. Hvilken utdanning er den høyeste du har fullført?
6. Hvor mange ganger i måneden drikker du vanligvis alkohol?/ Hvor mange glass øl drikker du vanligvis i løpet av to uker?
7. Mottar du for tiden noen av følgende ytelser? (sykepenger/sykelønn/rehabiliteringspenger, yrkesrettet attføring, uførepensjon, sosialstøtte, arbeidsledighets-trygd, etterlattepensjon, andre ytelser).

3.2 Deltagelse og frafall

3.2.1 Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO)

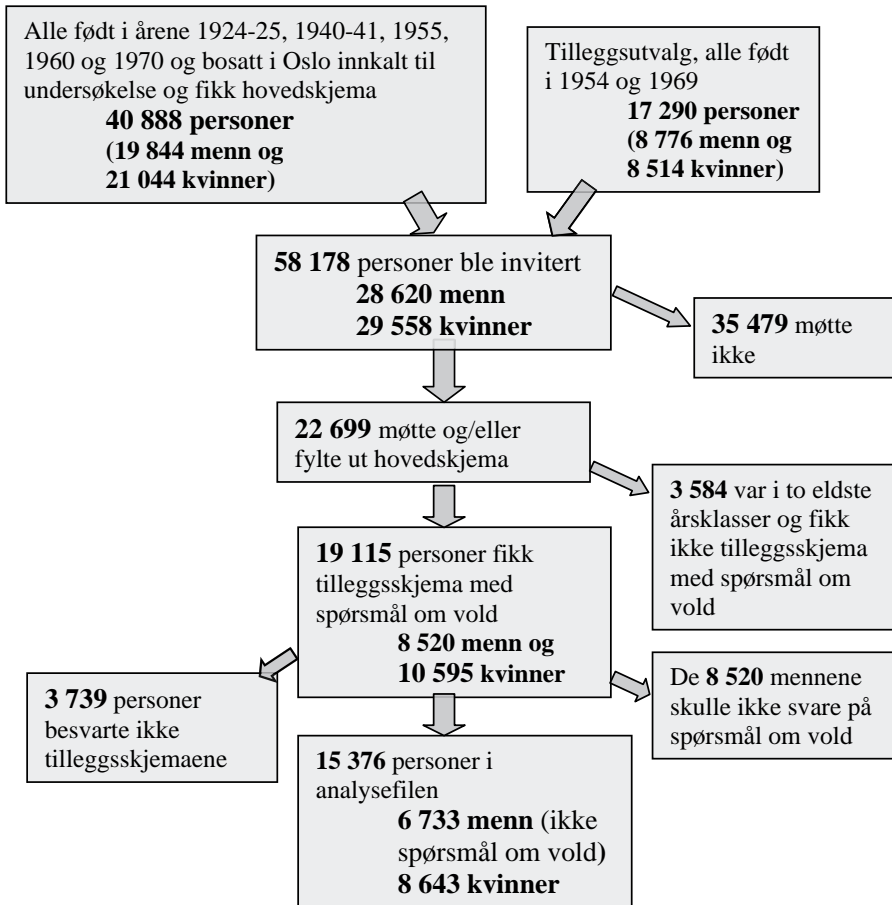
Helseundersøkelsen i Oslo, HUBRO, ble gjennomført i Oslo i 2000 og 2001. Alle personer født i 1924, 1925, 1940, 1941, 1955, 1960, 1970, og som var bosatt i Oslo på undersøkelsestidspunktet, fikk invitasjon til å delta i undersøkelsen ved å møte opp på et bestemt sted. Dette omfattet i alt 40 888 personer. På grunn av lavt fremmøte i enkelte aldersgrupper ble også årskullene 1969 og 1954 invitert, i alt 17290 personer. Alt i alt ble dermed invitasjonen sendt til 58 178 personer.

Sammen med invitasjonen fikk deltakerne i HUBRO tilsendt et spørreskjema som de skulle ta med seg i utfylt stand når de møtte opp. De som møtte fram til undersøkelsen fikk målt høyde, vekt og livvidde, avga en blodprøve og fikk sjekket pulsen og blodtrykket. Ved fremmøtet fikk de også utdelt et hovedtilleggsskjema, som var felles for alle, og et særskilt tilleggsskjema, som var litt forskjellig avhengig av kjønn og fødselsår. Disse skjemaene skulle fylles ut hjemme og returneres i posten.

Av det totale antallet som ble invitert til å delta (hovedutvalg pluss tilleggsutvalg), var det 22 699 som møtte opp og/eller fylte ut skjema (18 770 personer eller 46 prosent av hovedutvalget og 3 929 personer eller 23 prosent av tilleggsutvalget. Tilleggssutvalget ble ikke purret). Dette gir en samlet svarprosent på 39 prosent. Blant innvandrere fra vestlige land deltok 42 prosent og blant innvandrere fra ikke-vestlige land 39 prosent. Alle personer født i de ovennevnte årskullene som møtte opp til første undersøkelse mottok hovedtilleggsskjemaet som inkluderer spørsmål om livshendelser og problemer de siste seks månedene. Svarprosenten på hovedtilleggsskjemaet ble noe lavere (37

prosent) enn på hovedskjemaet. Alle deltakerne i hovedutvalget, bortsett fra de to eldste årsklassene, og alle deltakerne i tilleggsutvalget fikk også utdelt tilleggsskjemaer som inneholdt spørsmål om vold og overgrep, men bare kvinnene skulle svare på disse spørsmålene. I alt var det 10595 kvinner som fikk spørsmålene om vold. Ikke alle returnerte tilleggsskjemaene, slik at vår analysefil består av i alt 8 643 kvinner (og 6 733 menn som også returnerte skjemaene, men som ikke fikk spørsmålene om vold).

Figur 3.1 Oversikt over gangen i HUBRO



Det er gjennomført en frafallsanalyse for HUBRO undersøkelsen som helhet (A. J. Søgaard, Selmer, Bjertness, & Thelle, 2004). Denne viste at frafallet varierte med demografiske og sosioøkonomiske variable, men at prevalensestimater for ulike tilstander likevel var relativt robuste. I tillegg til det generelle frafallet er det en spesifikk missing for de enkelte spørsmål. Andelen av deltagerne i HUBRO undersøkelsen som ikke besvarte spørsmålene om livshendelser og problemer var 4,8 prosent (N = 15376) og andelen som ikke besvarte spørsmålene om vold og overgrep var på 5,3 prosent (N=8643).

3.2.2 Helseundersøkelsen i Hordaland (HUSK)

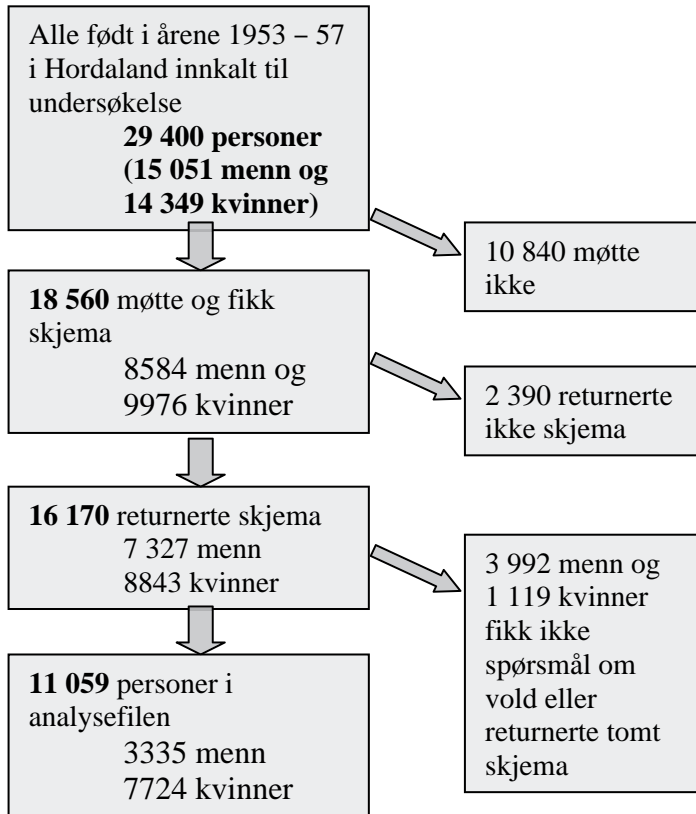
Helseundersøkelsen i Hordaland (HUSK) ble gjennomført kommunevis i årene 1997-99. Alle innbyggere i kommunene født i årene 1953 til 1957, i alt 29.400 personer, ble invitert til å delta. I tillegg ble personer født i årene 1950 - 51 og 1925- 27 som hadde deltatt i en tidligere helseundersøkelse invitert. Disse fikk ikke spørsmål om vold og er derfor ikke med i vårt utvalg

Invitasjon til deltakelse ble sendt i posten og deltakerne ble bedt om å møte opp enten i en spesielt innredet buss, eller for de som bodde i Bergen, i lokaler i Bergen sentrum. 18560 personer, 8584 menn og 9976 kvinner, møtte opp. Dette gir en samlet oppmøteprosent på 63 prosent, 57 prosent for mennene og 79 prosent for kvinnene. Ved oppmøte fikk deltakerne utdelt et skjema de skulle fylle ut og returnere per post. Ikke alle returnerte skjemaene selv etter purringer, slik at det i alt kom inn 16170 skjema, hvilket gir en svarprosent på 87 prosent av de fremmøtte, 85 prosent for menn (7327 menn) og 89 prosent for kvinner (8843 kvinner). Sett i forhold til alle som ble innkalt var svarprosenten på 55 prosent, 49 prosent for menn og 62 prosent for kvinner.

Bare halvparten av mennene, 3548 menn fikk spørsmål om vold i selvutfyllingsskjemaet. I analysefilen er derfor de mennene som ikke fikk dette skjemaet tatt ut. Det var ikke signifikante forskjeller mellom de mennene som fikk skjemaet og de som ikke fikk det, verken med hensyn til inntekt, utdanning eller bruk av trygdeytelser.

I analysefilen er også de som ikke har returnert skjemaet, ikke fikk spørsmål om vold, eller som har returnert utfylte skjema, fjernet, slik at analysefilen består av 11059 subjekter, 3335 menn og 7724 kvinner. Dette utgjør 22 prosent av mennene og 54 prosent av kvinnene i de aktuelle kohortene (1953 – 57) i Hordaland. Fordelingen er tilnærmet lik mellom disse fem kohortene.

Figur 3.2 Oversikt over gangen i HUSK



Det er foretatt frafallsanalyse for HUSK undersøkelsen som helhet, ved at data om utdanning, inntekt og trygdeytelser fra SSB er koblet opp mot alle som ble kalt inn til undersøkelsen (http://www.uib.no/isf/husk/Vedlegg_dokumenter/FrafallsanalyseHUSK9799.pdf). Det er så foretatt sammenlikninger mellom de som deltok og de som ikke deltok. Sammenlikningen viste at kvinnene som deltok hadde en signifikant høyere inntekt enn de som ikke deltok, mens det ikke var en slik forskjell for mennene. Når det gjaldt forbruk av trygdeytelser var det signifikant lavere forbruk blant de som deltok, både for kvinner og menn. Det var også en signifikant forskjell i utdanningsnivå for begge kjønn, ved at de som deltok i snitt hadde høyere utdanning en de som ikke deltok.

I alt var det 9417 respondenter i HUSK som besvarte spørsmålet om de hadde vært utsatt for fysisk vold det siste året, hvilket gir en missing på 14,8 prosent. Det var 2081 som besvarte spørsmålet om de hadde oppsøkt lege eller sykehus for skaden dersom de hadde vært utsatt for vold, mens bare 365 hadde svart på spørsmålet om hva slags vold det var.

3.3 Analyser – sammenhenger, datagrunnlag og metoder

3.3.1 Sammenhenger som ønskes belyst

Med utgangspunkt i de foreliggende dataene fra de to undersøkelsene er følgende forhold blitt forsøkt belyst:

- Utsatthet for ulike former for overgrep blant respondentene i de to undersøkelsene
- Sammenhengen mellom ulike former for overgrep og andre former for viktimisering og negative livshendelser
- Sammenhenger mellom utsatthet for overgrep og demografiske og sosioøkonomiske variable.
- Sammenhenger mellom utsatthet for overgrep og livsstil.
- Sammenhenger mellom utsatthet for overgrep og psykisk og fysisk helse og sykdommer
- Sammenhenger mellom utsatthet for overgrep og bruk av helsetjenester.

3.3.2 Datagrunnlaget

NKVTS fikk oversendt datafiler i SPSS format fra Nasjonalt institutt for folkehelse (HUBRO), og fra HUSK senteret ved Universitetet i Bergen (HUSK). De oversendte datafilene omfattet bare en del av det totale antall variable i de to undersøkelsene, avgrenset til de variable vi ut fra en gjennomgang av spørreskjemaene mente var relevante for å belyse forholdene nevnt overfor. Etter en første analyse av dataene fikk vi oversendt en del kompletterende data til HUBRO filen med opplysninger om spesifikke somatiske sykdommer respondentene hadde rapport om i spørreskjemaene.

Datafila med HUSK variablene inneholdt ikke verdinavn, men disse kunne i de fleste tilfeller hentes direkte fra spørreskjemaene. Der hvor det var usikkerhet om hvilke verdinavn den enkelte verdi henviste til ble det klarlagt gjennom direkte kontakt med HUSK senteret.

I tillegg til selve datafilene fikk vi også oversendt syntaksfiler for beregning av samlemål for flere av skalaene som inngikk i undersøkelsene. Dette omfatter SF-12 og HADS i HUSK, CONOR MHI i begge datasettene, og HSCL-10 og LTE i HUBRO.

Short Form Health Survey 12, SF-12, er en forkortet utgave av den større SF-36. Beregningen av sumskårer i SF-12 er relativt komplisert i og med at de ulike spørsmålene som inngår i skalaen har til dels forskjellige svaralternativer. Skalaen har to adskilte sumskårer, en for fysisk fungering (PCS) og en for mental fungering (MCS). Begge

skårene har et intervall fra null til 100. De amerikanske standardskårene er 50 for begge skalaene (Loge et al., 1998; Ware et al., 1996).

Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS, består av i alt 14 spørsmål og er delt i to subskalaer, en for angst og en for depresjon (Zigmond & Snaith, 1983). Hvert spørsmål har svaralternativer med verdier fra null til 3, disse summeres og en får en sumskåre med et mulig intervall på begge skalaene fra null til 21. I følge skåringsveiledningen vil en skår på 11 eller mer regnes for å være et tilfelle av angst eller depresjon som vil trenge nærmere utredning og eventuelt behandling. En skår på 8-10 anses som et mulig tilfelle, og lavere skår uttrykker en viss symptombelastning, som kan ha betydning samlet sett, men som i seg selv ikke krever spesifikk behandling av angst eller depresjon. Det er også mulig å legge sammen angst- og depresjonsskåren til en totalskår fordi en del pasienter har en blanding av angst og depresjon. Et tilfelle vil da ha en totalskår på 19 eller mer. Et mulig tilfelle vil ha en skår på 15-18. Skår på over 15 vil trenge oppfølging og eventuelt behandling. I HUSK er satt en grenseverdi på åtte på hver av skalaene.

CONOR-Mental Health Index, CONOR-MHI, består av syv spørsmål med fire svaralternativer med verdier fra en – fire som summeres, slik at skalaen får en sumskåre med et mulig intervall fra syv til 28. Gjennomsnittsskår beregnes ved at sumskåren divideres med 7. Det opereres med en grenseverdi på 2,15, og de som skårer over dette blir betegnet som psykisk plaget (Anne Johanne Søgård et al., 2003).

Hopkins Symptom Check List, HSCL-10, er en forkortet utgave av den opprinnelige skalaen HSCL-58, senere utvidet til HSCL-90. HSCL-10 har 10 spørsmål med svaralternativer fra 1-4. Gjennomsnittlig HSCL skår er beregnet ved å summere alle svarene og dividere på 10, slik at skalaen får et intervall fra en til 4. I HUBRO har en satt en grenseverdi på 1,85 poeng, og de som skårer over denne grensen blir betegnet som å ha psykiske plager (Anne Johanne Søgård et al., 2003).

List of Threatening Experiences, LTE, består av 12 spørsmål om ulike livshendelser og problemer de siste seks månedene (Brugha et al., 1985). Positive svar får ett poeng, negative null. Antall positive svar summeres og skalaen får en sumskåre med et intervall fra null til 12 poeng. I HUBRO er satt en grenseverdi på to negative livshendelser i løpet av de siste seks måneder. De som har opplevd to eller flere hendelser blir betegnet som å ha problemer.

3.3.3 Statistiske analyser

Alle statistiske analyser er foretatt i SPSS versjon 15.0, og 16.0 og PASW Statistics 18. Sammenheng mellom kategoriske variable er signifikant testet med kji-kvadrattester med et signifikansnivå på $<0,05$. For testing av signifikant sammenheng mellom kategoriske og kontinuerlige variable er brukt Student t-test, også med et signifikansnivå på $<0,05$. Signifikansnivåer er som oftest oppgitt særskilt i den enkelte tabell. For å teste ut om sammenhenger mellom variable ikke er uttrykk for spuriøse sammenheng med konfunderende variable, er det i noen sammenheng brukt binomial logistisk regresjon.

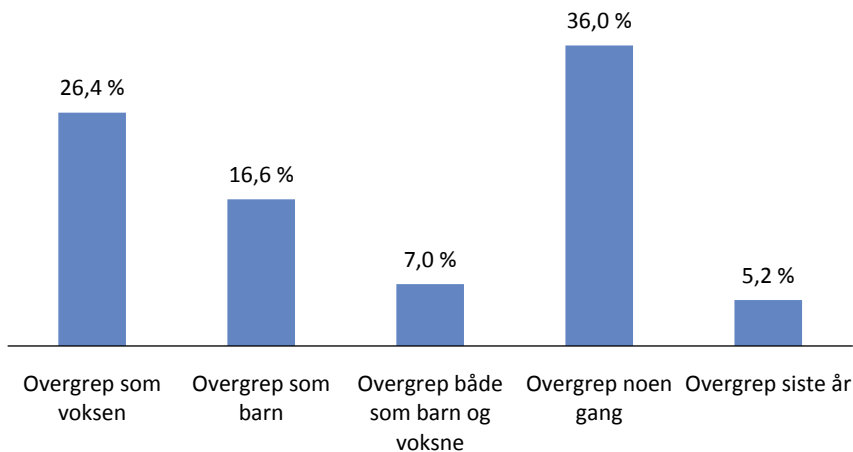
4 Resultater

4.1 Forekomsten av vold og overgrep

HUBRO

Spørsmålene om vold og overgrep ble stilt i et tilleggsskjema og skulle bare besvares av kvinner. I alt 8643 kvinner leverte tilleggsskjemaene hvor disse spørsmålene ble stilt.

Figur 4.1 Andelen kvinner utsatt for minst en type overgrep - HUBRO kvinner (N=8643)



26,4 prosent oppga at de hadde opplevd minst en type overgrep som voksne og 16,6 prosent hadde opplevd minst en type overgrep som barn. En del, syv prosent, hadde opplevd overgrep både som barn og voksne. Til sammen var det 36 prosent av kvinnene som hadde vært utsatt for overgrep enten som barn, som voksen eller begge deler. Det ble også stilt spørsmål om de hadde opplevd noen av disse overgrepene siste år og 5,2 prosent av utvalget oppga dette.

Relativt mange hadde også opplevd flere forskjellige typer overgrep. 87 prosent av de som hadde opplevd overgrep som voksne hadde opplevd mer enn en type overgrep i voksen alder. Tilsvarende hadde 72 prosent av de som hadde vært utsatt for overgrep som barn vært utsatt for mer enn en type overgrep i barndommen.

HUSK

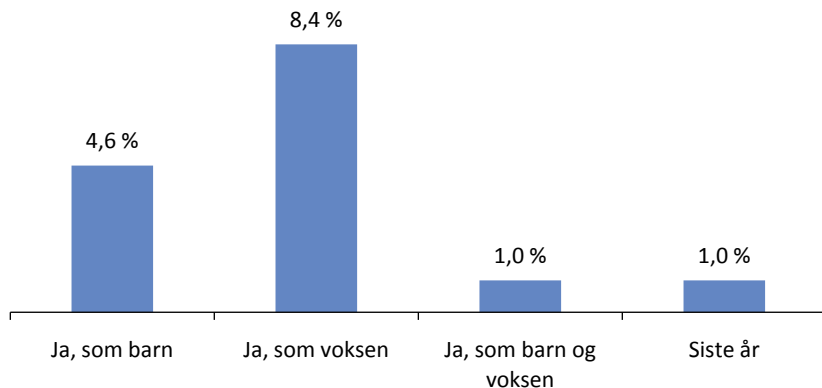
I HUSK ble spørsmålene om vold stilt til alle kvinnene i utvalget og til halvparten av mennene. Måten spørsmålene er formulert på gjør det vanskelig å gi noe svar på hvor stor andel av respondentene som har vært utsatt for vold. Spørsmålet om fysisk vold er spesifisert til å gjelde om de har vært utsatt i løpet av siste år. Det neste spørsmålet, om de hadde oppsøkt lege eller sykehus for skader dersom de hadde vært utsatt for vold, angir verken hvilket tidsrom det gjelder eller hva slags vold det er snakk om. Heller ikke det neste spørsmålet, om de har vært utsatt for mer spesifikke typer av vold, angir innenfor hvilken tidsperiode det er snakk om. Siden det første spørsmålet bare er for de som har vært utsatt siste år, kan det være at en del av dem som har vært utsatt tidligere ikke har svart på de neste spørsmålene, (selv om resultatene klart viser at mange har gjort det). Ser vi på spørsmålene samlet finner vi at 19 prosent av alle, like mange av begge kjønn, har svart bekreftende på minst ett av dem. Dette kan muligens tolkes som et minimumsanslag over hvor stor andel av utvalget som har vært utsatt for vold.

4.1.1 Fysisk vold

HUBRO

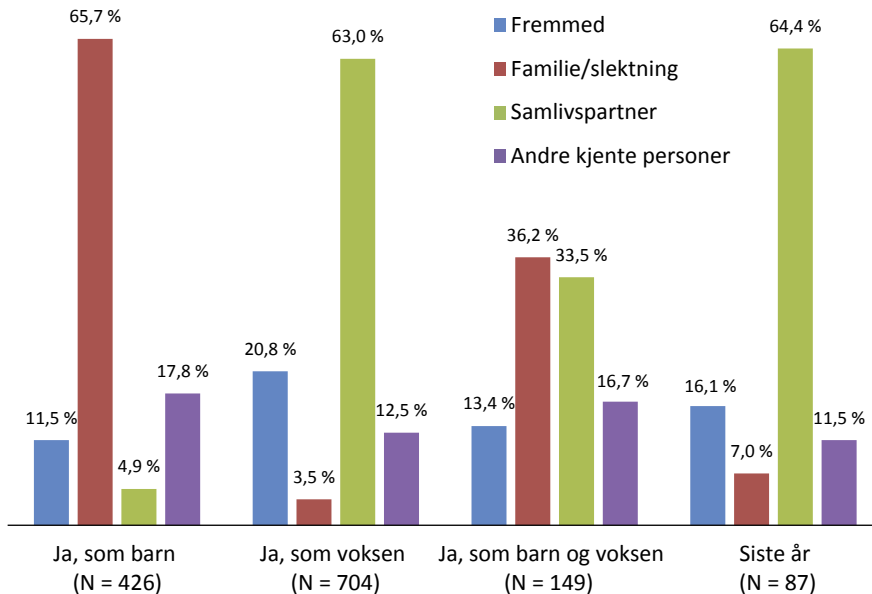
8183 kvinner besvarte spørsmålet om de hadde opplevd fysisk vold eller mishandling som barn og/eller som voksen. 8,4 prosent av kvinnene hadde vært utsatt for fysisk vold som voksen, og 4,6 prosent hadde vært utsatt som barn. En prosent hadde vært utsatt både som barn og voksen. Andelen som hadde vært utsatt det siste året var også en prosent.

Figur 4.2 Utsatt for fysiske overgrep/mishandling? - HUBRO kvinner (N = 8183)



I HUBRO stilles også spørsmål om hvem som har utøvd overgrepene. I og med at den enkelte respondenten kan ha vært utsatt for overgrep fra flere utøvere, vil antallet utøvere overstige antallet kvinner som sier de har vært utsatt for overgrep.

Figur 4.3 Utsatt for fysiske overgrep/mishandling og typer av overgripere - HUBRO – kvinner



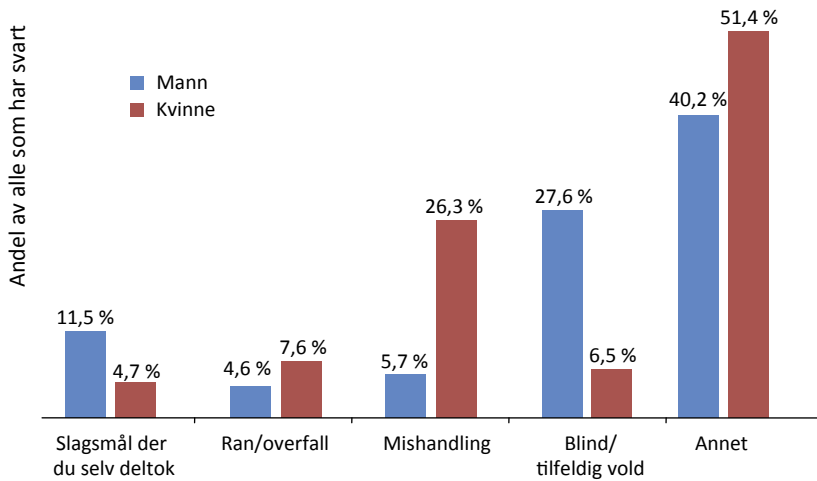
Som det fremgår av figuren ovenfor er det, både for overgrep kvinnene har vært utsatt for som voksne og overgrep de har vært utsatt for som barn, først og fremst snakk om overgripere de har (hatt) en nær relasjon til. Mens det primært var andre familiemedlemmer som begikk overgrepene da de var barn, er det samlivspartnere som har stått for overgrepene i voksen alder. Det samme er også tilfellet for de som har vært utsatt siste år.

HUSK

HUSK undersøkelsen inkluderer som omtalt foran flere spørsmål om vold. Av de som besvarte spørsmålet om de hadde vært utsatt for fysisk vold siste år oppga 2,2 prosent at de hadde vært utsatt. Det er en signifikant kjønnsforskjell ($p = 0,005$), og 2,5 prosent av kvinnene og 1,5 prosent av mennene hadde vært utsatt for fysisk vold siste år.

Spørsmålet om hva slags vold de hadde blitt utsatt for ble besvart av flere respondenter enn de som oppga å ha vært utsatt for fysisk vold siste år, noe som sannsynligvis skyldes at enkelte respondenter tolket spørsmålet til å gjelde en lengre tidsperiode enn siste år. I alt var det 365 personer, 3,3 prosent av utvalget, 2,6 prosent av mennene og 3,6 prosent av kvinnene, som oppga hva slags type vold de hadde vært utsatt for.

Figur 4.4 Voldstyper fordelt på kjønn – HUSK (N = 365)



Ser vi på alle som har besvart spørsmålet finner vi klare kjønnsforskjeller ($p < 0,001$) med hensyn til hvilke former for vold som var vanligst. Ved siden av kategorien « annet », som forekom hyppigst for begge kjønn, var det mishandling som var vanligst for kvinnene, og blind/tilfeldig vold som var vanligst for mennene. Dette er et mønster som samsvarer med det som er funnet i de fleste tidligere prevalensundersøkelser.

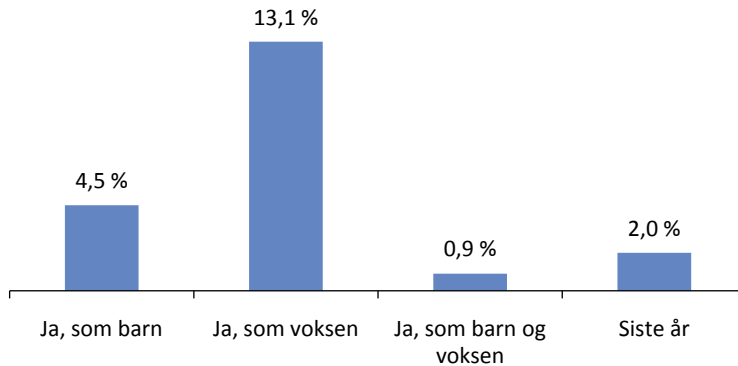
Dette mønsteret forblir relativt uendret også for de som har vært utsatt for vold siste år, men andelen som oppgir « annet » blir betydelig større for begge kjønn, mens de andre kategoriene synker tilsvarende.

4.1.2 Trusler

HUBRO

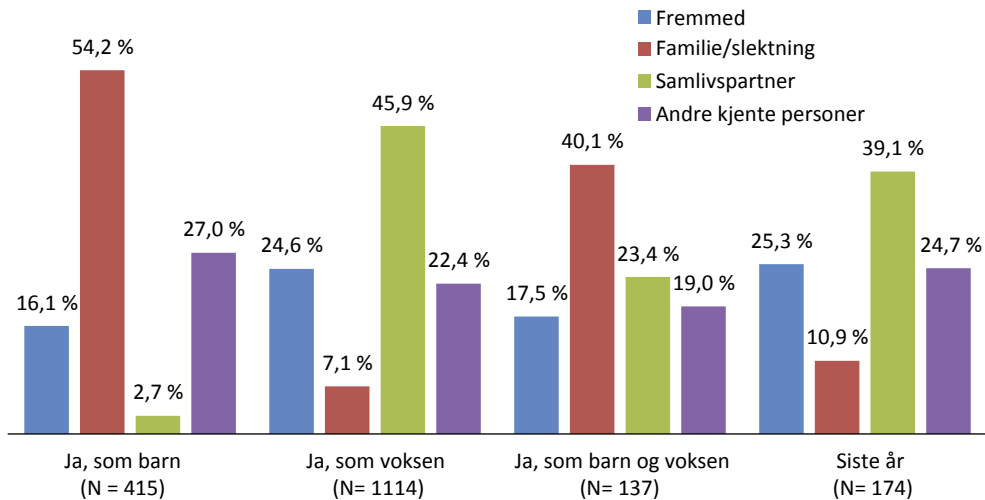
Spørsmålet om trusler som er stilt i HUBRO atskiller seg fra andre norske undersøkelser ved at spørsmålet ikke bare omfatter trusler rettet mot respondenten personlig, men også mot andre personer som står henne nær.

Figur 4.5 Utsatt for trusler - HUBRO kvinner (N = 8183)



I alt er det 8183 kvinner som har besvart spørsmålet, 4,5 prosent oppga at de hadde opplevd trusler som barn, 13,1 prosent som voksne og 0,9 prosent hadde opplevd trusler både som barn og voksen. To prosent hadde vært utsatt siste år. Ser vi på hvem som har framsatt truslene får vi følgende oversikt:

Figur 4.6 Utsatt for trusler og typer av overgripere - HUBRO - kvinner

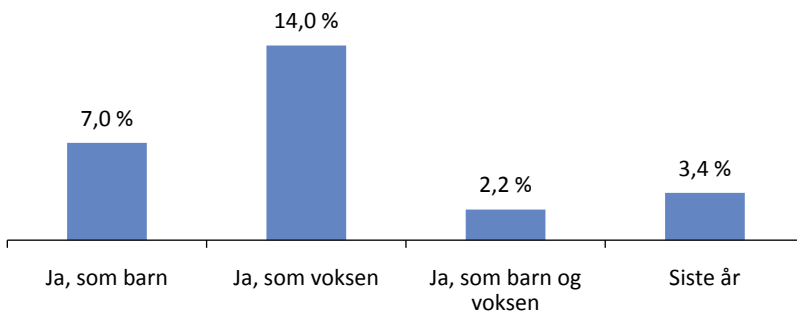


Fordelingen mellom ulike typer av utøvere følger i hovedsak samme mønster som for de fysiske overgrepene. Mens det er familie og slektninger som sto for de fleste overgrepene mot respondentene som barn, er det samlivspartner som var den mest vanlige overgriperen etter at de var blitt voksne.

4.1.3 Forsøk på systematisk å kue, fornedre og ydmyke HUBRO

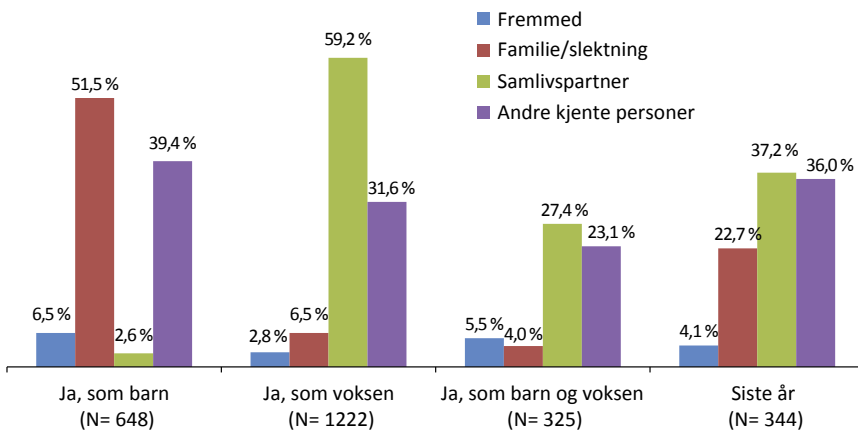
Å bli forsøkt kuet, fornedret eller ydmyket kan i seg selv betegnes som en form for psykisk vold. Nyere voldsforskning tyder også på at kombinasjonen av slike forsøk og andre overgrep, fysiske, psykiske og seksuelle, er særlig skadelig og nedbrytende. Et slikt mer omfattende voldsregime har blitt betegnet som patriarkalsk eller intim terrorisme (Johnson, 1995; Johnson & Leone, 2005). Det er derfor interessant å se både på svarene på spørsmålet i seg selv, men også på sammenhengen med de øvrige volds-spørsmålene.

Figur 4.7 Utsatt for forsøk på systematisk å kue, fornedre og ydmyke. HUBRO kvinner (N = 8189)



I alt 8193 kvinner svarte på spørsmålet. Totalt hadde 23,2 prosent opplevd å bli forsøkt kuet, fornedret eller ydmyket. Syv prosent hadde opplevd dette som barn, 14 prosent som voksne og 2,2 prosent som både barn og voksne 3,4 prosent hadde vært utsatt siste år.

Figur 4.8 Utsatt for systematisk å ha blitt forsøkt kuet, fornedret eller ydmyket og typer av overgripere. HUBRO - kvinner



Som forventet er det i stor grad personer kvinnene kjente, og som de hadde en nær relasjon til, som står for denne formen for overgrep, i voksen alder er det mest vanlig at det er samlivspartner, men også i en viss utstrekning andre kjente. Dette vil antakeligvis også omfatte mobbing fra kolleger på arbeidsplassen. For de som ble utsatt som barn var det mest andre familiemedlemmer eller slektninger som sto for overgrepene.

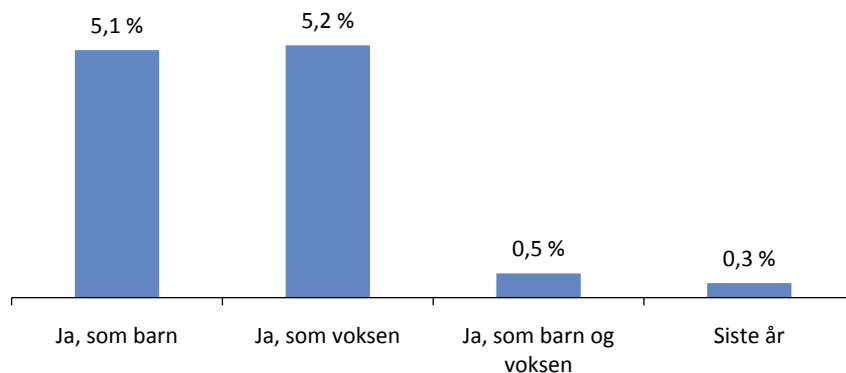
Nesten 60 prosent av de som hadde vært utsatt for systematisk å ha blitt forsøkt kuet, fornedret eller ydmyket som voksne, hadde også blitt utsatt for andre typer av vold i voksen alder. Over 45 prosent hadde vært utsatt for trusler, 36 prosent hadde vært utsatt for fysiske overgrep og mishandling, 19 prosent hadde blitt presset til seksuell omgang og over 16 prosent hadde blitt voldtatt eller forsøkt voldtatt.

4.1.4 Presset til seksuell omgang (seksuelle overgrep)

HUBRO

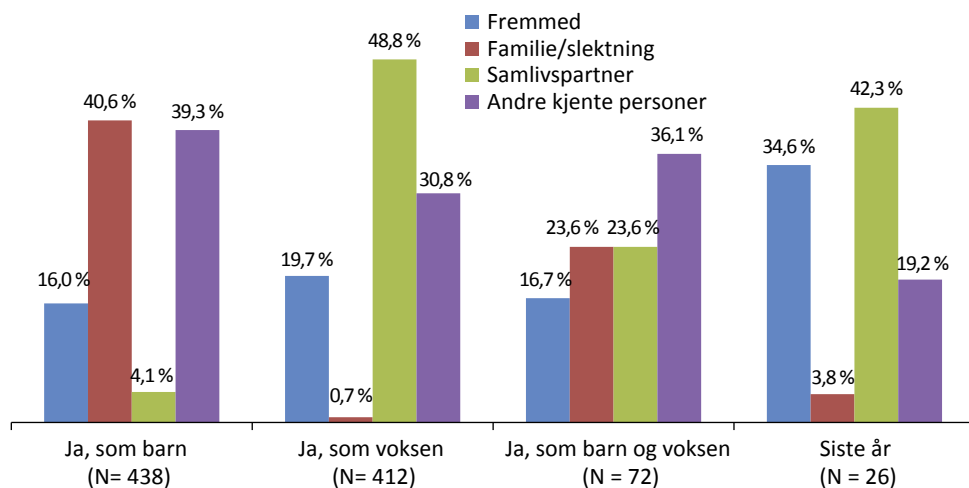
I alt 8202 kvinner svarte på spørsmålet om de hadde blitt presset til seksuell omgang (seksuelle overgrep).

Figur 4.9 Utsatt for press til seksuell omgang (seksuelle overgrep) HUBRO – kvinner (N=8202)



I alt var det 10,8 prosent som hadde vært utsatt noen gang. 5,2 prosent hadde blitt utsatt som voksne, 5,1 prosent som barn og 0,5 prosent hadde opplevd overgrep både som barn og voksne. 0,3 prosent av utvalget oppga at de hadde blitt presset til seksuell omgang siste år.

Figur 4.10 Utsatt for press til seksuell omgang (seksuelle overgrep) og typer av overgripere – HUBRO- kvinner



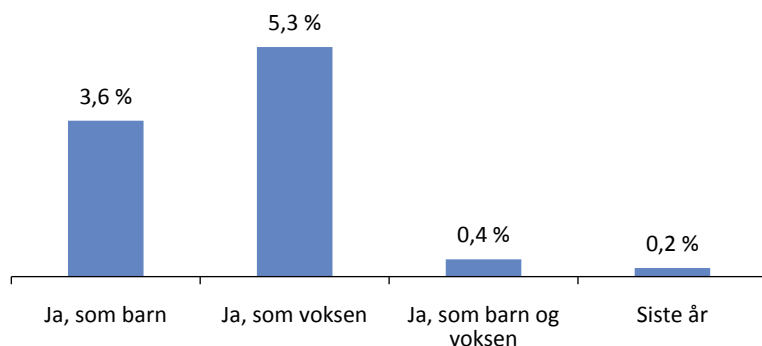
Ser vi på hvem som har presset kvinnene til seksuell omgang er mønsteret relativt likt som for fysiske overgrep og trusler.

4.1.5 Voldtekt eller voldtektsforsøk

HUBRO

I alt 8149 kvinner har svart på spørsmålet om det har vært utsatt for voldtekt eller voldtektsforsøk.

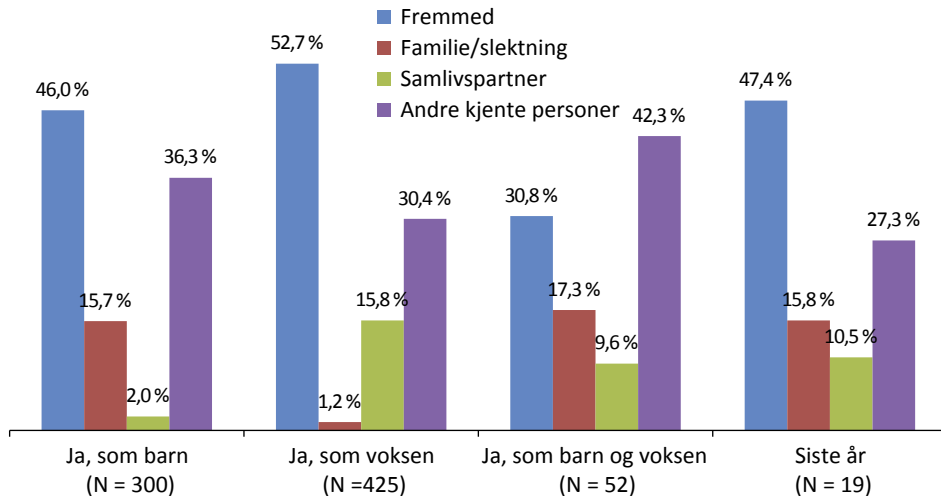
Figur 4.11 Utsatt for voldtekt eller voldtektsforsøk - HUBRO – kvinner (N=8149)



I alt hadde 9,3 prosent vært utsatt minst en gang, 3,6 prosent hadde vært utsatt som barn, 5,3 prosent som voksne og 0,4 prosent som både barn og voksne. 0,2 prosent hadde blitt voldtatt eller forsøkt voldtatt siste år.

Mens det var omtrent like store andeler av utvalget som hadde blitt presset til seksuell omgang som barn som etter at de var blitt voksne, er det altså flere som har blitt utsatt for voldtekt eller voldtektsforsøk som voksne enn da de var barn.

Figur 4.12 Utsatt for voldtekt eller voldtektsforsøk og typer av overgripere – HUBRO- kvinner



Mønsteret med hensyn til hvem som er utøver skiller seg her markant fra det en finner med hensyn til å ha vært presset til seksuell omgang. Mens det var samlivspartner og andre kjente som sto for storparten av tilfellene av påtvunget seksuell omgang med respondentene som voksne, og andre familiemedlemmer da de var barn, er det fremmede som står for flerparten av voldtektene og voldtektsforsøkene de hadde vært utsatt for som voksne, og det var også fremmede som var de vanligste overgriperne da de var barn.

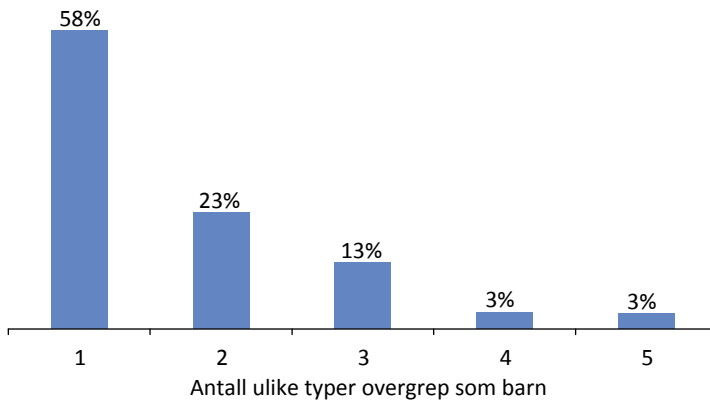
4.2 Polyviktisering

HUBRO

Halvparten av de som hadde vært utsatt for overgrep hadde vært utsatt for mer enn en type overgrep i løpet av livet, ofte benevnt som polyviktisering (Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007).

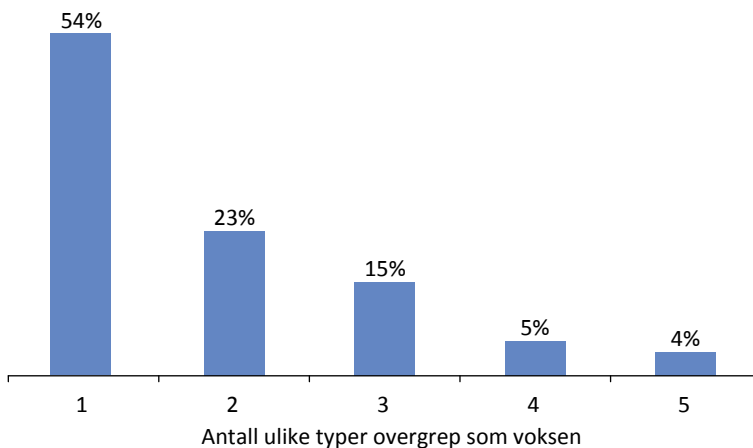
Av de som hadde vært utsatt som barn hadde 42 prosent vært utsatt for mer enn en type overgrep i løpet av barndommen. Ser vi på antallet ulike typer av overgrep de hadde opplevd, får vi følgende fordeling:

Figur 4.13 Andel av utsatte for overgrep som barn fordelt på antall ulike typer overgrep HUBRO – kvinner (N=1438)



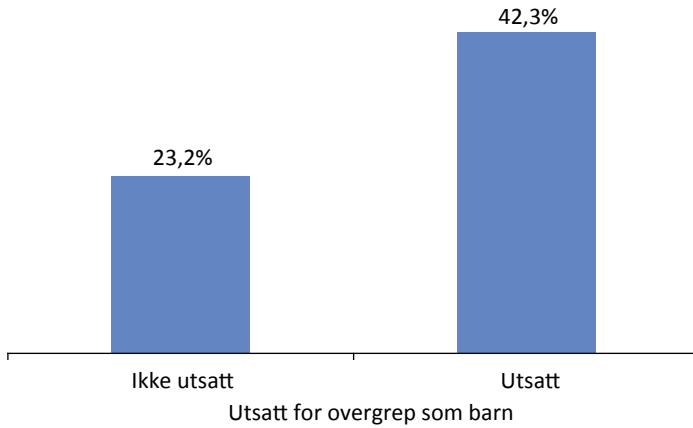
Av de som hadde vært utsatt som voksne hadde enda litt større andel, 46 prosent, vært utsatt for mer enn en type overgrep etter at de ble voksne. Ser vi på antallet ulike former for overgrep de hadde opplevd, får vi følgende fordeling:

Figur 4.14 Andel av utsatte for overgrep som voksne fordelt på antall ulike typer overgrep HUBRO – kvinner (N=2283)



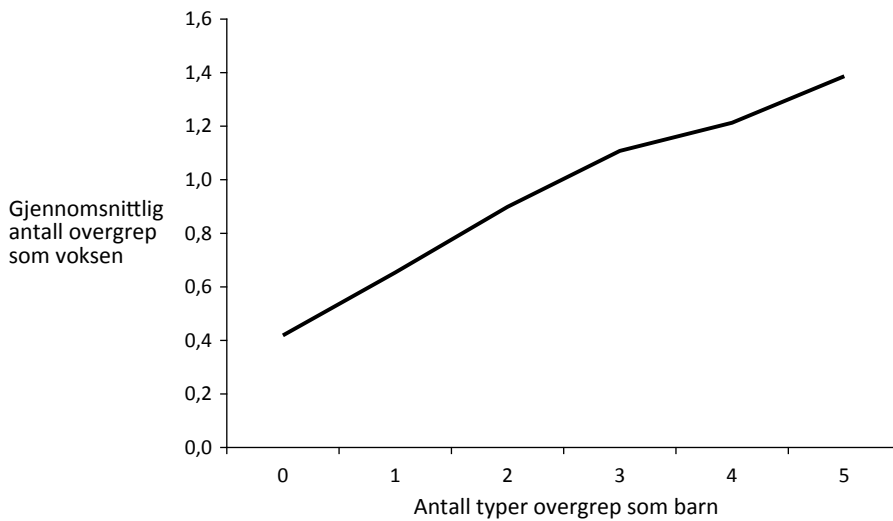
Det er også en klar sammenheng mellom å ha vært utsatt for overgrep som barn og å bli utsatt som voksen. Andelen som utsettes for overgrep som voksen er nesten dobbelt så stor blant de som var utsatt som barn som blant de som ikke var det ($p = 0,000$).

Figur 4.15 Andelen utsatt for minst ett overgrep som voksen blant de som har vært utsatt for overgrep som barn og de som ikke har vært utsatt. HUBRO kvinner (N = (8643)



Det er også en klar sammenheng mellom hvor mange ulike typer overgrep en har vært utsatt for som barn og hvor mange typer en har opplevd som voksen ($p < 0.001$)

Figur 4.16 Gjennomsnittlig antall ulike typer overgrep som voksen i forhold til antall ulike overgrep som barn. HUBRO kvinner (N = 8643)



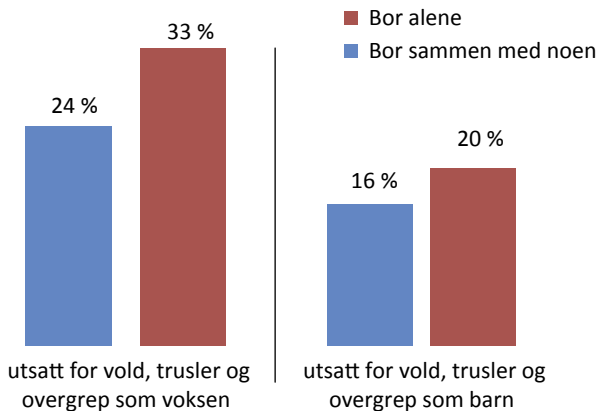
4.3 Sammenhenger med demografi, sosioøkonomi og livsstil

4.3.1 Sivilstatus

HUBRO

I undersøkelsen ble respondentene spurt om de bodde alene eller sammen med noen. Ser vi på det i sammenheng med voldsutsatthet som voksne og som barn, får vi følgende bilde:

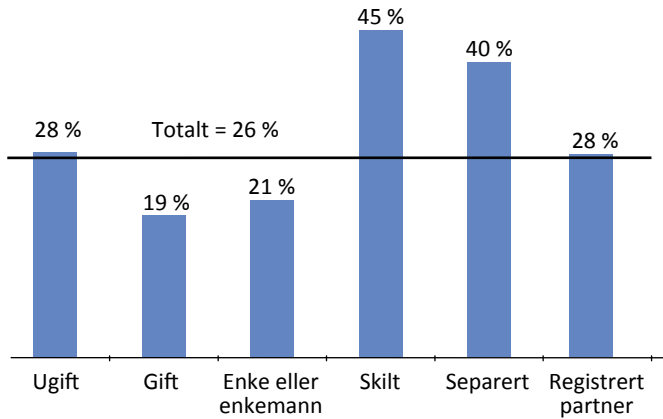
Figur 4.17 Andeler som har vært utsatt for minst en form for overgrep som voksen og som barn blant de som bor sammen med noen og de som bor alene HUBRO - kvinner (N=8643)



Det er en signifikant forskjell mellom de som bor alene og de som bor sammen med noen, både med hensyn å være utsatt for overgrep som voksen ($p < 0,001$) og som barn ($p < 0,001$). Også i andelen som har vært utsatt for overgrep siste år er det store forskjeller. Mens 7,8 prosent av de som bodde alene hadde vært utsatt for minst en type overgrep siste år, var det samme tilfelle med 4,3 prosent av de som bodde sammen med noen ($p < 0,001$).

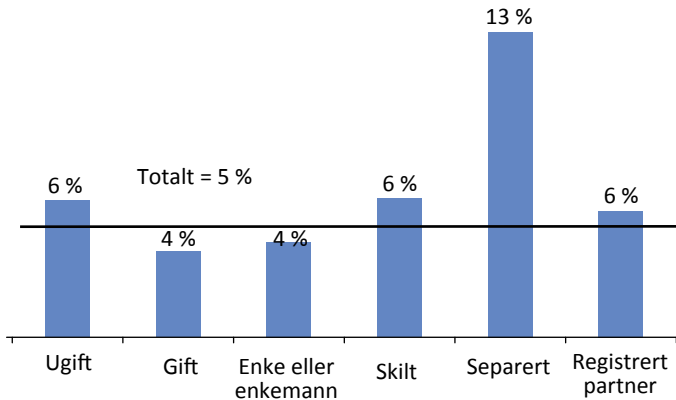
Ser vi på sivilstatus mer i detalj i forhold til overgrep i voksen alder får vi følgende oversikt:

Figur 4.18 Andel utsatt for minst en type overgrep som voksen og sivilstatus. HUBRO -kvinner(N=8643)



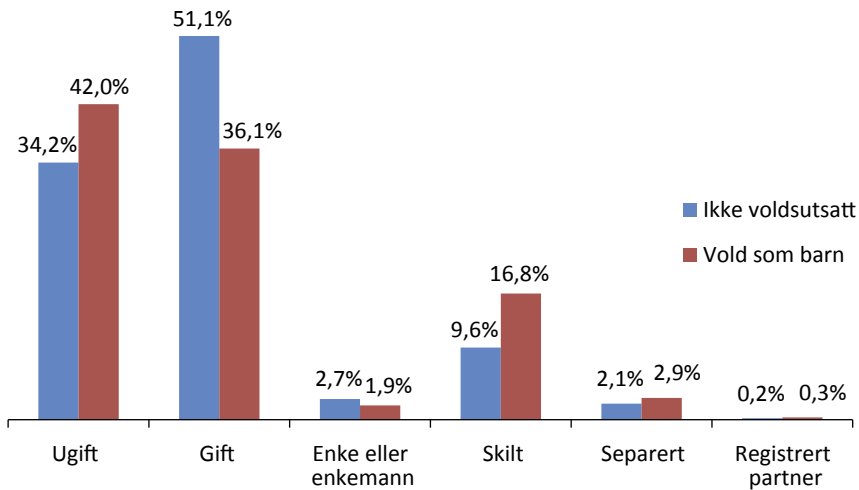
Det er de skilte og separerte som i størst grad oppgir at de har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep som voksne ($p < 0,001$). Hvorvidt dette skyldes at separerte og skilte i større grad er utsatt for overgrep, eller om det er slik at volden har vært medvirkende til separasjon og skilsmisse er vanskelig å avgjøre ut fra disse dataene.

Figur 4.19 Andel utsatt for minst en type overgrep siste år og sivilstatus. HUBRO -kvinner (N=8643)



Mønsteret er nokså likt også for de som har vært utsatt siste år. Det er imidlertid bare for fysiske overgrep og mishandling at sammenhengen med sivilstatus er signifikant, dobbelt så mange av de separerte som for resten av utvalget har vært utsatt for fysiske overgrep og mishandling siste år.

Figur 4.20 Utsatt for overgrep som barn og sivilstatus som voksen sammenliknet med dem som ikke har vært utsatt noen gang (N = 6968)

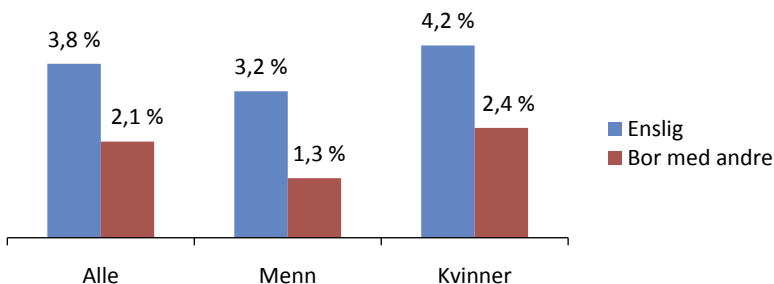


Ser vi på de som har vært utsatt for overgrep som barn, og sammenlikner dem med de som aldri har vært utsatt, finner vi klare forskjeller med hensyn til nåværende sivilstatus. Det er vesentlig flere av de som aldri har vært utsatt som er gift enn av de som hadde vært utsatt for overgrep som barn. Motsatt er det flere ugifte, skilte og separerte blant de utsatte.

HUSK

Også i HUSK ser sivilstatus ut til å ha betydning. De som bor alene er signifikant ($p = 0,003$) mer voldsutsatte enn de som bor sammen med andre. Denne forskjellen gjelder både for menn ($p = 0,013$) og kvinner ($p = 0,017$)

Figur 4.21 Andeler utsatte for fysisk vold siste år fordelt på de som bor sammen med noen og de som bor alene og kjønn. HUSK (N=9417)



4.3.2 Utdanning

HUBRO

Vi fant ingen signifikant sammenheng mellom utdanningsnivå og overgrepsutsatthet for kvinnene i HUBRO, verken når det gjelder overgrepsutsatthet som barn, som voksen eller siste år.

HUSK

Heller ikke i HUSK fant vi noen signifikant sammenheng mellom utdanningsnivå og utsatthet for fysisk vold siste år.

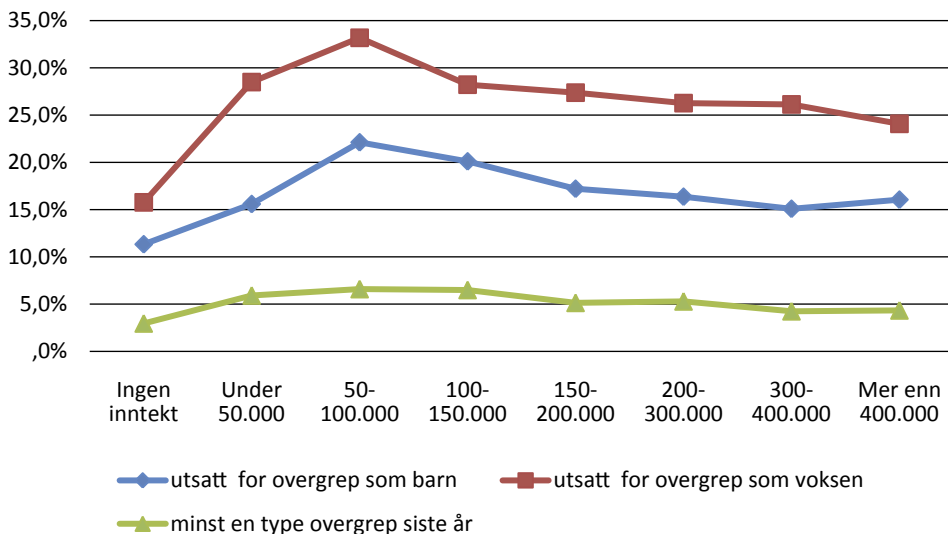
4.3.3 Sosioøkonomisk status

HUBRO

I HUBRO er det flere variable som kan brukes som indikator på sosioøkonomisk status; yrkesstatus, om en mottar sosialhjelp eller andre offentlige stønader, samt egen og husstandens inntekt siste år. Det er klare sammenhenger mellom flere av disse indikatorene og utsatthet for overgrep.

Ser vi på forholdet mellom inntekt og utsatthet for overgrep finner vi sammenhenger mellom egen inntekt og utsatthet for vold som barn ($p = 0,001$) og som voksen ($p = 0,001$), men ikke med voldsutsatthet siste år ($p = 0,164$).

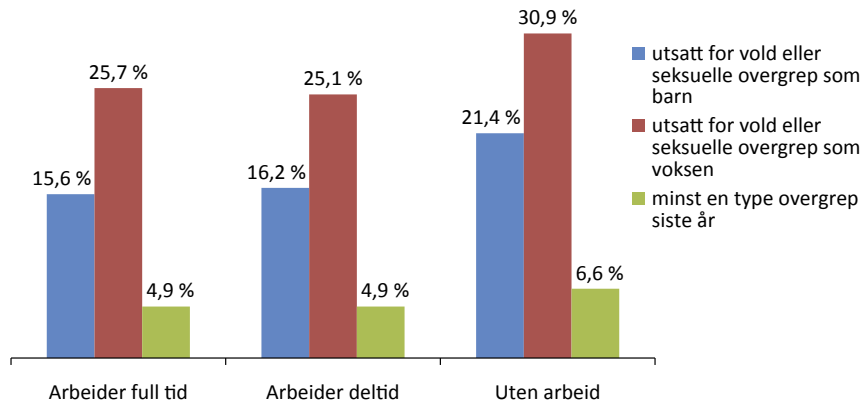
Figur 4.22 Andel voldsutsatte som barn, voksen og siste år fordelt på eget inntektsnivå. HUBRO kvinner $N = 8369$



Vi finner også sammenhenger mellom husstandens samlede inntekt og utsatthet, men disse sammenhengene blir imidlertid svekket og til dels ikke lenger signifikante når vi kontrollerer for sivilstatus.

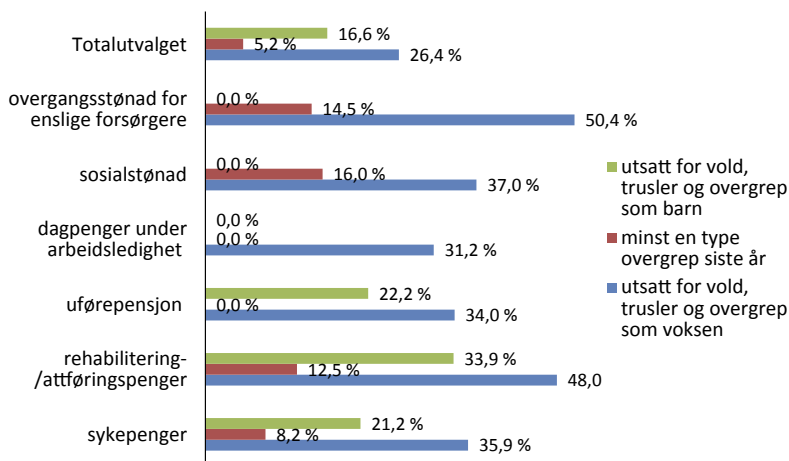
Det er også en signifikant sammenheng mellom arbeidsstatus og utsatthet for overgrep.

Figur 4.23 Arbeidsstatus og utsatthet for overgrep. Prosent. HUBRO - kvinner (N=8464)



Ser vi på utsatthet i forhold til de ulike formene for offentlig stønad; sykepenger, rehabiliterings-/attføringspenger, uførepensjon, dagpenger under arbeidsledighet, sosialhjelp/-stønad og overgangsstønad for enslige forsørgere, ser vi at det er en sammenheng mellom flere av dem og utsatthet for overgrep, både som barn og voksen. I nedenstående figur har vi bare vist de sammenhengene som er signifikante.

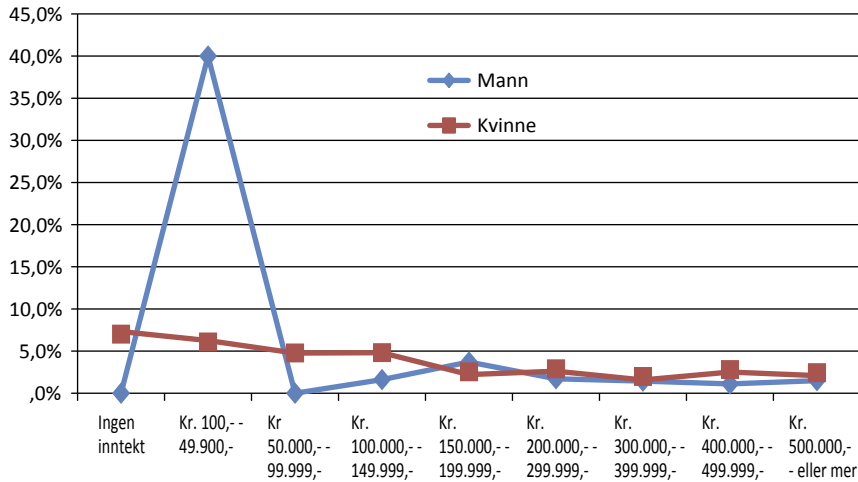
Figur 4.24 Andelen utsatte blant mottakere av ulike former for offentlig stønad og utsatthet for overgrep (N=8643)



HUSK

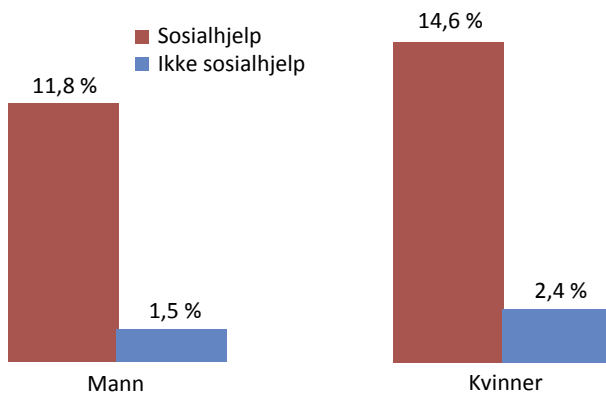
Ser vi voldsutsattheten siste år i forhold til husholdningens samlede inntekt finner vi en signifikant sammenheng, voldsraten synker med stigende inntekt både for menn og kvinner

Figur 4.25 Andel voldsutsatte siste år fordelt på husholdningens inntektsnivå HUSK (N = 8956)



I alt var det 1612 personer i utvalget i HUSK, 14,6 prosent, som mottok en eller annen form for offentlig stønad. Disse var samlet sett ikke mer utsatt for fysisk vold siste år enn utvalget for øvrig. Ser vi derimot spesifikt på de som mottok sosialhjelp var de klart mer utsatt for vold siste år enn de øvrige både blant mennene ($p = 0,003$) og kvinnene ($p < 0,000$).

Figur 4.26 Andel voldsutsatte siste år etter mottakere og ikke mottakere av sosialhjelp etter kjønn (N = 8946)

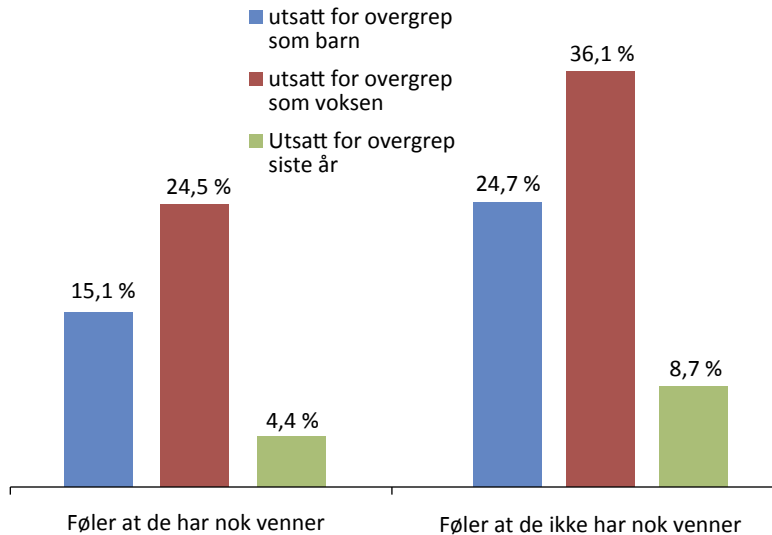


4.3.4 Sosial kontakt

HUBRO

I Hubro ble det spurt om respondentene følte at de hadde nok gode venner og om de hadde følt seg ensomme de to siste ukene.

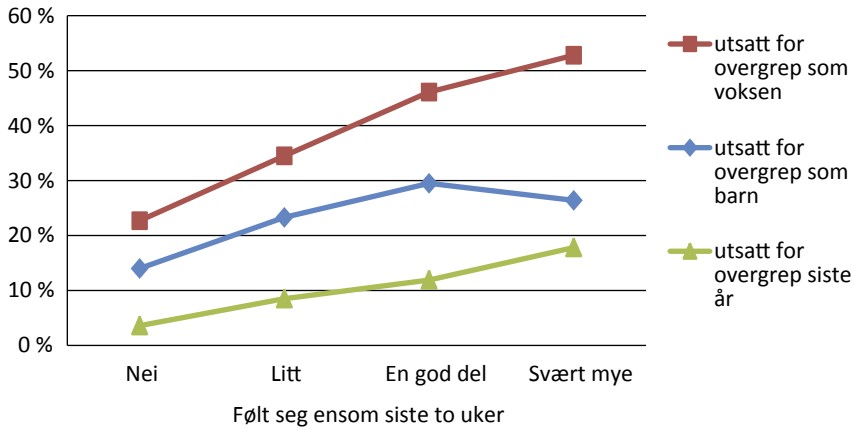
Figur 4.27 Opplevelse av å ha nok gode venner og utsatthet for overgrep HUBRO kvinner (N=8436)



Blant de som følte at de ikke hadde nok gode venner var flere som enn blant de som følte at de hadde nok gode venner, som hadde vært utsatt for overgrep både som barn ($p < 0,001$), som voksen ($p < 0,001$), og siste år ($p < 0,001$).

Tilsvarende var det flere blant de som hadde følt seg en god del eller svært ensomme de to siste ukene enn blant dem som ikke følte seg ensomme, eller bare litt ensomme, som hadde vært utsatt for overgrep, både som barn ($p < 0,001$), som voksne ($p < 0,001$), og siste år ($p < 0,001$).

Figur 4.28 Følt seg ensom siste to uker og utsatthet for overgrep HUBRO kvinner (N=8467)

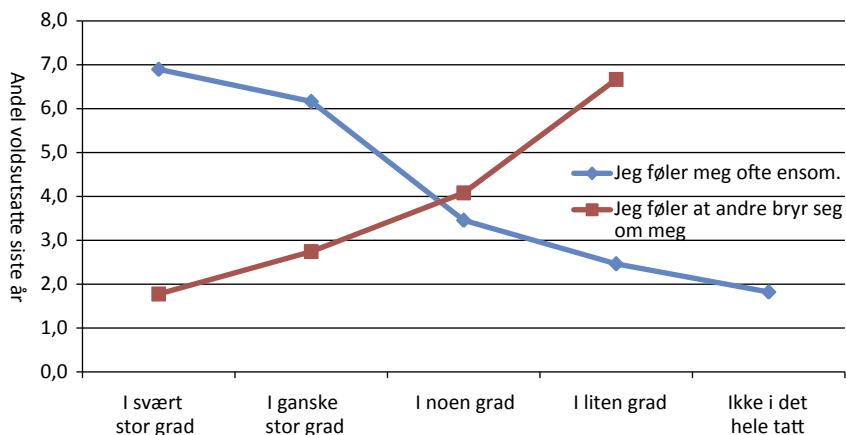


HUSK

I HUSK undersøkelsen spørres både om den faktiske grad av sosial kontakt, om antall venner og om deltakelse i fritidsaktivitet, og det spørres om opplevelse av sosial kontakt, om en føler at en har nok venner. Det var ingen signifikante sammenheng mellom utsatthet for vold og disse variablene, verken for kjønnene samlet eller hver for seg.

Derimot ser det ut til å være en sammenheng mellom opplevelsen av ensomhet ($p = 0,009$) og mangel på omsorg ($p = 0,04$) og voldsutsatthet. Disse spørsmålene er imidlertid bare stilt til en del av kvinnene i utvalget.

Figur 4.29 Andel voldsutsatte siste år og opplevelse av ensomhet og omsorg HUSK -kvinner (N = 2620)

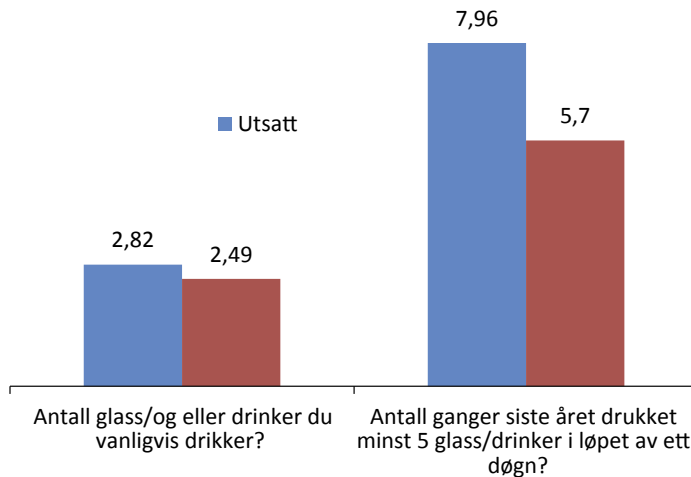


4.3.5 Alkoholbruk

HUBRO

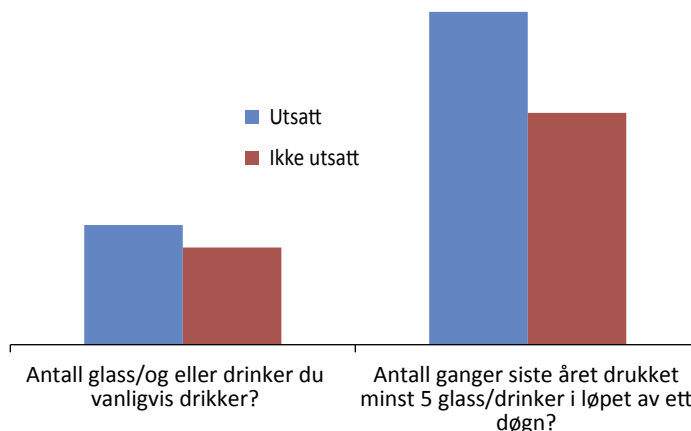
I HUBRO finner vi ikke noen klar sammenheng mellom hvor ofte respondentene drikker og hvor utsatt de er for overgrep som voksne. Derimot finner vi en signifikant sammenheng mellom volumet på alkoholkonsumet, både i form av antall glass/drinker en vanligvis drikker ($p = 0,001$) og i form av hvor ofte en drikker mer enn fem glass i løpet av et døgn ($p < 0,001$), og utsatthet for overgrep i voksen alder.

Figur 4.30 Utsatt for overgrep i voksen alder og alkoholkonsum. HUBRO kvinner (N = 7386)



Det samme mønsteret finner vi også for utsatthet siste år, men her er det også en signifikant sammenheng med hvor ofte en har drukket alkohol siste år ($p = 0,03$).

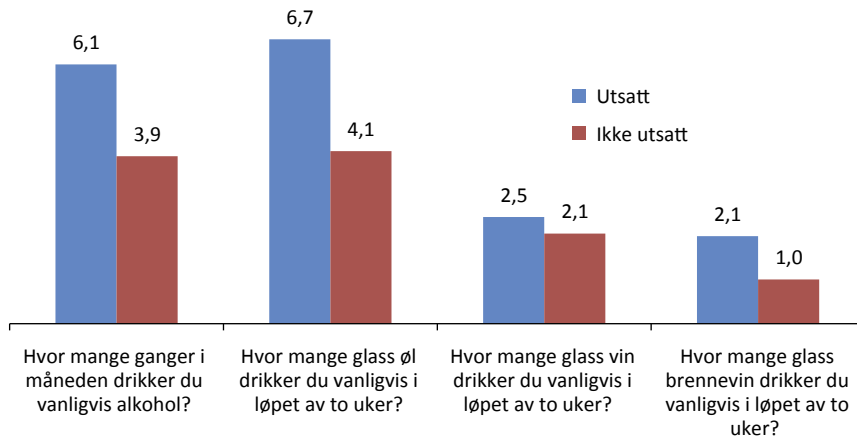
Figur 4.31 Utsatt for overgrep siste år og alkoholkonsum. HUBRO kvinner (N = 7386)



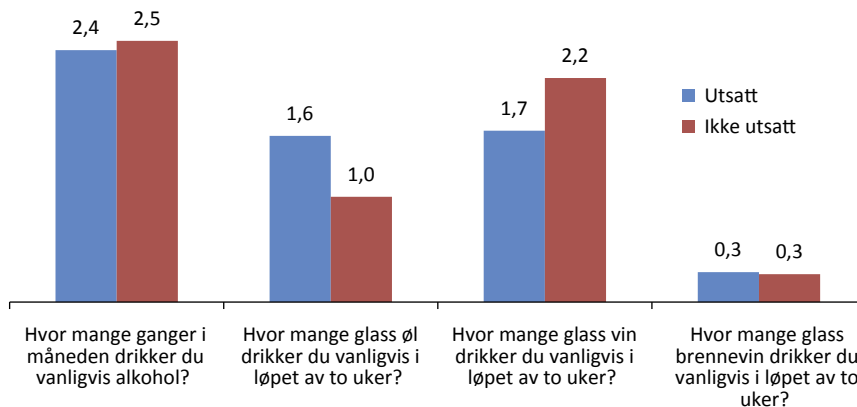
HUSK

Også i HUSK undersøkelsen er det stilt flere spørsmål om alkoholkonsum. Vi finner en signifikant sammenheng mellom ølkonsum og voldsutsatthet siste år både for menn ($p = 0,01$) og for kvinner ($p = 0,002$). For mennenes del er det også sammenheng med hvor ofte de drikker ($p = 0,001$). Vi finner derimot ingen sammenheng mellom hvor mye vin og brennevin de drikker og utsatthet for vold siste år.

Figur 4.32 Alkoholkonsum i forhold til voldsutsatthet siste år. HUSK. Menn. (N= 2354)



Figur 4.33 Alkoholkonsum i forhold til voldsutsatthet siste år. HUSK. Kvinner. (N= 5328)

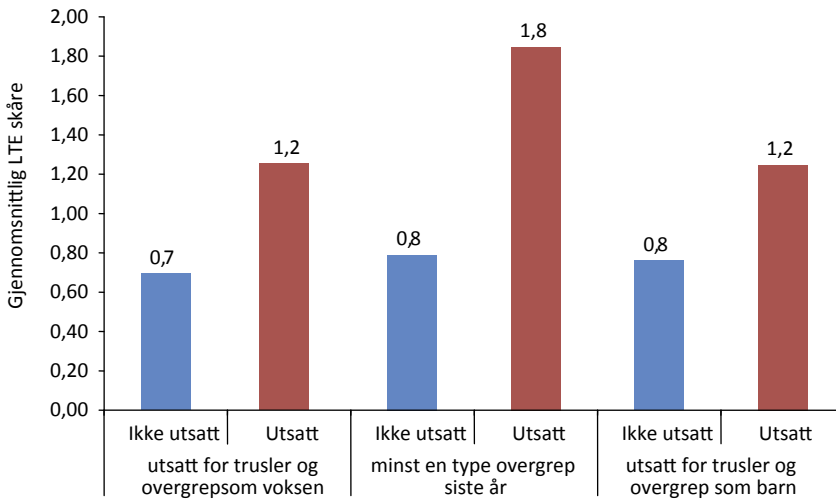


4.3.6 Negative livshendelser og problemer

HUBRO

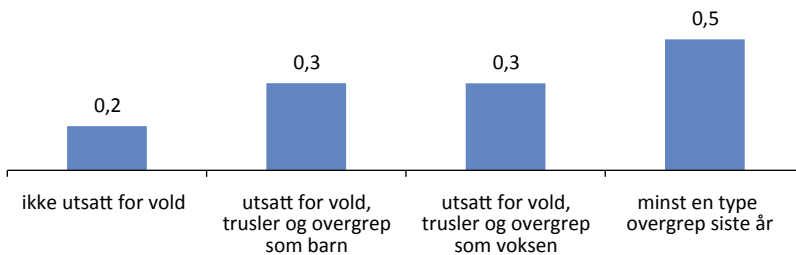
Det er en klar sammenheng mellom å være utsatt for vold, overgrep eller trusler, både som barn og voksen, og hvor mange andre negative livshendelser og problemer en opplever. I HUBRO blir LTE skalaen (List of threatening experiences) brukt for å måle dette. Ser vi på de gjennomsnittlige skårene på LTE skalaen i forhold til utsatthet for overgrep og trusler får vi følgende bilde:

Figur 4.34 Utsatt for overgrep og trusler i voksen alder, siste år og som barn og gjennomsnittlige LTE skårer. HUBRO - kvinner (N=8214)



De som har vært utsatt for trusler og overgrep som voksne eller barn, skårer markant høyere på LTE skalaen enn de som ikke har det ($p < 0,001$). Det samme mønsteret kommer frem når vi sammenholder det å ha vært utsatt for overgrep og trusler med å skåre over en grenseverdi på to problemer på LTE skalaen.

Figur 4.35 Andel som skårer over grenseverdi på to problemer på LTE skalaen i forhold til om de har vært utsatt for trusler og overgrep HUBRO - kvinner (N=8214)

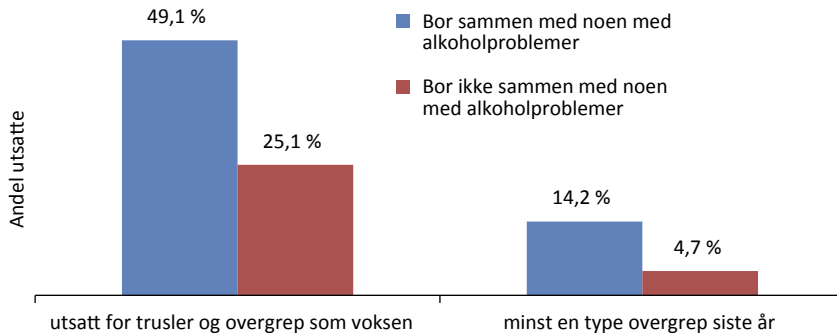


LTE skalaen kan deles i tre subskalaer, for individuelle traumer, relasjonelle problemer og sosiale og samfunnsmessige vansker. Logistiske regresjoner med henholdsvis utsatthet for trusler og vold som voksen og utsatt for minst en hendelse siste år som avhengige variable, og med skårene på de tre subskalaene som uavhengige variable, viser at det er relasjonelle problemer som har sterkest sammenheng med både overgrep i voksen alder og utsatthet siste år.

I tillegg til spørsmålene som inngår i LTE skalaen ble respondentene også spurt om andre problemer, blant annet om de bodde sammen men noen som hadde alkoholpro-

blemer. Dette spørsmålet var bare aktuelt å besvare for de som bodde sammen med noen.

Figur 4.36 *Bor sammen med noen med alkoholproblemer og andel utsatte for trusler og overgrep som voksen og siste år. HUBRO kvinner (N=6066)*



Som vi ser er andelen som har vært utsatt for overgrep og trusler som voksen nesten dobbelt så stor blant de som bor sammen med en med alkoholproblemer som blant de som ikke gjør det ($p < 0,001$) og nesten tre ganger så stor med hensyn til å ha vært utsatt siste år ($p < 0,001$).

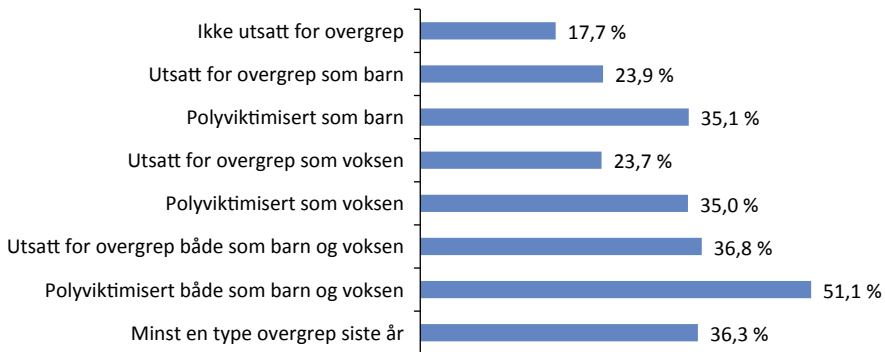
4.4 Sammenhenger med helse

4.4.1 Generell helse

HUBRO

På et generelt spørsmål om hvordan de opplever helsen sin nå, var det litt over en femtedel av kvinnene i HUBRO, 20,8 prosent, som svarte at de opplevde den som dårlig eller ikke helt god. De kvinnene som oppga at de hadde vært utsatt for overgrep oppga imidlertid langt oftere at de hadde dårlig eller ikke helt god helse ($p < 0,001$).

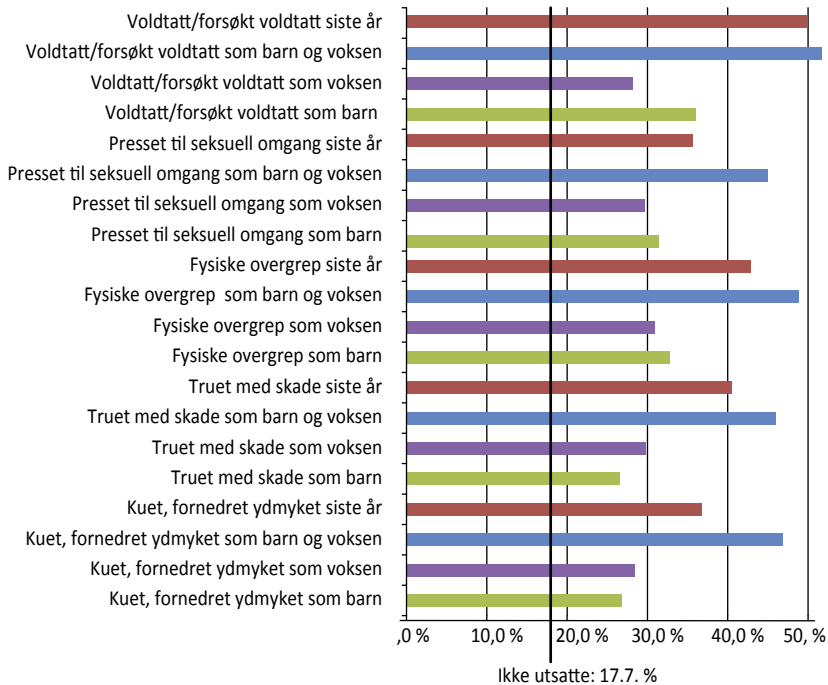
Figur 4.37 Andeler utsatte for overgrep som mener helsen nå er dårlig eller ikke helt god HUBRO kvinner (N=8551)



De som har vært utsatt for flere typer overgrep (polyviktimitisert) rapporterer i større grad om dårlig eller ikke god helse enn de som bare har vært utsatt for en type, enten polyviktimitiseringen har vært som barn, som voksen eller begge deler. Dette kan tyde på at det eksisterer et dose- responsforhold mellom vold og helse, jo mer vold en har vært utsatt for jo mer sannsynlig er det at en oppgir å ha helseplager. At de som har vært utsatt både som voksne og barn i større grad rapporterer om sviktende helse enn de som bare har vært utsatt enten som voksne eller som barn, kan også tyde på at ikke bare antallet ulike former for overgrep, men også det å ha vært utsatt over en lengre tidsperiode, har betydning.

De ulike typene av vold og overgrep viste også hver for seg en sammenheng med hvordan respondentene vurderte sin egen helse. Andelene med dårlig eller ikke helt god helse var klart høyere blant dem som hadde opplevd overgrep enn blant de som ikke hadde opplevd noe, uansett hvilken type overgrep det var snakk om ($p < 0,001$).

Figur 4.38 Andeler med dårlig eller ikke helt god helse blant utsatte for ulike typer overgrep som barn, voksne og/eller siste år HUBRO kvinner (N = 8116)



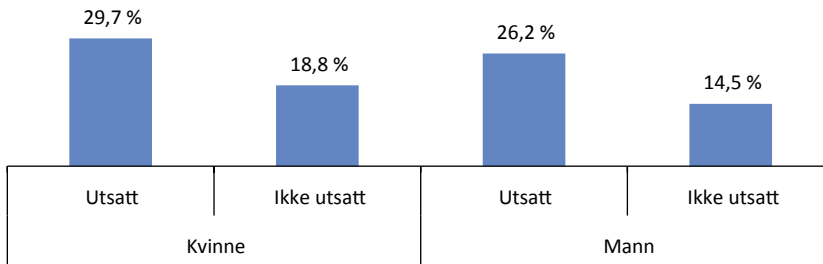
HUSK

I HUSK undersøkelsen stilles flere spørsmål om helse og livskvalitet; og det spørres om respondentene har vært sykmeldt med egenmelding og av lege, og om hvor lenge sykmeldingen har vart.

På spørsmålet om hvordan helsen din er nå, svarer 18,4 prosent av respondentene i HUSK at den er dårlig eller ikke helt god. Det er flere kvinner, 19,7 prosent, enn menn, 15,3 prosent, som sier at helsen er dårlig eller ikke helt god.

Å ha vært utsatt for fysisk vold siste år hadde en klar sammenheng med vurderingen av egen helse på tidspunktet undersøkelsen ble gjort. Andelene som mente helsen var dårlig, eller ikke helt god, var betydelig høyere hos dem som rapporterte vold siste år, men sammenhengen var bare signifikant for kvinner ($p = 0,002$).

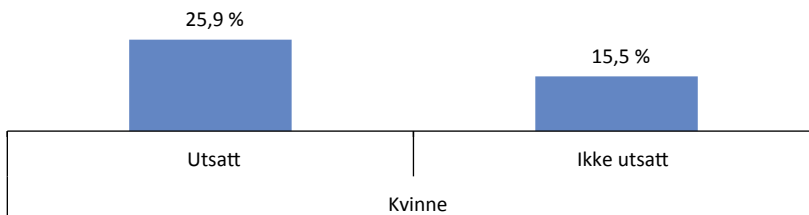
Figur 4.39 Andeler som mener helsen nå er dårlig eller ikke helt god blant utsatte og ikke utsatte for fysisk vold siste år HUSK (N = 9417)



Respondentene ble også spurt om de ville si at helsen deres *stort sett* var enten utmerket, meget god, god, ikke helt god eller dårlig. Det var atskillig færre som svarte at den var dårlig eller ikke helt god på dette spørsmålet enn det var som svarte at den var dårlig eller ikke helt god på spørsmålet om helse *akkurat nå*. I alt var det 15,6 prosent som sa at helsen stort sett var dårlig eller ikke helt god, også her var det flere kvinner, 16,4 prosent, enn menn, 13,7 prosent, som mente helsen var dårlig eller ikke helt god.

Også her var det sammenheng mellom å ha vært utsatt for fysisk vold siste år og vurdering av helsen.

Figur 4.40 Andeler som mener helsen stort sett er dårlig eller ikke helt god blant utsatte og ikke utsatte for fysisk vold siste år HUSK (N = 9417)

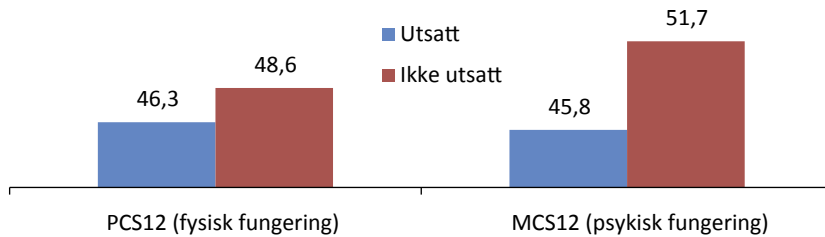


Andelen kvinner som syntes helsen stort sett var dårlig eller ikke helt god var signifikant høyere ($p = 0,002$) blant dem som hadde opplevd fysisk vold siste år enn blant dem som ikke hadde vært utsatt. For mennene var ikke forskjellen signifikant.

Som beskrevet foran inngår SF-12 (Short-Form Health Survey) i HUSK. Gjennomsnittlig skåre på SF-12-målene for psykisk og fysisk fungering i den delen av HUSK vi har tatt med (N= 9632), var på 48,4 for fysisk fungering og 51,4 på psykisk fungering. Det var imidlertid signifikante kjønnsforskjeller, mennene skåret klart over kvinnene på begge helsemålene, i snitt mellom ett og to poeng høyere.

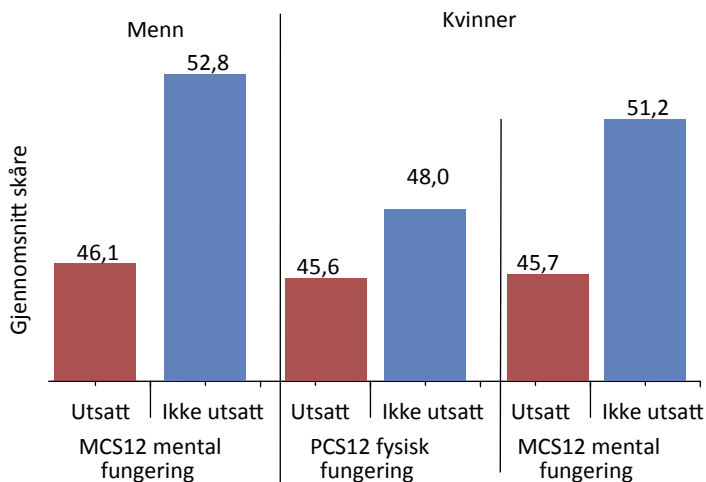
Det er også en signifikant forskjell i skårene på begge målene for voldsutsatte og ikke voldsutsatte siste år ($p < 0,001$). De utsatte skårer et par prosentpoeng lavere enn de ikke-utsatte i fysisk fungering og fem prosentpoeng lavere i psykisk fungering.

Figur 4.41 Gjennomsnittlige skårer på SF-12 skalaene for fysisk og psykisk fungering for utsatte og ikke utsatte for fysisk vold siste år HUSK (N = 8319)



Når vi splitter på kjønn finner vi imidlertid at det for mennenes del ikke er noen signifikant forskjell mellom voldsutsatte og ikke voldsutsatte i skårene på fysisk fungering. For skårene for psykisk fungering består forskjellene mellom de voldsutsatte og ikke voldsutsatte også når vi kontrollerer for kjønn.

Figur 4.42 SF-12 skårer fordelt på kjønn og voldsutsatthet siste år HUSK (N = 8319)



Fysisk og psykisk helse varierer også med sosioøkonomiske forhold, men voldsut-satthet siste år beholder en signifikant påvirkning på SF-12 skårene også når vi kontrollerer for husholdningens inntekt og om respondenten har mottatt sosialhjelp.

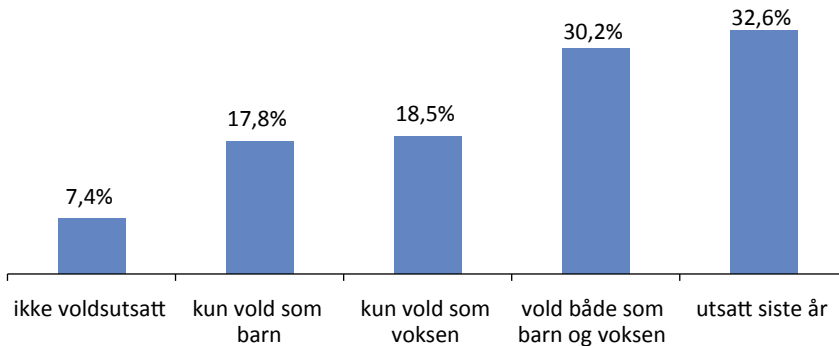
4.4.2 Sammenhenger med psykisk helse

HUBRO

I HUBRO undersøkelsen finner vi en sterk sammenheng mellom utsatthet for overgrep og trusler og psykiske plager, målt både ved HSCL-10 skalaen og CONOR7-MHI.

Som nevnt i metodekapitlet har en i HUBRO undersøkelsen satt en grenseverdi for psykiske plager på 1,85 poeng. Over dobbelt så stor andel skårer over denne grenseverdien for psykiske plager blant de kvinnene som har vært utsatt for overgrep enten som barn eller i voksen alder, som blant de som ikke har vært utsatt ($p < 0,001$). Blant de som har vært utsatt både som barn og voksne, og blant de som har vært utsatt siste år, er det over fire ganger flere som skårer over grenseverdien enn blant de som ikke har vært utsatt ($P < 0,001$).

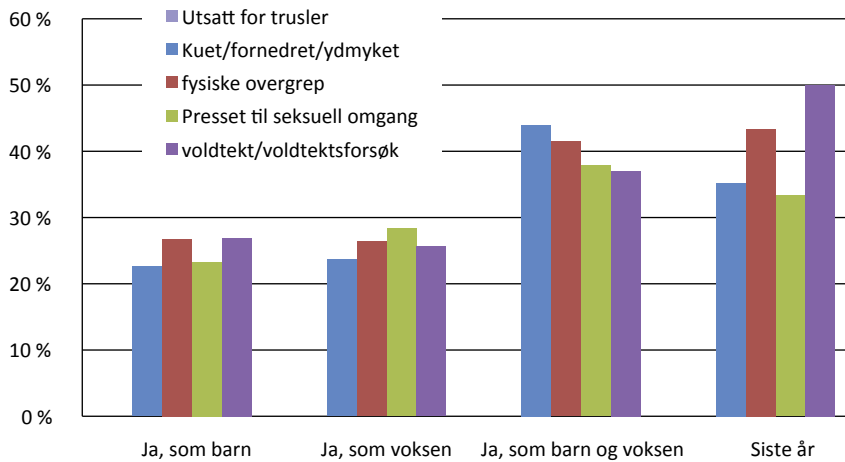
Figur 4.43 Andeler med psykiske plager i følge HSCL-10 skalaen blant utsatte for overgrep som barn, i voksen alder og siste år. HUBRO kvinner (N = 8229)



Andelene blant de overgreps- og trusselutsatte som skårer over grensen for psykiske plager (på 2,15 poeng) i CONOR7-MHI er så godt som identisk med andelene fra HSCL-10, henholdsvis åtte prosent blant dem som ikke har vært utsatt noen gang, 15 prosent blant dem som kun hadde vært utsatt som barn, 17 prosent blant dem som har vært utsatt kun som voksne, 29 prosent blant dem som hadde vært utsatt både som barn og voksne og 31 prosent blant dem som har vært utsatt siste år.

Ser vi på de ulike formene for overgrep for seg, får vi følgende bilde:

Figur 4.44 Andeler som skårer over grensen for psykiske plager i HSCL-10 i forhold til type overgrep. HUBRO - kvinner (N=7840)

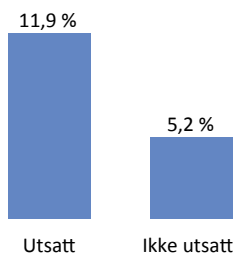


Som det fremgår av figuren er det blant de som har vært utsatt for overgrep både som voksne og barn, og blant de som har vært utsatt siste år, vi finner den største andelen med psykiske plager på undersøkelsestidspunktet. Dette gjelder uansett hvilken type overgrep det er snakk om. Dette kan tyde på at både nærhet i tid og varigheten av overgrepene er viktige faktorer i sambandet mellom overgrep og psykiske plager.

HUSK

Ifølge CONOR-skalaen har 5,6 prosent av utvalget i HUSK psykiske plager (med en grenseverdi på 2,15). Det er en signifikant forskjell i andelen med psykiske plager mellom de som har vært utsatt for vold siste år og de som ikke har det ($p < 0,001$).

Figur 4.45 Andeler med psykiske plager i følge CONOR7-MHI blant utsatte og ikke utsatte for vold siste år HUSK (N=8873)

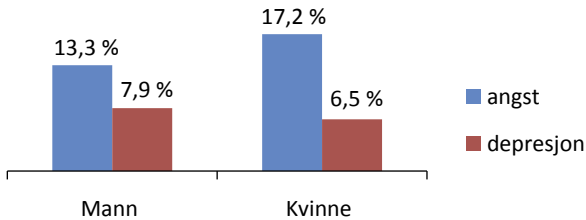


Disse forskjellene opprettholdes også når vi splitter på kjønn.

HADS-12 skalaen (se kapittel 3.3.2 for nærmere omtale) er delt i to subskalaer, en for angst og en for depresjon. I HUSK-utvalget skårer 16 prosent over grenseverdien på

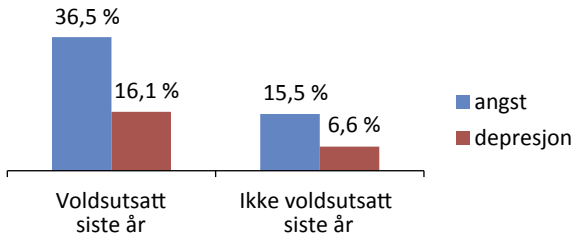
angstskalaen og 6,9 prosent over grenseverdien på depresjonsskalaen (med en grenseverdi på 8). Det er signifikante kjønnsforskjeller mellom andelene menn og kvinner som skårer over grenseverdiene både på angstskalaen ($p < 0,001$) og på depresjonsskalaen ($p = 0,026$).

Figur 4.46 Andeler menn og kvinner som skårer over grenseverdiene på angstskalaen og depresjonsskalaen i HADS. HUSK (N=8128)



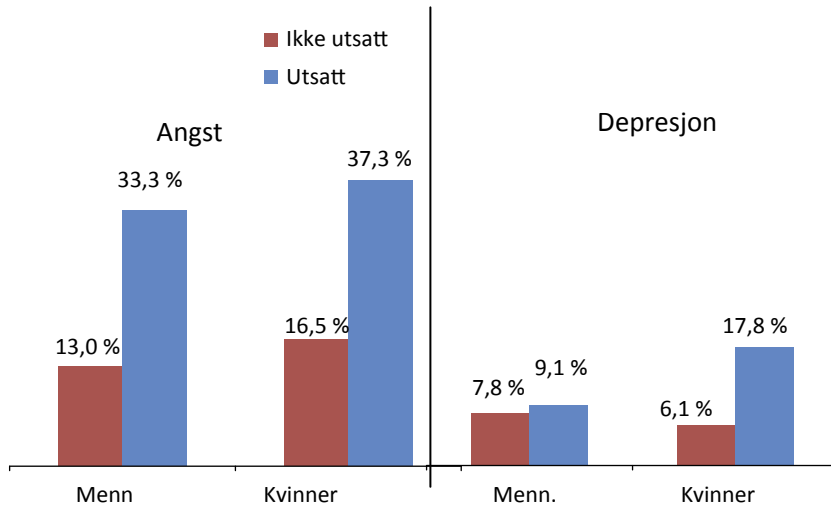
Det er også signifikante forskjeller mellom de som har vært utsatt for fysisk vold siste år og de som ikke har det i andelene som skårer over grenseverdiene både på angstskalaen ($p < 0,001$) og depresjonsskalaen ($p < 0,001$)

Figur 4.47 Andeler voldsutsatte siste år og ikke voldsutsatte siste år som skårer over grenseverdiene på angstskalaen og depresjonsskalaen i HADS. HUSK (N=8112)



Ser vi på andelene blant de voldsutsatte og ikke voldsutsatte siste år som skårer over grenseverdiene på HADS skalaene for angst og depresjon for hvert kjønn for seg, finner vi en klar kjønnsforskjell.

Figur 4.48 Andeler som skårer over grenseverdiene på angstskaalen og depresjonsskaalen i HADS fordelt på voldsutsatthet siste år og kjønn. HUSK (N = 9417)



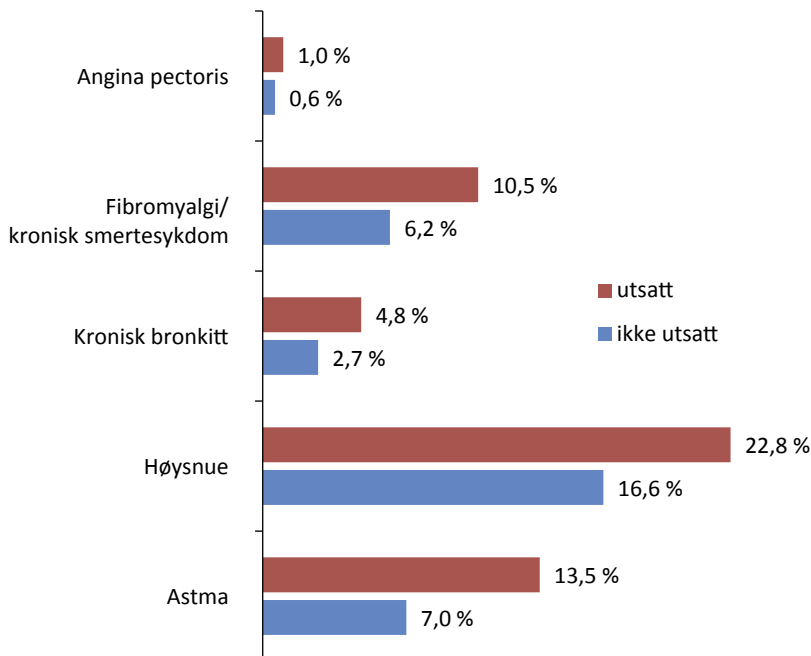
På angstskaalen var forskjellen mellom de voldsutsatte og de ikke voldsutsatte i andeler som skåret over grensen, omtrent den samme for kvinner og menn, og forskjellen fra de ikke voldsutsatte var signifikante for begge kjønn ($p = 0,001$). På depresjonsskaalen derimot, ser det ut til at å ha vært utsatt for fysisk vold siste år bare økte andelen blant kvinnene som skåret over grensen ($p < 0,001$), mens for mennenes del ser volden ikke ut til å ha ført til noen signifikant endring. Det kan altså se ut til at å utsettes for vold førte til økt angst for begge kjønn, men bare førte til mer depresjon for kvinnene i utvalget.

4.4.3 Sammenhenger med somatiske sykdommer

HUBRO

I HUBRO undersøkelsen er respondentene spurt om de har eller har hatt en rekke spesifikke sykdommer og når de i tilfelle fikk sykdommen første gang. Når vi ser på enkelte sykdommer finner vi at de som hadde vært utsatt for overgrep oftere oppga å ha flere av sykdommene.

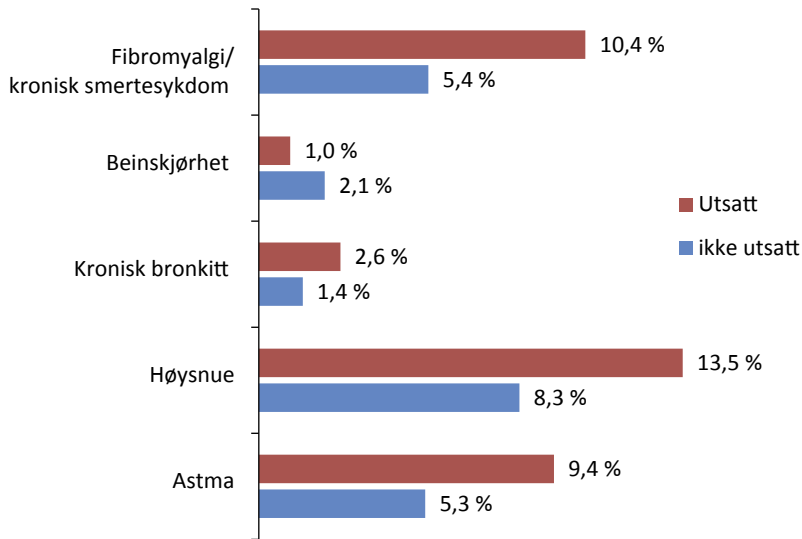
Figur 4.49 Andel med ulike sykdommer blant utsatte og ikke utsatte for trusler og overgrep. HUBRO kvinner (N=8352)



De som hadde vært utsatt for overgrep, enten som barn, som voksne, eller begge deler, hadde en signifikant større tilbøyelighet til også å oppgi at de hadde eller hadde hatt luftveissykdommer som astma, høysnue og kronisk bronkitt ($p < 0,001$). Det var også en større andel av de overgrepsutsatte som oppga å ha fibromyalgi eller kronisk smertesykdom ($p < 0,001$), og det var flere som hadde angina pectoris ($p = 0,03$). For de øvrige sykdommene var det ikke noen signifikant større sykkelighet blant de overgrepsrammede.

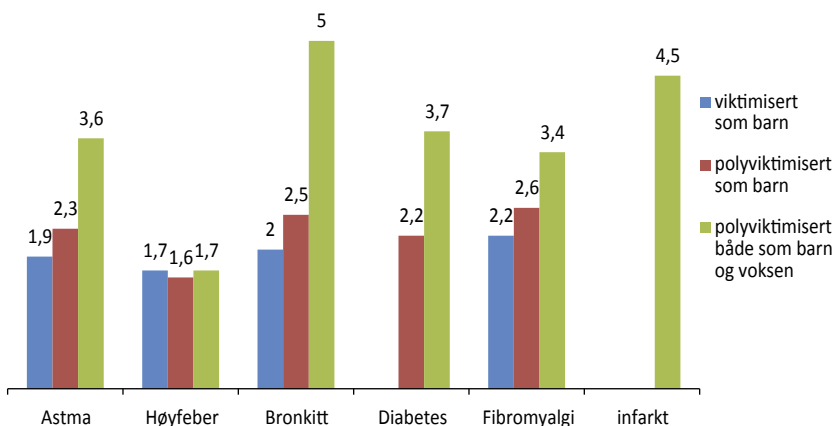
Det er imidlertid ikke gitt at det at de hadde sykdommene er påvirket av at de hadde vært utsatt for overgrep. I og med at vi ikke vet hva som kom først, sykdommen eller overgrepene, er det også mulig at risikoen for å utsettes for overgrep er påvirket av at en har, eller har hatt, bestemte sykdommer. I HUBRO undersøkelsen er imidlertid de som har oppgitt å ha de ulike sykdommene også spurt om alder når de fikk sykdommen første gang. Samtidig vet vi også om det var som barn eller voksne de første gang ble utsatt for vold. Ser vi på de som var utsatt for overgrep som barn, men fikk sykdommen først da de var eldre enn 18 år, får vi følgende oversikt:

Figur 4.50 Andeler som har fått ulike sykdommer som voksne blant utsatte for trusler og overgrep som barn og blant de som ikke har vært utsatt noen gang. HUBRO kvinner (N=6753)



Sammenliknet med de som ikke har vært utsatt for overgrep noen gang er det signifikant høyere andeler av de som har vært utsatt for overgrep som barn som har fått astma, høysnue, fibromyalgi ($p < 0,001$) og kronisk bronkitt ($p = 0,002$) som voksne, mens det er en signifikant lavere andel som har utviklet beinskjørhet som voksne ($p = 0,009$).

Figur 4.51 Risiko (odds ratio) for å få ulike sykdommer som voksen dersom en har vært utsatt for overgrep som barn, eller polyviktisert som barn eller som både barn og voksen, i forhold til de som ikke har vært utsatt.



Ser vi på risikoen for å få ulike sykdommer som voksen, finner vi at det å ha vært utsatt for mer en type overgrep som barn ytterligere økte risikoen både for å få astma, bronkitt og fibromyalgi som voksen. I tillegg hadde de også en signifikant høyere risiko for å utvikle diabetes i voksen alder ($p = 0,008$). Høyest risiko for å utvikle astma, bronkitt, diabetes og fibromyalgi finner vi hos de som hadde vært polyviktimitisert både som barn og voksne. For disse var det også en signifikant høyere risiko for å få hjerteinfarkt ($p = 0,028$).

4.4.3.1 Eksempelet astma

Sammenhengen mellom voldsutsatthet i barndommen og å ha fått en sykdom som voksen behøver ikke å bety at det er det å ha vært utsatt for volden som påvirker risikoen til å bli syk. Det kan også være at sammenhengen er spurios, at det er andre faktorer som påvirker både risikoen for å utsettes for vold som barn og sykdom som voksne. Hvis vi bruker astma som eksempel vet vi at både miljøfaktorer, som røyking i oppveksthjemmet og egen røyking, og generiske faktorer kan ha betydning for å utvikle sykdommen (Folkehelseinstituttet, 2007). I HUBRO stilles spørsmål både om røyking i oppveksthjemmet, om respondenten selv røyker eller har røkt tidligere og om astma hos foreldre og søsken. Ser vi på sammenhengene mellom disse faktorene finner vi følgende:

Tabell 4.1 Sammenheng mellom risiko(odds ratio) for å få astma som voksen og ulike faktorer (N=8029)95 prosent konfidensintervall

	OR	Min.	Maks.
Røyking i oppvekstfamilien	1,3	1,1	1,6
Røker daglig selv	1,4	1,2	1,7
Foreldre har astma	3,1	2,5	3,8

Det er også en større risiko for å ha vært utsatt for vold i oppveksten dersom det har vært røyking i oppvekstfamilien (OR = 1,5) eller hvis foreldrene har astma (OR = 1,4), og det er også en økt risiko for at en røker selv dersom en har vært utsatt for vold i oppveksten (OR = 1,7) og hvis det var røyking i oppvekstfamilien (OR = 2,1).

Ser vi alle disse faktorene i sammenheng får vi fremdeles en forhøyet risiko for å utvikle astma som voksen dersom en har vært utsatt for overgrep som barn også når vi kontrollerer for røyking i oppvekstfamilien, egen røyking og om foreldrene har hatt astma.

Tabell 4.2 Risiko(odds ratio) for å få astma som voksen dersom en har vært utsatt for overgrep som barn

	OR	Sig.
Viktimisert som barn	1.486	.000
Foreldre har astma	2.977	.000
Røyker daglig selv	1.306	.007
Røyking i oppvekstfamilien	1.186	.096

Mens både det å ha vært utsatt for overgrep som barn, ha foreldre som har astma og å røyke daglig beholder en signifikant påvirkning på risikoen for å få astma som voksen, har røyking i oppvekstfamilien ikke lenger noe statistisk signifikant betydning.

Også når vi kontrollerer for røyking og foreldrenes astma finner vi at det å ha vært utsatt for flere typer overgrep ytterligere øker risikoen for å utvikle astma som voksne.

Tabell 4.3 Risiko(odds ratio) for å få astma som voksen dersom en har vært utsatt for flere typer overgrep som barn

	OR	Sig.
Polyviktimisert som barn	1.835	.000
Foreldre har astma	2.981	.000
Røyker daglig selv	1.289	.010
Røyking i oppvekstfamilien	1.185	.098

Størst risiko har de som har vært utsatt både som voksne og barn

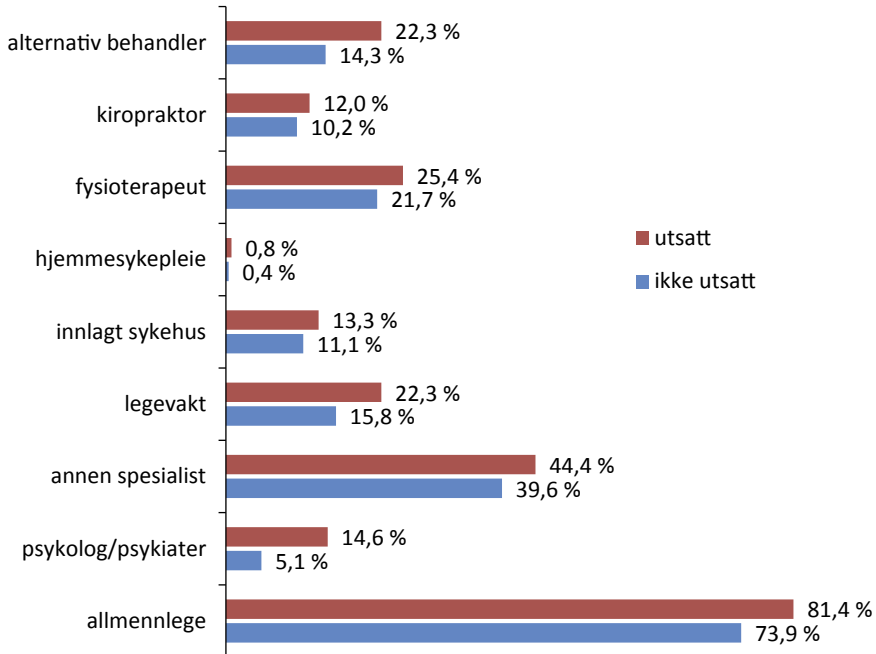
Tabell 4.4 Risiko(odds ratio) for å få astma som voksen dersom en har vært utsatt for flere typer overgrep både som barn og voksen

	OR	Sig.
Polyviktimisert som barn og voksen	3.157	.000
Foreldre har astma	3.031	.000
Røyker daglig selv	1.292	.010
Røyking i oppvekstfamilien	1.207	.066

4.4.4 Sammenhenger med bruk av helsetjenester og medisiner HUBRO

I HUBRO stilles en rekke spørsmål om bruk av helsetjenester, både i form av antall besøk hos ulike typer av helsepersonell og behandlere, og i form av bruk av ulike medisiner. Ser vi på om respondentene siste 12 måneder har brukt ulike former av helsetjenester får vi følgende oversikt:

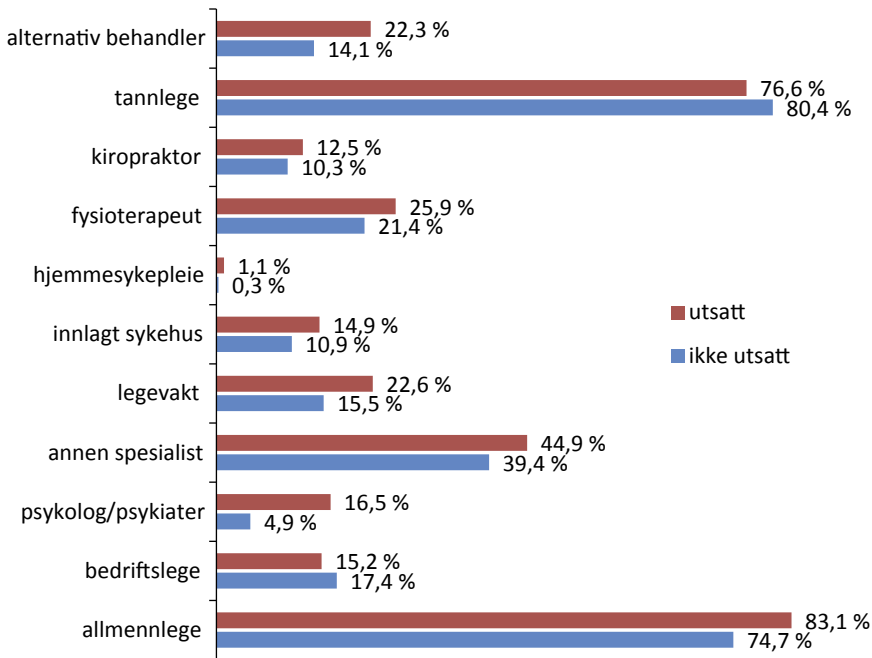
Figur 4.52 Utsatt for overgrep noen gang og bruk av helsetjenester siste 12 mnd. HUBRO - kvinner (N=7968)



Det var en signifikant større andel ($p < 0,05$) blant de som hadde vært utsatt for vold og overgrep enn blant de som ikke har vært utsatt, som har brukt de fleste typene av helsetjenester det ble spurt om. Unntakene var bedriftslege og tannlege.

Ser vi på de som har vært voldsutsatte som barn finner vi et tilsvarende mønster ($p < 0,05$), men her var det en signifikant mindre bruk av bedriftslege og tannlege hos de utsatte.

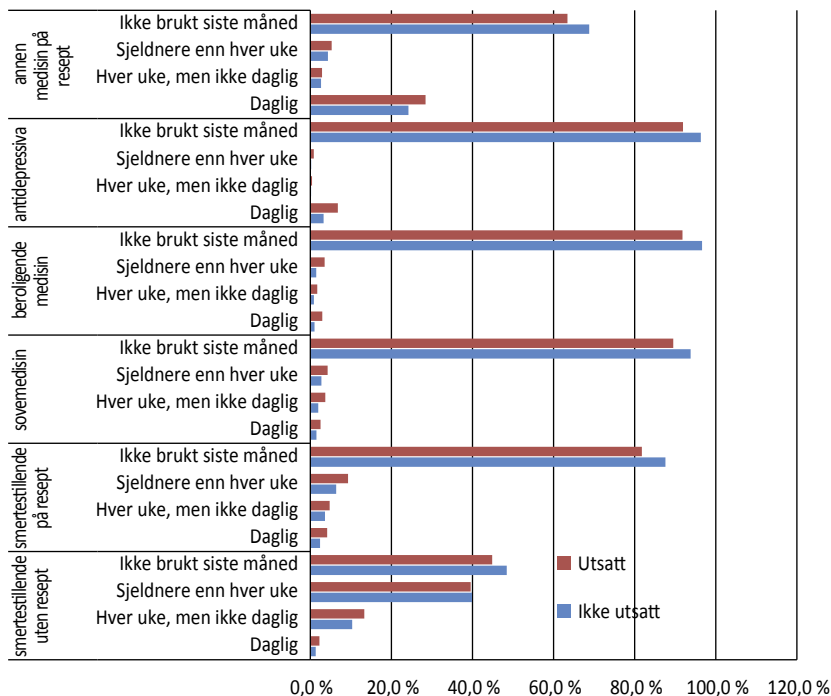
Figur 4.53 Utsatt for overgrep som barn og bruk av helsetjenester siste 12 mnd. HUBRO – kvinner (N = 6968)



I undersøkelsen ble det også spurt om forbruk siste fire uker av smertestillende midler uten og med resept; sovemedisin, beroligende midler, antidepressiva og annen resept-belagt medisin

De som hadde vært utsatt for overgrep hadde et signifikant større forbruk av alle disse typene medisiner enn de som ikke hadde vært utsatt ($p < 0,001$), både ved at det var en større andel av de utsatte som brukte medisinene, og at de brukte mer av dem enn de ikke utsatte.

Figur 4.54 Utsatt for vold som voksen og bruk av ulike legemidler HUBRO kvinner (N=8643)

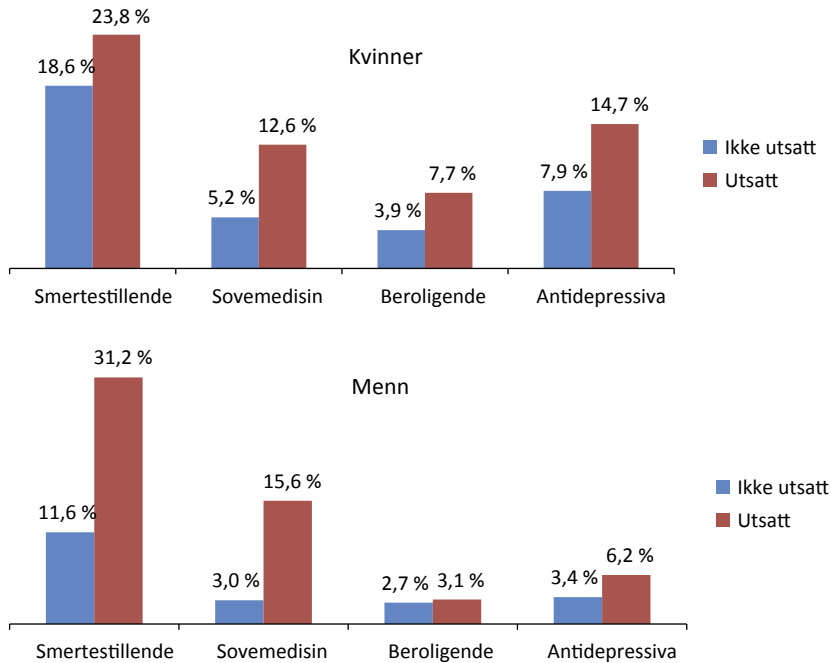


Det samme mønsteret går igjen også for de som har vært utsatt som barn ($p < 0,05$).

HUSK

Også i HUSK fant vi sammenhenger mellom å være utsatt for fysisk vold siste år og bruken av flere typer medisiner. Kvinner som var utsatt brukte sovemedisin, beroligende og antidepressiva signifikant oftere enn kvinner som ikke hadde vært utsatt for fysisk vold siste år. For menn var det signifikant sammenheng mellom å være utsatt for fysisk vold siste år og bruk av smertestillende og sovemedisin.

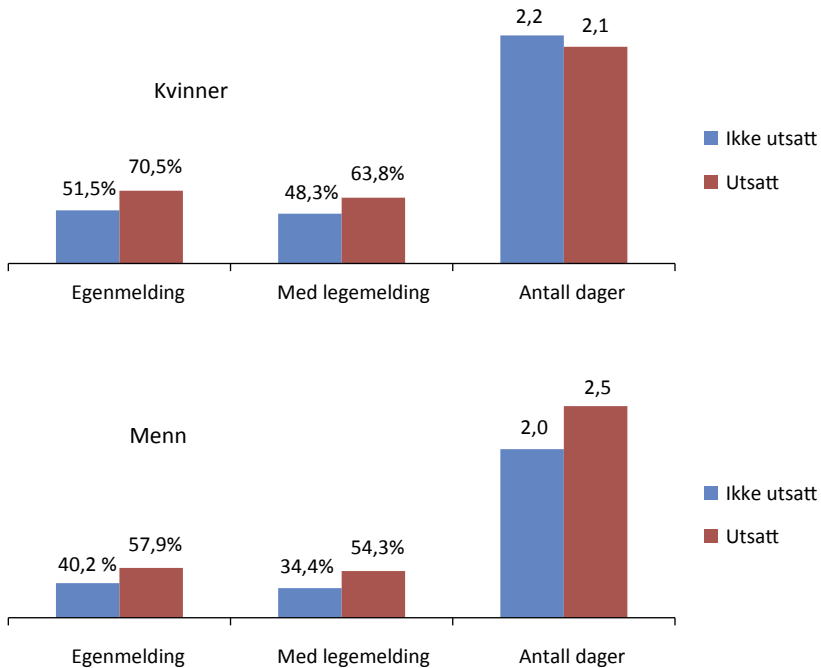
Figur 4.55 Voldsutsatthet og bruk av medisiner siste år HUSK (N = 7719)



HUSK undersøkelsen har ikke med spørsmål om respondentenes generelle bruk av helsetjenester. Derimot er det stilt spørsmål om respondentene har oppsøkt lege eller sykehus på grunn av skade etter vold. I alt 2081 respondenter, 18,8 prosent av utvalget, har besvart spørsmålet om dette. Av de som svarte var det 91 personer, 4,4 prosent, som oppga at de hadde besøkt lege eller sykehus som følge av volden. Av de som også hadde svart positivt på at de hadde vært utsatt for fysisk vold siste år, var det 39 personer, 20,9 prosent, som hadde oppsøkt lege eller sykehus. Det var ingen signifikante kjønnsforskjeller i andelen som hadde oppsøkt lege eller sykehus.

Det ble i HUSK også stilt spørsmål om respondentene hadde vært sykemeldt med egenmelding og om de hadde vært sykemeldt av lege. De som hadde vært sykemeldt ble også bedt om å oppgi hvor mange dagers sykemelding det hadde vært snakk om.

Figur 4.56 Voldsutsatthet og sykemeldinger siste år. HUSK (N = 7719)



De som hadde vært utsatt for fysisk vold i løpet av det siste året hadde også i større grad vært sykemeldt, både gjennom egenmelding og ved at de ble sykemeldt av lege ($p < 0,05$). For mennenes del hadde sykemeldingsperioden også vært lenger for de voldsutsatte enn for de øvrige ($p < 0,05$).

5 Hovedfunn og drøfting

5.1 Forekomst av vold og seksuelle overgrep i helseundersøkelsene

5.1.1 Forekomster av vold og overgrep generelt

Spørsmålsstillingene om utsatthet for vold og overgrep i de to undersøkelsene er relativt forskjellige, og de skiller seg også fra spørsmålsformuleringer brukt i andre norske undersøkelser av de samme fenomenene. De ulike undersøkelsene har også ulike utvalg og responsrater. Dette gjør sammenlikning av forekomsttallene, både mellom de to helseundersøkelsene og mellom disse undersøkelsene og andre norske forekomstundersøkelser, usikre.

I HUBRO undersøkelsen var det i alt 36 prosent av kvinnene som oppga at de noen gang var blitt utsatt for noen form for vold eller overgrep. 26,4 prosent oppga at de hadde opplevd minst en type overgrep som voksne og 16,6 prosent hadde opplevd minst en type overgrep som barn, mens 5,2 prosent hadde vært utsatt for overgrep siste år. Dette er noe lavere andeler enn tilsvarende tall fra NIBRs og NTNUs landsomfattende undersøkelse av vold i parforhold (T. Haaland et al., 2005) og fra NKVTS og NOVAs undersøkelse av vold i Oslo (H. Pape & K. Stefansen, 2004).

Måten spørsmålene er utformet på i HUSK medfører at det ikke er mulig å si noe om livstidsprevalenser for dette utvalget. Her fikk respondentene først spørsmål om de siste år hadde vært utsatt for fysisk vold. For det neste spørsmålet, om hvilken type vold respondentene hadde vært utsatt for, var det ikke presisert om dette bare skulle omfatte fysisk vold. Det var heller ikke presisert om det var hele utvalget, eller bare de som hadde vært utsatt for fysisk vold siste år, som skulle besvare det. Dette medfører så store validitets- og reliabilitetsproblemer, at andelen utsatte ikke kan sammenliknes med andre undersøkelser.

5.1.2 Fysisk vold

I HUBRO var det åtte prosent av kvinnene som hadde opplevd fysisk vold eller mishandling som voksne og fem prosent hadde opplevd det som barn. En prosent hadde opplevd dette både som barn og voksen, og en prosent hadde opplevd fysiske overgrep siste året. Det er primært samlivspartnere som står for den fysiske volden

kvinnene opplever som voksne, mens det var andre familiemedlemmer som utøvet mishandlingen mot dem da de var barn.

Dette er en del lavere enn de 20 prosentene av kvinnene mellom 24 og 54 år som i NKVTS/NOVA sin undersøkelse av vold i Oslo svarer at de har vært utsatt for en eller annen form for fysisk vold etter fylte 16 år (H. Pape & K. Stefansen, 2004). I Oslo-undersøkelsen oppga tre prosent av kvinnene å ha opplevd en eller annen form for fysisk angrep i løpet av de siste tolv månedene. Tilsvarende tall for menn var fem prosent (H. Pape & K. Stefansen, 2004). Spørsmålene i Oslo-undersøkelsen og HUBRO undersøkelsen er imidlertid ulikt formulert. Mens Oslo-undersøkelsen tar utgangspunkt i voldens fysiske konsekvenser, eller at den kan betegnes som å ha fått juling eller blitt banket opp, bruker HUBRO undersøkelsen betegnelsen fysiske overgrep/mishandling. Overgrep og mishandling vil nok for de fleste primært forstås som vold med et klart innslag av maktulighet, og vil vel primært brukes der det eksisterer en relasjon mellom partene, utover den relasjonen som volden i seg selv representer. Det kan derfor være at vold som er del av et mer likeverdig konfliktforhold (av typen slåsskamp), og vold fra ukjente, blir underrepresentert med denne spørsmålsformuleringen.

I alt to prosent av respondentene i HUSK undersøkelsen oppga at de hadde vært utsatt for fysisk vold det siste året. Det er 2,5 prosent kvinner og 1,5 prosent menn som oppgir dette. Dette er vesentlig høyere andeler enn de tilsvarende årsprevalenser for de samme aldersgruppene i SSBs levekårsundersøkelse fra 2007 som oppgir at de har vært utsatt for vold. I aldersgruppen 45 – 66 år var det i levekårsundersøkelsen i alt 0,9 prosent menn og 1,6 prosent kvinner som oppga at de hadde vært utsatt for vold siste år (dette kan også omfatte andre typer vold enn fysisk vold).

5.1.3 Trusler og psykisk vold

Det er kun HUBRO undersøkelsen som inkluderer spørsmål om trusler om vold. I alt fem prosent av kvinnene svarer bekreftende på at de var blitt truet med vold som barn, og 13 prosent oppgir at de, eller noen som sto dem nær, har vært utsatt for trusler etter at de ble voksne. Også dette er vesentlig lavere enn andelen av kvinnene i Oslo-undersøkelsen som oppga at de hadde blitt truet noen gang etter fylte 16 år. Her var det 33 prosent som oppga at de enten hadde blitt truet om vold slik at de ble redde, hadde blitt truet med å bli skadet, eller hadde fått drapstrusler (Hilde Pape & Kari Stefansen, 2004). Til tross for at det her bare stilles spørsmål om relativt alvorlige trusler, og bare trusler som rettes mot respondenten personlig, er det altså nesten tre ganger så mange som oppgir at de har blitt truet. Også i NIBR og NTNUs undersøkelse om vold i parforhold (T. Haaland et al., 2005) er det en mye høyere andel av kvinnene, 22 prosent, som oppgir at de har vært utsatt for trusler om å bli fysisk skadet. Også med hensyn til å ha fått trusler siste år ligger HUBRO undersøkelsen vesentlig lavere enn Oslo-undersø-

kelsen. Bare to prosent av respondentene i HUBRO oppgir dette, mot seks prosent i Oslo-undersøkelsen. Det er også lavere enn andelen i SSBs levekårsundersøkelse som oppgir å ha blitt utsatt for trusler siste år, her var andelen tre prosent for aldersgruppen 45 til 66 år, og 4,8 prosent for aldersgruppen 25 til 44 år.

Det er også bare HUBRO undersøkelsen som har inkludert spørsmål om det vi har valgt å kalle psykisk vold. På spørsmål om noen systematisk har forsøkt å kue, fornedre eller ydmyke deg, finner vi at syv prosent har opplevd dette som barn, 14 prosent har opplevd det som voksen mens tre prosent hadde opplevd det siste år. Å ha opplevd det ovennevnte er altså den mest vanlige formen for overgrep som kvinner i utvalget har vært utsatt for, både som barn og som voksen.

5.1.4 Seksuelle overgrep/seksualisert vold

HUBRO undersøkelsen er også den eneste av helseundersøkelsene som inkluderer spørsmål om seksuelle overgrep/seksualisert vold. Fem prosent av kvinnene oppgir å ha blitt presset til seksuell omgang som barn, og like stor andel hadde opplevd det som voksen. Også i Oslo-undersøkelsen ble det stilt spørsmål om seksuelle overgrep. Spørsmålet lød her om de hadde opplevd at noen hadde tvunget eller truet dem til sex mot sin vilje etter at de var fylt 16 år. Det ble også stilt spørsmål om de var blitt utnyttet eller misbrukt seksuelt som barn, før de fylte 16 år. Spørsmålene om overgrep i voksen alder er relativt like, mens spørsmålene om overgrep i barndommen er mer forskjellige. I Oslo-undersøkelsen var det 11 prosent av kvinnene som oppga at de hadde vært tvunget eller truet til sex mot sin vilje etter at de fylte 16 år. Også her ligger altså andelen i HUBRO på under halvparten av andelen i Oslo-undersøkelsen. Også når det gjelder andelen av utvalget som er presset til seksuell omgang det siste året er andelen i HUBRO vesentlig lavere enn i Oslo-undersøkelsen, 0,3 prosent mot en prosent.

Når det gjelder voldtekt eller voldtektsforsøk, oppgir nærmere fire prosent å ha opplevd dette som barn, i overkant av fem prosent oppgir å ha opplevd dette som voksen. Sammenlikner vi med Oslo-undersøkelsen finner vi også her at andelen i HUBRO er vesentlig lavere, mens fem prosent av kvinnene i HUBRO hadde blitt utsatt for voldtekt eller voldtektsforsøk som voksne, var det ni prosent av kvinnene i Oslo-undersøkelsen som hadde vært utsatt for voldtektsforsøk og fem prosent for fullbyrdet voldtekt.

5.1.5 Polyviktisering

HUBRO undersøkelsen viser at halvparten av de som har vært utsatt for vold og overgrep har vært utsatt for mer enn en type overgrep. Nesten halvparten av de som ble utsatt som barn ble utsatt for flere typer overgrep i barndommen, og nesten halvparten av de som ble utsatt som voksne hadde også vært utsatt for mer enn en type overgrep i

voksen alder. Det er også en klar sammenheng mellom å ha vært utsatt for overgrep i barndommen og å bli utsatt som voksen, de som hadde vært utsatt for flest ulike typer overgrep i barndommen var også de som i gjennomsnitt var utsatt for flest ulike typer overgrep som voksne.

Også en rekke andre studier har vist at en stor andel av de som utsettes for vold og overgrep utsettes for mer enn ett enkeltstående overgrep (Sparks, 1981). Mange av studiene har sett på faren for å utsettes for flere tilfeller av samme type overgrep, enten fra samme eller fra flere ulike overgripere, såkalt gjentatt viktimitisering (Carlstedt, 2001; Farrell & Pease, 2001). Etter hvert har det blitt rettet større oppmerksomhet mot den økte risikoen for også å utsettes for andre former for overgrep når en allerede har vært utsatt for en type (Hope, Bryan, Trickett, & Osborn, 2001). I studier av overgrep mot barn er det påvist at barn som utsettes for flere ulike typer overgrep, såkalt polyviktimitisering, utvikler mer alvorlige traumer enn de som bare utsettes for en type (Felitti, 2002a; Finkelhor et al., 2007).

5.1.6 Forskjellene i prevalenser

Når HUBRO undersøkelsen viser lavere prevalenser for de ulike typene av voldsutsatthet enn både Haaland, Clausen og Scheis (2005) landsomfattende undersøkelse og Oslo undersøkelsen (H. Pape & K. Stefansen, 2004), kan det ha flere årsaker. En grunn kan være at både den landsomfattende undersøkelsen og Oslo undersøkelsen omfatter et bredere aldersspenn enn HUBRO, og dermed også har med respondenter i yngre og mer voldsutsatte aldersgrupper. Mens de øvrige undersøkelsene har representative befolkningsutvalg fra henholdsvis 20-55 år (Haaland 2005) og 24 – 55 år (Pape 2004), hadde HUBRO undersøkelsen et utvalg med fire kohorter på henholdsvis 30, 40, 45 og 60 år på undersøkelsestidspunktet. Ser vi på forholdet mellom de som sier de har vært utsatt for fysisk vold siste år i HUBRO undersøkelsen og de i samme aldersgrupper i SSBs levekårsundersøkelse som svarer at de har vært utsatt for vold med skade siste år, er prevalensene så godt som identiske. De ulike prevalensene kan også være påvirket av måten undersøkelsene er utformet. Mens både den landsomfattende undersøkelsen og Oslo undersøkelsen var rene voldsundersøkelser, var HUBRO og SSBs levekårsundersøkelser mer omfattende undersøkelser av helse og levekår, hvor spørsmålene om vold bare utgjorde en liten del. Det har tidligere vært påvist at ikke bare utvalg og spørsmålsutforming påvirker hvilke prevalenser for vold en finner, men at også hvilken sammenheng og helhet spørsmålene inngår i har betydning (M. A. Straus, 1999). Dette vil antakeligvis i større grad påvirke gjenkallingen av hendelser som ligger langt tilbake i tid enn mer nærliggende hendelser, og dermed har større betydning for livstidsprevalenser enn for årsprevalenser.

5.2 Sammenheng med livsstil, demografiske og sosio-økonomiske og faktorer

Vår gjennomgang av dataene i de to helseundersøkelsene tyder på at vold og seksuelle overgrep er ulikt fordelt i befolkningen. Ulike forklaringer har blitt lansert for å forklare dette, både knyttet til egenskaper ved offeret selv (Hentig, 1948), ved offerets livsstil (Hindelang, Gottfredson, & Garofalo, 1978) og aktiviteter (Cohen & Felson, 1979; Lasley & Rosenbaum, 1988) eller ved offerets livssituasjon og bosted (Estrada & Nilsson, 2004; Hindelang et al., 1978).

Også andre norske forekomstundersøkelser har vist at forekomsten av vold og overgrep er høyere blant personer med lav sosioøkonomisk status og utdanning, og blant mennesker med rus- og alkoholproblemer. Volden rammer i følge Haaland, Claussen og Schei (2005) og Pape og Stefansen (2004), sosialt skjevt. Også for andre negative livshendelser gjelder det samme, dødsfall i familien eller i nær slekt er eksempler på dette. Felles sosial bakgrunn og sosioøkonomisk status vil kunne føre til et felles mønster, knyttet til sykdom, kosthold og livsstil (Rognerud, Næss, & Strand, 2007).

5.2.1 Sivilstatus, sosialt nettverk og sosial kontakt

I HUBRO finner vi en klar og signifikant sammenheng mellom husholdningstype og utsatthet for vold og seksuelle overgrep. Andelen av de som bor sammen med noen, og som oppgir å ha vært utsatt for minst en form for vold eller overgrep som voksen, er 24 prosent, mot 33 prosent av de som ikke bor sammen med noen. Tilsvarende gjelder for de som oppgir å ha vært utsatt for en eller annen form for vold eller overgrep siste året. Åtte prosent av de som bor alene, mot fire prosent av de som bor sammen med noen, oppgir å ha vært utsatt for dette det siste året. I tillegg til det ovennevnte finner vi også at det er de skilte og separerte som i størst grad oppgir at de har vært utsatt for vold som voksen. Samtidig er det også slik at de som hadde vært utsatt for overgrep som barn i større grad var gift, skilte eller separerte enn de som aldri hadde vært utsatt.

Også i HUSK finner vi en sammenheng mellom voldsutsatthet og husholdningstype. De som bor alene er signifikant mer voldsutsatte enn de som bor sammen med noen. Men det er bare for kvinner vi finner en signifikant forskjell i utsatthet mellom enslige og samboende. Voldsutsatthet blant enslige kvinner er nær dobbelt så høy (fire prosent) som blant gift og samboende (to prosent).

Disse resultatene samsvarer med det som er funnet også i andre undersøkelser, både i Norge og i andre land. Både den landsdekkende undersøkelsen av vold i parforhold og Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelser, viser at det er de som ikke er gift eller lever i et parforhold, som har størst risiko for å bli rammet av vold (Thomas Haaland,

Sten-Erik Clausen, & Berit Schei, 2005; R. J. Stene, 2005). Tilsvarende funn er også gjort i svenske levekårsundersøkelser (SCB, 2004).

Vold og mangel på sosial kontakt knyttes ofte opp mot hverandre. Både i HUSK og HUBRO inkluderes spørsmål som kan bidra til å belyse dette.

I HUBRO undersøkelsen var det en større andel som hadde vært utsatt for overgrep, både som voksne og det siste året, blant de kvinnene som ikke følte de hadde nok gode venner og blant de som hadde følt seg ensomme de siste to ukene. Også i HUSK undersøkelsen finner vi at andelen voldsutsatte er større blant de kvinnene som føler seg ensomme og som opplever at andre ikke bryr som om dem. Det kan altså se ut til at ensomhet og sosial isolasjon øker risikoen for å utsettes for overgrep.

Samtidig var det også en større andel av de kvinnene i HUBRO undersøkelsen som svarte at de følte at de hadde få venner og var ensomme, som hadde vært utsatt for overgrep som barn. Dette, sammen med at vi finner en større andel som har vært utsatt for overgrep som barn blant de aleneboende, kan tyde på at å ha vært utsatt for overgrep kan føre til sosial isolasjon og opplevelse av ensomhet.

5.2.2 Sosioøkonomisk status

Flere norske forekomstundersøkelser har vist at voldsutsatthet varierer med sosioøkonomisk status (T. Haaland et al., 2005; H. Pape & K. Stefansen, 2004). I HUBRO finner vi at voldsraten synker med stigende inntekt, men sterkere for husstandens samlede inntekt enn egen inntekt. Tilsvarende sammenheng finner vi også i HUSK, og sammenhengen består også når vi kontrollerer for kjønn.

Ser vi på utsatthet i forhold til ulike former for offentlig stønad finner vi i begge undersøkelsene også en signifikant sammenheng her. Blant dem som mottok sosialstønad, overgangsstønad for enslige forsørgere eller rehabiliterings- eller attføringspenger, var andelen utsatt for vold, trusler eller seksuelle overgrep som voksne betydelig høyere enn i totalutvalget. Denne sammenhengen består også når vi kontrollerer for respondentenes inntekt, og dette kan tyde på at det ikke bare er økonomien i seg selv, men også andre forhold knyttet til å være avhengig av slike ytelser, som påvirker risikoen for å utsettes for vold og overgrep. Sammenhengene er overensstemmende med hva en har funnet i tidligere undersøkelser (T. Haaland et al., 2005; H. Pape & K. Stefansen, 2004).

5.2.3 Alkohol

Flere undersøkelser har også vist sammenheng mellom ulike livsstilsvariable og voldsutsatthet (T. Haaland et al., 2005; H. Pape & K. Stefansen, 2004). Tidligere undersø-

kelser har imidlertid bare funnet svake sammenhenger med mengden alkohol som konsumeres, mens det først og fremst ser ut til at det er beruselsesfrekvensen som er av betydning (H. Pape & K. Stefansen, 2004).

I HUBRO undersøkelsen finner vi ingen signifikant sammenheng mellom hvor ofte en drikker og voldsutsatthet, derimot finner vi at de voldsutsatte oftere drikker så mye at de blir beruset. Det samme mønsteret finner vi også når det gjelder utsatthet siste året.

Måten spørsmålene er utformet på i HUSK gjør at en ikke uten videre kan si noe om beruselsesfrekvensen. Vi finner imidlertid en signifikant sammenheng mellom ølkonsum og voldsutsatthet for begge kjønn, og for mennenes del også med hvor mange ganger i måneden de drikker alkohol rent generelt

5.2.4 Andre negative livshendelser og problemer

HUBRO inkluderer også spørsmål om andre negative livshendelser og problemer. Det er en klar sammenheng mellom å være utsatt for vold og seksuelle overgrep, både som barn og voksen, og hvor mange andre negative livshendelser og problemer en opplever. De som har vært utsatt for vold, trusler og seksuelle overgrep som voksne eller barn, skårer markant høyere på skalaen for negative livshendelser enn de som ikke har vært utsatt, og signifikant større andeler hadde vært utsatt for mer enn to negative hendelser. I og med at spørsmålene i LTE skalaen angår opplevelser i løpet av de siste seks måneder, og det også er en forhøyet skåre for de som har vært utsatt for vold som barn, må vi anta at å ha vært utsatt for vold også øker risikoen for å utsettes for andre negative livshendelser. Dette samsvarer med funn i mer generelle viktimologiske undersøkelser om at ofre for vold også har forhøyet risiko for å utsettes for andre typer viktimisering (Hope et al., 2001; Nelson, 1980; Sparks, 1981).

HUBRO undersøkelsen inkluderer også spørsmål om respondenten bor sammen med noen som har alkoholproblemer. To prosent av utvalget svarer ja på dette. Vi finner en klar signifikant sammenheng mellom det å bo sammen noen med alkoholproblemer og det å ha vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og trusler som voksen.

5.3 Sammenheng med helse

5.3.1 Generell helse

Selv om vi ikke kan si noe sikkert om kausale sammenhenger mellom utsatthet for vold og seksuelle overgrep og psykisk og fysisk helse, kan det likevel være grunn til å tro at forskjeller i helse og livskvalitet mellom de som har vært og de som ikke har vært utsatt for fysisk vold siste år, til en viss grad er påvirket av den volden de har vært utsatt for. I

HUSK undersøkelsen finner vi klare sammenhenger mellom voldsutsatthet og helse. Dette gjelder både for psykisk og fysisk helse. Både kvinner og menn som har vært voldsutsatte siste året skårer høyere på SF-12 og på CONOR-MHI, sammenlignet med de som ikke har vært utsatte for vold det siste året.

Generell opplevelse av egen helse og forekomst av sykdom henger også sammen med å være utsatt for vold og overgrep i HUBRO. Andelen som opplever sin egen helse som dårlig eller ikke helt god er større blant dem som har opplevd overgrep, og størst blant dem som har opplevd overgrep som barn. Når det gjelder overgrepene respondentene var utsatt for som barn, vet vi at disse har foregått forut for helsetilstanden på undersøkelsestidspunktet. Vi kan derfor anta at påvirkningsretningen primært er fra overgrepene til helsetilstanden. En logistisk regresjon med opplevelse av dårlig eller ikke helt god helse nå som avhengig variabel, viser at voldens påvirkning på hvordan respondentene opplever helsen opprettholdes også når vi kontrollerer for andre forhold som vi vet kan ha betydning, så som røyking, drikkemønster, sosioøkonomisk status, husholdningstype, utdanning og om respondenten har andre problemer ved siden av å ha vært utsatt for overgrep som barn.

5.3.2 Psykisk helse

En rekke undersøkelser kan tyde på at å utsettes for mishandling, vold og overgrep kan få store konsekvenser for den utsattes psykiske helse (Dahl, 1993; T. Haaland et al., 2005; Arne Hjemmen et al., 2002; Johansen et al., 2006). Samtidig tyder forskning også på at kvinner med psykiske plager kan være mer utsatt for vold (Ehrensaft et al., 2006). Også i HUBRO undersøkelsen finner vi en sterk sammenheng mellom psykiske plager og utsatthet for overgrep og trusler.

Dataene i HUBRO undersøkelsen gir ikke mulighet til å trekke konklusjoner om hvorvidt de psykiske plagene respondentene rapportere er en følge av de overgrepene de har vært utsatt for i voksenalder, eller om det snarere er slik at plagene har medført en økt risiko for å utsettes for overgrep. Når det gjelder de som har oppgitt at de har vært utsatt for overgrep som barn er det større grunn til å anta at de psykiske plagene er påvirket av at respondenten har vært utsatt for overgrep, ettersom HSCL-10 måler den psykiske helsen på undersøkelsestidspunktet. Som det fremgår av vår gjennomgang av HUBRO dataene er det over dobbelt så stor andel av dem som har vært utsatt for overgrep som barn som skårer over grensen for psykiske plager, som blant dem som ikke har vært utsatt. Også med hensyn til psykisk helse opprettholdes en signifikant påvirkning av å ha vært utsatt for overgrep som barn når vi kontrollerer for andre mulige påvirkningsfaktorer, slik som utdanning, inntekt, avhengighet av offentlig støtte, husholdningstype, drikkemønster og om en har opplevd andre problemer og negative livshendelser.

Det fremgår av vår gjennomgang av HUBRO undersøkelsen at det er hos de som har vært utsatt for flere ulike typer overgrep, og de som har opplevd overgrep både som voksne og barn, vi finner den største andelen med psykiske plager. Dette gjelder uansett hvilken type overgrep det er snakk om. Dette kan tyde på at både voldens omfang og tidsrommet en er eksponert for volden, kan ha betydning.

I HUSK undersøkelsen fant vi at det var en forskjell mellom kjønnene i forholdet mellom voldsutsatthet og hvordan respondentene skåret med hensyn til psykisk helse. Mens det å ha vært utsatt for fysisk vold siste år så ut til å henge sammen med høyere angstnivå både for kvinner og menn, var det bare for kvinnes del vi fant noen signifikant sammenheng mellom voldsutsatthet og depresjon. Dette kan muligens være påvirket av forskjeller i hva slags vold kvinner og menn utsettes for. En rekke undersøkelser har vist at kvinner i større grad enn menn utsettes for vold fra noen de har en nær relasjon til, mens menn oftere utsettes for vold fra fremmede (A Hjemmen et al., 2002; H. Pape & K. Stefansen, 2004). Fysisk vold fra nærstående medfører ikke bare fysisk smerte, men skader også følelsesmessige relasjoner, ødelegger tillitsforhold og skaper mistro. Dette kan igjen medføre mer omfattende psykiske reaksjoner.

5.3.3 Fysisk helse

I HUBRO undersøkelsen finner vi en klar sammenheng mellom flere somatiske sykdommer og å ha vært utsatt for overgrep. Andelen som oppgir å ha eller ha hatt astma, høysnue fibromyalgi, kronisk bronkitt og angina er betydelig høyere blant dem som har opplevd vold og overgrep. Det må sies å være et viktig funn at fysisk helse henger sammen med voldsutsatthet i nesten like stor grad som psykisk helse. Dette bekrefter nyere studier av sammenheng mellom voldsutsatthet og fysisk helse, blant annet er det i et utvalg av norske kvinner funnet at sykdommer som kreft, hjerte- og karsykdommer, diabetes og astma forekommer hyppigere hos kvinner som har vært utsatt for vold, og at gjennomsnittlig antall symptomer og sykdommer stiger med mengden vold kvinnene har vært utsatt for (Eberhard-Gran et al., 2007). I motsetning til mange tidligere studier gir HUBRO undersøkelsen oss mulighet til å studere sammenhengen mellom voldsutsatthet og senere helsetilstand, ved at vi kan se på utsatthet i barndommen og at sykdommen opptrer for første gang i voksen alder. Vi har derfor et bedre grunnlag for å si noe om faktorenes rekkefølge. Dette er likevel ikke nok til å fastslå at det å utsettes for vold og overgrep inngår som en del av årsakene til sykdommene. Mulighetene for konfunderende faktorer, som styrer både risikoen for overgrep og for sykdom, er til stede. Multivariate analyser, hvor vi kontrollerer for flere mulige konfunderende faktorer, slik som røyking, fysisk aktivitetsnivå, drikkemønster, om foreldrene har hatt samme sykdom, viser imidlertid at sambandet mellom voldsutsatthet som barn og økt risiko for å få disse sykdommene som voksne, består selv når vi kontrollerer for disse variablene.

Eksempelvis vet vi at miljøfaktorer som røyking kan påvirke risikoen for å utvikle astma, og at også genetiske forhold kan spille en rolle (Folkehelseinstituttet, 2007). Hvis vi kontrollerer for disse faktorene svekkes den direkte sammenhengen mellom å ha vært utsatt for vold i barndommen og å få astma som voksen, men forblir fremdeles signifikant. Røyking kan også ses på som risikoatferd som medierer mellom voldsutsatthet som barn og sykdomsrisiko som voksen. En slik forståelse samsvarer også med funn i den såkalte ACE (Adverse Childhood Experience) studien (Felitti, 2002a).

Undersøkelsen viser også at risikoen for å få de aktuelle sykdommene som voksen øker hvis en har vært utsatt for ulike former for vold som barn, og blir enda større dersom en har vært utsatt for flere typer vold både som barn og voksen. Dette dose - respons forholdet mellom voldsutsatthet som barn og sykdomsrisiko som voksen, styrker også antakelsen om at sykdomsrisikoen er påvirket av at en har vært utsatt for vold.

5.3.4 Bruk av helsetjenester og medisiner

Av de i HUSK undersøkelsen som oppgir å ha vært utsatt for fysisk vold siste året er det hele 20,9 prosent som oppgir at de har søkt lege eller sykehus som følge av volden. Dette er noe høyere enn andelene av de voldsutsatte siste år i SSBs levekårsundersøkelse som oppgir at de har søkt lege, tannlege eller sykehus som følge av volden (16 – 18 prosent for alle aldersgrupper samlet).

I HUBRO-undersøkelsen er det et signifikant merforbruk av de fleste typer helsetjenester blant de som har vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep, både de som ble utsatt som voksne og de som ble utsatt barn.

Både HUBRO og HUSK viser et markant større forbruk av en rekke medisiner blant de som har vært utsatt for overgrep, dette gjelder både smertestillende medikamenter og medikamenter knyttet til psykiske plager; beroligende medikamenter, sovemedisin og antidepressiva. HUBRO undersøkelsen viser at dette gjelder også for de som hadde vært utsatt for overgrep som barn. Dette underbygger ytterligere det som ble påpekt foran, om sammenhengen mellom helseproblemer og overgrep.

5.4 Fenomenene som er kartlagt i helseundersøkelsene

Et av hovedformålene med denne rapporten har vært å se nærmere på hvilke typer fenomener som har blitt kartlagt i det utvalget av helseundersøkelser som har inkludert spørsmål om vold, trusler og seksuelle overgrep. I tillegg til å ha foretatt begrensede analyser av datamaterialet fra de ulike helseundersøkelsene har vi ønsket å:

- Gjennomgå spørsmålsformuleringer og problemstillinger knyttet til vold, trusler og seksuelle overgrep som er anvendt i de ulike undersøkelsene og på bakgrunn av dette, se nærmere på hvilke fenomener som er kartlagt.
- Gjennomgå de ulike undersøkelsene for å se nærmere på validitet og reliabilitet i voldsdataene både i forhold til kunnskap om forekomst, årsaker, virkninger, risikofaktorer og bruk av helsetjenester.
- Gjennomgå de ulike undersøkelsene for å se nærmere på hva som ikke er kartlagt

5.4.1 Spørsmålsformuleringer om vold og seksuelle overgrep i helseundersøkelsene

Både HUSK og HUBRO undersøkelsen inkluderer spørsmål om utsatthet for fysisk vold. Fysisk vold er imidlertid spesifisert på ulike måter i de to undersøkelsene og det kan av den grunn variere noe akkurat hvilke fenomener som blir inkludert av respondentene. HUBRO inkluderer også spørsmål om utsatthet for overfall. Det er nærliggende å forstå overfall som en form for fysisk vold. Spørsmålet om overfall er imidlertid integrert i to overordnede spørsmål om egen og nærståendes utsatthet for alvorlig sykdom, skade eller overfall. Dette bidrar til at overfall ikke kan analyseres for seg. I HUSK er spørsmålene om fysisk vold nærmere spesifisert med hensyn til typen av handlinger og hendelser (slagsmål der du selv deltok, mishandling, ran/overfall, blind/tilfeldig vold og annet). I HUSK spørres ikke eksplisitt om andre typer vold enn fysisk vold, mens HUBRO inkluderer spørsmål som skal fange opp både fysisk og psykisk vold, trusler om vold og seksuell vold spesifisert som voldtekt eller voldtektsforsøk.

Det ligger åpenbare begrensninger i spørsmålsformuleringene som er anvendt i de to helseundersøkelsene. Det er bare HUBRO som inkluderer spørsmål om når i løpet av livet volden har skjedd, mens HUSK begrenser spørsmålet om fysisk vold til hendelser i løpet av siste år. Det er i tillegg bare HUBRO som stiller spørsmål om den utsattes relasjon til utøver. I HUBRO er spørsmål om overgrep kun rettet mot kvinner. I HUSK er spørsmålet om fysisk vold rettet mot alle kvinner, mens kun halvparten av den mannlige andelen av utvalget får disse spørsmålene. Dette gir oss begrensede muligheter til å si noe om årsprevalens blant menn.

5.4.2 Spørsmålene om vold - validitet og reliabilitet

Validitet må vurderes i forhold til i hvor stor grad undersøkelsene evner å kaste lys over fenomenene en ønsker å undersøke. Vi kjenner ikke til de diskusjoner som ligger til grunn for de konkrete spørsmålene som er inkludert i undersøkelsene og vurderer derfor validiteten i de to helseundersøkelsene med utgangspunkt i den kunnskap vi i dag har om vold. Reliabiliteten omhandler spørsmål om nøyaktighet. Vår vurdering av

kvaliteten på spørsmålene omhandler kun forskningsspørsmål om vold og i hvilken grad disse spørsmålene bidrar til å belyse problemstillinger knyttet til vold på en tilfredsstillende måte.

Spørsmålene om vold og overgrep i de regionale helseundersøkelsene må ses i forhold til at dette er store undersøkelser om mange og forskjellige helserelaterte tema. Vold som tema har neppe vært spesielt høyt prioritert, og muligheten til å få inn omfattende spørsmål har derfor vært liten. Spørsmålsutformingen er derfor også uttrykk for forsøk på å få mest mulig informasjon ut av færrest mulig enkeltspørsmål, og en har i stor grad valgt å bruke generelle begrep (labeling), slik som «vold», «voldtekt» og «overgrep», snarere enn mer konkrete atferdsspørsmål.

HUSK

Respondentene har fått tre spørsmål om vold. Innledningsvis ble vold definert som følger: med vold mener vi slag, spark, dytting, lugging, knivstikking og/eller andre typer fysisk vold som ble påført deg av en annen, kjent eller ukjent person. Det første spørsmålet lød: Har du det siste året vært utsatt for fysisk vold? Svaralternativene var ja eller nei. Det neste lød: dersom du har vært utsatt for vold, oppsøkte du lege eller sykehus på grunn av skaden? Også her var alternativene ja eller nei. Det siste spørsmålet lød: Dersom du har vært utsatt for vold, hvilken type vold var dette? Her var alternativene: Slagsmål der du selv deltok, Ran/overfall, Mishandling, Blind/tilfeldig vold og Annet.

Det første spørsmålet kartlegger altså årsprevalens av fysisk vold. Det neste spørsmålet er ikke spesifikt avgrenset verken til en bestemt tidsperiode eller til fysisk vold. Det er derfor ikke klart om det bare skal besvares av de som svarte bekreftende på det forrige spørsmålet, eller om også andre som har vært utsatt for vold forut for det siste året, eller annen vold enn fysisk vold, også skulle svare på spørsmålet. Den samme usikkerheten gjør seg også gjeldende med hensyn til det siste spørsmålet. Et problem med dette spørsmålet er også at de ulike svaralternativene ikke uten videre er gjensidig utelukkende, særlig fordi respondenten kan ha vært utsatt for flere voldsepisoder gjennom livet som passer inn i ulike alternativer, men også fordi den samme episoden kan plasseres i flere av alternativene, eksempelvis både Ran/overfall og Blind/tilfeldig vold.

Sammenholder vi svarene på de tre spørsmålene får vi følgende oversikt:

- 9436 respondenter, eller 85,3 prosent av utvalget har besvart spørsmålet om de har vært utsatt for fysisk vold siste år. Av disse var det 207 personer som svarte bekreftende.
- 2081 respondenter, 18,8 prosent av utvalget, har besvart spørsmålet om de oppsøkte leger eller sykehus på grunn av skaden. 20 av de som hadde vært utsatt for vold siste år besvarte ikke spørsmålet. Av de 91 personene som svarte

bekreftende på at de hadde oppsøkt lege eller sykehus på grunn av skaden var det 52 som ikke hadde svart bekreftende på at de hadde vært utsatt for fysisk vold siste år.

- 365 respondenter, 3,3 prosent av utvalget, besvarte spørsmålet om hvilken type vold det var. Av disse hadde 171 ikke oppgitt at de hadde vært utsatt for fysisk vold siste år. Derimot hadde 309 av dem også besvart spørsmålet om de hadde oppsøkt lege eller sykehus.

Måten spørsmålene er utformet og sammenstilt gjør det vanskelig å tolke svarene. Det mest sikre, med hensyn til validitet og reliabilitet, er antakelig spørsmålet om fysisk vold. Andelen som svarer bekreftende på dette stemmer relativt godt overens med andelen i de tilsvarende alderskohorter som i SSBs Levekårsundersøkelser oppgir at de siste år har vært utsatt for vold med eller uten kroppslig skade.

Hvordan en skal tolke de to neste spørsmålene er mer usikkert. Gir andelen som har svart på spørsmålet om de hadde oppsøkt lege eller sykehus et mål på hvor mange som har vært utsatt for vold på ett eller annet tidspunkt i livet? Eller har noen tolket det slik at bare de som har svart bekreftende på spørsmålet om de har vært utsatt siste år skulle svare på spørsmålet? Det er vanskelig å finne sammenlignbare tall over livstidsprevalens i andre undersøkelser, men tall fra helseundersøkelsen blant 40-42-åringer i 1990-1994 i Akershus og Buskerud (Arne Hjemmen et al., 2002) over andelen som har vært utsatt for vold en eller flere ganger i livet, viser relativt like resultater (18,5 prosent av mennene og 20,2 prosent av kvinnene). Senere undersøkelser (T. Haaland et al., 2005; H. Pape & K. Stefansen, 2004) har imidlertid kommet til atskillig høyere livstidsprevalens, særlig for mennenes del, men disse undersøkelsene er ikke begrenset til bestemte alderskohorter og de har mer omfattende og konkrete spørsmål om voldsutsatthet.

Når bare 365 respondenter har besvart spørsmålet om hva slags vold det var, og over halvparten av disse, 194 respondenter, hadde vært utsatt siste år, kan det tyde på at dette spørsmålet i større grad er tolket slik at det bare var de som hadde blitt utsatt for vold siste år som skulle besvare det. Når det gjelder de 171 respondentene som ikke har oppgitt at de har vært utsatt siste år, er det flere tolkningsmuligheter. De kan enten ha vært utsatt for vold tidligere, eller de kan i løpet av det siste året ha vært utsatt for noen av de konkrete voldsformene som beskrives i spørsmålet, men ikke ansett disse som fysisk vold, og derfor ikke svart bekreftende på spørsmålet om dette.

Vanskelighetene med hensyn til tolkingen av svarene på de to siste spørsmålene gjør det også usikkert å bruke dem i videre analyser. De har derfor bare blitt brukt i noen enkle fordelinger.

HUBRO

Det kvinnelige utvalget i HUBRO har fått fem spørsmål om overgrep. Spørsmålene er stilt slik at en både får opplysninger om siste års prevalens og livstidsprevalens (ja, som barn, ja som voksen). I tillegg til dette er det stilt spørsmål om hvem som er utøver. Spørsmålene dekker problemstillinger den internasjonale voldsforskningen nå er opptatt av, problemstillinger som kan bidra til å kaste et bredere lys over fysisk vold. Disse inkluderer ofte spørsmål og utøver, livstidsprevalens og siste års prevalens, hvilket HUBRO gir mulighet til å undersøke. Samtidig skaper måten spørsmålene er stilt på problemer i forhold til tolkning dersom respondenten har vært utsatt for flere tilfeller av samme type overgrep fra ulike overgripere både som barn og voksen, det er da ikke mulig å si hvem som står for hva. Spørsmålene er heller ikke spesifisert i forhold til antall eller hyppighet av voldsepisodene, og de inneholder heller ikke noen nøyaktig definisjon på hva som inngår eller ikke inngår i de ulike formene for overgrep. Det er også en mulighet for at samme hendelse kan være avkrysset i flere av svaralternativene, for eksempel både som fysisk vold og seksuelt overgrep, og dermed har fremstått som flere spesifikt ulike typer overgrep.

Spørsmålet om fysisk vold er formulert som fysiske overgrep/mishandling, men inneholder ut over dette ingen presisering eller spesifisering av hva slags handlinger det er snakk om. Slik spørsmålet er formulert vil det være nærliggende å oppfatte at begrepet overgrep her settes synonymt med mishandling. Mange respondenter kan derfor ha tolket spørsmålet slik at det ikke er all fysisk vold det spørres om, men bare vold som er av en relativt alvorlig karakter. Begrepet mishandling vil nok også for de fleste være knyttet til gjentatt vold innenfor en nær relasjon, og enkeltstående voldsepisoder fra fremmede vil derfor kunne bli utelatt.

Spørsmålet om psykisk vold er klarere avgrenset, delvis ved å være spesifisert til handlingene «kue, fornedre eller ydmyke», og delvis ved å presisere at det skal dreie seg om handlinger som foretas systematisk og over lang tid. Slik spørsmålet er formulert vil det derfor være nærliggende å anta at mer enkeltstående episoder, og tilfeller av psykisk vold fra fremmede, i liten grad vil bli tatt med.

Spørsmålet om trusler er presisert til trusler om skade, men er i motsetning til de fleste andre norske undersøkelser utvidet til ikke bare å dreie seg om trusler som er rettet mot respondenten selv, men også mot noen som står henne nær. Mens det for eksempel i SSBs levekårsundersøkelser er presisert at truslene skal ha medført at respondenten har blitt redd, er det ikke stilt noen slike betingelser i spørsmålet om trusler i HUBRO. I motsetning til de to foregående spørsmålene, hvor spørsmålsformuleringene kan ha medført at voldshendelser som ville blitt inkludert i andre forekomstundersøkelser ikke har blitt med, kan spørsmålsutformingen når det gjelder trusler ha medført at et

bredere utvalg av handlings- og hendelsestyper er kommet med i HUBRO undersøkelsen.

Spørsmålet om seksuelle overgrep er delt i to, først spørsmål om respondenten har blitt presset til seksuell omgang (seksuelle overgrep), og deretter om respondenten har vært utsatt for voldtekt eller voldtektsforsøk. Forskjellen mellom presset til seksuell omgang og voldtekt/voldtektsforsøk er ikke presisert. Dette kan ha medført at den samme handling eller hendelse har blitt krysset av på begge spørsmålene. Den relativt store andel av overlapp mellom svarene på de to spørsmålene, både med hensyn til overgrep som barn, som voksen og som barn og voksen, også med hensyn til hvem som har begått overgrepene, kan muligens peke i den retning. Hele to tredjedeler av de som oppgir at de har vært voldtatt eller forsøkt voldtatt siste år, oppgir også at de har vært presset til seksuell omgang. Hvorvidt dette er ulike hendelser, eller den samme hendelsen, er vanskelig å avgjøre ut fra foreliggende data.

Hvorvidt et seksuelt overgrep vil bli betegnet som voldtekt eller som at en er presset til seksuell omgang, kan være påvirket ikke bare av egenskaper ved hendelsen i seg selv, men også av forholdet mellom offer og utøver og i hvilken situasjon overgrepet skjedde (K. Stefansen & I. Smette, 2006). Dette kan også være en medvirkende årsak til den forskjellen vi finner i hvem som blir oppgitt som utøver for press til seksuell omgang kontra voldtekt eller voldtektsforsøk, hvor det i hovedsak er fremmede som står for voldtektene mens det oftere er nærstående om utøver det seksuelle presset.

5.4.3 Spesifisiteten i voldsdataene, forekomst, årsaker, virkninger og risikofaktorer

I Norge har vold mot kvinner stått i fokus i de siste årene, og det har også vært anerkjent som et spesielt sosialt- og helsemessig problem internasjonalt (T. Haaland et al., 2005; Kendall-Tackett, 2005; NOU 2003:31, 2003; NOU, 2003: 31; WHO, 2005). Fra undersøkelser utført blant kvinner som oppsøker helsevesenet er det konkludert med at mishandling og seksuelle overgrep representerer en viktig faktor i utviklingen av sykdom (Eberhard-Gran et al., 2007; B. Schei, 1997). Undersøkelsene som har blitt gjennomført har i stor grad vært basert på kvinner som søker medisinsk behandling eller som utgjør et klinisk- eller bekvemmelighetsutvalg.

Gjennom HUBRO får vi mulighet til å se nærmere på utsatthet blant den generelle befolkningen i Oslo, men i og med at det kun er kvinnene som får spørsmål om vold og overgrep, får vi gjennom HUBRO ingen kunnskap om voldsutsatthet blant menn. Noe kunnskap om dette får vi derimot gjennom HUSK, i og med at halvparten av mennene som har besvart undersøkelsen også har mottatt spørsmål om fysisk vold. Både NIBR/NOVAS landsdekkende undersøkelse om vold i parforhold (T. Haaland et al., 2005) og

Oslo undersøkelsen, om utsatthet for trusler, vold og seksuelle overgrep (H. Pape & K. Stefansen, 2004) omfatter både menn og kvinner. Disse undersøkelsene har bidratt med ny kunnskap om omfang av utsatthet blant begge kjønn, og ikke mindre viktig, om hvilke former for vold henholdsvis kvinner og menn blir utsatt for.

Resultatene fra den landsdekkende undersøkelsen viser at kvinner som rammes av vold utøvd av ektefeller eller samboer, bærer stor risiko for å utvikle dårlig helse i form av nedsatt fysisk helse og psykiske skader (T. Haaland et al., 2005). Undersøkelsen sier derimot lite om hvilke sosiale og helsemessige konsekvenser slik vold har for menn. Som omtalt under punkt 2.2 fant en i undersøkelsen om voldsutsatthet i Buskerud og Akershus at den relative effekten av voldsutsatthet på psykisk helse så ut til å være like stor for menn som for kvinner (A Hjemmen et al., 2002). I og med at det er så få menn som blir stilt spørsmål om fysisk vold i HUSK, bidrar denne undersøkelsen i liten grad til å gi oss sikker kunnskap om konsekvenser av den volden menn utsettes for. For å få nærmere kunnskap om de helsemessige konsekvensene av dette for menn, vil det være viktig å inkludere et fullverdig utvalg menn i fremtidige helseundersøkelser når det gjelder spørsmål om vold og overgrep.

Volden som rammer menn og volden som rammer kvinner, er til dels ulike fenomen. Dette blir belyst både i den første landsdekkende undersøkelsen og i Oslo-undersøkelsen. Omtrent like mange kvinner som menn oppgir å ha vært utsatt for vold fra partner i løpet av det siste året (T. Haaland et al., 2005; H. Pape & K. Stefansen, 2004). Den volden som rammer kvinner og menn i omtrent like stor grad beskrives derimot som mindre grov enn den volden som i særlig grad rammer kvinner. To - tre prosent av kvinnene i Oslo-undersøkelsen oppgir å ha vært utsatt for grov og/eller høyfrekvent vold. Tall fra undersøkelsen gjennomført i Akershus viser at det også er kvinner som i størst grad oppgir å ha vært utsatt for gjentakende voldshandlinger, 4,2 prosent for kvinner mot 1,4 prosent for menn. For de fleste av de som oppga dette hadde volden pågått i mer enn ett år (Graff-Iversen et al., 1992).

I og med at HUBRO undersøkelsen inkluderer spørsmål som kan belyse livstidsprevalens og siste års prevalens, kan vi gjennom HUBRO få noe kunnskap om respondene har opplevd flere voldshandlinger i løpet av livet. Vi får imidlertid ingen kunnskap om hvorvidt volden den enkelte har opplevd har vært grov (omfang av fysisk skade m.m.) eller høyfrekvent. Det framkommer derimot om kvinnene har vært utsatt for flere typer av vold. Det å ha vært utsatt for både psykisk og fysisk vold kan være et tegn på vold som del av et kontrollregime, kalt patriarkalsk terrorisme (Johnson, 1995). Spørsmål som kan belyse dette bedre bør inkluderes i fremtidige epidemiologiske undersøkelser. Dette vil kunne bidra til å gi oss mer dyptgående kunnskap om den grove og høyfrekvente volden, og om hvem som blir utsatt for slik vold. Spørsmål som kan belyse om volden har skjedd ved ett enkeltstående tilfelle, eller om det er snakk om

gjentakende voldshandlinger, vil også kunne gi oss mer kunnskap om hvilke former for vold som er mest utbredt.

I og med at spørsmål om relasjon til utøver har vært inkludert både i Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelser, i NIBR/NOVA undersøkelsen, i Oslo-undersøkelsen, i undersøkelsen om voldsutsatthet i Buskerud og Akershus, og i enkelte andre undersøkelser, har vår kunnskap om dette blitt styrket. Blant menn i Akershus oppga 9,2 prosent å ha blitt skadet av en ukjent person, mens 3,4 prosent var skadet av en perifer bekjent (Graff-Iversen et al., 1992). For kvinnene var tallene lavere, henholdsvis 1,9 prosent og 1,7 prosent. Derimot viser undersøkelsen at 13,1 prosent kvinner mot bare 2,1 prosent menn, var skadet av ektefelle, samboer eller familiemedlem (Graff-Iversen et al., 1992). Også HUBRO inkluderer spørsmål om utøver. HUBRO bidrar derfor med kunnskap om hvem som utøver volden og hvilken relasjon den utsatte har til voldsutøver. Dette er ikke tilfelle for HUSK. HUSK inkluderer derimot ulike typer vold (eks. mishandling/ran/overfall). Forutsatt at disse kategoriene er gjensidig utelukkende, vil en slik inndeling kunne gi oss mer kunnskap om hvor volden har funnet sted, altså i den private sfære eller i den offentlige sfære. Det er nærliggende å tenke seg at de som oppgir å ha blitt mishandlet har opplevd dette i det private, mens ran og overfall primært vil skje i det offentlige rom. Dette gir oss likevel ikke noen sikker kunnskap om den utsattes relasjon til utøver.

Levekårsundersøkelsene som gjennomføres regelmessig har som vi tidligere har omtalt inkludert spørsmål om spesifikke voldshendelser (SSB 1997, 2001, 2004, 2007). I tillegg har vi de tidligere omtalte voldsundersøkelser om utsatthet for vold og trusler i Oslo befolkningen og den landsdekkende undersøkelsen om vold i parforhold. Utvalget i disse studiene er imidlertid begrenset, de mest voldsutsatte kvinner og menn er enten ikke inkludert i studien (for eksempel innsatte i fengsler og institusjonsbeboere), eller underrepresentert (for eksempel rusmisbrukere og sosialt marginaliserte). Dette gjelder også ekskludering av spesielle isolerte sosiale grupper, slik som minoriteter, flyktninger og funksjonshemmede. Underrepresentasjon eller overrepresentasjon av spesielle grupper er derfor et konstant problem i epidemiologiske undersøkelser om vold, et problem som trolig påvirker resultatene (A Hjemmen et al., 2002). I og med at helseundersøkelsene går ut til den generelle befolkningen vil heller ikke disse være egnet til å belyse ovennevnte problemstillinger. Det er behov for spesielle undersøkelser blant de mest utsatte gruppene, i tillegg til de generelle undersøkelsene som går ut til den øvrige befolkningen.

Når det gjelder voldens årsaker, virkninger og risikofaktorer vil helseundersøkelsene kunne være en viktig kilde til kunnskap om dette. Samtlige av helseundersøkelsene vi har gjennomgått inkluderer både demografiske og sosioøkonomiske variable (eks. utdanning, røyke- og alkoholvaner, fødested, boligforhold, familie, arbeidssituasjon og

trygdeytelser). I tillegg inkluderer de flere instrument som måler fysisk og psykisk helse. Helseundersøkelsene gir per i dag derimot ikke grunnlag for å trekke sikre slutninger om årsak – virkning relasjoner mellom voldsutsatthet og fysisk og psykisk helse og livskvalitet. I den grad helseundersøkelsen blir gjentatt over tid og med samme utvalg (longitudinelle studier) og disse inkluderer de samme spørsmålene om vold vil vi kunne få kunnskap om årsak – virkning relasjoner. Dette vil gi oss en mulighet til å sammenligne voldsutsattes og ikke voldsutsattes psykiske og fysiske helse over tid. Dette kan i noen grad også gjøres ved å koble data om voldsutsatthet fra HUBRO og HUSK mot ulike offentlige registre, slik som NAVs register over trygdemottakere (trygderegisteret) og Nasjonalt reseptbasert legemiddelregister (reseptregisteret).

Som tidligere nevnt inngår de to helseundersøkelsene vi har tatt for oss i Cohort of Norway databasen (CONOR). CONOR inneholder helsedata fra ca. 200.000 personer. I vår gjennomgang av helseundersøkelsene fant vi at kun to av elleve av de undersøkelsene som inngår i CONOR inkluderte spørsmål om vold. Den norske Mor og Barnundersøkelsen (MoBa) er et eksempel på en panelstudie som vil kunne bidra til å besvare spørsmål om årsak – virkning relasjoner. MoBa er rettet mot kvinner og deres barn. Slike helseundersøkelser er også nødvendige å rette mot menn, slik at forhold mellom årsak og virkning kan kartlegges bedre.

5.5 Anbefalinger til videre forskning

Det finnes relativt få landsdekkende epidemiologiske undersøkelser om forekomsten vold og konsekvensene for befolkningens helse i Norge. Imidlertid viser flere store utenlandske helseundersøkelser, både fra USA (Kessler, Molnar, Feurer, & Appelbaum, 2001; Schnurr & Green, 2003) og fra ulike europeiske land (Hepp et al., 2006; Olff, Langeland, & Gersons, 2005; Perkonigg et al., 2005) at vold er assosiert med både psykiske og somatiske helseproblemer. Alle disse studiene konkluderer med at vold i seg selv har en negativ effekt på helsen, men at det er tilknytningen til en rekke andre uheldige forhold som gir de dramatiske utslagene. Dette dreier seg bl.a. om selvopplevd helse, opplevelse av sosial støtte, tilgjengelige nettverk, egne mestringsstrategier, familiesituasjon og kulturelle forhold.

Spørsmål om vold og overgrep har blitt stilt i ulike typer undersøkelser, både i rene voldsundersøkelser, og som del av større undersøkelser som også tar opp andre tema. Det har vist seg at andelene som oppgir å ha vært utsatt for vold, særlig vold i nære relasjoner, varierer sterkt med hva slags undersøkelse spørsmålene inngår i. Andelene virker å være lavest i undersøkelser om kriminalitet, og høyere i undersøkelser av familieforhold eller helse (Murray A. Straus, 1991). Dette henger antakeligvis sammen med

at hvilke hendelser som inkluderes i de ulike overgrepskategoriene også påvirkes av hvilken kontekst de inngår i; som kriminalitet, helse eller samliv.

Tidligere undersøkelser har vist at det å inkludere spørsmål om vold i store helseundersøkelser gjør at mennesker med slik erfaring gis mulighet til å rapportere dette på en åpen måte (T. Haaland et al., 2005; Kessler et al., 2001). Vår gjennomgang av helseundersøkelsene viser at vi per dags dato har begrenset kunnskap om de helsemessige konsekvensene av vold og andre potensielt traumatiserende hendelser i den norske befolkning. Å frembringe slik kunnskap krever epidemiologiske undersøkelser, både rettet mot befolkningen som helhet og mot spesifikke befolkningsgrupper. Helseundersøkelser går ut til en stor andel av den generelle befolkningen og er derfor potensielt en viktig kilde til kunnskap om voldens forekomst, årsaker, virkninger og risikofaktorer.

Vold og traumer er et sensitivt tema som reiser etiske og metodiske problemer for forskning. Det er mulig å inkludere spørsmål om vold i epidemiologiske undersøkelser kan medføre en lavere svarprosent fra de mest voldsutsatte (Galea & Tracy, 2007). Flere undersøkelser konkluderer med at for å gi informanter maksimal trygget og for å sikre anonymitet, er det til stor nytte å bruke et datastyrt selvinstruerende spørreskjema (Computer-Assisted Self-Interviewing, CASI) (T. Haaland et al., 2005; Kessler et al., 2001; Mirrlees-Black, 1999). Disse undersøkelsene viser at ved å bruke selvinstruerende spørreskjema stiger også svarprosenten og informantene rapporterer betydelig flere hendelser. Det er derfor anbefalt at CASI-metodikken bør vurderes når videre forskning på dette feltet skal gjennomføres. Denne metodikken er imidlertid svært kostnadskrevende og det er derfor viktig å finne frem til design som medfører at en slik metodikk lar seg gjennomføre innen akseptable økonomiske rammer. En mulighet kan være å legge opp til flertrinnsundersøkelser, hvor en i trinn en knytter få og enkle spørsmål om vold og andre traumatiske hendelser til store befolkningsundersøkelser, for så å følge opp med mer inngående CASI baserte eller andre former for direkte intervjuundersøkelser av de som skårer positivt på de aktuelle spørsmålene.

De ulike populasjonene vi er interessert i er svært forskjellige med hensyn til livsbetingelser og historie. Eksponering for de potensielt traumeskapende hendelsene og situasjonene er derfor svært ulike for de ulike utvalgene. Mens en stor andel av flyktninger, asylsøkere og innsatspersonell vil ha vært svært utsatt for traumatiske hendelser, vil andelen av voksne og barn i normalbefolkningen være atskillig mindre. De potensielt traumatiske hendelsene vi er opptatt av krever derfor svært ulike strategier for å kartlegge forekomstene av de ulike hendelsene og offergruppene. Det å sammenligne ulike populasjonsgrupper og ulike fenomener for hver gruppe stiller strenge krav til operasjonalisering og kartlegging av variabler.

Representativitet knyttet til demografiske og sosioøkonomiske variable er av stor betydning i epidemiologiske studier. Kartlegging av forekomsten av vold og andre negative livshendelser i den voksne befolkningen krever at en har tilgang til et relativt stort utvalg. Tidligere undersøkelser viser at frafall og lav svarprosent er et problem i store epidemiologiske undersøkelser, noe som trolig påvirker resultatene (Hepp et al., 2006; Kessler et al., 2001; NOU 2003:31, 2003; A. J. Sjøgaard et al., 2004). Større helseundersøkelser som har som formål å kartlegge årsaker til sykdom blant den voksne befolkningen retter seg ofte mot store grupper av befolkningen. Inkludering av spørsmål om vold og andre negative livshendelser i disse undersøkelsene vil derfor kunne gi oss et bedre kunnskapsgrunnlag om disse fenomener enn det vi har per i dag.

Vi vil fremheve følgende anbefalinger knyttet til fremtidige epidemiologiske undersøkelser om overgrep, andre negative livshendelser og helse:

- 1 Flere undersøkelser om vold og traumeskapende hendelser har konkludert at det er nødvendig å utforme klarere definisjoner og mer presise måleinstrumenter i forskning om vold (T. Haaland et al., 2005; Mirrlees-Black, 1999; H. Pape & K. Stefansen, 2004). Å finne gode definisjoner og operasjonaliseringer av de ulike fenomener er en utfordring. Det må derfor arbeides mer med validiteten av de ulike begrepene som benyttes, og som utgjør kriterier for de operasjonelle definisjoner som brukes.
- 2 Undersøkelsen bør inkludere flere typer vold og negative livshendelser, bl.a. belastninger assosiert med katastrofer og ulykker, psykisk vold, ran/overfall og slagsmål i tillegg til vold i parforhold og seksuelle overgrep.
- 3 Utvalget bør representere ulike sosiale grupper i den aktuelle norske befolkningen. Undersøkelser bør også gjøres blant de mest voldsutsatte menn, kvinner og barn, bl.a. institusjonsbeboere, asylsøkere og funksjonshemmede.
- 4 Forskning viser at ikke alle som utsettes for vold, overgrep, krigshandlinger etc. vil oppleve dette som en traumatisk hendelse. Likeledes får ikke alle som har opplevd traumer PTSD eller andre traumerelaterte psykiske lidelser. Spørsmålet om resiliens, dvs. hvem som *ikke* får ulike stressreaksjoner, bør også være et viktig forskningsspørsmål.
- 5 For å holde kostnadene nede er det en mulighet å gjøre en flertrinnsundersøkelse hvor det første trinnet er en relativt begrenset forekomstundersøkelse av et stort utvalg, og så følge det opp med mer omfattende oppfølgingsundersøkelser av deler av utvalget.
- 6 Longitudinelle studier er nødvendig for å kunne si noe om risikofaktorer, konsekvenser og mulige årsakssammenhenger. En oppfølgingsundersøkelse, der de samme respondentene spørres på minst to tidspunkter, vil øke muligheten for å fastslå rekkefølgen på hendelser.

Litteratur

- Askeland, I. R., Råkil, M., & Evang, A. (2007). Forskning på menn som utøver vold. Rapport til oppdragsdepartementene September 2007. Oslo: Nasjonalt kunnskaps-senter om vold og traumatisk stress (NKVTS).
- Bastiansen, A. (2003). Vold, traumer og psykologiske fenomeners natur. *Impuls*, 3, 5-9.
- Beech, A. R., & Mitchell, I. J. (2005). A neurobiological perspective on attachment problems in sexual offenders and the role of selective serotonin re-uptake inhibitors in the treatment of such problems. *Clinical Psychology Review*, 25(2), 153-182. doi: 10.1016/j.cpr.2004.10.002
- Bendixen, M. (2005). *Konflikter og konflikthåndtering blant studenter i parforhold: Resultatrapport 1*. Trondheim: NTNU, Fakultet for samfunnsvitenskap og tekno-logiledelse.
- Bendixen, M., Muus, K. M., & Schei, B. (1994). The impact of child sexual abuse--a study of a random sample of Norwegian students. *Child Abuse & Neglect*, 18(10), 837-847. doi: 0145-2134(94)90063-9
- Brugha, T. S., Bebbington, P. E., Tennant, C., & Hurry, J. (1985). The list of threatening experiences: A subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychological Medicine*, 15, 189-194.
- Caesar, P. L. (1988). Exposure to violence in the families of origin among wife-abusers and maritally nonviolent men. *Violence and Victims*, 3, 49-63.
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359, 1331-1336.
- Carlstedt, M. (2001). Upprepad utsatthet för våld. Et utgångspunkt för brottsförebyggande verksamhet. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Choquet, M., Darves-Bornoz, J.-M., Ledoux, S., Manfredi, R., & Hassler, C. (1997). Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: Results of a cross-sectional survey. *Child Abuse and Neglect*, 21(9), 823-832.
- Cohen, L. E., & Felson, M. (1979). Social change and crime rate trends: A routine activity approach. *American Sociological Review*, 44, 588-608.
- Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 31(7), 1237-1247.
- Dahl, S. (1993). *Rape - A hazard to health*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale--preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9(1), 13-28.

- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974a). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL). A measure of primary symptom dimensions. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 7(0), 79-110.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974b). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19(1), 1-15.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Whitfield, C. L., Brown, D. W., Felitti, V. J., Dong, M., & Giles, W. H. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(5), 430-438. doi: S0749-3797(05)00078-4
- Dutton, D. G. (1998). *The abusive personality: Violence and control in intimate relationships*. New York: Guilford.
- Eberhard-Gran, M., Schei, B., & Eskild, A. (2007). Somatic symptoms and diseases are more common in women exposed to violence. *Journal of General Internal Medicine*, 22(12), 1668-1673.
- Ehrensa
 an increased risk of psychiatric disorders among women but not among men? A longitudinal cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 165(5), 885-892.
- Elklit, D. (1993). *Offer for vold. En psykologisk analyse af sagesløse voldsofres situasjon, opplevelser og etterreaksjoner*. Århus: Aarhus universitetsforlag.
- Ensink, B. J. (1992). *Confusing realities: A study on child sexual abuse and psychiatric symptoms*. Amsterdam: VU University Press.
- Estrada, F., & Nilsson, A. (2004). Exposure to threatening and violent behaviour among single mothers. The significance of lifestyle, neighbourhood and welfare situation. *British Journal of Criminology*, 44, 168-187.
- Farrell, G., & Pease, K. (Eds.). (2001). *Repeat victimization*. Monsey, NY: Criminal Justice Press.
- Felitti, V. J. (2002a). The relationship of adverse childhood experiences to adult health: Turning gold into lead. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48(4), 359-369.
- Fiebert, M. S. (2010). References examining assaults by women on their spouses or male partners: An annotated bibliography. *Sexuality & Culture*, 14, 49-91.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7-26. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.06.008
- Folkehelseinstituttet. (2007). Astma - faktark. Retrieved from http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:58515::1:5647:6:::0:0
- Galea, S., & Tracy, M. (2007). Participation rates in epidemiologic studies. *Annals of Epidemiology*, 17(9), 643-653. doi: 10.1016/j.annepidem.2007.03.013

- Gelles, R. J. (1993). Alcohol and other drugs are associated with violence - They are not its cause. In R. J. Gelles & D. R. Loeske (Eds.), *Current controversies on family violence* (pp. 182-196). London: Sage.
- Gondolf, E. W. (1988). Who are those guys? Toward a behavioral typology of batterers. *Violence and Victims*, 3, 187-203.
- Graff-Iversen, S., Gjervig, T., Tund-Larsen, P. G., Hjemmen, A., Dalgard, O. S., & Holmsen, E. (1992). Sosialt nettverk, alkoholvaner og voldsskader hos kvinner og menn i Akershus fylke. Resultater fra en anonym spørreundersøkelse blant 40-42-åringer 1990-91. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 112(28), 3579-3583.
- Graham-Bermann, S. A., & Seng, J. (2005). Violence exposure and traumatic stress symptoms as additional predictors of health problems in high-risk children. *J Pediatr*, 146(3), 349-354. doi: S0022347604010522
- Haaland, T., Clausen, S.-E., & Schei, B. (Eds.). (2005). *Vold i parforhold - ulike perspektiver: Resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Hentig, H. v. (1948). *The criminal and his victim*. New Haven: Yale University Press.
- Hepp, U., Gamma, A., Milos, G., Eich, D., Ajdacic-Gross, V., Rössler, W., . . . Schnyder, U. (2006). Prevalence of exposure to potentially traumatic events and PTSD. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 151-158.
- Hindelang, M. J., Gottfredson, M. R., & Garofalo, J. (1978). *Victims of personal crime: An empirical foundation for a theory of personal victimization*. Cambridge Mass.: Ballinger.
- Hjemmen, A., Dalgard, O. S., & Graff-Iversen, S. (2002). Volden som rammer kvinner og volden som rammer menn - to ulike verdener? Resultater fra en anonym spørreundersøkelse blant 40-42-åringer i 1990-1994 i Akershus og Buskerud. *Norsk Epidemiologi*, 12(3), 275-280.
- Hope, T., Bryan, J., Trickett, A., & Osborn, D. R. (2001). The phenomena of multiple victimization. The relationship between personal and property crime risk. *British Journal of Criminology*, 41(4), 595-617.
- Johansen, V. A., Wahl, A. K., Eilertsen, D. E., Hanestad, B. R., & Weisaeth, L. (2006). Acute psychological reactions in assault victims of non-domestic violence: Peritraumatic dissociation, post-traumatic stress disorder, anxiety and depression. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(6), 452 -462.
- Johnson, M. P. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence. Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 57(2), 283-294.
- Johnson, M. P., & Leone, J. M. (2005). The differential effects of intimate terrorism and situational couple violence: Findings from the national violence against women survey. *Journal of Family Issues* 26(3), 322-349.
- Juklestad, O. N. (2006). Fakta om overgrep mot eldre. *Aldring og livsløp*, 3, 2-7.
- Juklestad, O. N., & Johns, S. (1997). *Vern for eldre: tiltak mot overgrep i hjemmet*. Oslo: Kommuneforl.

- Kamphuis, J. H., & Emmelkamp, P. M. (2005). 20 years of research into violence and trauma: Past and future developments. *Journal of Interpersonal Violence, 20*(2), 167-174.
- Keane, T. M., & Kaloupek, D. G. (1997). Comorbid psychiatric disorders in PTSD. Implications for research. *Annals of the New York Academy of Sciences, 821*, 24-34.
- Kendall-Tackett, K. (2005). Exciting discoveries on the health effects of family violence: where we are, where we need to go. *Journal of Interpersonal Violence, 20*(2), 251-257.
- Kessler, R. C., Molnar, B. E., Feurer, I. D., & Appelbaum, M. (2001). Patterns and mental health predictors of domestic violence in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *International Journal of Law and Psychiatry 24*(4-5), 487-508
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*(12), 1048-1060.
- Kirkengen, A. L. (2001). *Inscribed bodies : Health impact of childhood sexual abuse*. Dordrecht: Kluwer.
- Kirkengen, A. L. (2005). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforl.
- Langfeldt, T. (2007). Menn som forgriper seg på unge gutter. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 6*, 729-734.
- Lasley, J. R., & Rosenbaum, J. L. (1988). Routine activities and multiple personal victimization. *Sociology and Social Research, 73*(1), 47-50.
- Lipman, R. S., Covi, L., & Shapiro, A. K. (1979). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL)--factors derived from the HSCL-90. *Journal of Affective Disorders, 1*(1), 9-24. doi: 0165-0327(79)90021-1
- Loge, J. H., Kaasa, S., Hjermsstad, M. J., & Kvien, T. K. (1998). Translation and performance of the Norwegian SF-36 Health Survey in patients with rheumatoid arthritis. I. Data quality, scaling assumptions, reliability, and construct validity. *Journal of Clinical Epidemiology, 51*(11), 1069-1076.
- Lycke, H. S., & Molin, P. K. (2002). Jeg er ingen voldsmann – voldsutøvende menn som kontakter Alternativ til Vold. In M. Råkil (Ed.), *Menns vold mot kvinner. Behandlingsferinger og kunnskapsstatus*. Oslo: Universtitetsforlaget.
- Marshall, W. L. (1993). The role of attachment, intimacy and loneliness in the etiology and maintenance of sexual offending. *Journal of Sexual and Marital Therapy, 8*, 109-121.
- Melhuus, K., & Sørensen, K. (1997). Vold 1994- Oslo legevakt. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening, 117*(2), 230-235.
- Mirrlees-Black, C. (1999). Domestic violence: Findings from a new British crime survey self-completion questionnaire. London: Home Office. Home Office Research Study.
- Molin, P. K. (1999). *Kognitiv og emosjonell fungering hos menn og kvinner med et volds- og aggresjonsproblem mot samlivspartner en pilotstudie med bruk av Rorschachmetoden og MMPI*. Tromsø: [P.K. Molin].

- Mossige, S., & Huang, L. (2010). Omfanget av seksuelle krenkelses i en norsk ungdomsbefolkning. *Norsk Epidemiologi*, 20(1), 53-62.
- Nasjonalt ressurscenter for seksuelt misbrukte barn. (2002). *Seksuelle overgrep mot barn : utvalgte temaer*. Oslo: Nasjonalt ressurscenter for seksuelt misbrukte barn.
- Nelson, J. F. (1980). Multiple Victimization in American-Cities - Statistical-Analysis of Rare Events. *American Journal of Sociology*, 85(4), 870-891.
- NOU 2003:31. (2003). *Retten til et liv uten vold. Menns vold mot kvinner i nære relasjoner*. Oslo: Norges offentlige utredninger.
- Olf, M., Langeland, W., & Gersons, B. P. R. (2005). The psychobiology of PTSD: coping with trauma. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 974-982. doi: DOI: 10.1016/j.psyneuen.2005.04.009
- Olsvik, V. M. (2004a). «Makt, avmakt og institusjonelle overgrep» en kvalitativ studie av institusjonelle overgrep mot kvinner med fysiske funksjonshemninger. Lillehammer: Østlandsforskning.
- Olsvik, V. M. (2004b). «Vulnerable, exposed and invisible?» a qualitative study on violence and abuse against women with physical disabilities. Lillehammer: Østlandsforskning.
- Pape, H. (2003). Vold og krenkelses i unge menneskers parforhold. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 123(15), 2016-2020.
- Pape, H., & Stefansen, K. (Eds.). (2004). *Den skjulte volden?: En undersøkelse av Oslo-befolkningens utsatthet for trusler, vold og seksuelle overgrep*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Pedersen, W., & Aas, H. (1995). Sexual victimization in Norwegian children and adolescents: Victims, offenders, assaults. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 23(3), 173-178.
- Perkonig, A., H. Pfister, M.B. Stein, M. Hofler, R. Lieb, A. Maercker, & Wittchen, H. (2005). Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults *American Journal of Psychiatry* 162 (7), 1320-1327.
- Rognerud, M., Næss, Ø., & Strand, B. H. (2007). *Sosial ulikhet i helse: En faktarapport*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- SCB. (2004). Offer för våld och egendomsbrott 1978-2002 *Levandsförhållanden, Rapport 104*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Schei, B. (1990). Prevalence of sexual abuse history in a random sample of Norwegian women. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 18(1), 63-68.
- Schei, B. (1997). Violence against women: Reproductive consequences. In B. Ottesen & A. Tabor (Eds.), *New insights in gynecology and obstetrics. Research and practice* (pp. 144-149). London: Parthenon Publishing.
- Schnurr, P. P., & Green, B. L. (Eds.). (2003). *Trauma and health: Physical consequences of exposure to extreme stress*. Washington: American Psychological Association.

- Sparks, R. F. (1981). Multiple Victimization - Evidence, Theory, and Future-Research. *Journal of Criminal Law & Criminology*, 72(2), 762-778.
- Stefansen, K., & Smette, I. (2006). «Det var ikke en voldtekt, mer et overgrep ...» Kvinners fortolkning av seksuelle overgrepserfaringer. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 47(1), 33-56.
- Stefansen, K., & Mossige, S. (2007). Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrapporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole. *NOVA Rapport 20*. Oslo.
- Stein, M. B., & Barrett-Connor, E. (2000). Sexual assault and physical health: Findings from a population-based study of older adults. *Psychosomatic Medicine*, 62(6), 838-843.
- Stene, R. J. (2003). Levekårsundersøkelsene 1983-2001: Vold og trusler i 20 år. *Samfunnsspeilet*, 17(1), 2-7.
- Stene, R. J. (2005). Levekårsundersøkelsene 1997-2004: I familiefasens vold. *Samfunnsspeilet*, 6, 37-45.
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K., & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(2), 113-118.
- Straus, M. A. (1991). Conceptualization and measurement of battering: Implications for public policy. In M. Steinman (Ed.), *Woman battering: Policy responses* (pp. 19-47). Cincinnati: Anderson Publishing Co.
- Straus, M. A. (1997). Physical assaults by women partners: A major social problem. In M. R. Walsh (Ed.), *Women, men and gender; Ongoing debates* New Haven: Yale University Press.
- Straus, M. A. (1999). The controversy over domestic violence by women. A methodological, theoretical, and sociology of science analysis. In X. B. Arriaga & S. Oskamp (Eds.), *Violence in intimate relationships*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sætre, M. (1997). Samfunnsproblemet som «forsvant». En kritikk av tendensen til å minimalisere omfanget av seksuelle overgrep mot barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 34(1), 53-61.
- Sætre, M., Holter, H., & Jebsen, E. (1986). *Tvang til seksualitet: En undersøkelse av seksuelle overgrep mot barn*. Oslo: Cappelen.
- Søgaard, A. J., Bjelland, I., Tell, G. S., & Røysamb, E. (2003). A comparison of the CONOR Mental Health Index to the HSCL-10 and HADS. *Norsk Epidemiologi*, 13(2), 279-284.
- Søgaard, A. J., Selmer, R., Bjertness, E., & Thelle, D. (2004). The Oslo Health Study. The impact of self-selection in a large, population-based survey. *International Journal of Equity Health*, 3(3).
- Sørheim, T. A. (1998). *Vanlige kvinner - uvanlige utfordringer en studie av kvinner med funksjonshemming*. Oslo: Seksjon for medisinsk antropologi, Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har som en av sine sentrale oppgaver å fremskaffe kunnskap om forekomst av vold, overgrep og andre potensielt traumatiserende hendelser i ulike befolkningsgrupper, og studere sammenhengen mellom slike hendelser, helseproblemer og bruk av helsetjenester. Folkehelseinstituttet (FHI) har de siste to tiårene gjennomført flere helseundersøkelser hvor det har blitt samlet inn opplysninger som kan belyse noen av disse sammenhengene. NKVTS og FHI har derfor inngått et forpliktende samarbeid om å utvikle kunnskap og bygge opp kompetansen på feltet.

To av helseundersøkelsene, helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO) og helseundersøkelsen i Hordaland (HUSK) inneholder spørsmål om utsatthet for vold og overgrep. Denne rapporten består av en gjennomgang av data fra disse to undersøkelsene.

Gjennomgangen av undersøkelsene viser at forekomsten av vold og seksuelle overgrep blant respondentene er betydelig. Forekomsten er høyest blant personer med lav sosioøkonomisk status, blant de som bor alene, er skilt eller separert, er ensomme og har få venner, og blant de som ofte drikker seg beruset. De som har vært utsatt for overgrep som barn har også større risiko for å utsettes som voksne, og de som har vært utsatt for en type overgrep er også oftere utsatt for andre former for overgrep. Undersøkelsene tyder også på at det er en sammenheng mellom å ha vært utsatt for overgrep og å rapportere om helseproblemer, både i form av psykiske plager og en rekke somatiske sykdommer.

Kirkeveien 166 (bygning 48)
N-0407 Oslo
Tlf.: +47 22 59 55 00
Faks: +47 22 59 55 01
e-post: postmottak@nkvts.unirand.no

ISBN 978-82-8122-043-0 (Trykk)
ISBN 978-82-8122-044-7 (Pdf)
ISSN 0809-9103

Rapporter kan lastes ned fra: <http://www.nkvts.no>

- Tambs, K. (1994). Noen resultater fra Folkehelsa's undersøkelse av seksuelle overgrep mot barn. Oslo: Statens institutt for folkehelse.
- Tjaden, P. G., Thoennes, N., National Institute of Justice (U.S.), & Centers for Disease Control and Prevention (U.S.). (2000). *Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women : findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, D.C.: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Insitute of Justice.
- Ward, T., McCormack, J., & Hudson, S. M. (2002). Sexual offenders' perceptions of their early interpersonal relationships: an attachment perspective. *J Sex Res*, 39(2), 85-93.
- Ware, J., Jr., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-item short-form health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220-233.
- WHO. (2002). *World report of violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2005). *Make every mother and child count*. Geneva: World Health Organization.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatria Scandinavia*, 67(6), 361-370.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har som en av sine sentrale oppgaver å fremskaffe kunnskap om forekomst av vold, overgrep og andre potensielt traumatiserende hendelser i ulike befolkningsgrupper, og studere sammenhengen mellom slike hendelser, helseproblemer og bruk av helsetjenester. Folkehelseinstituttet (FHI) har de siste to tiårene gjennomført flere helseundersøkelser hvor det har blitt samlet inn opplysninger som kan belyse noen av disse sammenhengene. NKVTS og FHI har derfor inngått et forpliktende samarbeid om å utvikle kunnskap og bygge opp kompetansen på feltet.

To av helseundersøkelsene, helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO) og helseundersøkelsen i Hordaland (HUSK) inneholder spørsmål om utsatthet for vold og overgrep. Denne rapporten består av en gjennomgang av data fra disse to undersøkelsene.

Gjennomgangen av undersøkelsene viser at forekomsten av vold og seksuelle overgrep blant respondentene er betydelig. Forekomsten er høyest blant personer med lav sosioøkonomisk status, blant de som bor alene, er skilt eller separert, er ensomme og har få venner, og blant de som ofte drikker seg beruset. De som har vært utsatt for overgrep som barn har også større risiko for å utsettes som voksne, og de som har vært utsatt for en type overgrep er også oftere utsatt for andre former for overgrep. Undersøkelsene tyder også på at det er en sammenheng mellom å ha vært utsatt for overgrep og å rapportere om helseproblemer, både i form av psykiske plager og en rekke somatiske sykdommer.

Kirkeveien 166 (bygning 48)
N-0407 Oslo
Tlf.: +47 22 59 55 00
Faks: +47 22 59 55 01
e-post: postmottak@nkvts.unirand.no

ISBN 978-82-8122-043-0 (Trykk)
ISBN 978-82-8122-044-7 (Pdf)
ISSN 0809-9103

Rapporter kan lastes ned fra: <http://www.nkvts.no>

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har som en av sine sentrale oppgaver å fremskaffe kunnskap om forekomst av vold, overgrep og andre potensielt traumatiserende hendelser i ulike befolkningsgrupper, og studere sammenhengen mellom slike hendelser, helseproblemer og bruk av helsetjenester. Folkehelseinstituttet (FHI) har de siste to tiårene gjennomført flere helseundersøkelser hvor det har blitt samlet inn opplysninger som kan belyse noen av disse sammenhengene. NKVTS og FHI har derfor inngått et forpliktende samarbeid om å utvikle kunnskap og bygge opp kompetansen på feltet.

To av helseundersøkelsene, helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO) og helseundersøkelsen i Hordaland (HUSK) inneholder spørsmål om utsatthet for vold og overgrep. Denne rapporten består av en gjennomgang av data fra disse to undersøkelsene.

Gjennomgangen av undersøkelsene viser at forekomsten av vold og seksuelle overgrep blant respondentene er betydelig. Forekomsten er høyest blant personer med lav sosioøkonomisk status, blant de som bor alene, er skilt eller separert, er ensomme og har få venner, og blant de som ofte drikker seg beruset. De som har vært utsatt for overgrep som barn har også større risiko for å utsettes som voksne, og de som har vært utsatt for en type overgrep er også oftere utsatt for andre former for overgrep. Undersøkelsene tyder også på at det er en sammenheng mellom å ha vært utsatt for overgrep og å rapportere om helseproblemer, både i form av psykiske plager og en rekke somatiske sykdommer.

Kirkeveien 166 (bygning 48)
N-0407 Oslo
Tlf.: +47 22 59 55 00
Faks: +47 22 59 55 01
e-post: postmottak@nkvts.unirand.no

ISBN 978-82-8122-043-0 (Trykk)
ISBN 978-82-8122-044-7 (Pdf)
ISSN 0809-9103

Rapporter kan lastes ned fra: <http://www.nkvts.no>