

Våld mot kvinnor med psykiska funktionshinder

Förekomst, bemötande och tillgång till stöd

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är en *Lägesbeskrivning*. Det innebär att den innehåller redovisning och analys av kartläggningar och andra former av uppföljning av lagstiftning, verksamheter, resurser mm som kommuner, landsting och enskilda huvudmän bedriver inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, hälso-skydd och smittskydd. Den kan utgöra underlag för myndighetens ställningstaganden och ingå som en del i större uppföljningar och utvärderingar av t.ex. reformer och fördelning av stimulansmedel. Socialstyrelsen svarar för innehåll och slutsatser.

Artikelnr 2005-131-23

Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2005

Förord

Kunskapen om kvinnor med psykiska funktionshinder som utsätts för våld är begränsad. Precis som andra våldsutsatta kvinnor utgör de en utsatt grupp, men samtidigt så bidrar vissa faktorer till att situationen för den här gruppen skiljer sig åt från de övriga. Skillnaderna består bland annat av graden av utsatthet och tillgången till stöd och hjälp.

I rapporten presenteras forskningsstudier och andra undersökningar där olika förhållanden som rör våldsutsatta kvinnor med psykiska funktionshinder har undersökts. Innehållet är uppdelat på ett flertal områden: kvinnor med psykiska funktionshinder som brottsoffer, omfattning av våldsutsatthet, att upptäcka övergrepp, vad händer efter att övergrepp upptäckts, tillgång till stödinsatser samt vägar framåt.

Det är Socialstyrelsens förhoppning att denna lägesbeskrivning ska bidra till en ökad helhetssyn på hur dessa kvinnors nuvarande situation ser ut och vilka behov av ytterligare stöd och insatser som finns.

Rapporten vänder sig främst till verksamma inom bland annat socialtjänst och hälso- och sjukvård, men även till studenter som vill fördjupa sin kunskap om våldsutsatta kvinnor med psykiska funktionshinder. Viktiga målgrupper är också exempel brukarorganisationer och kvinnoorganisationer.

Arbetet har utförts av Karin Flyckt, Eva-Maria Frisack, Maria Boustedt Hedvall samt Annika Eriksson, samtliga anställda vid Socialstyrelsens socialtjänstavdelning. Kontinuerlig dialog har förts med en referensgrupp bestående av representanter från Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) samt Sveriges kvinnojourers riksförbund (SKR). Rapporten har granskats av Socialstyrelsens vetenskapliga råd professor Malin Åkerström.

Åsa Börjesson
Avdelningschef Socialtjänstavdelningen

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning och slutsatser</i>	7
Sammanfattning	7
En utsatt grupp	7
En stor andel utsätts för våld	8
Stort behov av stöd och hjälp	10
Slutsatser	10
<i>Inledning</i>	12
Bakgrund	12
Metod	13
Syfte	13
Frågeställningar	13
Sökord	13
Databaser	14
Clearinghouses	14
Avgränsningar	14
Begrepp och definitioner	15
Vad innehåller kunskapsöversikten?	15
<i>Kvinnor med psykiska funktionshinder som brottsoffer</i>	17
Riskfaktorer för våldsutsatthet	17
Beroendeställning till förövaren	17
”Social viktisering”	18
Funktionshindret i sig	19
Psykisk sjukdom	21
Konsekvenser av övergrepp	23
Reviktisering	24
Sambandet mellan övergrepp och psykiatriska symptom	25
Summering	26
<i>Hur ofta utsätts kvinnor med psykiska funktionshinder för våld?</i>	27
Prevalensstudier	27
Svårigheter förenade med prevalensstudier	27
Svenska prevalensstudier	28
Internationella prevalensstudier	29
Skillnader mellan kvinnor och män	29
Jämförelse med andra grupper	30
Vilka former av övergrepp utsätts dessa kvinnor för?	32
Vad vet vi om förövarna?	33
I vilka miljöer utövas våldet?	35
Summering	35

<i>Att upptäcka övergrepp</i>	36
Svårt att berätta om övergreppen	36
Screening	36
Kännedom om utsatthet – grundläggande för att kunna hjälpa	36
Svårigheter och risker	37
Metoder	38
Orsaker till att våld mot kvinnor med psykiska funktionshinder inte uppmärksammas	38
Bristande rutiner inom den psykiatriska vården	38
Ovilja att behandla trauma i anslutning till den psykiatriska vården	39
Bristfällig dokumentation inom den psykiatriska vården	40
Våldsupplevelser återfinns inte alltid i journaler	40
Tänkbara orsaker till att dokumentationen är bristfällig	42
Bättre dokumentation kan bidra till bättre behandlingar	42
Summering	43
<i>Vad händer när övergrepp upptäcks?</i>	44
Att anmäla övergrepp	44
Den rättsliga processen	44
Summering	47
<i>Vilket stöd har kvinnorna tillgång till?</i>	48
Hur regleras stödet till dessa kvinnor i lagen?	48
Socialtjänstlagen	48
Hälso- och Sjukvårdslagen	48
Sexualbrottslagstiftningen	49
Stöd i den akuta situationen	49
Behov av skyddat boende	49
Vilket stöd finns att tillgå?	49
Mer långsiktigt stöd behövs	51
Svårigheter förenade med terapi	51
Självhjälpsgrupper och gruppterapi	52
Empowermentträning	53
The Social Skills Model	53
Kognitiv beteendeterapi	55
Summering	56
<i>Ytterligare vägar framåt</i>	57
Ökad kunskap om våld möjliggör verksamhetsutveckling	57
Förändringar i synsätt	58
Att ställa frågor om våld utsatthet	59
Förbättrad dokumentation	59
Ytterligare forskning på behandlingseffekter behövs	60
<i>Referenser</i>	61
<i>Sammanställning av artiklar</i>	65

Sammanfattning och slutsatser

Sammanfattning

Kvinnor med psykiska funktionshinder som utsätts för våld är en extra utsatt grupp på grund av flera faktorer. Det psykiska funktionshindret i sig innebär en ökad utsatthet, flertalet av dessa kvinnor lider även av andra problem och det är inte ovanligt att de har svårt att få hjälp och stöd från såväl kommun och landsting som andra aktörer. Ytterligare en faktor som bidrar till utsattheten är att kvinnorna ofta är ensamma, utan tillgång till ett socialt nätverk.

Ett flertal studier har lyft fram olika aspekter av utsattheten hos dessa kvinnor och syftet med denna rapport är att samla denna kunskap i ett försök att skapa en helhetsbild av deras situation.

En utsatt grupp

Det finns som sagt flera faktorer som ökar risken för dessa kvinnor att utsättas för våld. Kvinnor med psykiska funktionshinder befinner sig ofta i beroendeställning till våldsförövaren, vilken kan vara hennes partner eller annan anhörig, vårdare, personlig assistent eller någon annan som står kvinnan nära. Detta ökar inte bara beroendet till förövaren utan innebär också att om kvinnan blir utsatt för övergrepp kan det både vara svårt att berätta om det av rädsla för tvångsvård eller, i de fall då övergreppen skett från personalens sida, att hon inte ska bli trodd.

Olika studier har visat på vilka konsekvenserna av övergreppen blir för just dessa kvinnor. Konsekvenser så som försämrad självbild, ångest och oro, relationsproblem och rädsla. Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), självdestruktivt beteende, tillitsbrist och nedstämdhet uppges också vara vanligt förekommande. Dessa reaktioner är vanliga även hos andra kvinnor som utsatts för våld, men hos den här gruppen tycks det också ofta finnas en tydlig koppling mellan utsatthet för övergrepp och mer allvarliga psykiatriska symtom. Det förekommer också att posttraumatiskt stressyndrom inte särskiljs från den huvudsakliga psykiska sjukdomen och därför inte heller behandlas på ett adekvat sätt. Självmodsförsök, längre sjukhusvistelser samt missbruk är ytterligare faktorer som kan sättas i samband med att kvinnor med psykiska funktionshinder har utsatts för våld eller andra övergrepp.

Psykiska sjukdomar och funktionshinder är inte bara faktorer som ökar risken att utsättas för brott utan forskning visar också att risken för upprepad viktimisering (det vill säga att utsättas för brott vid fler än ett tillfälle) ökar. I en svensk självskattningsstudie uppgår 67 procent av de tillfrågade kvinnorna att de utsatts för övergrepp vid fler än ett tillfälle. I en amerikansk undersökning diskuteras dock huruvida de höga talen för upprepad viktimisering beror på den psykiska sjukdomen i sig eller om faktorer som missbruk eller ekonomisk utsatthet också kan utgöra en delförklaring till de höga talen.

En stor andel utsätts för våld

Resultatet från ett flertal studier tyder på att prevalensen för våldsutsatthet är stor hos kvinnor med psykiska funktionshinder. I ovan nämnda svenska studie uppgav 63 procent av kvinnorna att de hade utsatts för övergrepp efter 16 års ålder, motsvarande siffra för det senaste året var 31 procent. Jämförelser tyder också på att dessa kvinnor är mer utsatta för sexuella övergrepp än vad män med psykiska funktionshinder är. Dessutom tycks dessa kvinnors våldsutsatthet vara klart högre än kvinnor i övrigt.

Samtidigt är prevalensstudier av våldsutsattheten hos kvinnor med psykiska funktionshinder/sjukdomar förenade med vissa svårigheter. Då dessa studier i huvudsak utgår från självrapportering, föreligger en risk för såväl under- som överrapportering. Underrapportering kan bero på skam- eller skuldkänslor samt rädsla, och överrapportering kan i sin tur bero på vanföreställningar. Det kan samtidigt också vara svårt att få fram tydliga övergreppsberättelser eftersom kvinnorna kan lida av hallucinationer samt använda mediciner som bland annat påverkar minnet och uppfattningsförmågan i negativ riktning.

Resultaten från de beskrivna studierna tyder på att övergreppen i allmänhet begås av en närstående man eller av någon annan som kvinnorna har en nära relation till. Flertalet av kvinnorna känner således förövarna, men det förekommer att övergrepp begås av okända personer.

Få studier har belyst i vilka miljöer övergreppen begås. Ett av undantagen är en svensk studie, i vilken man kunde konstatera att drygt 2/3 av de rapporterade övergreppen begåtts i kvinnornas hem. Ytterligare platser var andras hem, utomhus och inom den psykiatriska slutenvården. Även i en annan svensk studie konstateras att det egna hemmet är den vanligaste platsen för övergrepp, men att övergrepp också begås i särskilda boenden.

Det kan vara svårt för vårdpersonal och andra att upptäcka övergrepp, eftersom många kvinnor inte berättar om sina erfarenheter. De kvinnor som väljer att berätta gör det i huvudsak för vårdpersonal, familjemedlemmar eller vänner. Endast i enstaka fall vänder sig kvinnor med psykiska funktionshinder till frivilligorganisationer.

En metod för att kunna upptäcka övergrepp är screening. Syftet med denna metod är att med hjälp av standardiserade frågor om våld kunna identifiera våldsutsatta kvinnor och därigenom även kunna erbjuda dem hjälp och stöd. Screening är en effektiv metod för att identifiera våldsutsatta kvinnor, men nackdelarna är dels att vårdpersonalen kan uppleva det svårt att ställa frågor om våld och dels att det inte alltid finns resurser att hjälpa de utsatta kvinnorna. För att kunna använda sig av screening är det viktigt att berörd personal får adekvat utbildning, information och stöd. Att ställa frågor om våldsutsatthet till personer som lider av en psykisk sjukdom ställer än högre krav på både personalen och på de resurser man kan erbjuda.

Då vårdpersonal i huvudsak fokuserar på de psykiatriska symtomen förbises ofta kvinnornas våldsutsatthet i olika bedömningar. Som exempel lyfter vissa forskare fram det biomedicinska perspektivet. Ett synsätt som många gånger gör att våldsupplevelsernas betydelse för den psykiska sjukdomen inte uppmärksammas.

Även i journaler förbises ofta kvinnornas upplevelse av våld. I de fall övergreppen omnämns tycks det oftast vara i begränsad omfattning, t ex. i

behandlingsplaner. Jämförelser visar att mäns erfarenheter av våld oftare dokumenteras än kvinnors.

Generellt kan vårdpersonals låga benägenhet att hörsamma och följa upp berättelser om våld förklaras av resursbrister eller att patienten är inne i en psykotisk fas.

Anmälningssbenägenheten hos kvinnor med psykiska funktionshinder är, liksom hos andra kvinnor som utsatts för våld, låg. Enligt en svensk självskattningsstudie berättar 74 procent av kvinnorna som uppgett att de utsatts för övergrepp efter 16 års ålder att de inte hade polisanmält händelsen/händelserna. Anledningar till detta uppgavs exempelvis vara rädsla för följderna, otillräckliga bevis och rädsla för att inte bli trodd. Några uppgav att de inte visste hur de skulle gå tillväga, samtidigt som vissa ansåg att övergreppen var deras eget fel.

Undersökningar visar att det psykiska funktionshindret i sig kan påverka trovärdigheten i den rättsliga processen. I en svensk uppsatsstudie om bevisvärdering framkommer att det finns egenskaper hos kvinnor med psykiska funktionshinder som kan föranleda att de misstänks för att ljuga. Fjorton ärenden där offret var en kvinna med psykiska funktionshinder granskades. Inget av dessa ärenden har lett till åtal. Anledningar till detta kan bland annat vara att kvinnan inte anses tillförlitlig till följd av sitt beteende, såsom att hon ger en osammanhängande berättelse, har minnesluckor, svårigheter att uttrycka sig verbalt. Kvinnan kan även uppfattas som att hon inte medverkar till utredningen om hon uteblir från förhör eller tar tillbaka anmälan. Flera av dessa beskrivningar passar även in på andra kvinnor som utsatts för våld i nära relationer men kvinnor med psykiska funktionshinder sålunda extra svårt utifrån trovärdighetsaspekten. Den låga trovärdigheten har inte bara inverkan i det initiala skedet (det vill säga vid polisanmälan) utan kan även försvåra att anmälan leder till åtal eller för att uppnå en fällande dom.

Socialtjänstens ansvar för kvinnor som utsatts för våld regleras genom Socialtjänstlagen (2001:453), SoL. I 5 kap. 11 § SoL, den så kallade brottsofferparagrafen, tydliggörs att Socialnämnden bör beakta att kvinnor som varit utsatta för våld kan vara i behov av stöd och hjälp. Kommunerna har också enligt 2 kap. 2 § SoL det yttersta ansvaret för att de människor som bor i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver.

Hälso- och sjukvårdens ansvar för våldsutsatta kvinnor regleras genom hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Vårdpersonalens skyldigheter regleras i sin tur i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Kortfattat innebär detta ansvar att de ska upptäcka tidigare eller pågående utsatthet för våld och övergrepp, göra medicinska bedömningar, ge behandling samt följa upp givna insatser.

Från och med 1 april 2005 gäller en ny sexualbrottslagstiftning som bland annat innebär att våldtäktsbrottet utvidgas till att omfatta de så kallad utnyttjandefallen (prop. 2004/05:45). Detta innebär att de fall där en person genomför ett samlag eller annan sexuell handling som är jämförlig med samlag genom att otillbörlig utnyttja att personen befinner sig i ett hjälplöst tillstånd (exempelvis på grund av sjukdom, kroppsskada eller psykisk sjukdom) kommer att kunna bedömas som våldtäkt. Bestämmelsen om sexuellt utnyttjande behålls i den del som avser sexuellt utnyttjande av person som befinner sig i en beroendeställning till gärningsmannen. En beroendeställ-

ning kan exempelvis föreligga mellan en arbetstagare och en arbetsgivare. Detta innebär att exempelvis vårdare, assistenter och annan personal kan åtalas för utnyttjande vid övergrepp.

Stort behov av stöd och hjälp

Kvinnor med psykiska funktionshinder som utsatts för våld har, precis som andra kvinnor, ofta ett stort behov av ett akut stöd, exempelvis i form av tillfälligt boende. Ett stort problem för kvinnor med psykiska funktionshinder är att tillgången till akuta boenden är begränsad. Handikappombudsmannens undersökning från 2003 visar att 35 procent av verksamheterna inte tar emot kvinnor med psykiska funktionshinder och att endast hälften av dem som tar emot kvinnor med psykiska funktionshinder har någon form av beredskap för att ta emot dem. Olika undersökningar visar att en anledning till det låga antalet tillgängliga akuta boenden är att det akuta stödet sällan kan tillgodose de särskilda behov av stöd, hjälp och skydd som kvinnor med psykiska funktionshinder kan ha.

Inte heller anses stödet på lång sikt vara tillräckligt. I en svensk studie uppgav närmare hälften av de kvinnor med psykiska funktionshinder som rapporterat att de utsatts för våld i vuxen ålder att ytterligare stöd behövs för att bearbeta våldsupplevelserna. Framförallt önskades ökade möjligheter till stödsamtal med professionella.

Det långsiktiga stödet kan ges på flera sätt. Till exempel så bedriver Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) ett projekt som bland annat inkluderar självhjälpsarbete i gruppform. Ett annat exempel på långsiktigt stöd är empowermentträning, en metod där de inre styrkor används för att aktivera och stärka individen.

Slutsatser

- Våldsutsatta kvinnor med psykiska funktionshinder upplever samma svårigheter som andra kvinnor som utsätts för våld. Men dessa kvinnor blir extra sårbara i och med faktorer som bland annat kan härledas till det psykiska funktionshindret och bemötande.
- Medvetenheten och kunskapen om att kvinnor med psykiska funktionshinder utsätts för våld är begränsad, vilket gör att deras behov ofta förbises.
- Kvinnor med psykiska funktionshinder är en socialt utsatt grupp som löper stor risk att utsätts för våld, undersökningar tyder på att majoriteten någon gång i vuxen ålder har utsatts för övergrepp.
- Kvinnor med psykiska funktionshinder står många gånger i beroendeställning till förövaren, vilket gör dem extra sårbara.
- Kvinnor med psykiska funktionshinder bedöms ofta som mindre trovärdiga än andra kvinnor. Något som inte bara inverkar negativt på kvin-

nornas möjligheter att få hjälp att bearbeta händelserna utan också kan försämra möjligheterna till att polisanmälan leder till åtal.

- Kvinnornas tillgång till akuta eller tillfälliga boenden är mycket begränsad.
- Många gånger brister stödet till dessa kvinnor. Det gäller stöd och insatser från såväl kommunernas socialtjänst, hälso- och sjukvården, polisiära myndigheter med flera.

Inledning

Bakgrund

Under senare år har våld mot kvinnor och utsatta kvinnors behov av stöd och hjälp alltmer kommit i fokus. Kvinnofridsreformens införande 1998, utbildningssatsningar inom olika myndigheter och kvinnojourer och kommunala stöd- och hjälpverksamheter som växer fram och utvecklas är bara några exempel på detta. Även specifika grupper av våldsutsatta kvinnor som kan ha särskilda stödbehov och som samtidigt har svårt att få detta stöd uppmärksammas allt mer. En sådan grupp är kvinnor med psykiska funktionshinder.

Flertalet nyligen publicerade rapporter lyfter fram kvinnor med funktionshinder som en utsatt grupp i brottsoffersammanhang. Handikappombudsmannen publicerade i maj 2003 en undersökning om stödet till brottsutsatta kvinnor med funktionshinder (Handikappombudsmannen, 2003). En grupp som särskilt lyfts fram är kvinnor med psykiska funktionshinder. Rapporten betonar att kommunerna har det yttersta ansvaret för denna grupp och att dessa måste utveckla sitt stöd så de bättre kan svara mot de behov som kvinnor med psykiska funktionshinder kan ha när de utsätts för våld. Även i *Nationell handlingsplan mot våld i nära relationer* (SOU 2002:71) omnämns denna grupp specifikt och man menar att nya metoder och arbets sätt behöver utvecklas för att hitta lämpliga stöd- och hjälpinstanser.

Fortfarande är kunskapen i Sverige relativt begränsad när det gäller våldsutsatta kvinnor med psykiska funktionshinder. Det gäller exempelvis omfattningen av våldet, hur det yttrar sig, i vilka kontexter våldet utförs, vilka behov av stöd som kvinnorna har, vilken kunskap relevanta professioner har om gruppen, hur våldet uppmärksammas med mera. Den kunskap som de facto finns är splittrad och förekommer till exempel som inslag i rapporter som har ett bredare fokus. Det är inte ovanligt med dubbel diagnoser hos dessa kvinnor, det vill säga att de förutom sitt psykiska funktionshinder t. ex. också har en missbruksproblematik. Även utan dubbel diagnos hamnar denna grupp kvinnor ofta i en mycket utsatt situation på grund av problem med ekonomi, sköta ett hushåll.

I relation till svenska förhållanden finns det internationellt sett en del skrivet om våld mot kvinnor med psykiska funktionshinder. Även här ingår många gånger våld mot kvinnor med psykiska funktionshinder under mer övergripande rubriker, såsom "våld mot personer med psykiska sjukdomar", "våld mot personer med funktionshinder", "våld mot kvinnor med funktionshinder" och så vidare. Det kan således vara svårt att ur både svensk och internationell forskning urskilja studier som enbart handlar om kvinnor med psykiska funktionshinder som utsätts för våld.

Forskning om kvinnor med psykiska funktionshinder och deras erfarenheter av våld och övergrepp leder ofrånkomligen till diskussioner om kvinnorna insjuknar i psykisk sjukdom på grund av övergrepp eller om deras

sjukdom försätter dem i situationer som ökar risken att utsättas för våld. Denna diskussion förs på flera håll inom forskningen på området och kan besvaras på en mängd olika sätt. En del av dessa framkommer även i denna rapport.

Sammanfattningsvis så är kunskapen om dessa kvinnors situation begränsad och splittrad. Många gånger utgör de en undergrupp med specifika behov som sällan uppmärksammas. Ibland tas olika aspekter upp i skilda sammanhang, till exempel förekomsten av våld eller den begränsade tillgången till kvinnojourer. På många sätt saknar vi alltså den samlade kunskap som behövs för att kunna se helhetssituationen.

Metod

Syfte

Syftet med denna kunskapssammanställning är att föra samman ett urval av den forskning och annan relevant kunskap som finns i ett försök att spegla dessa kvinnors verklighet.

Frågeställningar

- I hur stor omfattning utsätts kvinnor med psykiska funktionshinder för våld - i Sverige och internationellt?
- Vilka konsekvenserna får övergreppen?
- Hur yttrar sig våldet?
- I vilka miljöer sker övergreppen?
- Får kvinnorna adekvat hjälp?
- Finns det exempel på fungerande verksamheter?
- Finns det exempel på fungerande behandlingsmetoder och stödinsatser?

Sökord

Följande svenska och nordiska sökord har använts i olika kombinationer för att söka information om våld mot kvinnor med psykiskt funktionshinder:

Kvinnor med psykiska funktionshinder/ psykiskt sjuka kvinnor/ kvinnor och handikapp/ våldsoffer/ sexuella övergrepp/ viktimisering/ kvinnomiss-handel/ fysisk misshandel/ brottsoffer/ psykisk syge/ psykiatriske sygedome/ sindslidande/ funksjonshemminger/ kvinder og vold/ kvinnemishandling

Följande engelska sökord har använts:

Women with disabilities/ women with severe mental illness/ serious mental illness/ chronic mental illness/ mental disorder/ mentally ill/ women with psychiatric diagnoses/ victimization/ victimisation/ mental health patients/ domestic violence/ battered women/ woman battering/ sexual abuse/ physical abuse/ sexual assault/ physical assault/ prevalence of physical violence/ prevalence of sexual violence/ victims of crime/ victims of violence/ multiple barriers/ multiple diagnoses/ spouse abuse/ offences

Databaser

Följande databaser har använts för informationssökning:

- Libris websök
- Libris artikeldatabas
- ASSIA
- Bibliography of Nordic Criminology
- Cochrane Library
- DARE
- FEMDOK
- HICAT
- KVINNSAM
- Library of Congress
- PubMed/Medline
- Social Sciences Abstracts
- SweMed+
- WHOLIS

Följande databaser har Socialstyrelsens bibliotek bistått med sökningar i:

- Presstext
- Mediarkivet
- Current Contents Search
- PsycINFO
- SocialSciSearch
- Wilson Social Sciences Abstracts

Clearinghouses

En internetbaserad så kallad National Clearinghouse har också använts i sökandet efter information: National Clearinghouse on Family Violence, Health Canada, www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/index/html

Avgränsningar

- Fokus ligger på kvinnor med psykiska funktionshinder.
- Studier som inkluderar missbruk, hemlöshet eller dylikt är relevanta om det samtidigt finns en grundläggande psykisk problematik.
- Kunskapssammanställningen omfattar inte utvecklingsstörning som enskild diagnos, ej heller enbart missbruk eller problem enbart av social karaktär.
- Kunskapsinventeringen är inte systematiskt genomförd, det vill säga det har inte gjorts en systematisk genomgång av samtliga publicerade forskningsstudier. Ett begränsat antal databaser har ingått i inventeringen och det kan därför finnas artiklar som av denna anledning inte finns med.

- Det främsta syftet med denna rapport är inte att redovisa all forskning inom området, utan att försöka beskriva helhetssituationen för dessa kvinnor. Därför har ett urval av studier gjorts.

Begrepp och definitioner

- Psykiska funktionshinder avser nedsättning av den sociala funktionsnivån till följd av långvarig psykisk sjukdom. I texten används stundtals även begreppen psykiska sjukdomar och allvarliga psykiska sjukdomar. I dessa fall handlar det om direktöversättning från de engelska begreppen *mental illness* och *severe mental illness*.
- Viktimisering innebär att utsättas för brott och därmed bli ett brottsoffer.
- Reviktimisering betyder att utsättas för upprepade viktimeringar, det vill säga att utsättas för brott vid upprepade tillfällen.
- Sekundär viktimering eller sekundär traumatisering. Dessa begrepp avser den psykiska press som kan uppstå till följd av att omgivningen reagerar på ett för brottsoffret negativt sätt. Det sekundära traumat kan uppstå i mötet med exempelvis polis, sjukvård, socialtjänst, åklagare eller domare, som saknar kunskap om och förståelse för hur sårbar en person är efter att ha varit med om en stark känsloladdad händelse.
- Biopolär affektiv sjukdom omfattar förstämningssyndrom som inbegriper någon form av manisk eller hypoman period.
- Posttraumatiskt stressyndrom är en ångeststörning som uppkommer efter en traumatisk, livshotande upplevelse då känslor av bland annat hjälplöshet eller skräck infunnit sig. Händelsen gör sig påmind ibland annat ständigt återkommande minnen, drömmar och känsloupplevelser. Exempel på symtom är: Irritabilitet, undvikande av situationer med mera som kan associeras med händelsen, koncentrationssvårigheter samt ökad känslighet.
- Prevalens innebär en företeelses förekomst vid en viss tidpunkt. Livstidsprevalens betyder i sin tur förekomsten av en företeelse under en livstid. I denna rapport syftar prevalensen mestadels på förekomsten av våldsutsatthet.

Vad innehåller kunskapsöversikten?

Kunskapsöversikten består till största delen av vetenskapliga artiklar, men även antologier, handböcker och material hämtat från så kallad internetportaler ingår.

Fokus för kunskapsöversikten är kvinnor med psykiska funktionshinder som i vuxen ålder (över 16 år) utsatts för våld. Samtidigt kan kunskap om denna grupp hittas i studier som fokuserar på bredare områden. Exempel på sådana områden är övergrepp mot personer med funktionshinder, män och kvinnor samt övergrepp både under barndom under vuxenlivet. I den mån den aktuella målgruppen har varit möjlig att lyfta ut samt då innehållet varit generaliserbart på densamma har sådana studier inkluderats.

Kunskapssammanställningen innehåller till övervägande del internationell forskning. Vissa delar kan vara svåra att applicera på svenska förhållanden, i

synnerhet sådant som handlar om samhällsstrukturer och hur stödsystem är uppbyggda. Samtidigt så torde andra områden vara likvärdiga över nationsgränser, som till exempel bemötandet och hur våldet yttrar sig.

Likaså innehåller rapporten till största delen resultat från forskning inom det psykiatriska området och mindre inom bland annat det sociologiska. Detta är inget medvetet fokus utan återspeglar endast inom vilka områden forskning är mest förekommande.

Det bör även påtalas att begreppet psykiska funktionshinder inte alltid används internationellt. Av denna anledning är målgrupperna i studierna många gånger kvinnor eller personer med (svåra) psykiska sjukdomar. Begreppen är inte synonyma, men eftersom mycket i dessa studier även är tillämpligt på kvinnor med psykiska funktionshinder så har de inkluderats i rapporten.

Ett flertal av de studier som presenteras i rapporten anger inte hur våldserfarenheterna och sjukdomsdebut förhåller sig till varandra i tid. Det kan ibland vara osäkert hur pass stor del av övergreppen som skett efter att kvinnan insjuknat.

Som tidigare påpekats innehåller rapporten endast ett urval av den forskning som finns inom området.

Kvinnor med psykiska funktionshinder som brottsoffer

Vi vet att kvinnor som utsätts för våld och övergrepp överlag är en utsatt grupp. Faktorer som bidrar till detta är bland annat beroendeställning till förövaren, viktigmisering och bristande samhällsstöd. Men hur skiljer sig kvinnor med psykiska funktionshinder åt från andra kvinnor som utsätts för våld? Många gånger kan det psykiska funktionshindret i sig bidra till att kvinnorna hamnar i en utsatt situation, till exempel genom stigmatisering och begränsat socialt nätverk. Men inverkar det även på dessa kvinnor som brottsoffer och i såfall på vilket sätt?

Risikfaktorer för våldsutsatthet

Beroendeställning till förövaren

Enligt Nationella Rådet för kvinnofrid (2001) betonar forskare som studerat våld mot kvinnor med funktionshinder att risken för beroende och utsatthet ökar om personen har ett funktionshinder. En kvinna som har ett funktionshinder hamnar ofta i olika beroendesituationer. Det handlar till exempel om vård och service i olika former, utförd av exempelvis nära anhöriga, personliga assistenter, färdtjänst- eller annan vårdpersonal. Den beroendesituation som kan uppstå mellan den vårdande och personen med funktionshinder är förödande vid en eventuell våldsutövning. Den ena parten behöver den andres stöd och hjälp för att kunna fungera i vardagen och ju större kvinnans beroende av omgivningen är desto mer sårbar är hon om hon hamnar i en hotfull eller öppet våldsamt situation. Därför är det viktigt att kvinnor med funktionshinder exempelvis har flera olika vård- och stödkontakter (Nationellt Råd För Kvinnofrid, 2001).

Finndahl (2001) har utfört en studie om förekomsten av våld mot kvinnor med funktionshinder i Sverige. I undersökningen intervjuades organisationer med erfarenhet av att möta utsatta kvinnor¹. Även forskare och företrädare för andra myndigheter kontaktades och intervjuades om sina erfarenheter av våld mot personer med funktionshinder. Intervjuer gjordes också med tolv våldsutsatta kvinnor med olika typer av funktionshinder. Resultaten visade att kvinnor med psykiska funktionshinder ofta är ensamma och utan tillgång till ett socialt nätverk. I den beroendeställning dessa kvinnor ofta befinner sig i ökar dessutom risken att utsättas för övergrepp. Om de blir utsatta för övergrepp kan det också vara svårt att berätta om det, bland annat på grund av hot om tvångsvård. Kvinnorna kan också vara rädda för att inte få behövlig vård vid exempelvis avslöjande av övergrepp från personalens sida (Finndahl, 2001).

¹ Trettio kvinnojourer, 7 brottsofferjourer, företrädare för sjukvården, kommuner, länsstyrelse, rättsväsende och handikapporganisationer.

"Social viktimisering"

I en svensk antologi (Lindgren et al, 2004) om utsatta och sårbara brottsoffer medverkar Staffan Litzén med ett avsnitt om utsatthet för brott bland marginaliserade grupper, såsom hemlösa, missbrukare, gatuprostituerade med flera (Litzén, 2004). Även om Litzén inte fokuserar direkt på kvinnor med psykiskt funktionshinder, framkommer ändå flera intressanta synpunkter.

Litzén menar att den marginalisering som vissa grupper utsätts för även skulle kunna ses som en "social viktimisering". Det innebär att "individerna många gånger har andra sociala problem som arbetslöshet, låg utbildning, svaga ekonomiska resurser, osäker bostadssituation samt lider av fysiska och psykiska sjukdomar"².

Undersökningar på en övergripande samhällsnivå, på bostadsområdesnivå och på den individuella nivån visar att ekonomiskt marginaliserade grupper och individer utsätts för brott i en större utsträckning än andra samhällsgrupper. Utöver detta saknar de i större utsträckning handlingsutrymme när det gäller att hantera konsekvenserna av ett brott och att förändra sin livssituation för att minska en eventuell risk för fortsatt viktimisering³.

Många brottsoffer från marginaliserade grupper polisanmäler inte. Litzén pekar på några aspekter som svar på varför. Dels så "neutraliserar" många brottsoffer brottsbrottshändelsens konsekvenser och omvärderar den från ett brott till en vardaglig händelse.⁴ Dessutom reagerar kanske inte dessa brottsoffer så som de förväntas göra när de har blivit utsatta och därmed har de också svårt att erhålla status som "riktiga" brottsoffer.

Litzén resonerar även kring hur våldet mot kvinnor från olika marginaliserade grupper yttrar sig och huruvida deras viktimiseringsprofil skiljer sig från den gängse kvinnliga befolkningens. Liksom för kvinnor generellt så utsätts marginaliserade kvinnor oftast för våld utövat av en man som de har eller har haft en nära relation till. Många gånger handlar det om ett mycket grovt och frekvent förekommande våld. Kvinnornas livssituation är ofta problematisk med få ekonomiska och sociala handlingsresurser. De har svårare än andra kvinnor att få adekvat hjälp från olika stödverksamheter och bemöts ofta negativt, exempelvis från polisen.

Litzén hänvisar till en undersökning av 341 hemlösa kvinnor som varit i kontakt med ett härbärge/planeringshem i Stockholm och i vilken man bland annat undersökte kvinnornas utsatthet för våld. Det framkom att drygt hälften (54,5 procent) av kvinnorna hade utsatts för fysiska övergrepp och fått sjukhusvård för sina skador. Men, då kvinnorna i de flesta fall även hade missbruksproblem och/eller ett psykiskt funktionshinder hade de svårt att

² Ibid, sida 80.

³ Ibid, sida 83.

⁴ Jämför detta resonemang med Anita Bengtsson-Tops rapport *Vi är många*, där kvinnor förklarade varför de inte hade gjort någon polisanmälan med att övergrepp var en del av deras liv som det inte gick att göra någonting åt.

erhålla status som "riktiga" brottsoffer i kontakterna med kvinno- och brottsofferjourer (Litzén, 2004).

Funktionshindret i sig

I en artikel om brottsoffer med funktionshinder frågar sig Barbro Lewin (2004) om det är meningsfullt att tala om just brottsoffer med funktionshinder som en enhetlig grupp. Det är kanske i själva verket en mycket heterogen grupp. Svaret blir ändå "ja, det är meningsfullt", på basis av Lewins följande antaganden:

1. *Ett funktionshinder kan ha betydelse för **orsaken** till att en person utsätts för kränkande eller brottslig behandling.*
2. *Ett funktionshinder kan ha betydelse för **upprättelsen** efter kränkande eller brottslig behandling.*

För att förstå det första antagandet om att funktionshinder kan vara av betydelse för orsaken till en kränkande eller brottslig behandling, redovisar Lewin en modell av den kanadensiske forskaren Dick Sobsey (Sobsey, 1994). Det är en ekologisk modell för utnyttjande som innehåller individuella, omgivningsmässiga och kulturella aspekter (se tabell 1).

Tabell 1. Individuella, omgivningsmässiga och kulturella aspekter i en integrerad ekologisk modell för utnyttjande enligt Sobsey (1994), bearbetad version av Barbro Lewins översättning.

Faktorer hos ett potentiellt offer som ökar sårbarheten för övergrepp	Faktorer hos potentiell gärningsman som ökar risken för övergrepp	Faktorer hos omgivningen som underlättar övergrepp	Kulturella faktorer som underlättar övergrepp
Har ett nedsatt fysiskt försvar	Har behov av kontroll	Är kontrollerande	Nedvärderar brottsoffer
Har en nedsatt kommunikativ funktion	Är auktoritär	Drar till sig förövare	Objektifierar brottsoffren
Saknar viktig information	Har låg självkänsla	Belönar aggression	Lär ut lydnad
Inlärd hjälplöshet	Är aggressiv	Förhindrar anmälningar	Understryker sårbarhet
Inlärd lydnad	Har förövare som förebilder	Många vårdgivare	Hindrar inte aggression
Har en outvecklad känsla för integritet	Har föga känslomässiga bindning till offret	Tillfälliga vårdgivare	Förnekar problem
Är beroende	Har nedvärderande attityder	Avhumanisering av brottsoffer	Motverkar känslomässiga bindningar
	Har ett impulsivt handlingsmönster	Gör sig av med sådana som inte utnyttjar	Motverkar lösningar
		För samman olika risker	
		Motverkar känslomässiga bindningar	

Modellen innehåller faktorer som bidrar till att situationer där en individ utsätts för brottsliga handlingar uppstår. Individuella faktorer finns hos både det potentiella brottsoffret och den potentiella brottsutövaren och det finns även faktorer i omgivningen och i kulturella värderingar som kan underlätta övergrepp. Det råder en maktobalans mellan förövare och brottsoffer, menar Lewin. Personer med funktionshinder som i sin vardag är beroende av andras stöd och hjälp befinner sig oftast bland de maktlösa. Särskilt problematiskt blir det om man är beroende av gärningsmannen (Lewin, 2004).

Lewins andra antagande handlar om huruvida funktionshindret har betydelse för upprättelsen efter att ett brott har begåtts. En förutsättning för att få upprättelse är att brottet överhuvudtaget uppmärksammas. Men, menar Lewin, om personen ifråga inte ser sig själv som ett brottsoffer är det lätt att förbli ett osynligt sådant. En anledning till "osynligheten" är ett motstånd mot att se sig själv som ett offer, då man utåt sett helst vill verka kompetent och duktig och framstå som någon som har kontroll över sitt liv. "Det kan

vara smärtsamt att inse den egna inkompetensen”⁵. Lewin drar även paralleller till det resonemang som har förts av bland andra Eva Lundgren (Lundgren et al, 2001) om att kvinnor ofta bagatelliserar och normaliserar det våld de utsätts för. Är man van vid att utstå kränkande behandling utvecklas ofta en ”inlärdd tolerans”, en tro på att livet ska se ut på det viset (Lewin, 2004).

Psykisk sjukdom

Anderson & Chiochio (1997) redogör i en artikel för hur individer med psykiska sjukdomar traditionellt har utsatts för övergrepp inom den psykiatriska vården och menar att det trots förbättrade förhållanden fortfarande begås övergrepp. Det kan både handla om brutal behandling från poliser då en person måste omhändertas med tvång, eller bestraffningsmetoder av olika slag inom slutenvården. Det förekommer även att vårdpersonal förgriper sig sexuellt på brukare/patienter. Risken att våldsamheter ska uppstå är stor då en relation som den mellan vårdare och brukare/patient är ojämlik ifråga om makt, anser Anderson och Chiochio. Dessutom kan personer som vårdas för psykiatriska sjukdomar ha svårt med gränssättning, exempelvis ifråga om relationer. Givetvis är det i slutändan alltid vårdgivarens ansvar att upprätthålla gränserna (Anderson & Chiochio, 1997).

En psykisk sjukdom kan innebära en riskfaktor för våld även genom de sätt som många symptom tar sig uttryck, exempelvis genom brister i uppmärksamhet, verklighetsuppfattning, förmåga att bedöma hotfulla situationer och förmåga till gränssättning.

Anderson och Chiochio ger en fallbeskrivning:

Ann is a forty-five year old divorced woman diagnosed with chronic schizophrenia. She experienced her initial psychotic break during her first year of medical school and was unable to complete school. Despite continued episodes of psychosis and hospitalizations, Ann eventually achieved a Master's degree in Library Science. However, due to debilitating psychotic symptoms she has never been able to work in her field. Ann's condition has deteriorated over the years. She experiences intense paranoia, unremitting auditory hallucinations of a persecutory nature, ideas of reference including a belief that the television and radio are talking about her, fixed delusions of sexual involvement with people in her social network as well with celebrity figures and severely compromised boundaries and poor impulse control.

Ann's marriage ended following the onset of her mental illness. She describes feeling extremely lonely and undesirable and states that her self-worth depends on being involved with a man. Men exploit Ann's symptoms in order to sexually abuse her and take financial advantage of her. Men appear at her door at all hours of the day or night whenever they want sex.

⁵ Ibid, sida 146.

Her self-esteem is so low that she pays them for their company. The man she considers her boyfriend will only allow her to give him oral sex. Therapists have been unsuccessful in helping Ann to set boundaries and protect herself from abuse⁶.

Traumatiska upplevelser och psykiatriska symptom hos kvinnor med diagnosen schizofreni har ett komplext samband menar Goodman et al i sin litteraturöversikt över forskning inom området⁷ (1997). En slutsats man drar är att kvinnor med svåra psykiska sjukdomar (*severe mental illness*) som utsatts för traumatiska övergrepp löper större risk att bli hemlösa, utveckla missbruk eller att smittas av HIV (Goodman et al 1997).

Författarna poängterar att diagnosen schizofreni i sig tycks utgöra en riskfaktor för att bli utsatt för övergrepp i vuxen ålder. Det är troligt att de kognitiva och beteendemässiga kännetecknen som är vanligt förekommande vid schizofreni, exempelvis begränsad verklighetsuppfattning, nedsatt bedömningsförmåga, svårigheter med sociala interaktioner med mera, ökar individens sårbarhet för fysiska övergrepp eller utnyttjande sexuella relationer. Å andra sidan kan våld ses som en utlösande faktor som både kan påskynda debuten av schizofreni hos sårbara individer eller utlösa återfall hos kvinnor som redan diagnostiserats med sjukdomen (Goodman et al 1997).

Riskfaktorer lyfts även fram av Gondolf (1998) som menar att psykiska sjukdomar även kan försvåra viktimiseringen av kvinnorna. Här hänvisar han till nutida amerikansk forskning som lyfter fram att kvinnor med psykiska sjukdomar ofta kan vara särskilt sårbara och känsliga för övergrepp och utnyttjande, bland annat på grund av det beteendemönster som ofta åtföljer psykisk sjukdom. De kan också vara extra utsatta på grund av känslor av maktlöshet och meningslöshet samt av att vara värdelös, känslor som många personer med psykisk sjukdom ständigt bär med sig.

Gondolf menar att bipolär depression⁸ och schizofreni är exempel på tillstånd som ytterligare tycks öka risken att hamna i hemlöshet och drogmissbruk, att bli utsatt för grovt våld och även bli smittad av HIV (Gondolf, 1998)

I en artikel publicerad på Internet refererar Marina Morrow (2002) till nutida kanadensisk forskning som menar att risken att utsättas för våld ökar om en kvinna är socialt marginaliserad och/eller lever i fattigdom. Kvinnor med psykiska sjukdomar löper särskilt stor risk just på grund av den psykiska sjukdomen samt på grund av de sociala levnadsförhållanden de många gånger lever i⁹. Våldet kan alltså både vara något de har med sig i bagaget sedan tidigare men också vara en del av den faktiska vardagen. Den psykiska sjukdomen verkar på många sätt stigmatiserande och diskriminerande, vilket kan göra det särskilt svårt för dessa kvinnor att få adekvat stöd, hjälp och vård. Morrow citerar här Maxine Harris:

⁶ Ibid, sida 33.

⁷ Mer specifikt omfattade översikten forskning kring prevalens, korrelater för symptomatologi och beteende samt traumafokuserade behandlingar för våldsutsatta kvinnor med svåra psykiska sjukdomar, framförallt schizofreni.

⁸ Till exempel depression med enstaka inslag av maniska perioder.

⁹ Morrow 2002, sida 7.

Once we have labeled a woman as suffering from a major mental illness, whether that label is an accurate assessment or not, we view her reports of sexual and physical abuse through the coloured lens of her diagnosis... The stigma of her diagnosis is often sufficient to call her account into question¹⁰.

I Maxine Harris (1998) amerikanska handbok om traumabehandling av kvinnor som utsatts för olika typer av övergrepp har Hobbs och Wolfson i ett särskilt kapitel fokuserat på kvinnor med allvarlig psykisk sjukdom. Hobbs & Wolfson (1998) påpekar bland annat att det kan vara särskilt svårt för kvinnor med psykiska sjukdomar att beröra ämnet övergrepp och nära relationer. Ofta, menar författarna, är dessa kvinnor socialt marginaliserade. Kvinnor med psykiska sjukdomar som lever på understöd och i vissa fall har subventionerat boende riskerar därför ofta att bli utnyttjade (Hobbs & Wolfson, 1998).

Konsekvenser av övergrepp

I Bengtsson-Tops svenska prevalensstudie (2004)¹¹ framkom att majoriteten av de kvinnor som rapporterat utsatthet för övergrepp i barndomen och efter 16 års ålder kopplade samman övergrepp med psykiska problem (70 respektive 68 procent). De kvinnor som utsatts för övergrepp efter 16 års ålder hade sämre självbild och uppgav i genomsnitt färre positiva egenskaper än de som inte utsatts under samma period. De uppgav dessutom fler negativa egenskaper kopplade till självbilden än de övriga kvinnorna.

De psykiska problem som kunde relateras till erfarenheter av övergrepp var framför allt låg självkänsla, ångest och oro, relationsproblem samt rädsla. Även andra problem var frekventa, så som självdestruktivt beteende, nedstämdhet, bristande tillit, flashbacks och sexuella problem. De kvinnor som någon gång utsatts för övergrepp oavsett tidpunkt hade dessutom en genomsnittligt mer negativ självbild jämfört med dem som inte utsatts¹². (Bengtsson-Tops, 2004).

I en amerikansk sambandsstudie undersöktes förhållandet mellan olika grader av sexuella och fysiska övergrepp, dess frekvens samt närhet i tid med negativa självbilder (Goodman & Dutton et al, 1996). Nittioen kvinnor deltog i studien, samtliga var hemlösa och psykiskt sjuka. Resultaten från undersökning visade att ju grövre våldet var, ju oftare kvinnorna utsatts och ju närmre våldsutsattheten låg i tid desto sämre var kvinnornas uppfattningar och tankar. Både våldets frekvens och dess närhet i tid uppvisade ett negativt samband med självkänsla, självsäkerhet, säkerhet gentemot andra liksom intimitet gentemot andra (Goodman & Dutton, 1996).

¹⁰ Harris, M & Landis, C. L. Sexual abuse in the Lives of Women Diagnosed with Serious Mental Illness. Amsterdam, Overseas publishers association, s xii.

¹¹ För metodbeskrivning, se sida 28.

¹² Skattningen gjordes med hjälp av Rosenbergs skattningsskala i den avslutande enkätdelen, ibid sida 30.

Darves-Bornoz et al (1995) har undersökt utsatthet för sexuellt våld hos kvinnor med schizofreni respektive bipolärt syndrom¹³. I intervjustudien ingick patienter från tolv olika psykiatriavdelningar vid allmänna sjukhus i Paris och Tours i Frankrike. Etthundrasex kvinnor tillfrågades, varav 90 slutligen kom att ingå i studien. Framför allt noterades berättelser om grova sexuella övergrepp i barndomen och grova våldtäkter i vuxenlivet. Enligt Darves-Bornoz et al var det vanligare att kvinnor med diagnosen schizofreni och som samtidigt hade långa vårdtider hade utsatts för våldtäkt än de som hade varit inlagda kortare tid. Undersökningen visade också att kvinnor som utsatts för våldtäkt antingen i vuxen ålder eller i barndomen oftare hade missbruksproblem än de som ej utsatts. Detta föranleder författarna att dra slutsatsen att det finns en koppling mellan förekomsten av våldtäkt och mer långvariga och mer allvarliga sjukdomssymtom (Darves-Bornoz et al, 1995).

Sambandet mellan att utsättas för våld och risken för att dessa kvinnor ska bli hemlösa, utveckla missbruk eller utveckla psykisk sjukdom är fokus i en artikel av de två amerikanska forskarna Anderson och Chiochio (1997).

Hemlöshet, missbruk av droger och/eller alkohol samt diagnostiserad psykisk sjukdom kan både vara konsekvenser av våld och riskfaktorer för framtida våld, anser författarna. Kvinnor som har blivit utsatta för flera olika typer av våld löper större risk än andra kvinnor att bli hemlösa, hamna i beroendeproblematik och att utveckla psykisk sjukdom. Och när väl kvinnor är hemlösa, missbrukande och/eller har fått en psykiatrisk diagnos löper de större risk att bli utsatta för sexuellt och fysiskt våld.

Författarna kopplar även samman hemlöshet, missbruk och psykisk sjukdom med ekonomisk utsatthet och kronisk stress, vilka också är faktorer som kan öka risken för att hamna i fysiskt och sexuellt hotfulla situationer. Kvinnor som lever under fattiga levnadsförhållanden möter oftare än andra kvinnor kriminalitet och våld. Att leva i boenden med dålig standard, i farliga och otrygga bostadsområden och med små ekonomiska resurser är konstanta stressfaktorer (Anderson och Chiochio, 1997).

Reviktimisering

Psykiska sjukdomar kan, som tidigare påpekats, öka risken att utsättas för brott. En kvinna med psykiskt funktionshinder är ofta särskilt sårbar och känslig för övergrepp och utnyttjande. Forskning visar också att upprepad viktimisering, det vill säga att man återigen utsätts för brott, är mycket vanligt hos kvinnor som utsätts för våld och än mer förekommande hos kvinnor med psykiska sjukdomar som utsätts för våld (Gondolf, 1998).

I Bengtsson-Tops (2004) svenska omfångsundersökning uppgav 67 procent av de utsatta kvinnorna att de hade utsatts för övergrepp vid upprepade tillfällen. Dessutom hade flertalet av de efter 16 års ålder utsatta kvinnorna utsatts för mer än en typ av övergrepp¹⁴. Den statistiska analysen visar på kopplingar mellan alla typer av övergrepp, de starkaste mellan hot om att skadas, hot om att dödas, fysiskt våld och verbala kränkningar. De svagaste

¹³ Till exempel manodepressivitet.

¹⁴ För metodbeskrivning, se sida 28.

kopplingarna fanns mellan sexuellt våld och de övriga typerna av övergrepp. En kvinna som hade blivit utsatt för sexuellt våld behövde alltså inte ha blivit utsatt för någon annan typ av övergrepp (Bengtsson-Tops, 2004).

Jacobson och Richardson (1987) har med hjälp av strukturerade intervjuer undersökt förekomsten av erfarenheter av fysiskt och sexuellt våld hos 100 patienter inom slutenvården i USA, varav 43 kvinnor. En trend de såg i materialet var att patienter som hade upplevt fysiska övergrepp i barndomen också upplevde fysiska övergrepp i vuxen ålder (Jacobson & Richardson, 1987).

Ytterligare en studie som undersökt förekomsten av våldsutsatthet i barndomen och i vuxenlivet genomfördes av Lipschitz et al (1996). Studiegruppen bestod av 120 öppenvårdspatienter som behandlades vid en psykiatrisk klinik i USA, varav 86 kvinnor. Genom självskattning, journalgranskning samt statistiska analyser konstaterades ett klart samband mellan sexuella övergrepp i barndomen och övergrepp i vuxen ålder. Däremot fanns det inget klart samband mellan utsatthet för fysiska övergrepp i barndomen och övergrepp senare i livet. Författarna anser att deras resultat tyder på att personer med psykiska sjukdom som i vuxen ålder utsatts för sexuella övergrepp i hög utsträckning även varit utsatta som barn (Lipschitz et al, 1996).

Utifrån sin franska prevalensstudie drar Darves-Bornoz et al (1995) slutsatsen att risken för upprepade viktimisering är störst för kvinnor med schizofreni¹⁵. Av de våldtäktsutsatta kvinnorna med schizofreni utsattes 60 procent för upprepade våldtäkter, att jämföra med de våldtäktsutsatta kvinnorna med bipolärt syndrom¹⁶ där ingen upprepning hade ägt rum (Darves- Bornoz et al, 1995).

Även Goodman et al (1997) menar att en stor del av kvinnorna med allvarlig psykisk sjukdom (*severe mental illness*) viktimiseras upprepade gånger under sin livstid¹⁷. Däremot, menar författarna, är det svårt att dra någon slutsats kring huruvida den psykiska sjukdomen i sig kan relateras till de förhöjda prevalenstalen, eller om faktorer som ekonomisk utsatthet och missbruk också kan utgöra en delförklaring (Goodman et al, 1997).

Sambandet mellan övergrepp och psykiatriska symptom

I ovan nämnda litteraturöversikt gjord i USA av Goodman, Rosenberg et al (1997) konstateras att antalet studier som undersökt relationen mellan utsatthet för våld och symptom bland kvinnor med psykiska sjukdomar är relativt få. Flertalet av studierna fokuserar på symptom som kan sättas i samband med utsatthet i barndomen snarare än i vuxenlivet. Men några få fokuserar ändå på utsatthet för våld i vuxen ålder. I en av dessa fann man att 40 procent av de kvinnliga patienter som deltog i studien hade symptom som uppfyllde kriterierna för posttraumatiskt stressyndrom som kunde sättas i samband med att de utsatts för fysiskt våld under det senaste året. Ytterligare en studie, vars syfte att undersöka effekterna av viktimisering; utgick

¹⁵ För metodbeskrivning se sida 24.

¹⁶ Till exempel manodepressivitet.

¹⁷ För metodbeskrivning se sida 22.

från ett livslångt perspektiv. Resultaten visade att våldsfrekvensen under ett livslopp, våldets närhet i tid samt utsatthet i barndomen för både sexuella och fysiska övergrepp kunde associeras till en mängd olika psykiatriska symptom, t ex depression, fientlighet, ångest, dissociation, somatiska problem och posttraumatiskt stressyndrom (Goodman et al, 1997).

Författarna konstaterar att då det gäller kvinnor med psykiska sjukdomar finns det genomgående ett samband mellan utsatthet för våld och allvarligare psykiska symptom. Självmordsförsök, längre sjukhusvistelser och missbruk av alkohol och droger var också faktorer som sattes i samband med övergreppshistorier bland kvinnor med psykiska sjukdomar (Goodman et al, 1997).

I Gondolfs (1998) amerikanska undersökning av 382 patientutvärderingar/patientjournaler handlade en av frågeställningarna om följderna av våldsutsatthet. Han konstaterar, utifrån undersökningen, att de allvarligaste psykiska sjukdomstillstånden i allmänhet orsakas av eller förvärras av fysiskt eller sexuellt våld, särskilt om detta inträffar under barndomen. Våldsutsatta kvinnor med psykiska sjukdomar lider också ofta av posttraumatiskt stressyndrom, som en reaktion på sexuellt utnyttjande, av att ha blivit negligerade, hemlöshet, institutionalisering likväl som av att ha blivit utsatta för våld. Många gånger är därför en sekundär PTSD-diagnos (posttraumatiskt stressyndrom) trolig som kräver åtgärder utöver behandlingen av den huvudsakliga psykiska sjukdomen (Gondolf, 1998).

Summering

- Kvinnor med psykiska funktionshinder är ofta beroende av andra vad gäller hjälp och stöd. Våldsförövare tycks många gånger vara sådana personer som kvinnorna är beroende av.
- Funktionshindret kan både ha betydelse för orsaker till övergrepp och för upprättelsen efter övergreppet.
- En psykisk sjukdom är i sig en riskfaktor för att utsättas för våld (genom kognitiva och beteenderelaterade symtom).
- Utsatthet för övergrepp kan resultera i både psykologiska och sociala problem för dessa kvinnor så som posttraumatiskt stressyndrom, försämrad självbild, missbruk och hemlöshet.
- Ett psykiskt funktionshinder eller en psykisk sjukdom kan verka stigmatiserande och diskriminerande vilket försvårar möjligheterna för dessa kvinnor att erhålla adekvat stöd.
- Det är vanligt att kvinnor med psykiska sjukdomar eller psykiska funktionshinder utsätts för övergrepp vid fler än ett tillfälle.

Hur ofta utsätts kvinnor med psykiska funktionshinder för våld?

Prevalensstudier

Kunskapen om hur vanligt det är att kvinnor med psykiska funktionshinder utsätts för våld och övergrepp är begränsad. Ett antal studier har dock undersökt omfattningen av våldsutsatthet hos begränsade grupper, så kallade prevalensstudier. Flertalet av dessa fokuserar på övergrepp i barndom, medan antalet som undersökt förekomsten av våld i vuxen ålder är färre. Samtidigt inbegriper relativt många studier övergrepp i såväl barndom som vuxenliv och i den mån dessa resultat går att särskilja redovisas de här nedan. Likaså är det relativt få studier som enbart handlar om kvinnor, varför det har funnits anledning att även inkludera studier som omfattar både kvinnor och män i den mån resultaten är könsindelade. Majoriteten av studierna som presenteras här nedan är genomförda i en psykiatrisk vårdmiljö. Detta innebär givetvis att studiedesignen många gånger anpassats till vårdmiljön, men likväl omfattar frågan om våldsutsatthet kvinnornas hela livssituation oavsett vilket kontext studierna genomförts i.

Svårigheter förenade med prevalensstudier

Goodman et al (1997) har i sin litteraturöversikt jämfört 13 olika studier inom den amerikanska forskningen av fysiskt och sexuellt våld mot kvinnor med allvarliga psykiska sjukdomar. I de undersökningar där kvinnorna tillfrågades om övergrepp i ett livslångt perspektiv, uppgav mellan 51 och 97 procent av kvinnorna att de utsatts för någon form av fysiskt eller sexuellt våld. En stor del av kvinnorna uppgav dessutom att de hade erfarenhet av flera olika typer av våld och övergrepp. De två studier som rapporterade den högsta prevalensen för alla typer av övergrepp var de som baserades på ett urval av kvinnor med allvarliga psykiska sjukdomar (*severe mental illness*), låg inkomst och erfarenhet av hemlöshet.

Trots inbördes olika definitioner, metoder och informanturval kunde några gemensamma mönster skönjas ur samtliga studier. De studier som ställde de detaljrikaste frågorna rapporterade också de högsta prevalenstalen. Undersökningsresultaten tyder dessutom på att en majoritet av dessa kvinnor någon gång under livet har blivit utsatta för våld.

Samtidigt påpekar Goodman och hennes medförfattare att det finns svårigheter med att studera prevalensen för våldsutsattheten bland kvinnor med allvarliga psykiska sjukdomar. Ett stort problem med att utgå ifrån självrapporterad viktigmisering är risken för både underrapportering och överrapportering. Överrapportering kan ibland bero på vanföreställning. Underrapportering däremot kan i sin tur härledas till skam- och skuldkänslor hos den utsatta kvinnan. Hon kan också vara ovillig att berätta på grund av rädsla för vad som kommer att hända med förövaren alternativt rädsla för att bli utsatt

igen. Kvinnan kan också vara rädd för att inte bli trodd om hon berättar om övergreppet. Det kan även vara så att våldsoffer inte alltid själva uppfattar våldet som just våld.

Speciellt då det handlar om kvinnor med psykiska sjukdomar kan det vara svårt att få fram klara och tydliga övergreppsberättelser. De kan ofta framstå som otydliga samtidigt som hallucinationer kan inverka på minnesbilden. De kan också stå under stark medicinering vilket i sin tur kan påverka minnet, talet samt tanke- och uppfattningsförmågan negativt (Goodman et al, 1997).

Svenska prevalensstudier

Den enda prevalensstudien som genomförts i Sverige är Bengtsson-Tops omfångsstudie (2004) om våld mot kvinnor som har kontakt med psykiatrin. Studien genomfördes på uppdrag av Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH). Rapporten är en del av ett större projekt, Vågskålen, som RSMH bedriver i syfte att dels kartlägga förekomsten av våld mot kvinnor med psykiska funktionshinder och dels ”utveckla och utvärdera utbildnings- och interventionsprogram riktade till kvinnor med psykisk ohälsa”¹⁸. Syftet med den aktuella studien var att göra en kartläggning av ”förekomsten av fysiska, sexuella och psykiska övergrepp samt ekonomiskt utnyttjande under barndom, vuxenliv och det senaste året mot kvinnor med psykisk ohälsa och som använde sig av den psykiatriska vården”¹⁹. Ytterligare frågeställningar var kvinnornas relation till förövarna, vilka hjälp- och stödinsatser som erhållits och vilka de psykologiska konsekvenserna av övergreppen var (Bengtsson-Tops, 2004).

Data samlades in via en enkätundersökning på 66 olika psykiatriska enheter inom den öppna och den slutna psykiatriska vården i Region Skåne. 1 746 kvinnor tillfrågades om deltagande i undersökningen och av dessa besvarade 1 382 enkäten. Resultaten tyder på en hög förekomst av våld mot kvinnor med psykiska funktionshinder. Drygt hälften av kvinnorna rapporterade att de utsatts för någon form av övergrepp²⁰ under barndomen, 2/3 att de hade erfarenhet av övergrepp efter 16 års ålder och 1/3 kvinnor att de utsatts det senaste året (se tabell 2). Enligt författaren hade de kvinnor som utsatts för övergrepp en längre vårdtid i jämförelse med de kvinnor som inte hade utsatts.

Tabell 2. Antal och andel kvinnor som utsatts för övergrepp.

Andel kvinnor (av totalt 1 382) som utsatts för övergrepp		
	Antal	Andel
Övergrepp under barndom	739	54 %
Övergrepp efter 16 års ålder	874	63 %
Övergrepp under det senaste året	423	31 %

¹⁸ Ibid, sida 9.

¹⁹ Ibid, sida 13.

²⁰ Fysiskt eller sexuellt våld, psykiska övergrepp, hot samt ekonomiskt utnyttjande.

Fyrtiosju procent (201) av de 423 kvinnorna som utsatts under det senaste året uppgav att de hade utsatts för mer än en typ av övergrepp och 59 procent (251) hade under året utsatts vid upprepade tillfällen (Bengtsson-Tops, 2004).

Internationella prevalensstudier

Ett flertal internationella studier inom området har publicerats. Ett exempel är den studie som genomfördes i USA av Lipschitz et al (1996)²¹.

Här uppgav 84 patienter (70 procent) inom den psykiatriska öppenvården att de hade upplevt övergrepp av något slag antingen i barndomen eller i vuxenlivet. Fyrtiofem personer (37 procent) berättade om fysiska övergrepp i vuxen ålder och 28 personer (23 procent) uppgav att de utsatts för sexuella övergrepp i vuxen ålder. Kvinnor var dessutom oftare än män utsatta för sexuella övergrepp i vuxen ålder (Lipschitz et al, 1996).

En annan prevalensstudie genomfördes i Kanada av Firsten (1991). Även här lades fokus på utsatthet för fysiskt och sexuellt våld hos kvinnliga patienter inom den psykiatriska slutenvården. Datainsamlingen genomfördes under ett år och sammanlagt intervjuades 85 kvinnor inskrivna på fem olika sjukhus i Toronto. I studien rapporterade 60 procent av de intervjuade kvinnorna att de misshandlats fysiskt i vuxen ålder. Författaren menar att kvinnliga patienter inom den psykiatriska vården är mer sårbara och utsatta för fysiskt och sexuellt våld jämfört med befolkningen i allmänhet. Åttiotre procent (69 kvinnor) av kvinnorna i urvalet hade utsatts för allvarligt fysiskt eller sexuellt våld i barndomen och/eller i vuxen ålder. Mer än tre fjärdedelar av kvinnorna hade utsatts för mer än en typ av våld och de totalt 69 kvinnorna som hade utsatts berättade om sammanlagt 255 förövare (Firsten, 1991).

Skillnader mellan kvinnor och män

Mueser et al (2004) har bland annat undersökt i vilken omfattning personer med svåra psykiska sjukdomar nyligen utsatts för våld. Undersökningen bestod av både öppen- och slutenvårdspatienter i fyra amerikanska delstater. Sammanlagt deltog 782 personer och antalet deltagande kvinnor var 321. Drygt 30 procent av kvinnorna uppgav att de under det senaste året utsatts för antingen fysiska eller sexuella övergrepp, medan siffrorna för antingen fysiska eller sexuella övergrepp var något lägre (se tabell 3).

Tabell 3. Antal och andel kvinnor som utsatts för övergrepp det senaste året.

Antal kvinnor (av totalt 321) som det senaste året utsatts för övergrepp		
	Antal	Andel
Både fysiska och sexuella övergrepp	106	30 %
Fysiska övergrepp	81	25 %
Sexuella övergrepp	64	20 %

²¹ För mer utförlig metodbeskrivning, se sida 25.

Livstidsprevalensen för övergrepp skattades till 87 procent. En jämförelse med de män som deltog i studien visar att kvinnorna i högre grad utsatts för sexuella övergrepp under det senaste året, samtidigt som det var något vanligare att män utsatts för fysiska övergrepp under samma mätperiod (Mueser et al, 2004).

I Jacobson & Richardson studie (1987) undersöktes förekomsten av våldsutsatthet hos 100 patienter inom den psykiatriska slutenvården i USA. Studien inkluderade både kvinnor och män. Åttioen patienter uppgav att de hade blivit utsatta för grova fysiska och/eller sexuella övergrepp. Av dessa 81 personer hade 60 procent (49) utsatts för minst två typer av övergrepp - och 22 procent (18) hade upplevt antingen tre eller alla fyra typer av övergrepp (Jacobson & Richardson, 1987).

En kombination av prevalensen för sexuella och/eller fysiska övergrepp i barndomen gav totalt 57 procent. Prevalensen för sexuella och/eller fysiska övergrepp i vuxen ålder uppskattades till 67 procent. Kombinerade man siffrorna för fysiska övergrepp i barndom och vuxenliv blev prevalensen 76 procent. Motsvarande siffror för sexuella övergrepp i både barndom och vuxenliv var 35 procent. Resultaten tyder på, menar författarna, att kännedom om patientens våldserfarenheter i högsta grad är relevant för den fortsatta psykiatriska behandlingen. Ett flertal patienter i undersökningen hade upplevt övergrepp som inträffade bara några år innan de blev inlagda. Många patienter sade sig ha känt stor skam och skuld över det inträffade och några kände så fortfarande. Flertalet uppgav att våldsupplevelserna fortfarande hade stor påverkan på deras liv och fungerande.

Resultaten visar på en skillnad mellan kvinnor och män när det gäller sexuella övergrepp i vuxen ålder, 38 procent av kvinnorna uppgav sig ha utsatts jämfört med 4 procent av männen. Hos kvinnliga patienter tenderade utsatthet för både sexuella och fysiska övergrepp i vuxen ålder att förekomma tillsammans (Jacobson & Richardson, 1987).

Skillnader mellan kvinnor och män har också undersökts av Goodman et al (2001). Deras studie ingick som en del av ett större forskningsprojekt kring riskbeteende och sexuellt överförbara sjukdomar bland män och kvinnor med svåra psykiska sjukdomar (*severe mental illness*). Sjuhundraåttio-två öppen- och slutenvårdspatienter ingick i studien, varav 321 kvinnor. Patienternas vanligaste diagnoser var schizofreni, bipolär depression²² och depression. Resultaten tyder bland annat på att kvinnorna i högre grad än männen utsatts för sexuella övergrepp under det senaste året (20,3 procent jämfört med 7,6 procent). Männen hade i sin tur utsatts i högre grad för fysiska övergrepp under det senaste året (34,1 procent jämfört med 25,6 procent) (Goodman et al., 2001).

Jämförelse med andra grupper

Coverdale och Turbott (2000) har i sin tur jämfört patienter inom den psykiatriska öppenvården med matchade medicinska öppenvårdspatienter på Nya Zeeland²³. Undersökningen omfattade förekomsten av såväl sexuella som

²² Till exempel depression med maniska inslag.

²³ Det vill säga de båda grupperna var jämförbara i fråga om medelvärden och spridningar i bland annat följande avseenden: ålder, kön, utbildning och social ställning.

fysiska övergrepp. Sextiosex av de 158 personerna i studiegruppen var kvinnor. Resultaten visar att 13 kvinnor upplevt sexuella övergrepp, 8 hade utsatts för fysiska övergrepp och 23 för båda typerna av övergrepp. Patienter med psykiska sjukdomar rapporterade i högre grad än kontrollgruppen att de utsatts för sexuella eller fysiska övergrepp i vuxen ålder. Likaså tycktes kvinnor i högre grad än män vara utsatta för övergrepp i vuxen ålder (Coverdale & Turbott, 2000).

Även Jacobson & Richardson (1987) menar utifrån sin omfångsundersökning som gjordes i USA att prevalenstalen vad gäller utsatthet för våld och övergrepp är avsevärt högre bland patienter inom psykiatri än bland befolkningen i allmänhet. Många av de rapporterade våldsupplevelserna omfattar dessutom ett stort antal övergreppshändelser under lång tid snarare än enstaka incidenter (Jacobson & Richardson, 1987).

Jämförelser med andra grupper görs också av Darves-Bornoz et al (1995). Resultaten från deras franska studie visar på en livstidsprevalens för våldtäkt på 23 procent både hos kvinnor med schizofreni och hos kvinnor med bipolärt syndrom²⁴. Darves-Bornoz och medförfattarna jämför dessa siffror med motsvarande siffror från undersökningar i hela populationen²⁵ (7–8 procent) och konstaterar att kvinnor med de ovan nämnda diagnoserna löper större risk att utsättas för våldtäkt jämfört med kvinnor i allmänhet (Darves-Bornoz, 1995).

I sin delstudie konstaterar även Goodman et al (2001) att det tycks föreligga skillnader i våldsutsatthet mellan personer med svåra psykiska sjukdomar (*severe mental illness*) och övriga befolkning²⁶. En jämförelse med resultaten från en nationell studie kring förekomst av våld²⁷ tyder på att kvinnor med svåra psykiska sjukdomar är mer utsatta än andra kvinnor (se tabell 4). Vid en sammanslagning av prevalensen för både fysiska och sexuella övergrepp under senaste året uppskattades risken att utsättas som 16 gånger högre för kvinnor med svåra psykiska sjukdomar än för andra kvinnor.

Tabell 4. Jämförelse av våldsutsatthet mellan kvinnor med svåra psykiska sjukdomar och andra kvinnor.

Andel kvinnor som under senaste året uppgivit att de utsatts för övergrepp		
	Fysiska övergrepp	Sexuella övergrepp
Kvinnor med svåra psykiska sjukdomar	25,6%	20,3%
Kvinnor utan svåra psykiska sjukdomar	1,9%	0,3%

²⁴ Till exempel manodepressivitet.

²⁵ Bland annat: Di Vasto PV, Kaufmann, A & Rosner, L. The prevalence of sexually stressful events among females in general population. Arch Sex Behav 13: 59-67.

²⁶ För metodbeskrivning, se sida 30.

²⁷ Tjaden & Thoennes, 1998.

Vilka former av övergrepp utsätts dessa kvinnor för?

I Bengtsson-Tops svenska omfångsstudie (2004)²⁸ uppgav, som tidigare nämnts, 63 procent av kvinnorna i undersökningen att de utsatts för någon form av övergrepp efter 16 års ålder. Av dessa hade den största andelen blivit verbalt kränkta och nedvärderade. Drygt hälften hade utsatts för fysiskt våld. Andra typer av våld kvinnorna uppgav sig ha utsatts för var grovt fysiskt våld, hot, sexuellt våld och isolering.

Även när det gäller övergrepp som skett under det senaste året så var verbala kränkningar och nedvärderingar mest förekommande. Ungefär 20 procent av kvinnorna hade utsatts för fysiskt våld och 10 procent för sexuellt våld (se tabell 5) (Bengtsson-Tops, 2004).

Tabell 5. Andel kvinnor som rapporterat olika former av övergrepp under det senaste året.

Antal och andel kvinnor som rapporterat olika former av övergrepp under det senaste året (av totalt 423 kvinnor)		
	antal	Andel
Verbala kränkningar och nedvärderingar	306	73%
Hot om att skadas	120	28%
Hot om att dödas	80	19%
Fysiskt våld	81	19%
Grovt fysiskt våld	38	9%
Sexuellt våld	44	10%
Ekonomiskt utnyttjande	79	19%
Isolering i hemmet	62	15%
Annat övergrepp	35	8%

Om dessa siffror istället sätts i relation till samtliga kvinnor som deltog i studien kan det konstateras att ungefär 1/5 uppgivit att de utsatts för kränkningar. Även fysiskt våld samt hot om våld var återkommande svar (se tabell 6).

²⁸ För metodbeskrivning, se sida 28.

Tabell 6. Andel kvinnor som under senaste året utsatts för olika övergrepp.

Andel kvinnor (av totalt 1 382) som det senaste året utsatts för olika former av övergrepp	
	Andel
Verbal kränkning/nedvärdering	22 %
Hot om att skadas och hot om att dödas	10 %
Fysiskt våld inkl. grovt våld	7%
Sexuellt våld	3 %
Ekonomiskt utnyttjande	6 %
Isolering i hemmet	4 %
Annat	2 %

Finndahl (2001) poängterar i sin svenska studie²⁹ att våldet som kvinnorna utsatts för är både av fysiskt, psykiskt och sexuellt slag. Även ekonomiskt utnyttjande förekommer. Kvinnorna kan också utsättas för övergrepp inom den psykiatriska tvångsvården. Psykiskt våld, uppger Finndahl, kan exempelvis bestå av tvång och bestraffningar från personal till patient. Men det kan också handla om att negligera att övergrepp sker:

Kvinnor känner sig utsatta för kvinnlig personals våld mot kvinnor. När incidenter tigs ihjäl och ingen värnar om patientens rätt att slippa bli utsatt för sexuella relationer/övergrepp under behandlingsperioder på sjukhus³⁰.

Resultaten från Darves-Bornoz et al's franska studie visar att när det gäller övergrepp efter 16 års ålder, så var våldtäkt den vanligaste formen av våldsupplevelse³¹. Prevalensen för våldtäkt efter 16 års ålder var 22 procent hos kvinnor med diagnosen schizofreni och 15 procent för kvinnor med bipolärt syndrom³² (Darves- Bornoz et al, 1995).

Vad vet vi om förövarna?

När det gäller våldsutövaren är det vanligast att våldet utförs av en man som är partner eller annan nära anhörig till kvinnan, alternativt av någon som kvinnan är beroende av. Våldet utövas vanligen i det egna hemmet, men även i särskilda boenden och i offentliga miljöer. I Finndahls intervjuer med utsatta kvinnor samt med företrädare för Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) framkommer att det också förekommer våld och övergrepp inom den psykiatriska vården (se även föregående stycke). Såväl medpatienter som personal kan vara förövare (Finndahl, 2001).

²⁹ För metodbeskrivning, se sida 17.

³⁰ Ibid, sida 53.

³¹ För mer utförlig metodbeskrivning, se sida 24.

³² Till exempel manodepressivitet.

I Bengtsson-Tops svenska omfångsundersökning (2004) ³³ uppgav 40 procent av de i vuxenlivet utsatta kvinnorna att de utsatts för övergrepp av sin nuvarande partner. Andra våldsförövare som omnämndes var bland annat tidigare partner, obekant person, vårdpersonal med flera (se tabell 7).

Tabell 7. Andel kvinnor som utsatts för övergrepp av olika typer av förövare.

Andel kvinnor som utsatts för övergrepp av olika typer av förövare	
Nuvarande partner	40 %
Tidigare partner	36 %
Obekant person	19 %
Bekant	18 %
Släkting	17 %
Någon annan	15 %
Vårdgivare	5 %

Ett antal kvinnor rapporterade övergrepp inom mer än en relation. Författaren uppskattar att så var fallet för 34 procent av de kvinnor som utsatts för övergrepp i vuxenlivet. Förövaren var i de allra flesta fall en man. Det fanns även fall där kvinnan hade blivit utsatt för övergrepp av en annan kvinna, exempelvis där förövaren var en partner, släkting, bekant eller vårdgivare. Av kvinnorna som utsatts under det senaste året kände cirka 89 procent av dem förövaren (Bengtsson-Tops, 2004).

Resultaten från Firstens (1991) franska undersökning visar att 50 procent av de intervjuade kvinnorna som någon gång varit gifta eller levt i äktenskapslika förhållanden hade blivit slagna av sina makar/sambos. Trettioåtta procent av kvinnorna hade utsatts för våldtäkt eller våldtäktsförsök³⁴. Nästan en tredjedel av kvinnorna uppgav att de utsatts för mer eller mindre allvarliga fysiska eller sexuella övergrepp även under sjukhusvistelse. I majoriteten av de sexuella övergreppen var manliga medpatienter förövare (Firsten, 1991).

I sin artikel om utsatthet för brott hos marginaliserade grupper hänvisar Litzén (2004) till en undersökning av 341 hemlösa kvinnor som varit i kontakt med ett härbärge/planeringshem i Stockholm och i vilken man bland annat studerade kvinnornas utsatthet för våld³⁵. I undersökningen framkom att i 86 procent av fallen var förövaren en man som kvinnorna haft en nära relation till (Litzén, 2004).

Det är som synes vanligt att kvinnor med psykiska funktionshinder (liksom andra kvinnor som utsätts för våld) främst utsätts av en partner eller någon annan de delar bostad med. I Jacobson & Richardssons studie³⁶ framkommer att 56 procent av de förövare som förgripit sig fysiskt delade bostad med de utsatta kvinnorna (Jacobson & Richardsson, 1987).

³³ För metodbeskrivning, se sida 28.

³⁴ För metodbeskrivning, se sida 29.

³⁵ Lindgren et al., 2004.

³⁶ För metodbeskrivning, se sida 30.

I vilka miljöer utövas våldet?

I Bengtsson-Tops svenska omfångsundersökning (2004) uppgav cirka 69 procent av de kvinnor som utsatts efter 16 års ålder att övergreppen ägt rum i det egna hemmet³⁷. Tjugonio procent hade utsatts i en annan persons hem och 28 procent utomhus. Fem procent uppgav att de blivit utsatta för övergrepp inom vården. Tjugotre procent av kvinnorna rapporterade övergrepp på "annan" plats, framför allt arbetsplatser, men även diskotek, pubar, hotell med mera. Platsen där övergreppet ägt rum under det senaste året var i de flesta fall (54 procent) det egna hemmet (Bengtsson-Tops, 2004).

I en annan svensk undersökning som genomfördes av Finndahl framkommer också att våldet vanligen utövas i det egna hemmet, men även i särskilda boenden och i offentliga miljöer (Finndahl, 2001)³⁸.

Post et al (1980) har i en amerikansk studie intervjuat 60 slutenvårdspatienter i syfte att undersöka utsträckningen av våldsutsatthet i de egna hem. Studiegruppen bestod av totalt 60 personer, varav 38 kvinnor. Samtliga var vid tiden för studien inskrivna vid två slutenvårdsavdelningar vid ett psykiatriskt sjukhus i Colorado, USA. De preliminära resultaten visar att 50 procent (19) av kvinnorna hade utsatts för fysiska övergrepp av deras partner i sitt eget hem (Post et al, 1980).

Summering

- Förekomsten av våldsutsatthet bland kvinnor med psykiska funktionshinder eller psykiska sjukdomar är hög. Ett exempel är resultaten från en svensk studie som visar på en prevalens på 67 procent för våldsutsatthet efter 16 års ålder. Internationella studier har undersökt utsatthet för såväl fysiskt som sexuellt våld. Resultaten skiljer sig sinsemellan åt, men de visar samtliga på höga prevalenstal. Prevalensen för fysiska övergrepp tycks dock vara högre än för sexuella.
- Jämförelser tyder på att dessa kvinnor utsätts för sexuellt våld i högre utsträckning än män med psykiska funktionshinder. Även vid jämförelse med andra kvinnor uppvisar dessa en högre utsatthet för sexuella övergrepp.
- Våldet som kvinnorna utsätts för är både av fysiskt, psykiskt och sexuellt slag. Även ekonomiskt utnyttjande förekommer av kvinnor med psykiskt funktionshinder.
- Förövaren uppges oftast vara en manlig partner eller någon annan kvinnorna står i beroendeställning till eller delar boende med.
- Vanligast är att kvinnor med psykiska funktionshinder utsätts för våld i det egna hemmet. Det förekommer också att övergrepp begås utomhus eller i andras hem.

³⁷ För metodbeskrivning, se sida 28.

³⁸ För metodbeskrivning, se sida 17.

Att upptäcka övergrepp

Svårt att berätta om övergreppen

I Bengtsson-Tops studie (2004) tillfrågades kvinnorna i vilken mån de berättat för någon annan om övergreppen³⁹. Av de 874 kvinnorna som utsatts för övergrepp efter 16 års ålder hade 77 procent (668) delgett någon annan person upplevelsena. Även här var det framför allt vårdpersonal, vänner och familjemedlemmar man hade berättat för. Ett fåtal kvinnor uppgav att de hade vänt sig till en frivilligorganisation för att få stöd (Bengtsson-Tops, 2004).

Många kvinnor med psykiska funktionshinder upplever att de har svårt att bli trodda och bli tagna på allvar då de berättar om övergrepp. Ofta kan berättelserna avfärdas som vanföreställningar. Även då kvinnorna tagit steget att anmäla övergrepp upplever de att de har svårt att bli trodda. Enligt företrädare för rättsväsendet som Finndahl har intervjuat måste kvinnan tydligt kunna ge uttryck för vad hon har utsatts för och kunna återge ett händelseförlopp⁴⁰. Krav som kvinnor med psykiska problem många gånger kan ha svårt att leva upp till (Finndahl, 2001).

Screening

Kännedom om utsatthet – grundläggande för att kunna hjälpa

Såväl svenska som internationella undersökningar visar att mörkertalet avseende våld mot kvinnor generellt är mycket stort och troligen ännu större när det gäller kvinnor med psykiska funktionshinder eller psykiska sjukdomar.

Syftet med screening vilket, som i detta sammanhang innebär att rutinemässigt ställa frågor om våld, är att identifiera kvinnor som är eller har varit utsatta för våld, hot och kränkningar för att därefter kunna erbjuda dem hjälp och stöd. Det handlar alltså dels om att fånga upp kvinnor som behöver hjälp och dels om att kunna erbjuda adekvat behandling inom hälso- och sjukvården, med kännedom om bland annat tidigare erfarenheter som kan vara av betydelse för kvinnornas behandling (Socialstyrelsen, 2002).

Socialstyrelsen har i ett projekt, som genomfördes i samråd med överläkare inom mödrahälsovården och barnmorskor med samordningsfunktion i Dalarna, Skåne och Stockholms län, prövat screening som metod och därefter utvärderat användandet. Projektet har bland annat visat att personal på mottagningarna upplevde att en ökad kunskap om enskilda kvinnors våldserfarenheter ger bättre förutsättningar för en god patientkontakt och för ett adekvat stöd och bemötande av kvinnorna. Projektet innebar också att man på de olika mottagningarna i högre grad än tidigare fångade upp kvinnor

³⁹ För metodbeskrivning, se sida 28.

⁴⁰ För metodbeskrivning, se sida 17.

som ville ha hjälp. En påtaglig erfarenhet från projektet är att det *inte* går att intuitivt eller på annat sätt gissa sig till vilka kvinnor som varit utsatta för våld. Personalen överraskades både över *andelen* utsatta och *vilka* kvinnor som utsatts (Socialstyrelsen, 2002).

I en artikel i Läkartidningen från 2002 förespråkar Widding-Hedin allmän screening som rutinmetod inom hälso- och sjukvården för att upptäcka kvinnomisshandel/partnervåld. Alla kvinnor över 14 år borde, enligt författaren, rutinmässigt screenas för misshandel, exempelvis med hjälp av ett formulär med bedömningsfrågor (*Abuse assessment screen*). Screeningen skall utföras av utbildad personal som en del av rutinbehandlingen av patienter inom bland annat öppenvården, akutsjukvården, mödrahälsovården, psykiatrisk vård med mera. Enligt Widding-Hedin finns det internationella, beprövade program både vad gäller principer för screening och utbildning av personal som enkelt skulle kunna modifieras till att passa för svenska förhållanden, "Att ställa frågor om misshandel är ett första steg mot intervention"(Widding-Hedin, 2002).

Gondolf (1998) påpekar att man genom att använda screening inom psykiatri rörande våldsrelaterade beteenden och effekter, samt uppföljningsfrågor för att ringa in våldets natur, omfattning och dynamik, kan öka sannolikheten att upptäcka och identifiera våldsutsatta kvinnor. Att samla in information om den nuvarande situationen, om hur våldet yttrar sig, hur grovt det är och om det har funnits tidigare våldsutsatthet, är mycket viktigt då det gäller att bemöta den utsatta kvinnan inom den psykiatriska vården. Om den psykiatriska vården har kunskap om kvinnans tidigare våldsutsatthet kan man på ett bättre och mer tillförlitligt sätt komma fram till en diagnos av kvinnans psykiska status, exempelvis huruvida hennes symptom kan vara effekter av traumatiserande händelser och i så fall ett uttryck för överlevnadsstrategier (*coping tactics*) (Gondolf, 1998).

Svårigheter och risker

Erfarenheterna från Socialstyrelsens ovan nämnda projekt visade att förutom oro för kvinnornas reaktion på frågorna fanns det ytterligare skäl till den tvekan som några i personalen kände inför screening, nämligen osäkerhet inför vilka resurser uppgiften skulle komma att kräva och om det fanns tid för detta. Man upplevde också ett starkt behov av utbildning om våld mot kvinnor för att våga ställa frågor om våld (Socialstyrelsen, 2002).

I en kommentar till den tidigare nämnda artikeln av Widding-Hedin skriver läkarna Barbro Wijma och Gun Heimer samt psykologen Klaas Wijma i samma tidskrift om den problematik som kan uppstå i samband med screening. Dels är det osäkert om det verkligen är befogat att rutinmässigt fråga alla patienter om våldsutsatthet. Det är heller inte känt vilka resurser som skulle krävas för att erbjuda vård för den ohälsa man troligtvis skulle finna vid en allmän screening om våld. Den ohälsa som screeningen är avsedd att upptäcka skall dessutom vara behandlingsbar. Det är oklart hur stor andel av patienternas ohälsa till följd av våld som är möjlig att behandla. De främsta hindren mot att använda allmän screening är troligen bristande kunskaper om våld hos vårdgivare och avsaknad av resurser för att kunna erbjuda patienten fortsatt hjälp. Utbildning av vårdpersonal som möter våldsutsatta pati-

enter, gott om tid i mötet med patienten, möjlighet till handledning samt resurser för att ta hand om den avslöjade ohälsan är förutsättningar som krävs för att man oftare ska ställa frågor om våld inom vården – förutsättningar som idag sällan finns (Wijma et al, 2002).

Wile (1997) poängterar också att det finns en del svårigheter förenade med användandet av screening inom den psykiatriska vården. Då man som kliniker frågar om patienters erfarenheter av tidiga traumatiska händelser bör man akta sig för att använda sig av aggressiva intervjustilar, som kan ha negativ effekt på patientens förmåga att komma ihåg. En annan risk är att upprepade frågor om utsatthet i barndomen kan förleda patienter att tro att vissa påståenden om utsatthet är sanningsenliga trots att dessa inte har undersökts ordentligt. Ytterligare en risk är naturligtvis att tidiga erfarenheter av fysiskt och sexuellt våld hos patienten aldrig kommer upp till ytan, vilket kan resultera i att allvarliga depressioner med självmordstankar, dissociativa tillstånd⁴¹ med mera inte blir adekvat behandlade och därmed riskerar att bli än mer ihållande (Wile, 1997).

Metoder

I Socialstyrelsen projekt om screening framkom att viktiga förutsättningar för metoden är att personalen får rätt information, utbildning och stöd. Det är också viktigt att det finns tid att bemöta det kvinnorna berättar och möjligheter för personalen till handledning och reflektion med kollegor (Socialstyrelsen, 2002).

Wile (1997) förespråkar användande av ett standardprotokoll där frågor om våldsupplevelser och övergrepp i barndomen "bäddas in" bland mer rutinemässiga frågor av psykosocial och medicinsk karaktär. Givetvis ska kliniker inte fortsätta ställa frågor om övergrepp i de fall då patienten är psykotisk, allvarligt självmordsbenägen, hotfull eller självskadebenägen. Patientens akuta symptom bör stabiliseras genom medicinering innan något traumaarbete kan påbörjas.

Wile påpekar också att personal inom den psykiatriska vården måste vara medvetna om risken för så kallad sekundär viktigmisering (alternativt sekundär traumatisering), det vill säga att kvinnan inte blir bemött på ett för henne respektfullt sätt (Wile, 1997).

Orsaker till att våld mot kvinnor med psykiska funktionshinder inte uppmärksammas

Bristande rutiner inom den psykiatriska vården

Gondolf (1988) menar att när kvinnor som utsatts för övergrepp kommer i kontakt med psykiatrien läggs ofta fokus på att identifiera kvinnans psykiatriska symptom för att kunna ställa en diagnos, istället för att först göra en bedömning av kvinnans våld utsatta situation och vilka faror och risker som kan relateras till denna. En kvinnas utsatthet för våld negligeras ofta i psykiatriska bedömningssituationer enligt Gondolf. Det primära är att identifiera och behandla det diagnosticerade psykiska sjukdomstillståndet hos patienten.

⁴¹ Tillstånd av störningar i individens medvetande, minne, identitet och varseblivning.

ten. I samband med detta ignoreras ofta den verklighet med ständigt överhängande hot om våld som många av kvinnorna lever i (Gondolf, 1988).

Morrow (2002) menar att i det nuvarande psykiatriska sjukvårdssystemet råder ett biomedicinskt/sjukdomsfokuserat synsätt. Denna syn ignorerar många gånger den betydelse som upplevelser av våld och trauma kan ha haft för den psykiska sjukdomen. Utifrån detta synsätt, fortsätter Morrow, görs en bedömning först och främst i syfte att kunna ställa en psykiatrisk diagnos och därefter behandlas hennes symptom med hjälp av mediciner. Å ena sidan brukar alltså inte biomedicinska, sjukdomsfokuserade modeller uppmärksamma kvinnornas sociala sammanhang då vårdbedömningar skall göras. Å andra sidan brukar inte heller det möjliga sambandet mellan kronisk psykisk sjukdom och våldsutsatthet uppmärksammas då sociala bedömningar görs (Morrow, 2002).

Morrow har i USA genomfört en verksamhetsöversikt för att dokumentera gängse praktik och utbildning hos olika hjälpverksamheter för vålds- och traumautsatta kvinnor med kroniska och långvariga psykiska sjukdomar. Morrow ville på detta sätt försöka identifiera både formella och informella riktlinjer och förfaringsätt inom verksamheterna. Ytterligare en frågeställning var vilket slags verksamhetsstöd som skulle behövas för att kunna ge kvinnorna ett bättre stöd. Dokumentationen för undersökningen inhämtades från fem olika psykiatriska vårdinstanser, genom 8 fokusgrupper och 3 intervjuer som bland annat bestod av vårdgivare från både öppen- och slutenvården, vårdgivare från den allmänna psykiatriska vården⁴², vårdpersonal från akutboenden, representanter från stödjargrupper, kvinnojourpersonal med erfarenhet av kvinnor med psykiska sjukdomar (t ex från övergångsboenden). Dessutom genomfördes två olika surveyundersökningar. Totalt deltog 45 personer.

Morrow konstaterar utifrån verksamhetsöversikten att erfarenheter som ofta är centrala i kvinnors liv förbises rutinemässigt i policydokument, planering och praktiserande av den psykiatriska vården och även i utbildningsmaterial. Deltagare i undersökningens fokusgrupper ansåg att många yrkesutövare inom den psykiatriska vården är motvilliga till att erkänna den roll som vålds- och traumaupplevelser spelar i många kvinnors liv, antingen genom att tona ner dess betydelse eller att se dessa erfarenheter som något som inte har med den psykiska hälsan att göra. Sålunda blir resultatet att kvinnors erfarenheter av våld och trauma sällan tas med i beräkningen då bedömningar görs och behandlingsplaner utfärdas (Morrow, 2002).

Ovilja att behandla trauma i anslutning till den psykiatriska vården

Morrows undersökning visade att de som arbetade inom slutenvården ofta ansåg att det var olämpligt och i vissa fall även kontraterapeutiskt att för-

⁴² Här är risken överhängande för felöversättningar. De fem olika instanserna är, på engelska: "Mental health care providers who work in inpatient and outpatient settings, mental health care providers in community mental health settings, mental health workers in emergency shelters, peer support workers, service providers who give support to women survivors of violence in the community (e.g. transition house and sexual assault workers)." Ibid, sida 13.

djupa sig i patienters historier. Morrow pekar här på två vanligt förekommande åsikter: den första är att trauma måste behandlas separat från allvarliga psykiska sjukdomar, den andra är att utan speciella stödprogram finns det ingen möjlighet att börja ta tag i traumahistorier. Morrow påpekar också den bristande samverkan mellan olika stödinstanser som framkommit i undersökningen. Då det gäller akuta boenden (skyddsboenden), ligger fokus av naturliga skäl på kvinnans omedelbara situation, vilket oftast utesluter någon mer koncentrerad stödinsats för vålds- och traumaöverlevare (Morrow, 2002)

Bristfällig dokumentation inom den psykiatriska vården

Våldsupplevelser återfinns inte alltid i journaler

Ett flertal studier har undersökt i vilken omfattning psykiatripersonal dokumenterar patienters våldsupplevelser, hur dessa upplevelser benämns och vilka åtgärder som sätts in.

I Agar och Reads Nya Zeeländska studie (2002) framkom att 92 av 200 journaler inom den psykiatriska vården innehöll uppgifter om att patienten ifråga blivit utsatt för våld och/eller övergrepp av något slag. Beskrivningar av våldshändelsen/händelserna fanns återgivna i 16 sammanfattningar. Fyrtiosex av de 92 journalerna innehöll behandlingsplaner och i dessa omnämndes våld och övergrepp i 15 stycken.

Dokumentation av patienters tidigare berättelser om våldsupplevelser och av tidigare terapibehandling för våldsupplevelser omnämndes i 30 av de 92 journalerna. Sådan dokumentation var mer förekommande då det gällde sexuella övergrepp i barndomen jämfört med fysiskt våld under samma period.

Sammanlagt 20 klienter av totalt 92 med erfarenhet av våld och övergrepp erbjöds vid det aktuella vårdtillfället någon form av terapi relaterad till våldet för sina upplevelser, antingen på den egna vårdenheten eller utanför.

Det var mer signifikant förekommande att kvinnliga patienters berättelser om tidigare våldserfarenheter och tidigare erhållna behandlingar dokumenterats jämfört med manliga klienters berättelser. Det var också mer signifikant förekommande att kvinnlig personal gjorde sådana dokumentationer jämfört med manlig.

Personalens respons på patienternas berättelser om våldsutsatthet berodde också i viss utsträckning på vilken profession personalen hade. Jämfört med exempelvis psykologer och socialarbetare så erbjöd psykiatriker i lägre grad terapeutisk behandling för våldsupplevelser. Responsen på patienternas berättelser om våldsutsatthet varierade också beroende på vilken diagnos som ställts. Patienter med schizofreni tenderade att få mindre respons än patienter med andra diagnoser, det vill säga deras journalsammanfattningar eller behandlingsplaner innehöll ingen information om övergrepp.

Dessutom saknades journaluppgifter om våldshandlingarna polisanmälts liksom om möjligheten att anmäla diskuterats med patienten.

Agar & Read menar att det är anmärkningsvärt att patienters våldsutsatthet omnämns i så pass låg grad i journalsammanfattningarna (*summaries*)

och behandlingsplaner. Författarna pekar också på vikten av att i en pågående behandlingssituation ha kännedom om huruvida patienten tidigare har berättat om våldsutsatthet och om patienten tidigare har fått någon vård för dessa upplevelser och i så fall vilken effekt denna haft (Agar & Read, 2002).

Även Firsten (1991) har i sin studie granskat journalhandlingar inom den franska psykiatriska vården⁴³. Av de 69 kvinnor som rapporterade att de utsatts för våld och övergrepp hade knappt hälften (33) ingen dokumentation om detta i sina journaler. Övergreppen fanns dokumenterade i 36 fall, men i endast sex journaler gjordes en explicit koppling mellan våldet och patientens diagnos. I fyra fall erkändes problemet i behandlingsplanen, i tre fall omnämndes problemet i utskrivningsplanen och i två fall togs det upp i samband med olika former av rådgivning och stödsamtal (*family or marital interventions*) (Firsten, 1991).

Firsten anser att det är osannolikt att information om våld och övergrepp kommer fram så länge man inte direkt och öppet frågar om det. Hon menar vidare att så länge som patienters historier av våld och övergrepp förblir dolda kommer också behandlingen av patienterna att förbli ineffektiv och kan i vissa fall även bli skadlig (Firsten, 1991).

I Read & Frasers nya zeeländska studie (1998) undersöktes hur den psykiatriska vårdpersonalen agerade när det framkom uppgifter om att patienter tidigare utsatts för våld. De vanligast förekommande diagnoserna hos de patienter som deltog i studien var schizofreni, depression samt bipolära affektiva sjukdomar⁴⁴. Personalens responser skattades utifrån:

- i vilken utsträckning information gällande tidigare behandlingar för övergrepp efterfrågats
- i vilken mån information om tidigare avslöjanden kring övergrepp efterfrågats
- huruvida de våldsutsatta patienterna erhöll information, stöd eller rådgivning under den aktuella vårdtiden
- i vilken mån personalen rapporterat till myndigheter samt remitterat till andra instanser.

Totalt innehöll 32 journaler information om övergrepp, varav åtta avsåg sexuella övergrepp i vuxen ålder och 15 fysiska övergrepp i vuxen ålder (se tabell 7). Femtiosex procent (18) av de 32 journalerna som innehöll dokumentation om övergrepp tillhörde kvinnliga patienter. Den information om övergrepp som återfanns i kvinnornas journaler redovisas i tabell 8 (Read & Fraser, 1998).

⁴³ För metodbeskrivning, se sida 29.

⁴⁴ Till exempel manodepressivitet.

Tabell 8. Antal specifika uppgifter om övergrepp i journaler som tillhörde kvinnor som innehöll uppgifter om övergrepp.

Specifika journaluppgifter om övergrepp (av de totalt 18 journaler som tillhörde kvinnliga patienter)		
	Antal	Andel
Antal som innehöll dokumentation av avslöjande eller behandling	6	33 %
Antal som innehöll övervägande av stöd under vårdtiden	1	6 %
Antal som innehöll övervägande av remittering	1	6 %
Remittering gjord	3	17 %

Tänkbara orsaker till att dokumentationen är bristfällig

Read & Fraser (1998) menar att en faktor som kan inverka på hur uppgifter om övergrepp journalförs är hur pass mycket av vård och stödinsatserna som överhuvudtaget journalförs. I de fall personalen kände till att patienten utsatts för våld är det möjligt att mer stöd än det som dokumenterats erbjöds. Tänkbara anledningar till detta skulle kunna vara att personalen inte ansåg sådan information tillräckligt viktig eller att den å andra sidan ansågs för känslig för att dokumentera (Read & Fraser, 1998).

I tidigare nämnda studie av Agar och Read (2002) diskuteras också möjliga orsaker till den låga "responsgraden" hos personalen då det gällde att hörsamma och följa upp patienters berättelser om våldsutsatthet. En orsak menar författarna kan vara brist på resurser på vårdenheten och/eller underbemannad personal. Personal kan uppleva det som meningslöst att initiera stödinsatser om de redan från början vet att deras resurser inte kommer att räcka till eller att patienten ifråga inte har tillräckliga ekonomiska resurser.

Andra tillfällen då personal väljer att inte följa upp patienters berättelser om våldsutsatthet kan vara i de fall patienten är inne i en akut psykotisk fas. Författarna menar att det många gånger finns en felaktig föreställning inom psykiatrin att psykoser i mindre grad än andra psykiska sjukdomar kan relateras till våldsutsatthet. Undersökningar visar snarare att vuxna personer med psykossjukdomar (i synnerhet de med hallucinatoriska symtom) i hög grad har blivit utsatta för våld i barndomen (Agar & Read, 2002).

Bättre dokumentation kan bidra till bättre behandlingar

Även Gondolf (1998) framhåller vikten av att dokumentera kvinnors berättelser om våldsutsatthet. Tendensen inom vården tycks vara att förminska patienternas erfarenhet av våld och övergrepp i journaltexterna till mer neutrala begrepp, som t ex "äktenskapskonflikt", "familjebråk", eller att ge våldet en sekundär betydelse. Detaljerade beskrivningar kring våldet, såsom omfattningen, våldets mått av brutalitet (*severity*) och patientens copingstrategier⁴⁵ i förhållande till våldsutsattheten, kan bidra till att man på ett bättre sätt kommer fram till en lämplig behandling för patienten. En bättre doku-

⁴⁵ Strategier som används för att hantera problematiska situationer.

mentation av våldet i journalerna kan samtidigt komma till användning i andra instanser, exempelvis i rättegångssammanhang (Gondolf, 1998).

Summering

- Kvinnor med psykiska funktionshinder berättar sällan om sin våldsutsatthet. Men i de fall de gör det är det främst vårdpersonal, familj och vänner de anförtror sig åt.
- Screening är en metod som kan bidra till att identifiera kvinnor med psykiska funktionshinder som utsatts för våld och därmed också öka möjligheterna att kunna ge dem hjälp och stöd.
- Screening avseende dessa kvinnors våldsutsatthet kan dock innebära vissa risker och svårigheter. Det är därför viktigt att man använder sig av en genomarbetad metod och har tid och resurser att ge kvinnan det stöd som kan komma att behövas.
- Det är viktigt att särskilja metoder för screening inom psykiatri och inom andra verksamheter då både kvinnorna och personalen har olika förutsättningar inom de olika verksamhetsfälten.
- Vårdpersonal anser själva att de behöver mer utbildning inom området. Det gäller framförallt sambandet mellan våldsutsatthet och psykisk sjukdom.
- Dokumentation om våldserfarenheter återfinns sällan i journaler. Orsaker till detta kan vara att dessa uppgifter sällan framkommer eller att de inte dokumenteras på grund av att de anses för känsliga.

Vad händer när övergrepp upptäcks?

Att anmäla övergrepp

Enligt Bengtsson-Tops svenska omfångsundersökning (2004) var det relativt ovanligt att kvinnorna polisanmälde övergreppen de utsatts för⁴⁶. Av de 874 kvinnor som utsatts för övergrepp efter 16 års ålder uppgav drygt 74 procent (640) att de inte hade polisanmält. Motsvarande andel för de 423 kvinnor som utsatts senaste året var 63 procent (Bengtsson-Tops, 2004).

I studiens enkät ställdes en öppen fråga om anledningen till att övergreppen inte polisanmälades. De mest förekommande svaren var dels rädsla för följderna och oro för att övergreppet inte var tillräckligt allvarligt ur rätts-synpunkt. Andra svar som gavs var att bevisen var otillräckliga, att kvinnorna stod i beroendeförhållande till förövaren eller att de inte orkade eller ville polisanmäla. En del kvinnor ansåg att det var deras eget fel att de utsatts för övergrepp, andra ville inte anmäla då de såg övergreppen som en del av sina liv som inte gick att göra något åt. Några kvinnor uppgav att de inte visste hur de skulle gå tillväga för att göra en polisanmälan (Bengtsson-Tops, 2004).

Lewin (2004) menar att det finns en tendens inom svensk vård och omsorg att behandla brottsliga handlingar som vårdfrågor och inte som rättsli-ga. Ett funktionshinder kan därför påverka huruvida ett övergrepp anmäls eller inte. Lewin menar också att det även kan spela roll för vilket bemötan-de man får i rättsväsendet. I detta sammanhang påpekar Lewin även de brister i tillgängligheten som kan återfinnas hos exempelvis brottsofferjou-ner eller kvinnojourer.⁴⁷ Det tycks också finnas brister inom rättsväsendet när det gäller kunskap om olika funktionshinder och dess konsekvenser för exempelvis kommunikationsförmågan. En begränsad kommunikationsför-måga kan påverka trovärdigheten negativt, vilket kan innebära att polis och åklagare får svårt att använda brottsoffrets vittnesmål. Lewin menar vidare att det finns exempel på att personal från rättsväsendet agerar passivt då det gäller brott mot personer med funktionshinder och att de därmed bidrar till att både diskriminera brottsoffret och utsätta det för en så kallad sekundär viktimisering alternativt sekundär traumatisering (Lewin, 2004).

Den rättsliga processen

Som beskrivs ovan kan en kvinnas psykiska funktionshinder även påverka hennes situation i rättskedjan. Med sin svenska uppsats om bevisvärdering-en i sexualbrott under förundersökningsskedet har Swärd Lindblom (2003) försökt ta reda på varför så många anmälningar om våldtäkt sällas bort in-nan någon förundersökning har inletts. Ytterligare ett syfte var att undersöka vad som krävts för att det anmälda övergreppet ska leda fram till ett positivt

⁴⁶ För ytterligare metodbeskrivning, se sida 28.

⁴⁷ Se Handikappombudsmannen, 2003.

åtalsbeslut (det vill säga att åtal väcks). Tidigare forskning har, enligt Swärd Lindblom, visat att variabler hos kvinnan, som exempelvis hennes egenskaper och beteende, kan påverka den rättsliga hanteringen av sexuella övergrepp (Swärd Lindblom, 2003).

Swärd Lindblom har undersökt anmälningar om sexuella övergrepp hos citypolisen i Stockholm under 2001 och valde ut de fall där målsäganden var en kvinna som var 15 år eller äldre vid det aktuella brottstillfället. Ytterligare kriterier för de undersökta anmälningarna var att de enligt lagens definition kunde rubriceras som antingen våldtäkt eller sexuellt utnyttjande.

Undersökningen kom att omfatta 67 ärenden av anmälda sexuella övergrepp för år 2001, varav 58 fall där förundersökningen lades ner, 6 fall där förundersökning aldrig inleddes samt 3 fall som så småningom ledde fram till ett positivt åtalsbeslut. Därutöver undersöktes de anmälningar för år 2002 (sju av sammanlagt 70) som aldrig ledde till någon förundersökning.

Swärd Lindblom pekar på ett antal tendenser, som hon menar tycks styra hanteringen av sexuella övergrepp i initialskedet av utredningarna. Hon har formulerat några "arbetshypoteser" som "verkar påverka polis och åklagares beslutsfattande under anmälnings- och förundersökningsstadiet."

Kvinnan ljuger, fantiserar eller vill ha uppmärksamhet. Något sexuellt övergrepp har aldrig inträffat.

Egenskaper hos kvinnan som kan kopplas samman med ovanstående hypotes är att hon har ett psykiskt funktionshinder, alternativt att hon missbrukar alkohol eller narkotika.

Swärd Lindblom ger exempel på ett flertal fall där kvinnor med någon form av psykiskt funktionshinder varit målsägande, men där deras berättelser inte har ansetts vara tillförlitliga: 14 fall för år 2001 och tre fall för år 2002. I 13 fall år 2001 lades förundersökningen ned på ett tidigt stadium, det vill säga utan att kvinnans uppgifter hade kontrollerats ordentligt. I ett fall inleddes aldrig någon förundersökning. I de tre fallen för år 2002 inleddes heller aldrig någon förundersökning. Det innebär alltså att inget fall där en kvinna med psykiska funktionshinder stod som målsägande ledde fram till ett positivt åtalsbeslut. Swärd Lindblom medger att polisens förmodade hypoteser i vissa fall kan stämma. I ett psykotiskt tillstånd kan kvinnan ha inbillat sig våldtäkten. Men att inte inleda en förundersökning eller att lägga ned en förundersökning innan kvinnans uppgifter har kontrollerats är anmärkningsvärt, menar Swärd Lindblom. Kvinnan kan ju faktiskt ha blivit utsatt för ett övergrepp. Att hon har vanföreställningar måste nödvändigtvis inte betyda att ett övergrepp aldrig har inträffat.

Ett antal faktorer tycks, enligt Swärd Lindblom, öka chanserna att få en anmälan om övergrepp att leda till ett positivt åtalsbeslut:

- Kvinnan bedöms initialt som trovärdig och ses därigenom som ett skyddsvärt offer.
- Bevisningen som talar emot den misstänkte mannen är övertygande.
- Kvinnan kan prestera en detaljerad och konsekvent berättelse.

- Kvinnan uppvisar ett så kallad "offerbeteende", det vill säga är chockad, gråter etc. efter övergreppet.
- Kvinnan har dokumenterade fysiska skador.
- Mannens berättelse är orimlig eller inkonsekvent i vissa delar.

På motsvarande sätt kan följande faktorer öka risken för att förundersökning inte inleds eller för att förundersökningen läggs ned i ett för tidigt skede, det vill säga innan alla uppgifter har kontrollerats ordentligt:

- Kvinnan bedöms som icke trovärdig till följd av sitt beteende eller vissa egenskaper, det vill säga kvinnan är i prostitution, har en missbruksproblematik, är psykiskt sjuk eller har psykiska problem som hon medicinerar för. Hon kan vidare ha betett sig utmanande, varit flirtig, berusad eller bara godtrogen.
- Kvinnans berättelse bedöms som icke tillförlitlig. Någon självständig bedömning av uppgifterna verkar inte göras utan den initiala trovärdighetsbedömningen synes ligga till grund för tillförlitlighetsbedömningen.
- Kvinnan vill inte medverka till utredningen.
- Kvinnan uteblir från förhör eller hörsammar inte polisens uppmaningar att hon ska kontakta myndigheten.
- Kvinnan ändrar sig efter det inledande förhöret och menar att det inte rörde sig om något övergrepp eller att detta inte var så allvarligt.
- Kvinnan minns inte så mycket detaljer från övergreppstillfället.
- Kvinnan har inte gjort tillräckligt mycket motstånd eller sagt ifrån på ett tillräckligt tydligt sätt under övergreppet.

Swärd Lindblom drar slutsatsen att det svenska rättsväsendet på detta sätt sviker de mest marginaliserade och utsatta grupper av kvinnor i samhället (exempelvis kvinnor med psykiska funktionshinder) genom att avfärda dem som icke trovärdiga och deras berättelser som icke tillförlitliga. Därmed framstår dessa kvinnor som icke skyddsvärda offer (Swärd Lindblom, 2003).

I en granskning av brottsutredningar avseende våldtäkt som genomförts av Rikspolisstyrelsen och Åklagarmyndigheten (2005) redovisas visserligen inte hur många av målsägarna som bedöms ha ett psykiskt funktionshinder. Däremot konstateras att "om det framkommer att målsäganden kan ha en psykisk störning eller ett funktionshinder som skulle kunna påverka möjligheten att lämna uppgifter eller som skulle kunna ha betydelse för bedömningen av de uppgifter som lämnas bör det övervägas att anlita expertis inför eller vid förhöret.

Om målsäganden har vaga minnesbilder av händelsen kan användandet av en så kallad kognitiv förhörsmetod i vissa fall övervägas. Med kognitiv förhörsmetod avses en minnesunderlättande teknik⁴⁸ (Rikspolisstyrelsen och Åklagarmyndigheten, 2005)".

⁴⁸ Ibid, sida 55.

Summering

- Endast en liten andel av det våld som dessa kvinnor utsätts för kommer till polisens kännedom eftersom anmälningsbenägenheten är mycket låg.
- Kvinnor med psykiska funktionshinder blir många gånger inte trodda när de väl gör en polisanmälan. Orsaker till detta är att hon bedöms som icke trovärdig eller att hennes berättelse inte anses vara tillförlitlig.
- Trovärdighetsproblematiken kan även påverka utgången av en polisanmälan, dels genom att sällan leder till åtal och i förlängningen att det även kan bli svårare att få en fällande dom.

Vilket stöd har kvinnorna tillgång till?

Hur regleras stödet till dessa kvinnor i lagen?

Socialtjänstlagen

Socialtjänstens ansvar regleras genom socialtjänstlagen (2001:453), SoL. I synnerhet några av paragraferna är särskilt relevanta beträffande personer som utsätts för våld i nära relationer. Det gäller framförallt 5 kap 11 § SoL:

Socialnämnden bör verka för att den som utsatts för brott och att dennes anhöriga får stöd och hjälp. Socialnämnden bör härvid särskilt beakta att kvinnor som är eller har varit utsatta för våld eller andra övergrepp i hemmet kan vara i behov av stöd och hjälp för att förändra sin situation.

Det är inte bara denna paragraf som är relevant för att klargöra socialtjänstens ansvar. Kommunerna har också enligt 2 kap. 2 § SoL det yttersta ansvaret för att de människor som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Kommunens generella ansvar omfattar även människor som är eller har varit utsatta för våld eller andra brottsliga handlingar. Tredje kap. 1 § SoL klargör att det ankommer på socialnämnden att tillsammans med andra myndigheter och frivilligorganisationer söka samarbete i syfte att förebygga sociala problem. Vidare ska Socialtjänsten enligt 3 kap 1 § bland annat ge information och upplysningar samt råd och stöd till dem som behöver det.

Hälso- och Sjukvårdslagen

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, reglerar det ansvar hälso- och sjukvården har när det gäller våld mot kvinnor. I lagen (1998: 531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område finns bestämmelser om personalens skyldigheter. Ansvaret kan kortfattat sammanfattas att det åligger personal inom hälso- och sjukvården att upptäcka tidigare eller pågående utsatthet för våld och övergrepp, göra medicinska bedömningar och ge behandling samt följa upp givna insatser. Inom ansvaret ligger även att hänvisa våldsutsatta kvinnor till andra vårdgivare inom hälso- och sjukvården liksom till socialtjänst och andra som kan medverka till att kvinnan får de insatser hon behöver. I hälso- och sjukvårdens uppdrag ligger också att på begäran utfärda intyg över utförda undersökningar vid misstanke om utsatthet för våld, så kallade rättsintyg.

Sexualbrottslagstiftningen

Från och med den 1 april 2005 gäller en ny sexualbrottslagstiftning. Syftet med den är dels att ytterligare förstärka och tydliggöra varje människas absoluta rätt till personlig och sexuell integritet samt sexuellt självbestämmande. Vad som främst är betydelsefullt i den nya lagstiftningen för just kvinnor med psykiska funktionshinder är att våldtäktsbrottet utvidgas till att omfatta de så kallade utnyttjandefallen. Detta avser fall där någon med en person genomför ett samlag eller annan sexuell handling som är jämförlig med samlag genom att otillbörligt utnyttja att den andre på grund av medvetslöshet, sömn, berusning eller annan drogpåverkan, sjukdom, kroppsskada eller *psykisk störning* – eller annars med hänsyn till omständigheterna – befinner sig i ett hjälplöst tillstånd. Detta innebär att gärningar som tidigare bedömdes som sexuellt utnyttjande i stället kommer att kunna bedömas som våldtäkt.

Bestämmelsen om sexuellt utnyttjande behålls i den del som avser sexuellt utnyttjande av person som befinner sig i en beroendeställning till gärningsmannen. En beroendeställning kan exempelvis föreligga mellan en arbetstagare och en arbetsgivare (prop. 2004/05:45). Bestämmelsen om sexuellt utnyttjande kan innebära att exempelvis vårdare, assistenter och annan personal kan åtalas för utnyttjande.

Stöd i den akuta situationen

Behov av skyddat boende

Vid de intervjuer Finndahl (2001) genomfört med kvinnor med psykiska funktionshinder framkommer att de är i stort behov av att ha någonstans att ta vägen efter att de utsatts för övergrepp⁴⁹. Kvinnorna uppger att de inte blir väl mottagna på kvinnojourerna. De skulle vilja ha någonstans att vända sig för att få råd, stöd, hjälp och en social samvaro.

Finndahl uppger att 90 procent av de kvinno- och brottsofferjourer hon varit i kontakt har erfarenhet av att kvinnor med funktionshinder har sökt hjälp. Framför allt säger sig kvinnojourerna ha mött kvinnor med psykiska funktionshinder, utvecklingsstörning och rörelsehinder. Företrädare för dessa organisationer menar dock att dessa kvinnor är svåra att hjälpa, eftersom kvinnojourer bygger på att alla som bor där kan klara sig själva. En annat svårighet är också att personalen inte har tillräcklig kompetens för att hantera kvinnor med svår ångest och liknande (Finndahl, 2001).

Vilket stöd finns att tillgå?

Handikappombudsmannen (HO) undersökte 2003 vilken möjlighet kvinnor med funktionshinder har till skydd och stöd vid kvinnojourerna i Sverige (Handikappombudsmannen, 2003). En enkät skickades ut till landets samtliga brottsoffer- och kvinnojourer, kommunala kriscentra och till Rikskvinnocentrum i Uppsala. Det totala antalet enkäter som skickades ut var 263 och svarsfrekvensen var 65 procent.

⁴⁹ För metodbeskrivning, se sida 17.

De svarande verksamheterna uppgav tillsammans en besökssiffra på totalt 23 465 besökare varje år. Under 2002 uppgavs 160 kvinnor med funktionshinder ha vänt sig till verksamheterna.

En av frågorna i enkäten handlade om hur de svarande verksamheterna ställer sig till att ta emot kvinnor med psykiska funktionshinder. Av de 65 procent av verksamheterna som svarade uppgav 55 procent att de tar emot kvinnor med psykiska funktionshinder, 35 procent att de inte tar emot och 10 procent svarade "vet ej". Över hälften av de svarande verksamheterna tar alltså emot kvinnor med psykiska funktionshinder och över hälften av dessa uppger i sin tur att de har någon form av beredskap eller utbildning för att kunna bemöta kvinnorna. Omvänt så är det alltså mer än tre av tio svarande verksamheter som uppger att de inte tar emot kvinnor med psykiska funktionshinder.

En av slutsatserna HO drar är att tillgängligheten och beredskapen för att ta emot kvinnliga brottsoffer med funktionshinder är betydligt lägre än för andra kvinnor. HO är starkt kritisk till hur kommunerna brister i sitt ansvar gentemot dessa kvinnor och betonar att kommunerna enligt SoL har det yttersta ansvaret för att både ge stöd till våldsutsatta kvinnor och att planera insatser för människor med funktionshinder (Handikappombudsmannen, 2003).

Amnesty genomförde 2004 en undersökning avseende hur Sveriges kommuner arbetar med våldsutsatta kvinnor. Undersökningen genomfördes i huvudsak genom de lokala Amnestygruppernas försorg. En enkät skickades ut till landets 290 kommuner, vilken besvarades av 141 stycken. I undersökningen tillfrågades kommunerna bland annat om vilket stöd som finns i den egna kommunen för kvinnor med psykiska funktionshinder⁵⁰. De flesta kommuner besvarade frågan med att de kvinnor som kan ha särskilda behov får stöd inom socialtjänstens ordinarie verksamhet och att de har "rätt till samma stöd som alla andra". Socialtjänsten gör en individuell prövning och stödet anpassas utifrån kvinnans behov. En del kommuner tycks, enligt Amnesty, förlita sig på de ideella kvinnojourerna även när det gäller kvinnor med särskilda behov. Det framkommer dock att några kommuner har uppmärksammat att kvinnorna med psykiska funktionshinder sällan tas emot av varken ideella kvinnojourer eller kommunala kriscentra. En kommun uppger att man har utbildat personalen inom psykiatri "för att de bättre ska kunna identifiera och bemöta psykiskt sjuka kvinnor som utsätts för våld i nära relationer".

Amnesty rekommenderar att kommunerna måste ta ett särskilt ansvar för de grupper av våldsutsatta kvinnor som har särskilda behov, såsom kvinnor med psykiska funktionshinder. Dessa kvinnor måste ges tillgång till stöd, hjälp och akut skydd anpassat till deras egna behov. Den specialisering som finns kring funktionshinder och psykisk ohälsa måste utvidgas till att även omfatta de utsatta kvinnornas erfarenheter av våld (Amnesty, 2004).

Morrow (2002) har, som tidigare nämnts, genomfört en undersökning i USA med organisationer som arbetar med våldsutsatta kvinnor, övergångs-

⁵⁰ Övriga grupper som omfattades av frågan var funktionshinder, pågående missbruk, kvinnor med annan etnisk bakgrund samt andra utsatta grupper av kvinnor som utsatts för våld av närstående män.

boenden, kvinnocentra, kvinnojourer, brottsofferjourer och jourer för sexuellt utsatta. Syftet med undersökningen var att utröna ifall dessa organisationer hade någon stödverksamhet för kvinnor med psykiska sjukdomar samt vilket slags stöd de skulle behöva i sin verksamhet för att i sin tur kunna ge kvinnorna ett bättre stöd.

Undersökningen visade att organisationerna får många besök av kvinnor med psykiska sjukdomar, framför allt jourer för sexuellt utsatta kvinnor⁵¹. Alla organisationer som deltog i undersökningen svarade att de tog emot dessa kvinnor, men många svarade också att de bara kunde göra det på vissa villkor: att kvinnan ifråga var drogfri, att hon klarade av att bo på egen hand och att hon inte utgjorde något hot emot de andra som bodde där. Personal inom organisationerna påtalade behovet av utbildning och kunskap om denna grupp av kvinnor. Endast ett fåtal bland personalen hade fått någon form av utbildning rörande kvinnor med psykisk ohälsa.

Majoriteten av organisationerna svarade att de hade någon form av kontakt med instanser inom psykiatrin, men att ett djupare samarbete var ovanligt. Morrow menar att det kan bero på de skilda perspektiven hos aktörerna: vårdgivare inom den psykiatriska vården arbetar efter ett medicinskt tänkande och organisationerna efter ett ”empowerment”-perspektiv (Morrow, 2002).

Mer långsiktigt stöd behövs

I Bengtsson-Tops omfångsundersökning (2004) ansåg närmare hälften av de kvinnor som utsatts för övergrepp efter 16 års ålder att de behöver ytterligare stöd för bearbetning av våldsupplevelser och de psykiska problem som kan kopplas till dessa⁵². I enkäten ställdes en öppen fråga angående vilken typ av stöd kvinnorna tyckte att de var i behov av. Enligt Bengtsson-Tops var det vanligaste svaret ytterligare behov av professionella stödsamtal med experter på området. Fler önskvärda stödinsatser var: professionell stödkontakt att vända sig till vid behov, gruppterapi i form av självhjälpsgupper och stöd i det vardagliga livet, framförallt när det gällde kontakt med barnen. Dessutom önskade sig en del kvinnor ekonomisk och medicinsk hjälp, samt hjälp med ny bostad (Bengtsson-Tops 2004).

Svårigheter förenade med terapi

I en litteraturöversikt konstaterar Goodman, Rosenberg et al. (1997)⁵³ att möjligheterna till rätt behandling för de kvinnor med allvarliga psykiska sjukdomar (*severe mental illness*) som har upplevelser av trauma kan kompliceras av det faktum att många kvinnor med erfarenhet av fysiskt och sexuellt våld kan vara extremt misstänksamma mot vårdgivare. Potentiella hjälpare kan uppfattas som potentiella förövare. Att göra upp ett terapeutiskt avtal kan vara svårt för kvinnor med exempelvis diagnosen schizofreni, bland annat eftersom diagnosen ofta innebär problem i mellanmännsliga kontakter (Goodman et al, 1997).

⁵¹ För utförligare metodbeskrivning, se sida 39.

⁵² För beskrivning av studien, se sida 28.

⁵³ För beskrivning av studien, se sida 22.

Självhjälpsgrupper och gruppterapier

I dokumentationsboken "Medvind" (RSMH, 2003)⁵⁴ redovisas bland annat den utbildningsinsats som genomförts inom ramen för projektet samt ett flertal texter skrivna av kvinnor med erfarenhet av våld och övergrepp. Ett syfte med projektet var att utbilda kvinnor inom RSMH till stödare och "igångsättare" av grupper för kvinnor med psykiska funktionshinder som har erfarenhet av våld och övergrepp. Ett annat var att i grupperna skapa utrymme för att kunna tala om sådana övergrepp. Utbildningsinsatserna bestod bland annat av självhjälpsmetodik, kvinnohistoria, kroppskännedom, friskvård och olika slags skapande och konstnärlig verksamhet, som exempelvis skrivarkurser. Man ville även introducera ett feministiskt tänkande i grupperna.

Merparten av boken fokuserar kring självhjälpsarbete i gruppform, som inom ramen för RSMH har bedrivits utifrån begreppet medvetandehöjning (*consciousness raising*).

I boken ges förslag på samtalsämnen för dessa grupper:

- bilden av mig själv
- kropp, utseende och hälsa
- relationer och attityder
- levnadsformer och boende
- arbete och fritid
- moderskap
- barndom och uppfostran
- kvinnofrågor
- vändpunkter

Arbetet i självhjälpsgrupper kan, enligt författarna, leda till igenkänning hos deltagarna, en känsla av att inte vara ensam om sina upplevelser och man kan få tips och inspiration av varandra. Den viktigaste uppgiften med självhjälpsgruppen kan kanske vara att förmedla tillit och hopp, varifrån styrkan kan växa och "leda fram till det som kallas empowerment - att återta makten över sitt eget liv" (RSMH, 2003).

Som tidigare nämnts påpekar Wile (1997) i sin studie att vid användandet av olika former av traumabearbetning är det viktigt att patientens akuta symptom stabiliseras genom medicinering. Först efter detta kan traumabearbetningen påbörjas. Självhjälpsgrupper kan fungera mycket bra men Wile anser att det är viktigt för gruppledarna att komma ihåg vilken heterogen grupp dessa kvinnor är. Man måste gå försiktigt fram för att inte riskera att sätta igång alltför jobbiga inre processer hos kvinnorna. Wile påminner också om att det finns en risk för sekundär traumatisering⁵⁵. Wile menar att olika typer av gruppterapier kan fungera bra vid behandling av traumaupplevelser. På The Women's Issues Consultation Team har man till exempel utvecklat olika former av aktiviteter som skapar möjligheter för patienterna

⁵⁴Som tillkom inom RSMH-projektet "Utveckling av verksamhet för psykiskt funktionshindrade kvinnor med erfarenhet av våld och sexuella övergrepp".

⁵⁵ Se sida 38.

att utveckla sig själva och lära från andra. Bland annat finns det rörelseaktiviteter såsom dans, yoga och Tai Chi, som hjälper patienterna att återfå en kroppsmedvetenhet som de kan ha kontroll över. Andra aktiviteter är skapande verksamhet, till exempel poesiläsning, konst och drejning. Även områden som till exempel personlig hygien och omvårdnad berörs. Man bedriver också sexualupplysning på enheten, där både manliga och kvinnliga patienter får information om sexuellt överförbara sjukdomar, om preventivmedel, om intimitet och relationer. Möjlighet ges också till diskussioner kring sexuella myter (Wile, 1997).

Empowermentträning

I sin bok om att skatta kvinnors erfarenheter av misshandel inom den psykiatriska vården beskriver Gondolf (1998) hur man inom kan arbeta med vad som kan kallas för *strengths assessment*, en metod för bedömning av patientens inre styrka i motsats till hennes synbara svagheter. En sådan bedömning kan hjälpa till att identifiera individens egna förmågor och tjäna till att engagera, aktivera och stärka (*empower*) densamma (Gondolf, 1998).

Strengths assessment bygger bl. a på empowerment-metoder och fokuserar i hög grad på individens inre styrka snarare än på patologi och problem. Med utgångspunkt från detta närmar man sig sedan övergreppsproblematiken och dess traumatiska konsekvenser. Empowerment är en vanligt förekommande metod i arbetet med våldsutsatta kvinnor, oavsett om de har en psykisk sjukdom eller ej. Metoden utgår även den från att det finns en inneboende styrka hos alla våldsoffer. Ett våldsoffer är mer än konsekvenserna av de fysiska eller sexuella övergreppen, även om misshandeln eller övergreppen började redan i barndomen och fortsatte i vuxen ålder. Offret är alltså mer än summan av de händelser hon har varit med om, menar Gondolf.

Det kan dock vara svårt att identifiera en våldsutsatt kvinnas inre styrka på grund våldets många nedbrytande effekterna, som till exempel låg självkänsla, skuld, depression och extrem sårbarhet. Man har tidigare talat om att dessa kvinnor lider av en inlärd hjälplöshet, där de är psykologiskt förslammande. Men reaktionerna kan också ses som delar av den våldsutsatta kvinnans läkningsprocess, som en slags överlevnadsstrategi.

Vad som ofta kan tolkas som symptom på psykiska problem och psykiatriska sjukdomar kan lika gärna vara överlevnadsstrategier hos kvinnan menar författaren. Vissa beteenden och reaktioner kan vara sätt för kvinnan att uthärda ofrånkomligt våld, att reducera våldsnivån eller att skydda barnen från förövarens våld (Gondolf, 1998).

The Social Skills Model

Ett annat exempel på traumafokuserad behandling av kvinnor som utsatts för olika typer av övergrepp ges i Maxine Harris handbok (Harris, 1998). I ett kapitel har Hobbs och Wolfson fokuserat särskilt på kvinnor med allvarliga psykiska sjukdomar (Hobbs & Wolfson, 1998). I kapitlet ges råd om hur kvinnor med psykiska sjukdomar kan motiveras till att delta i samtalsgrupper som ett led i tillfrisknande från traumatiska upplevelser.

Författarna menar att kvinnor med psykiska sjukdomar för det mesta kan delta i samtalsgrupper på ett effektivt sätt. Dock inte alla. För kvinnor som exempelvis agerar till synes inkonsekvent eller har ett osammanhängande tal är inte samtalsgrupp någon bra lösning, inte heller för kvinnor som lider av svår förföljelsemani. Författarna menar ändå att den ”sociala färdighetsmodell” för tillfrisknande som genomgående i boken förespråkas för gruppövningar och gruppsamtal (*the Social Skills Model*) i allmänhet fungerar bra även för kvinnor med psykiska sjukdomar. Detta eftersom den skapar förutsättningar för struktur, trygghet och fokusering.

Den sociala färdighetsmodellen består bland annat av förklaringar av hur och varför övergrepp kan påverka en människas beteende, handledning i gränssättning och kommunikation samt grundläggande information om den kvinnliga sexualiteten.⁵⁶

Hobbs och Wolfson poängterar också att för att engagera kvinnor med psykiska sjukdomar i gruppsamtal och gruppövningar krävs oftast att grupplederen personligen bjuder in kvinnan att delta. Ledaren bör även visa ett uttryckligt intresse för kvinnans historia och problem och vid upprepade tillfällen uppmuntrar henne till att fortsätta. Kvinnorna behöver känna att de är välkomna och att deras deltagande i gruppen är värdefullt. Det kan också behövas en del praktisk hjälp från gruppledarens sida, som exempelvis att påminna om nästa möte och bistå med tidsplanering. Hobbs och Wolfson menar vidare att det behövs två eller flera personer för att leda grupper med kvinnor med psykiska sjukdomar på bästa sätt. Ledarna måste också vara mycket lyhörda för gruppdeltagarnas stresskänslighet. Att gruppen har en kontinuitet vad gäller ledare, tidpunkt och plats och att gruppen följer manualen (*the Social Skills Format*) är olika sätt att stabilisera konstellationen och få medlemmarna fokuserade. Samtidigt som vikten av en mötesstruktur betonas, krävs även en flexibilitet med reglerna, exempelvis om en kvinna inte är redo att tala om vissa svåra ämnen (Hobbs och Wolfson, 1998).

Vissa psykotiska tillstånd kan uppstå som ett sätt att uthärda extrem ångest och smärta, som i sin tur kan härledas från allvarliga övergrepp, djup depression eller enstaka traumatiska upplevelser, menar författarna. Det kan vara svårt att skilja dessa typer av psykoser från sådana som är av mer biologisk karaktär, men enligt Hobbs och Wolfson kommer skillnaden att märkas vartefter gruppsamtalen fortgår. Kvinnor vars symtom kan härledas till våldserfarenheter kommer att uppvisa en mycket större förändring i beteende och symptom än de övriga kvinnorna. Även kvinnor vars psykiska sjukdomar har en biologisk orsaksgrund kan gagnas av gruppövningar och gruppsamtal såtillvida att både självförtroende, möjligheter till självvård och tryggheten i relationer med andra människor ökar. Det är dock inte troligt att de positiva förändringarna vad gäller psykotiska symptom eller funktionsförmåga i allmänhet blir så dramatiska för den senare gruppen som för den förra (Hobbs och Wolfson, 1998).

⁵⁶ Harris & the Community Connections Trauma Work Group 1998. Inledning skriven av Maxine Harris.

Kognitiv beteendeterapi

Inom kognitiv beteendeterapi finns ett flertal behandlingsformer som tillämpas vid traumaupplevelser. Att kvinnor med svåra psykiska sjukdomar många gånger kan ha svårt att tillgodogöra sig olika former av terapi har beskrivits på flera ställen i kapitlet. Till exempel konstaterar Goodman et al (1997) att kravet på mellanmännsliga kontakter i den terapeutiska relationen kan innebära problem för dessa kvinnor. Traumabehandling enligt kognitiv beteendeterapi handlar ofta om att minska ångestnivån genom exponering för minnen och utlösande stimuli. Detta kan dock innebära ytterligare stresspåslagringar för just dessa kvinnor vilket riskerar att försämra kognitiva funktioner samt påskynda återfall. Även andra inslag som t. ex problemfokusering, att tillsammans arbeta fram empiri (*collaborative empiricism*) och väglett upptäckande (*guided discovery*) kan ytterligare komplicera den terapeutiska situationen. För behandling av schizofreni finns särskilda manualer och det är osäkert om traumafokuserad terapi är tillämpligt för alla kvinnor med psykiska funktionshinder. Samtidigt så utgår traumafokuserad terapi från att klienterna har ett flertal samexisterande psykiska sjukdomar som till exempel posttraumatiskt stressyndrom, panikångest och depression. Därför ges ändå några korta exempel på några standardiserade behandlingsmetoder enligt kognitiv beteendeterapi⁵⁷:

- Stress Inoculation Training. Syftet med denna behandlingsform är att hjälpa klienten att hantera rädslan och ångesten istället för att undvika den. Metoden inkluderar bland annat djup muskelavslappning, kontrollerad andning, tankestopp, kognitiv återkonstruktion och vägleda självdialoger.
- Cognitive Processing Therapy. Den här behandlingsformen utgår från att klienten, förutom rädsla, lider av en mängd negativa känslor. Dessa känslor och reaktioner hindrar ofta kvinnan från att bearbeta händelsen eftersom hon bland annat tenderar att fokusera uteslutande på de negativa tolkningarna. Händelsen och omständigheterna blir i efterhand ofta förvrängda och införlivas hos kvinnan med följden att ett undvikande beteende skapas. CPT är specifikt utvecklad för att arbeta med dessa kognitiva förvrängningar och istället möjliggöra för kvinnan att bearbeta händelsen.
- Prolonged Exposure Therapy. Genom att använda imaginära och in-vivo metoder är målet exponering för rädslan och därigenom bland annat minska undvikandebeteende. En grundtanke bakom denna terapi är att med tiden så associeras alltfler situationer med övergreppet vilket medför att undvikande beteende ökar. Genom behandling arbetar därför klient och terapeut mot att begränsa dessa associationer. Behandlingsmetoden har stora likheter med traditionell fobibehandling, men en av de stora skillnaderna är att här närmar sig av naturliga skäl inte klienten det som orsakar rädslan (det vill säga förövaren).

⁵⁷ Terrier, N., Wells, A. & Haddock, G. Treating complex cases. The cognitive behavioural therapy approach. Wiley series in clinical psychology, Chichester, 2000.

Huruvida dessa exempel är tillämpbara för kvinnor med psykiska funktionshinder är som sagt mycket osäkert, men de ger ändå en bild av vad traumafokuserad kognitiv beteendeterapi kan innehålla.

Summering

- Stödet till dessa kvinnor regleras bland annat i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen
- Den nya sexualbrottslagstiftning (som gäller från 1 april 2005) innebär bland annat att våldtäktsbrottet utvidgas till att omfatta de så kallade utnyttjandefallen. Detta innebär att någon som sexuellt utnyttjar en person med psykiska funktionshinder lättare ska kunna dömas till våldtäkt. Vårdare, assistenter, stödpersoner och annan personal kan däremot åtalas för utnyttjande.
- Kvinnor med psykiska funktionshinder som utsatts för våld har ett stort behov av stöd och hjälp, framförallt tillgång till ett skyddat boende. Undersökningar visar att det akuta stödet till dessa kvinnor är bristfälliga, de ideella kvinnojourerna eller kommunala kriscentra tar sällan emot dem. Att hitta vägar att ge dessa kvinnor akut stöd och hjälp är därför av stor vikt.
- Dessa kvinnor utgör en heterogen grupp, varför det är viktigt att stöd- och hjälpinsatser formas utifrån den enskildes behov. Det är av stor vikt att adekvat medicinering föregår eventuell traumabehandling samt att personalen är medveten om vilka inre processer en traumabehandling kan starta hos kvinnorna och att personalen har tillräckliga resurser och kompetens för att kunna hantera det.
- Självhjälpsgrupper, gruppterapier, samtalsgrupper, empowermentträning och The Social Skills model är samtliga exempel på behandlingsformer som lyfts fram som effektiva för våldsutsatta kvinnor med psykiska funktionshinder eller psykiska sjukdomar.

Ytterligare vägar framåt

I de forskningsartiklar som redovisats i denna rapport lyfts inte bara olika behov fram, även vissa förslag på hur situationen för dessa kvinnor kan förbättras presenteras. Förslagen kan röra allt från utvecklandet av akuta boenden för kvinnor med psykiska funktionshinder till förbättring av olika behandlingsformer.

Ökad kunskap om våld möjliggör verksamhetsutveckling

I sin rapport ger Finndahl (2001) förslag på åtgärder för att förbättra situationen för kvinnor med funktionshinder som utsätts för våld⁵⁸. Dels behövs det mer information för att öka medvetenheten om problemet. Ett förslag är att införa statistik som kan visa på omfattningen av våldet. Det behövs också utbildningsinsatser riktade till sjukvård, polis och rättsväsende, kommuner, kvinnojourer och andra berörda.

Ett gemensamt arbete måste till för att bättre bemöta dessa kvinnor. Nätverk och stödverksamheter måste skapas, där kvinnor får hjälp via exempelvis ”empowerment”-träning och ”coping”-strategier, men också genom samvaro med andra som har liknande erfarenheter. Egna kvinnocentra behövs för kvinnor med funktionshinder, dit dessa kvinnor kan ringa och få råd och stöd (Finndahl, 2001).

I den verksamhetsöversikt⁵⁹ som gjordes av Morrow (2002) ansåg de tillfrågade vårdgivarna överlag att de fått för lite utbildning i ämnet våld mot kvinnor, både i själva yrkesutbildningen men även under praktikperioder. Särskilt efterfrågades utbildning inriktad på samband mellan våld, trauma, psykisk ohälsa och missbruk.

Vårdgivarna inom den psykiatriska akutvården ansåg även att det vore värdefullt att få ytterligare kunskap om sambandet mellan psykiatrisk behandling och reviktisering hos våldsutsatta kvinnor. Ett förslag var att låta organisationer som arbetar mot kvinnomisshandel komma och berätta om vilka resurser som finns tillgängliga hos dem, i syfte att öka kunskapen hos sjukhuspersonalen och därigenom även minska klyftan mellan olika typer av stödverksamheter. (Morrow, 2002).

”Vad vet de om Kvinnofrid?” är ett exempel på projekt som riktat sig till personal inom hemtjänst och hemsjukvård (Kristensen & Risbeck, 2004). Syftet med projektet var:

- medvetandegöra att grupperna kvinnor med funktionshinder och äldre kvinnor (två grupper som ofta är vårdtagare hos hemtjänsten) inte står fria från mäns våld i samhället

⁵⁸ För metodbeskrivning, se sida 17.

⁵⁹ För metodbeskrivning, se sida 39.

- att ta fram en modell för hur personal inom hemtjänst och hemsjukvård kan arbeta med Kvinnofrid i sin yrkesutövning

Projektet har initierats och förts fram av Kvinnojouren ADA i Göteborg och finansierats av Socialstyrelsen och Göteborgs stad. I projektet har flera aktiviteter genomförts: utbildningar för personal, omfångsundersökning av vårdtagares erfarenhet av våld samt intervjuer med personal om utsatthet för våld i arbetet.

Såväl enkätundersökningen som intervjuundersökningen visar att Kvinnofridskunskap är av relevans i hemtjänstens arbete. Personalen upplever ofta att de står handfallna vid misstanke om våld och vill veta vem man kan vända sig till, om man ska ta upp det med vårdtagaren, hur man ska gå vidare med mera. Mer konkret efterfrågades handlingsplaner, samverkanspartner, kunskap och utbildning (Kristensen & Risbeck, 2004).

Inom ramen för projektet Vågskålen fortsätter RSMH arbetet med att utveckla stödet till kvinnor med psykiska funktionshinder som utsätts för våld. I RSMH Skåne har en försöksverksamhet startat upp för dessa kvinnor. Verksamheten omfattar både samtal och boende. Därutöver planeras ett arbete med att ta fram kommunala handlingsplaner samt studiematerial för berörda yrkesgrupper i kommunerna.

Förändringar i synsätt

Gondolf (1998) påpekar i sin studie att personal inom den psykiatriska vården tenderar att inrikta sina patientbedömningar och -utvärderingar på problem och patologi. Ofta förbises individens inre styrka och inneboende krafter. Gondolf menar att för att kunna identifiera och accentuera inneboende styrkor även hos den mest allvarligt utsatta och traumatiserade människan, behöver psykiatripersonal göra följande:

- *Identifiera inneboende styrkor vid bedömningar och planering av åtgärder för våldsoffer.*
- *Utveckla instrument för att kunna göra bedömningar som kan identifiera styrkor, med samma sofistikerade förfining som man nu använder för att göra bedömningar av psykiska sjukdomstillstånd. Instrumenten måste vara applicerbara på olika kategorier av människor, erfarenheter och omständigheter.*
- *Använda de identifierade inneboende krafterna och styrkorna i ett medvetet samarbete med våldutsatta och överlevare för att på så vis minska de posttraumatiska effekterna och istället lyfta fram positiva reaktioner.*
- *Kommunicera information om våldutsattas inre styrkor till andra vårdgivare/hjälpare lika aktivt som psykiatripersonal idag kommunicerar information om de negativa effekterna av våld och trauman.*

Att som en utgångspunkt återvända till de inneboende styrkorna har i sig ett terapeutiskt värde menar Gondolf. På detta sätt kan man även undvika att

fördjupa traumat, vilket ofta annars riskerar att bli resultatet av fokusering på enbart de negativa konsekvenser (Gondolf, 1998)⁶⁰.

Morrow (2002) förespråkar i sin tur att vårdplanering och behandling inom den psykiatriska vården i högre utsträckning bör vägledas av ett biopsykosocialt synsätt, som lyfter fram de sociala faktorernas inverkan på människors upplevelser av både psykisk ohälsa och psykiskt välbefinnande⁶¹. Dessutom bör ett genderperspektiv införas parallellt som man erkänner att män och kvinnor ibland har olika erfarenheter. En genderanalys av våld visar exempelvis att kvinnor oftare än män utsätts för partnerrelaterat våld. Morrow pekar på ett par punkter som är nödvändiga för att kunna ge ett bättre och mer effektivt stöd till våldsutsatta kvinnor med psykiska sjukdomar. Först, tillämpa den biopsykosociala modellen inom den psykiatriska praktiken. Därefter, utveckla kvinnoinriktade program och stödsatser direkt adresserade till kvinnor med psykiskt funktionshinder. Slutligen efterfrågar Morrow ett mycket närmare samarbete mellan den psykiatriska vårdsektorn och samhällseliga organisationer som arbetar mot våld mot kvinnor (Morrow, 2002).

Att ställa frågor om våldsutsatthet

Jacobson & Richardson (1987) förespråkar rutinmässiga frågor med fokus på vålds- och övergreppserfarenheter hos patienter inom psykiatri (så kallad screening). Genom att fråga om detta visar personalen patienten att man anser att dennes historia om våld och övergrepp är viktig. Genom att lyssna visar personalen också sin förmåga att förstå och klara av smärtsamma delar av patientens historia, något som är viktigt för patientens förtroende i den fortsatta terapeutiska behandlingen (Jacobson & Richardson, 1987).

Även Lipschitz et al (1996) förespråkar att kliniker ges utbildning i att ställa frågor om våld och vill även framhålla användandet av frågeformulär för självrapportering liknade deras egen som ett sätt att bryta tystnaden kring ämnet (Lipschitz et al, 1996).

Post et al (1980) har genom patientintervjuer undersökt hur förekommande fysiskt våld är i patienternas hemmiljö. Utifrån de höga prevalenstalen som framkommit i undersökningen⁶² rekommenderar författarna att terapeuter ska ges utbildning i att samtala om traumatiska händelser samt att frågor om våld i hemmiljö bör inkluderas i psykiatriska screeningintervjuer (Post et al., 1980).

Förbättrad dokumentation

Agar & Read (2002) föreslår att man inom den psykiatriska vården utvecklar policydokument kring när och hur patienter bör tillfrågas om erfarenheter av våld och övergrepp, om hur sådana berättelser ska bemötas, vilket stöd som bör erbjudas samt hur personalen bör agera vid anmälan till polisiära myndigheter. All personal vid psykiatriska vårdenheter bör genomgå en

⁶⁰ För ytterligare resonemang, se sida 53.

⁶¹ För utförligare resonemang, se sida 39.

⁶² För metodbeskrivning, se sida 35.

endagsutbildning kring hur man frågar om och bemöter våldshistorier. De centrala punkterna i programmet kan sammanfattas som att det inte är nödvändigt för vårdpersonalen att omedelbart samla in alla detaljer om våldet patienten har blivit utsatt för, men att det däremot är nödvändigt att förmedla att man förstår vikten för patienten att berätta om våldet och att man kan återkomma till det vartefter. Det är också viktigt att fråga om patienten tidigare har berättat om våldet, om han eller hon har fått någon behandling för tidigare våldsupplevelser samt erbjuda information, stöd och terapi.

"Given the high prevalence of abuse among users of mental health services, and the low rates of inquiry and response among many mental health professionals, particularly psychiatrists, it is recommended that all units develop policies and training programmes designed to enhance clinical practice in this area. To be effective the training programmes will need to focus not only on developing skills but also on building a sound knowledge base about the effects of abuse /.../. Particular attention will need to be paid to challenging assumptions that abuse is less relevant to male clients and to those with diagnoses indicative of psychosis."

(Agar & Read, 2002)

Ytterligare forskning på behandlingseffekter behövs

Behovet av att utveckla behandlingsformer för personer diagnosticerade både med psykisk sjukdom och posttraumatiskt stressyndrom/erfarenhet av trauma är stort menar Rosenberg et al (2001). Det finns visserligen behandlingar att tillgå, men de är få till antalet och utvärderingar och empiriska data saknas. Det behövs därför mer forskning inom området, något som kräver att olika samhällsaktörer, såsom politiker, forskare, samhällsarbetare med flera, inser hur stor denna behandlingsgrupp faktiskt är. Att utveckla effektiva behandlingar för personer med psykiska sjukdomar som utsatts för våld kräver i detta fall rationella processer som utgår från teoretiskt förankrade interventioner i kliniska studier (Rosenberg et al, 2001).

Referenser

Agar, K. & J. Read. What happens when people disclose sexual or physical abuse to staff at a community mental health centre? *International Journal of Mental Health Nursing* 2002; 11:70–79.

Amnesty. Har ej prioriterat frågan. En undersökning om svenska kommuners arbete för att bekämpa mäns våld mot kvinnor. Stockholm, Amnesty, 2004.

Anderson C., M. & Chiochio K., B. Homeless, Addictions and Mental Illness. Ed. Maxine Harris & Christine Landis: *Sexual Abuse in the Lives of Women Diagnosed with Serious Mental Illness*. Amsterdam, Overseas Publishers Association, 1997.

Bengtsson-Tops, A. Vi är många. Övergrepp mot kvinnor som använder psykiatrin. En omfångsstudie. Hägersten, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, 2004.

Coverdale J. H., Franzcp & Turbott, S. H. Sexual and physical abuse of chronically ill psychiatric outpatients compared with a matched sample of medical outpatients. *Journal of nervous and mental disease* 2000; 188(7):440-445.

Darves-Bornoz, J. M., Lempérière, T., Degiovanni, A. & P. Gaillard (1995). Sexual victimization in women with schizophrenia and bipolar disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1995; 30:78-84.

Finndahl, K. Våga se. En studie om förekomsten av våld mot kvinnor med funktionshinder. Stockholm, Forum – kvinnor och handikapp, 2001.

Firsten, T. Violence in the lives of women on psychiatric wards. *Canadian Woman Studies* 1991; 11(4):45–48.

Gerge, A. & A. Malmqvist. Medvind. Metoder för kvinnors upprättelse. Hägersten, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, 2003.

Gondolf, E. W. *Assessing Woman Battering in Mental Health Services*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc 1998.

Goodman, L., Dutton, M.A. The relationship between victimization and cognitive schemata among episodically homeless and seriously mentally ill women. *Violence and victims* 1996;11(2):159-174.

Goodman, L. A., Rosenberg, S. D., Mueser, K. T., Drake, R. E. Physical and Sexual Assault History in Women With Serious Mental Illness: Prevalence, Correlates, Treatment, and Future Research Directions. *Schizophrenia Bulletin* 1997; 23(4):685–696.

Goodman, L. A., Salyers, M. P., Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Swartz, M., Essock, S. M., Osher, F. C., Butterfield, M. I, Swanson, J. Recent Victimization in Women and Men With Severe Mental Illness: Prevalence and Correlates. *Journal of Traumatic Stress* 2001; 14(4):615–632.

Handikappsombudsmannen. Skydda mot diskriminering. Stärk den enskilda människans rätt. Handikappombudsmannens 9: e rapport till regeringen. Stockholm, Handikappombudsmannen, 2003.

Harris, M. & the Community Connections Trauma Work Group: Trauma Recovery and Empowerment: a clinician's guide for working with women in groups. New York: The Free Press 1998.

Harris, M. Treating Sexual Abuse Trauma with Dually Diagnosed Women. *Community Mental Health Journal* 1996; 32(4):371–385.

Heimer, G. & B. Posse (red.). Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar. Lund: Studentlitteratur, 2003.

Hobbs, M. D. & R. M. Wolfson. Women diagnosed with serious mental illness. I: Harris, M. & the Community Connections Trauma Work Group: Trauma Recovery and Empowerment: a clinician's guide for working with women in groups. New York: The Free Press, 1998.

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).

Jacobson, A. & B. Richardson. Assault Experiences of 100 Psychiatric Inpatients: Evidence of the Need for Routine Inquiry. *American Journal of Psychiatry* 1987; 144(7):908–913.

Jacobson, A. Physical and Sexual Assault Histories among Psychiatric Outpatients. *American Journal of Psychiatry* 1989; 146(6):755–758.

Kristensen, K & Risbeck, M. De sista ljuva åren – om utsatthet och erfarenheter av våld hos personal och vårdtagare inom hemtjänsten. Göteborg, 2004.

Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Lewin, B. Brottsoffer med funktionshinder. I: Lindgren, M., Pettersson, K-Å., Hägglund, B. Utsatta och sårbara brottsoffer. Stockholm: Jure Förlag AB, 2004.

Lewin, B. Vem bryr sig? Om osynlighet och rättssäkerhet för brottsoffer med funktionshinder. Umeå: Brottsoffermyndigheten, 2002.

Lipschitz, D. S., Kaplan, M. L., Sorkenn, J. B., Faedda, G. L., Chorney, P., Asnis, G. M. Prevalence and Characteristics of Physical and Sexual Abuse Among Psychiatric Outpatients. *Psychiatric Services* 1996; 47(2):189–191.

Litzén, S. De glömda brottsoffren – utsatthet för brott bland marginaliserade grupper. I: Lindgren, M., Pettersson, K-Å., Hägglund, B. Utsatta och sårbara brottsoffer. Stockholm: Jure Förlag AB, 2004.

Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand, J., Kalliokoski, A-M. Slagen dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfångsundersökning. Umeå och Uppsala, Brottsoffermyndigheten och Uppsala universitet, 2001.

Morrow, M. Violence and Trauma in the Lives of Women with Serious Mental Illness. Current Practices in Service Provision in British Columbia. Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 2002. Hemsida: www.bccewh.bc.ca

Mueser K. T., Salyers M. P., Rosenberg S. D., Goodman L. A., Essock S. M., Osher F. D., Swartz M. S., Butterfield M. I. & the 5 site health and risk study research committee. Interpersonal trauma and posttraumatic stress disorder in patients with severe mental illness: Demographic, clinical and health correlates. *Schizophrenia Bulletin* 2004; 30(1):45-47.

Nationellt Råd för Kvinnofrid. När man slår mot det som gör ont. Våld mot kvinnor med funktionshinder. Stockholm, Nationellt Råd för Kvinnofrid, 2001.

Nationellt råd för kvinnofrid. Världens sämsta brottsoffer. Om mäns våld mot missbrukande kvinnor och psykiskt funktionshindrade kvinnor. Stockholm, Nationellt råd för kvinnofrid, 2003.

Post R. D., Willett A. B., Franks R. D., House R. M., Back S. M. & Weissberg M. P. A preliminary report of domestic violence among psychiatric inpatients. *American journal of psychiatry* 1980;137(8):974-975.

Read J. & Fraser A. Staff response to abuse histories of psychiatric inpatients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1998;32:206–213.

Regeringens proposition. En ny sexualbrottslagstiftning. Stockholm, Fritzes, 2005 (prop. 2004/05:45).

Rikspolisstyrelsen och Åklagarmyndigheten. Gemensam inspektion. Granskning av brottsutredningar avseende våldtäkt. Stockholm, Rikspolisstyrelsen och Åklagarmyndigheten, 2005.

Rosenberg S. D., Mueser K. T., Friedman M. J., Gorman P. G., Drake R. E., Vidaver R. M., Torrey W. C. & Jankowski M. K. Developing effective treatments for posttraumatic disorder among people with severe mental illness. *Psychiatric Services* 2001, 52(11):1453-61.

Sobsey, D. *Violence in the Lives of People with Disabilities. The End of Silent Acceptance?* Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co, 1994.

Socialstyrelsen. Tack för att ni frågar – screening om våld mot kvinnor. Stockholm, Socialstyrelsen, 2002.

Socialtjänstlag (2001:453).

Swärd Lindblom, Anastasia. Att få tillbaka sin heder. En empirisk undersökning av bevisvärderingen i sexualbrott under förundersökningsstadiet. Examensarbete i processrätt, Stockholms universitet, 2003.

Widding-Hedin, L. Kvinnomisshandel är ett folkhälsoproblem: Alla kvinnor över 14 år som söker vård borde genomgå screening. *Läkartidningen* 2002; 99(20):2268–2274.

Wijma, B., Heimer, G., Wijma, K. Kan patienten ha utsatts för våld? Skall man ställa frågan – och i så fall hur? *Läkartidningen* 2002; 99(20):2260–2264.

Wile, J. *Inpatient Treatment of Psychiatric Women Patients with Trauma.* Harris, M. & C. Landis (Ed.). *Sexual Abuse in the Lives of Women Diagnosed with Serious Mental Illness.* Amsterdam: Overseas Publishers Association, 1997.

Sammanställning av artiklar

Författare	Syfte	Metod	Målgrupp
Agar & Read, 2002	Undersöka vårdpersonals bemötande när patienter berättar att de utsatts för övergrepp.	Journalgranskning	200 patienter, varav 114 kvinnor.
Bengtsson-Tops, 2004	Kartlägga förekomsten av olika övergrepp under barndom, vuxenliv och senaste året mot kvinnor med psykisk ohälsa. Undersöka relationen till förövaren samt de psykologiska konsekvenserna av övergreppen.	Enkät	1 382 kvinnor med psykiska funktionshinder.
Coverdale & Turbott, 2000	Undersöka prevalensen för övergrepp under barndom och vuxenliv mot kontrollgrupp samt undersöka riskfaktorer.	Strukturerade intervjuer	244 patienter, varav 105 kvinnor.
Darvez-Bornoz et al, 1995	Studera kvinnor med psykisk sjukdom i förhållande till sexuell viktisering.	Semistrukturerade intervjuer	90 kvinnor med psykiatriska diagnoser.
Firsten, 1991	Undersöka prevalens för övergrepp under barndom och i vuxenliv, relationen mellan våldsupplevelse och symtomyttringar. Undersöka personals bemötande.	Intervju	85 kvinnliga patienter inom psykiatri.
Goodman & Dutton, 1996	Undersöka associationer mellan viktisering och kognitiva scheman.	Intervju	91 episodiskt hemlösa kvinnor med psykiska sjukdomar.
Goodman et al, 1997	Prevalens, korrelationer, behandling och framtida forskning när det gäller övergrepp mot kvinnor med psykisk sjukdom.	Litteraturoversikt	13 studier inom det aktuella området.
Goodman et al, 2001	Undersöka prevalens och korrelater för övergrepp under senaste året bland personer med psykisk sjukdom.	Semistrukturerade intervjuer	782 patienter inom psykiatrisk slut- och öppenvård, varav 321 kvinnor.

Jacobson & Richardson, 1987	Undersöka förekomsten av våld mot patienter inom den psykiatriska vården.	Strukturerade intervjuer	100 patienter inom psykiatrisk slutenvård.
Lipschitz et al, 1996	Undersöka förekomsten av våldsatthet under barndom och i vuxenliv hos patienter i den psykiatriska vården.	Enkät	120 patienter inom psykiatrisk vård, varav 86 kvinnor.
Mueser et al, 2004	Utvärdera prevalens och korrelater för PTSD hos personer med psykisk sjukdom	Standardiserade skattningsinstrument	782 personer, varav 321 kvinnor.
Post et al, 1980	Undersöka förekomsten av våld i hemmiljö bland patienter inom den psykiatriska vården.	Strukturerade intervjuer	60 patienter inom psykiatrisk vård, varav 38 kvinnor.
Read & Fraser, 1998	Studera reaktionen hos personal inom den psykiatriska vården på att patienter utsatts för övergrepp under barndom och i vuxenliv.	Journalgranskning	Totalt 100 patienter inom psykiatrisk vård, varav 43 kvinnor.
Resnick et al, 2003	Pröva hypotesen att trauma och PTSD associerar positivt med schizofreni-symtom.	Intervju	47 patienter inom psykiatrisk öppenvård, varav 30 kvinnor.
Rosenberg et al, 2001	Utvärdera och utveckla effektiva interventioner för patienter med både psykisk sjukdom och PTSD.	Litteraturöversikt	Artiklar publicerade 1970-2000.
Swärd-Lindblom, 2003.	Undersöka bevisvärdering under förundersökningsstadiet.	Genomgång av anmälningssärenden.	Samtliga ärenden under 2001 hos citypolisen där kvinnan var it över 15 år eller äldre och där det misstänkta övergreppet enligt lag kunnat rubriceras som våldtäkt eller sexuellt utnyttjande.