

Vold i nære relasjoner på et overgrepsmottak: Ressursbruk og kompetansebehov

Rapport nr. 2-2013

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin



Tittel	Vold i nære relasjoner på et overgrepsmottak: Ressursbruk og kompetansebehov
Institusjon	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, Bergen
Ansvarlig	Steinar Hunskår
Forfattere	Linda Mølgaard Gustavsen, sykepleier, leder SO- mottaket i Vestfold, leder legevakten i Sandefjord, Kjersti Alsaker, sykepleier, forsker dr. polit., Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, førsteamanuensis, Høgskolen i Bergen
ISBN	978-82-92970-57-7 pdf 978-82-92970-58-4 trykt
ISSN	1891-3474
Rapport	Nr. 2-2013
Tilgjengelighet	Pdf og trykt
Prosjekttittel	Vold i nære relasjoner på et overgrepsmottak: Ressursbruk og kompetansebehov
Antall sider	24 pluss vedlegg
Publiseringsmåned	Mai 2013
Oppdragsgiver	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
Sitering	Gustavsen LM, Alsaker K. Vold i nære relasjoner på et overgrepsmottak: Ressursbruk og kompetansebehov. Rapport nr. 2-2013. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2013.

Helsedepartementet har etablert Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Senteret er organisert i Uni Research AS/Uni Helse og knyttet faglig til Forskningsgruppe for allmenntilleggsmedisin, Universitetet i Bergen, og til Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom). Senteret skal gjennom forskning og fagutvikling og i samarbeid med andre fagmiljøer bidra til å bygge opp og formidle faglig kunnskap innen kommunal legevaktmedisin.

Nettadresse www.legevaktmedisin.no
Epost legevaktmedisin@uni.no
Telefon +47 55586500
Telefaks +47 55586130
Besøksadresse Kalfarveien 31, Paviljongen
Postadresse Kalfarveien 31
Postnummer 5018
Poststed Bergen

Innhold

1	Forord	5
2	Sammendrag	6
3	Innledning	7
4	Hensikt med prosjektet	8
5	Materialet og metode	9
6	Beskrivelse av tilbudet til pasienter utsatt for vold i nære relasjoner	10
7	Forarbeid og opplæring	11
	7.1 Dokumentasjonssystemet	11
	7.2 Kompetanseheving	11
8	Del 1 Funn knyttet til pasientgruppen	12
	8.1 Hva kjennetegner pasienter som kommer til et akutt tilbud etter at de har vært utsatt for vold i nære relasjoner?	12
	8.1.1 Bakgrunnsfunn	12
	8.1.2 Typer vold	13
	8.1.3 Fysiske skader	14
	8.1.4 Kartlegging av psykisk vold	14
9	Del 2 Funn knyttet til et utvidet tilbud	15
	9.1 Hva bør et godt utvidet tilbud til personer utsatt for vold i nære relasjoner innholde?	15
	9.1.1 Henvissende instans	15
	9.1.2 Farevurdering	15
	9.1.3 Reisested etter undersøkelse	16
	9.1.4 Rettsmedisin/skadedokumentasjon	16
	9.1.5 Oppfølging - tverrfaglig samarbeid og fastlegens rolle	17
10	Del 3 Funn knyttet til ressurser ved et utvidet tilbud	18
	10.1 Hvilke ressurser må til for å gi et utvidet faglig forsvarlig tilbud til personer utsatt for vold i nære relasjoner?	18
	10.1.1 Undersøkelsestidspunkt	18
	10.1.2 Tidsbruk	18
	10.1.3 Implementering av vold i nære relasjoners innvirkning i forhold til kompetanse, fag- og fokus områder.	19
11	Oppsummering	21
12	Referanseliste	23
13	Vedlegg	24

1 Forord

I perioden 16.10.10 – 03.02.12 samarbeidet SO-mottaket i Vestfold og legevakten i Sandefjord om et kartleggingsprosjekt rundt et utvidet akutt tilbud til personer utsatt for vold i nære relasjoner. Prosjektet ble ledet av Linda Mølgaard Gustavsen, leder for SO-mottaket i Vestfold og legevakten i Sandefjord. Hensikten med prosjektet var å få mer kunnskap og klinisk erfaring om hva et utvidet tilbud til personer utsatt for vold i nære relasjoner vil få for et mellomstort SO-mottak.

Jeg vil takke alle SO-sykepleierne for stor velvilje, engasjement og deltakelse i gjennomføringen av kartleggingsprosjektet. Stor takk til SO-sykepleierne Nina Høyer og Birgitte Bettum for deres solide forarbeid til prosjektet. Takk til kommuneoverlege Ole Henrik Augestad for nyttige faglige innspill.

En takk til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin som ved økonomisk bidrag som gav tid og muligheter til utarbeidelse av rapporten. En spesiell takk til Kjersti Alsaker, sykepleier, ph.d., Nklm som var rådgiver ved deler av forarbeidet og veileder gjennom utarbeidelse av rapporten.

En takk til Fylkesmannen i Vestfold som ved økonomisk støtte gav oss mulighet for gjennomføring av prosjektet.

2 Sammen drag

Introduksjon

Nordlandsforskning sin evalueringsrapport av overgrepsmottakene i Norge (1) «Det beste må ikke bli det godes fiende» påpeker at få overgrepsmottak i Norge gir et tilbud til vold i nære relasjoner. Med utgangspunkt i veilederen «Overgrepsmottak, IS-1457» fra 2007 (2) skal vold i nære relasjoner innlemmes i arbeidet på mottakene på lik linje med seksuelle overgrep.

Mottaket for pasienter utsatt for seksuelle overgrep (SO-mottaket) i Vestfold har gjennomført en kartleggingsundersøkelse for å tydeliggjøre konsekvenser ved implementering av vold i nære relasjoner i forhold til kapasitet, samtidskonflikter, organisering og kompetanse for et mellomstort SO-mottak.

Materiale og metode

Kartleggingsprosjekt som ble gjennomført i perioden 16.10.10 – 03.02.12, inkluderte 22 pasienter. Data er hentet fra pasientjournal og fra evalueringsskjema som sykepleierne fylte ut i forbindelse med undersøkelsen.

Resultater

Halvparten av de voldsutsatte kvinnene kom via politiet. Utløsende årsak til kontakt med hjelpeapparatet var i hovedsak fysisk vold. Et utvidet akutt tilbud, som inneholdt rettsmedisinsk undersøkelse, emosjonell førstehjelp, farevurdering og sørget for psykososial oppfølging, var tidkrevende og stilte krav til bred faglig kompetanse.

Oppsummering

Utvidelse av SO-mottaket i Vestfold til å ivareta både seksuelt overgrepsutsatte personer og personer utsatt for vold i nære relasjoner vil kreve bredere tverrfaglig kompetanse og en betydelig ressursøkning.

3 Innledning

Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har i de siste 10 årene hatt et økende fokus på vold i nære relasjoner (3, 4). «Vold mot kvinner» (2002) var den første handlingsplanen som hadde som mål både å gi kvinner utsatt for vold bedre helsetilbud og styrke det rettslige tilbudet og redusere vold mot kvinner. Det ble lagt vekt på voldens påvirkning i forhold til den utsattes fysiske og psykiske helse, innvirkning på skolegang og arbeid og som et alvorlig samfunnsproblem. Ny forskning viser at det å leve med vold i nære relasjoner kan ha store konsekvenser for helsen og kan gi kortere levealder (5-7). Legevaktene møter vold i nære relasjoner i mange ulike former, som fysiske skader hos kvinner og barn, rusproblemer, diffuse helseplager, psykososiale problemer og psykiske lidelser (8, 9). Hjelpetilbudet legevaktene har gitt, og har mulighet for å gi, har vært svært varierende og i mange situasjoner er det grunn til å tro at det ikke er gitt et tilfredsstillende tilbud (1, 10).

Handlingsplanene har vært førende for at det er blitt vedtatt og igangsatt ulike tiltak som skal forbygge og behandle vold i nære relasjoner, både i politiet og helsevesenet (11). Et av tiltakene fra Helse- og omsorgsdepartementet er etablering av overgrepsmottak over hele landet (2). Til dette arbeidet kom veilederen «Overgrepsmottak, IS-1457» i 2007 (2). Veilederen beskriver anbefalte retningslinjer for et utvidet akutt tilbud, både til personer utsatt for seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner. Det anbefales i veilederen at det lages en felles akuttordning for begge disse områdene.

Vestfold har etablert et interkommunalt SO-mottak (seksuelt overgrepsmottak). Vi har valgt en organisasjonsmodell inspirert av USA sin SANE-modell (Sexual Assault Nurse Examiner) (12). I modellen er det spesialutdannede sykepleiere som ivaretar undersøkelsen både helsemessig og rettsmedisinsk av personer utsatt for seksuelle overgrep. Sykepleierne i USA må gjennomgå et 40 timers kurs før de kan begynne å arbeide i et SANE-senter. De har også mulighetene til å sertifisere seg som SANE-sykepleiere. SANE-modellen er utbredt over hele USA, samt andre land som Australia og Canada.

I Vestfold modellen er det et samarbeid mellom legevaktslegene og SO-sykepleierne, der SO-sykepleierne har hovedansvaret for det helhetlige pasienttilbudet. Sykepleierne ved SO-mottaket i Vestfold har utvidet kunnskap om rettsmedisinsk undersøkelse ved siden av kompetanse på emosjonell førstehjelp, smittevern og psykososial oppfølging. I det praktiske arbeidet samarbeider SO-sykepleiere og legevaktslegen om medisinsk undersøkelse/behandling og om skadedokumentasjon. Sakkyndighet og medisinskfaglig oppfølging sikres gjennom at SO-mottaket har en egen medisinskfaglig ansvarlige lege.

4 Hensikt med prosjektet

Veilederens («Overgrepsmottak, IS-1457» i 2007 (2) føringer om utvidelse av overgrepsmottakenes ansvar til også å omfatte vold i nære relasjoner har vist seg å være problematisk. Flere av overgrepsmottakene har ennå ikke gjennomført denne utvidelsen (1). Dette med bakgrunn i at det verken er forankret i forskrifter eller gitt noen økt bevilgning for å kunne gi det tilbudet som er beskrevet i veilederen (13).

Hvilke konsekvenser en utvidelse ville få for SO-mottaket i Vestfold sin organisasjonsmodell var også usikkert. Det var lite klinisk erfaring og kunnskap om behovet for akutt tilbud til personer utsatt for vold i nære relasjoner i Norge. SO-mottaket i Vestfold dekker 12 kommuner og i alt ca. 220 000 innbyggere. Ut fra de anbefalte retningslinjene i Veilederen var SO-mottaket bekymret for hvilke konsekvenser en utvidelse av tilbudet ville gi i forhold til blant annet kapasitet, samtidskonflikter, organisering og kompetanse. Derfor startet vi i 2010 et prosjekt med et utvidet akutt tilbud til personer utsatt for vold i nære relasjoner avgrenset til Sandefjord kommune.

Vi ønsket å få svar på:

Del 1 – Hva kjennetegner pasienter som kommer til et akutt tilbud etter at de har vært utsatt for vold i nære relasjoner?

Del 2 – Hva bør et godt utvidet tilbud til personer utsatt for vold i nære relasjoner inneholde?

Del 3 – Hvilke ressurser må til for å gi et utvidet faglig forsvarlig tilbud til personer utsatt for vold i nære relasjoner?

5 Materialet og metode

Design

Tilbudet ble gitt ved Sandefjord legevakt i regi av SO-mottaket for Vestfold. I forkant av prosjektet informerte SO-mottaket politiet, fastlegene og legevakten om det utvidede tilbudet. Henvissende instanser var politi, legevakt og fastleger.

Kriteriene for å henvise pasienten var at pasienten var nylig utsatt for vold i nære relasjoner og eventuelle barn som hadde vært vitne til volden. Pasienten måtte være bosatt i Sandefjord kommune.

Pasienten fikk informasjonen om tilbudet muntlig av politipatruljen, legevaktens sykepleiere, legevaktsslege eller pasientens fastlege. Pasientene kunne velge mellom det aktuelle tilbudet ved SO-mottaket eller ordinær oppfølging hos fastlege eller på legevakt.

Ved hver undersøkelse ble all dokumentasjon ført i den ordinære legevaktjournalen og i en egen journal i papirversjon (vedlegg 1) og SO-sykepleier fylte ut et evalueringsskjema etter undersøkelsen (vedlegg 3). Alt materiale ble anonymisert i forbindelse med utarbeidelse av rapporten.

Deltakere

Kartleggingsprosjektet ble avgrenset til Sandefjord kommune med 44 000 innbyggere. I perioden 16.10.10-03.02.12 ble 22 pasienter inkludert i prosjektet.

Etikk

I oktober 2012 søkte vi NSD om å bruke anonymiserte data fra kartleggingsprosjektet i forbindelse med publisering. Vi fikk godkjenning av NSD (25.10.2012).

Finansiering

Prosjektet ble finansiert ved fornyingsmidler fra Fylkesmannen i Vestfold og SO-mottaket inkluderte dette i sitt ordinære arbeid. Rapporten er skrevet med økonomisk støtte fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaksmedisin (Nklm).

6 Beskrivelse av tilbudet til pasienter utsatt for vold i nære relasjoner

SO-mottakets utvidede tilbud til personer utsatt for vold i nære relasjoner var 4-delt. Det inneholdt tilbud om 1. Medisinsk undersøkelse og behandling, 2. Rettsmedisinsk undersøkelse, 3. Farevurdering og sikkerhetsplanlegging og 4. Emosjonell førstehjelp med psykososial oppfølging.

Sykepleieressursen kom fra SO-mottaket. Legeressursen fra Sandefjord legevakt. Det var SO-sykepleierne som hadde hovedansvaret for det helhetlige pasienttilbudet. Sykepleierne hadde utvidet kunnskap om rettsmedisinsk undersøkelse og dokumentasjon. Legevaktslegene arbeidet sammen med sykepleierne rundt den medisinske undersøkelsen, skadedokumentasjonen og evt. biologisk sporsikring. Sykepleierne ivaretok emosjonell førstehjelp, farevurdering, sikkerhetsplanlegging og videre psykososial oppfølging. Den videre oppfølgingen skulle skje etter kommunens plan for vold i nære relasjoner og SO-sykepleier sikret overgangen til det kommunale systemet.

Mottaket var organisert med hjemmeberedskapsvakter og hadde 12 sykepleiere i mindre deltidsstillinger, i alt 1, 35 årsverk. Mottakets medisinskfaglig ansvarlige lege har dette arbeidet i sin stilling som kommuneoverlege. SO-sykepleierne hadde døgnberedskap, med tilkallingstid på maks 1 time. Tilbudet var gratis, uavhengig av anmeldelse og frivillig. Pasientene valgte selv om de ville ta imot et helhetlig tilbud, eller om de ville benytte enkelte deler av tilbudet som f.eks. emosjonell førstehjelp og medisinsk behandling.

I arbeidet med å øke kvaliteten på den rettsmedisinske dokumentasjonen ønsket SO-mottaket at det i anmeldte saker ble utarbeidet en rettsmedisinsk legeerklæring. På legevakt er det vanlig at politiet ber om utskrift av journalnotat ved anmeldte voldsepisoder. For prosjektet ble det gjort en avtale med politiet at ved utlevering av journalopplysninger skulle politiet utarbeide et mandat for en rettsmedisinsk legeerklæring. Erklæringene ble utarbeidet som en sakkyndig legeerklæring og ble skrevet av SO-mottakets medisinskfaglig ansvarlige lege. Kopier av erklæringer ble sendt til Den rettsmedisinske kommisjon (RMK).

7 Forarbeid og opplæring

7.1 Dokumentasjonssystemet

Legevakten i Sandefjord brukte journalsystemet Win-Med. SO-mottaket brukte den nasjonale protokollen for seksuelle overgrep. Ingen av dokumentasjonssystemene ivaretok det sammensatte behov for dokumentasjon. Ut fra erfaringen med SO- protokollen utarbeidet SO-mottaket en egen papirbasert journal (vedlegg 1) med spesiell vekt på rettsmedisinsk undersøkelse. Rettsmedisinsk del omhandlet skadedokumentasjon, kartlegging av fysisk, psykisk og seksuell vold og eventuell relevant biologisk sporsikring. Ved dokumentasjon av den fysiske volden var et viktig moment å få frem om volden hadde vært av livstruende karakter. Vi brukte en kortversjon, (14 spørsmål) av R. Tolmans kartleggingsverktøy for psykisk vold som var oversatt til norsk (14) (vedlegg 5).

Farevurdering og sikkerhetsplanlegging var også en del av tilbudet. Kjersti Alsaker, sykepleier, ph.d., fra Nklm anbefalte å prøve ut farevurderingsskjemaet til Jacquelyn C. Campbell 2004 med 20 spørsmål (15). Dette farevurderingsskjemaet er utviklet på bakgrunn av studier om alvorlig vold og drap på kvinner utsatt for partnervold i USA. Hensikten er først og fremst å bidra til at de voldsutsatte blir oppmerksom på den helsefare de utsetter seg for ved å leve i et voldsforhold. Dette på bakgrunn av at studier viser at 50% av de voldsutsatte underestimerer faren for alvorlig og livstruende vold (15). I dette prosjektet ble skjema brukt som en hjelp til å snakke om fare og en hjelp til å vurdere videre behov for eventuelle sikkerhetstiltak (vedlegg 4). Skjemaet ble oversatt fra engelsk til norsk. Det ble innhentet tillatelse til bruk av skjema fra både R. Tolman og J. Campbell og spørreskjema ble oversatt av to uavhengige instanser og så tilbake til engelsk av to nye uavhengige instanser, før endelige formuleringer ble valgt.

Tilleggsjournalen inneholdt en del for anamnese, medisinsk behandling og psykososial oppfølging. For å sikre god dokumentasjon og være til hjelp ved utøvelse av tilbudet ble det utarbeidet en veileder (vedlegg 2). Den inneholdt tilleggsinformasjon til de ulike punktene i tilleggsjournalen, blant annet hjelpespørsmål ved spørsmål om vold og «huskeliste» på ord knyttet til skadedokumentasjonen

7.2 Kompetanseheving

Før oppstart var det behov for å øke kompetanse både hos legevaktens sykepleiere og hos SO-sykepleierne. Sandefjord kommune, seksjon helse og oppvekst, har i de 2 siste årene hatt vold i nære relasjoner som et satsningsområde. For å gi alle ansatte økt kompetanse om tema ble det arrangert 2 fagdager. Den første med blant annet Øyvind Askjem fra Alternativ til Vold, som foreleste om voldens mange ansikter og konsekvenser av vold. Psykologspesialist Judith van der Weeles fagdag handlet om hvordan møte personer utsatt for vold i nære relasjoner. Legevaktens sykepleiere hadde et stort behov for økt basiskunnskap om vold i nære relasjoner. Sentrale temaer var voldens omfang og virkning, og hvordan avdekke vold. Sykepleierne på legevakten hadde fagdag på 5 timer sammen med SO-sykepleierne med disse temaene. Legene fikk ikke tilbud om opplæring, med bakgrunn i at det er SO-sykepleierne som ivaretar hoveddelen av fagkompetansen i tilbudet, og at tidligere erfaringer viser at kun få leger i vår kommune deltar på kurs om dette temaet. Dette samsvarer med funnene i Nordlandsforskning sin rapport (1).

SO-sykepleierne fikk ytterligere opplæring i å hjelpe pasientene i forhold til farevurdering og risikoplanlegging. Grunnleggende kompetanse om rettsmedisinsk undersøkelse hadde de fra tidligere. Innføring i bruk av den nye tilleggsjournalen og dens veileder var også en del av opplæringen. Økt fokus på skadedokumentasjon var viktig fordi RMK påpeker at rettsmedisinsk dokumentasjonen i voldssaker ofte er mangelfull(16). De fikk opplæring i lovverk med spesiell vekt på meldeplikt og samtykkekompetanse. I alt 14 timer opplæring. SO-sykepleierne har fra tidligere 30 timer lokal opplæring i forhold til seksuelle overgrep, og flere års klinisk erfaring med akutte seksuelle overgrep.

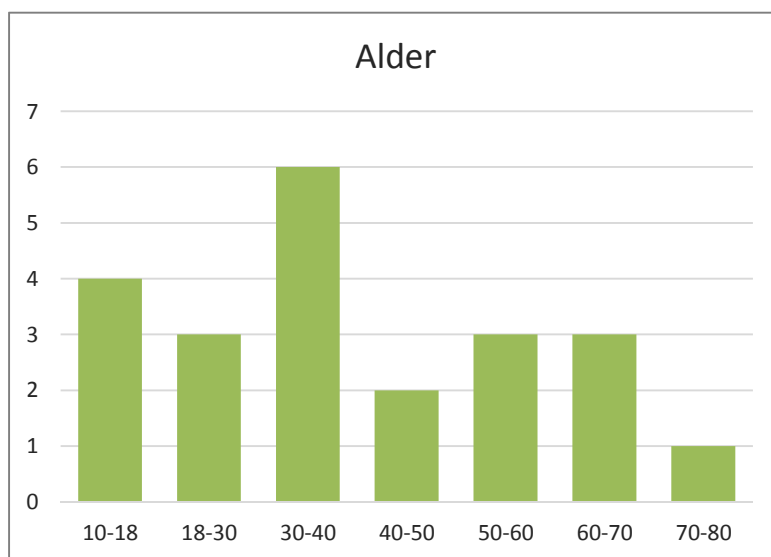
SO-sykepleierne var samlet til gjennomgang og veiledning av de akutte vold i nære relasjons sakene hver 6.uke. Ulike problemstillinger og faglige utfordringer ble drøftet. Det medførte kompetanseoverføring til de som selv ikke hadde hatt saker, og ga gruppen generelt økt kompetanse.

8 Del 1 Funn knyttet til pasientgruppen

8.1 Hva kjennetegner pasienter som kommer til et akutt tilbud etter at de har vært utsatt for vold i nære relasjoner?

8.1.1 Bakgrunnsfunn

Alle de 22 pasientene inkludert i prosjektet var kvinner. Alder fra 13 til 75 år. Hovedtyngden av pasientene var eldre enn 30 år. 7 av kvinnene hadde barn under 18 år.

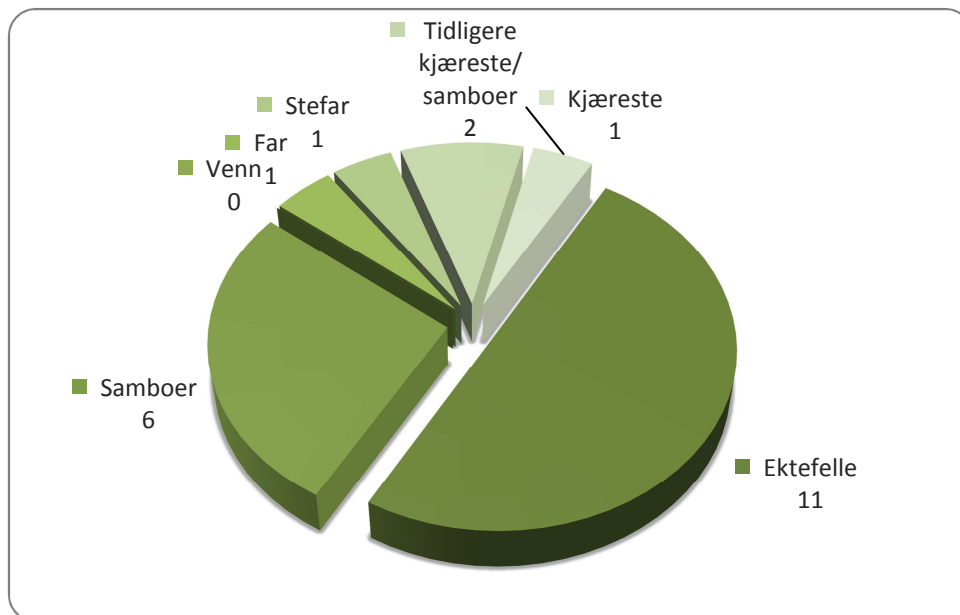


Figur 1: Alder blant deltakerne

5 av kvinnene er av ikke-norsk etnisk opprinnelse. 6 av kvinnene oppga at de hadde et kjent rusproblem. 21 av 22 anga fysisk vold som utløsende årsak for kontakt med helsevesenet.

De fleste var utsatt for vold fra ektefelle/samboer som det fremgår av figur 2.

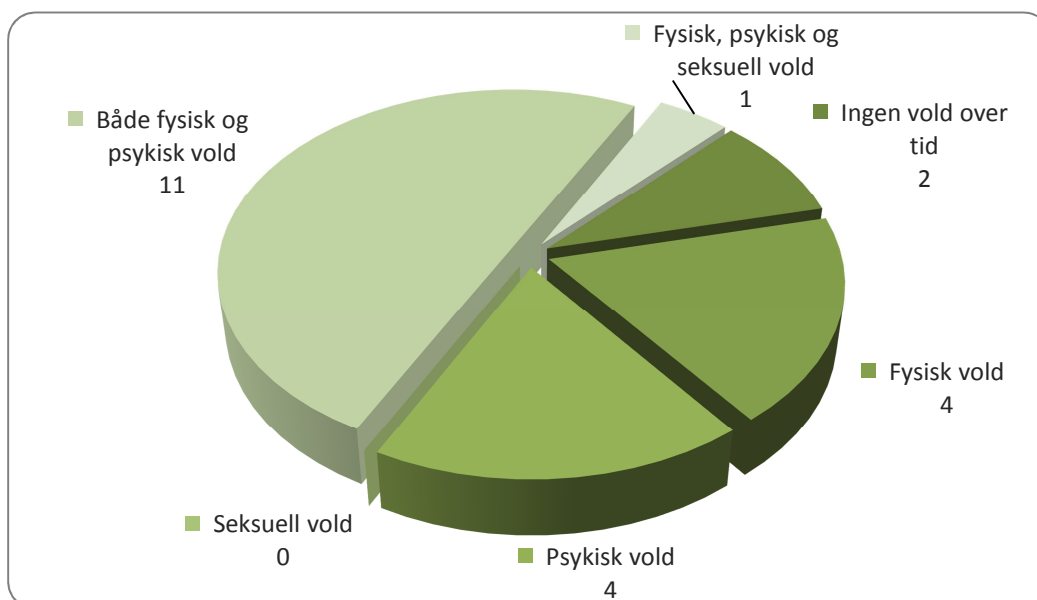
Figur 2: Relasjon til voldsutøver



8.1.2 Typer vold

Det var 16 kvinner som oppga at de tidligere var blitt utsatt for både fysisk og psykisk vold. Alle kvinnene fikk direkte spørsmål om de hadde vært utsatt for de ulike typene av vold. En kvinne oppga å ha blitt utsatt for seksuell vold sammen med fysisk og psykisk vold.

Figur 3: Typer av vold over tid



Kommentar

Studier fra Norge og Danmark viser at de fleste kvinner som blir utsatt for vold, blir utsatt for flere typer vold (16-18). Da regnes både psykisk, fysisk, seksuell, materiell og økonomisk vold. I den danske undersøkelsen oppgir 95 % av kvinnene at de har vært utsatt for psykisk vold og 86 % fysisk vold. I vårt prosjekt har vi sett på psykisk, fysisk og seksuell vold. Vi spurte ikke direkte om materiell og økonomisk vold. Fysisk vold oppgis av 21 av 22 som utløsende årsak til henvendelsen. Ved at nesten halvparten av kvinnene kom via politiet sier også noe om situasjonen volden har funnet sted i, da politiet har blitt tilkalt i den akutte situasjonen. Det viser en tendens at fysisk vold er den type vold som oftere er utløsende årsak til kontakt med politiet og helsevesenet.

8.1.3 Fysiske skader

3 av 22 hadde behov for behandling av skader, som sying av kutt og bruddbehandling. 5 av 22 ble sendt videre til sykehus for videre undersøkelse.

Kommentar

Behovet for behandling av fysiske skader var kun tilstede i få saker, kun 3 pasienter. 5 pasienter ble videresendt til nærmeste sykehus for utvidet undersøkelse og da i hovedsak røntgen undersøkelse. I vårt distrikt var det AMK Vestfold/Telemark som ivaretok anrop til 113, og alvorlige behandlingstrengende skader ble henvist direkte til Sykehuset i Vestfold. Legevaktene ivaretok mindre skader, men hadde ikke mulighet for røntgen i legevakt. Behovet for skadedokumentasjon er ikke alltid sammenfallende med behovet for behandling, da vold kan gi mange skader som ikke er behandlingstrengende. Et eksempel er blåmerker etter klyping og slag på armer, ben og rumpe.

8.1.4 Kartlegging av psykisk vold

11 kvinner ønsket å bruke Tolman sitt skjema for kartlegging av psykisk vold.

Kommentar

Alle kvinnene som oppsøkte tilbudet ønsket å snakke om den aktuelle voldsepisoden. I samtalen fortalte de også om tidligere episoder av vold, både psykisk og fysisk vold. Sykepleierne brukte R. Tolmans skjema i forhold til kartlegging av psykisk vold. Dette skjema var det kun 11 av 22 som ønsket eller «or- ket» å fylle ut i akutfasen. Sykepleierne hjalp til med utfyllingen hvis kvinnen ønsket det. Mottaket hen- viste pasientene til videre oppfølging hos andre instanser, så kvinnene fikk ikke tilbud om å fylle ut skjema ved senere oppfølging.

Figur 4: Lengde voldsrelasjon



Kommentar

Halvparten av kvinnene har levd med vold fra partner i flere år. Det er kvinnene som selv har rapportert om hvor lenge de har levd i voldsrelasjonen. Det at de fleste kvinnene har levd med volden over tid er samsvarende med forskning som viser at det vanskelig å bryte ut av forhold med vold i nære relasjoner (19, 20)

9 Del 2 Funn knyttet til et utvidet tilbud

9.1 Hva bør et godt utvidet tilbud til personer utsatt for vold i nære relasjoner inneholde?

9.1.1 Henvisende instans

10 pasienter var henvist fra politiet, 9 fra legevakten, 1 fra annet, og 2 var henvist videre fra fastlegen. Ingen tok direkte kontakt selv.

Kommentar knyttet til funn om pasientene

Antall pasienter og «type» pasienter må sees i sammenheng med tilbudets korte varighet og rekrutteringsmulighetene. Lokalavisa hadde et enkelt innlegg om tilbudet før oppstart, men tilbudet kan ikke anses som allmenn kjent. Rekrutteringen av pasienter var via politiet og helsevesenet. Dette gir et begrenset utvalg, som påvirker gruppens sammensetning og antall. Pasientenes barn er ikke innlemmet i prosjektet da ingen av barna var tilstede ved den utløsende voldsepisoden. Barna er inkludert i oppfølgingsarbeidet.

10 av kvinnene kom via politiet. Politiet hadde i 2011 i alt 78 vold i nære relasjonssaker i Sandefjord. Det gir et stort gap mellom antall pasienter som kom til mottaket og hvem som kontaktet politiet. Det ga en stor usikkerhet i forhold til hvilke kvinner og hvor mange som fikk informasjon om det utvidede tilbudet.

9.1.2 Farevurdering

13 av 22 kvinner ønsket å gjennomføre en farevurdering. Pasientene svarte selv på skjema, men fikk ved behov støtte fra sykepleier. Av de 13 som svarte på undersøkelsen, var det kun 3 som svarte ja på over 10 spørsmål.

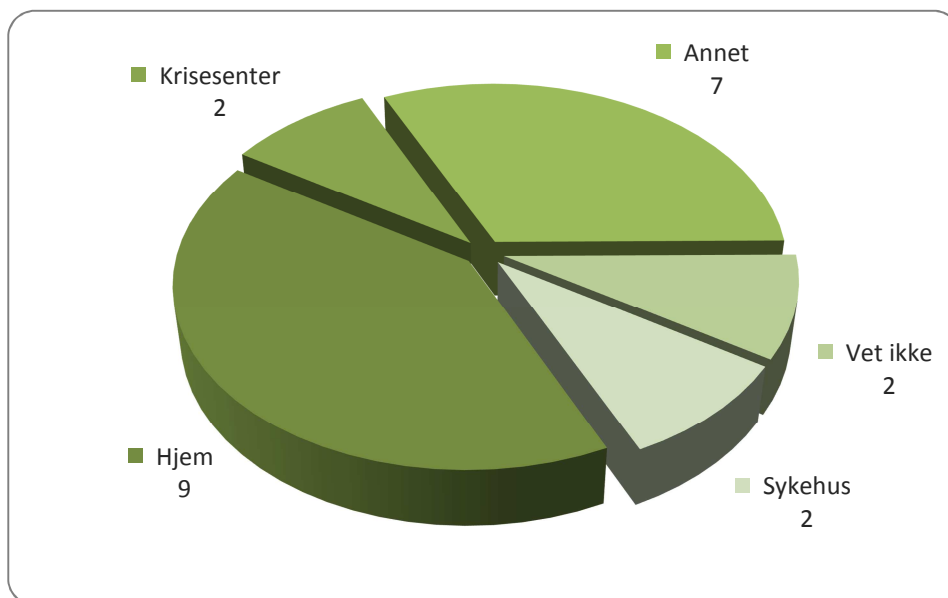
Kommentar

I den amerikanske utgaven av Campbells skjema er det angitt tallverdier, men i vårt arbeid med skjemaet la vi ikke vekt på antall svar, men så på hvilke type spørsmål som kvinnen svarte ja på. Skjemaet var et hjelpemiddel for sykepleierne i forhold til farevurdering, spesielt i forhold til behov for akutte sikkerhetstiltak. Et av spørsmålene er «Truer han med å drepe deg» og et annet «Eier han et skytevåpen». Det er spørsmål som ble lagt stor vekt på i forhold til videre tiltak. En av de undersøkte kvinnene svarte ja på disse spørsmålene og SO-sykepleieren valgte å varsle politiet. Forskning viser at jo flere ganger kvinner i slike forhold er utsatt for trussel om drap jo større er den relative risikoen for å bli utsatt for livstruende hendelser som blant annet kvelertak (16).

9.1.3 Reisested etter undersøkelse

9 av 22 kvinner valgte å reise hjem etter undersøkelse. Kun 2 av 22 reiser til et krisesenter. 2 av 22 reiser til sykehus.

Figur 5: Reisested etter undersøkelse



Kommentar

Hvor pasienten reiser etter den akutte undersøkelsen er avhengige av ulike forhold, blant annet om voldsutøveren er tilstede i hjemmet og om de har barn å ivareta. Nesten halvparten av kvinnene reiste tilbake til eget hjem. Under annet er det alternative sovesteder som hos familie, venner eller hotell. Hvor pasienten skulle reise etter undersøkelsen er et av temaene i sikkerhetsplanleggingen. Det legges vekt på et trygt sted å sove.

9.1.4 Rettsmedisin/skadedokumentasjon

I 18 av 22 undersøkelser er det gjort skadedokumentasjon. I 4 saker var det ikke behov for fysisk skadedokumentasjon da det ikke forelå fysiske skader eller at pasienten ikke ønsket fysisk skadedokumentasjon. Andelen av kvinnene som oppgir under den akutte undersøkelse at de ønsker å anmelde er 16, mens 6 kvinner ønsker helt sikkert ikke å anmelde forholdet. Antall kvinner som anmeldte forholdet er usikkert, da SO-mottaket ikke har mulighet til å etterprøve opplysningene om anmeldelse. Etter avtalen med politiet om at utlevering av journal opplysninger angående aktuelle hendelsen skal skje ved mandat er det kun i 5 av de 18 sakene der det er utført skadedokumentasjon at politiet har bedt om rettsmedisinske legeerklæring.

I de 5 sakene det er skrevet rettsmedisinsk legeerklæring er tilbakemeldingen fra politiet at status per januar 2013 er: 2 saker henlagt på bevisets stilling, 1 domfellelse i retten og 2 ikke behandlet ferdig hos statsadvokaten. All skadedokumentasjon er oppbevart i journalsystemet, slik at dette eventuelt kan utleveres ved senere behov.

Kommentar

I veilederen IS 1457 er skadedokumentasjon vektlagt som en svært viktig del av akutt tilbudet ved overgrepsmottakene. I akutfasen ønsket kvinnen å dokumentere skader med tanke på anmeldelse. Ved den akutte undersøkelsen var det betydelig flere som sa de ønsket å anmelde forholdet, enn det som i ettertid er anmeldt til politiet. I vårt materiale ser vi at kun i 5 saker gir kvinnen fritak fra taushetsplikten og politiet etterspør en rettsmedisinsk erklæring. I vold i nære relasjoner er fysisk vold sjelden en enkelt-

stående hendelse. Dokumentasjonen gjøres i akuttfasen, men oppbevares slik den kan innhentes hvis kvinnen på et eventuelt senere tidspunkt ønsker å anmelde forholdet. Tallene for rettsmedisinsk legeerklæring vil derfor kunne endre seg.

9.1.5 Oppfølging - tverrfaglig samarbeid og fastlegens rolle

Tabell 1: Samarbeidende instanser

	Politi	Barnevern	Krise-senter	Fastlege	Bistandsadvokat	Psyk. tjeneste	NAV	Annet
Instans kontaktet ved undersøkelse	14	4	3	2	1	0	0	0
Instans kontaktet i oppfølgingen	3	4	4	18	1	10	2	2

Akuttfasen er definert som tiden pasienten var til undersøkelse (akutt-tilbudet), mens oppfølgingsfasen er satt til 1-7 dager etter undersøkelsen. Alle pasientene gav samtykke til kontakt.

I kartleggingsprosjektet var fastlegen en fast oppfølgingsinstans. 18 av pasientene ønsket at fastlegen skulle informeres om at de hadde vært på mottaket for relasjonsvold. 4 stykker ønsket ikke at fastlegen skulle få epikrise fra mottaket.

Kommentar

Et av funnene var behovet for en bred kontakt med ulike hjelpeinstanser. Under akuttundersøkelsen var politiet den mest vanlige samarbeidsinstansen, men barnevern og krisesenter var også inne i denne fasen. Videre arbeid i akuttfasen viste et bredt hjelpebehov og mottaket samarbeidet blant annet med NAV, kommunal psykiatritjeneste og fastlege for å sikre at pasienten fikk videre oppfølging. Kommunens psykiatritjeneste ble en viktig samarbeidspartner i forhold til den psykososiale oppfølgingen. Veilederen beskriver behovet for et tett samarbeid med disse instansene. I vårt prosjekt forholdt vi oss til Sandefjord kommune. I Vestfold er det per i dag kun 2 av 12 kommuner som har en handlingsplan mot vold i nære relasjoner og Sandefjord kommune er en av de to. Handlingsplanen er et godt verktøy for mottaket i sikre oppfølgingen av pasientene. Sykepleierne måtte ha kjennskap til kommunens ulike hjelpeinstanser for å tilpasse tilbudet til den enkelte. Ved at så mange som 18 pasienter (2) synes det var greit at fastlegen fikk epikrise, kan man tolke det som at mange pasienter har tillit til fastlegen sin. Fastlegen kan være en viktig ressurs, men fastlegen kan ikke ha ansvaret alene (1).

10 Del 3 Funn knyttet til ressurser ved et utvidet tilbud

10.1 Hvilke ressurser må til for å gi et utvidet faglig forsvarlig tilbud til personer utsatt for vold i nære relasjoner?

10.1.1 Undersøkelsestidspunkt

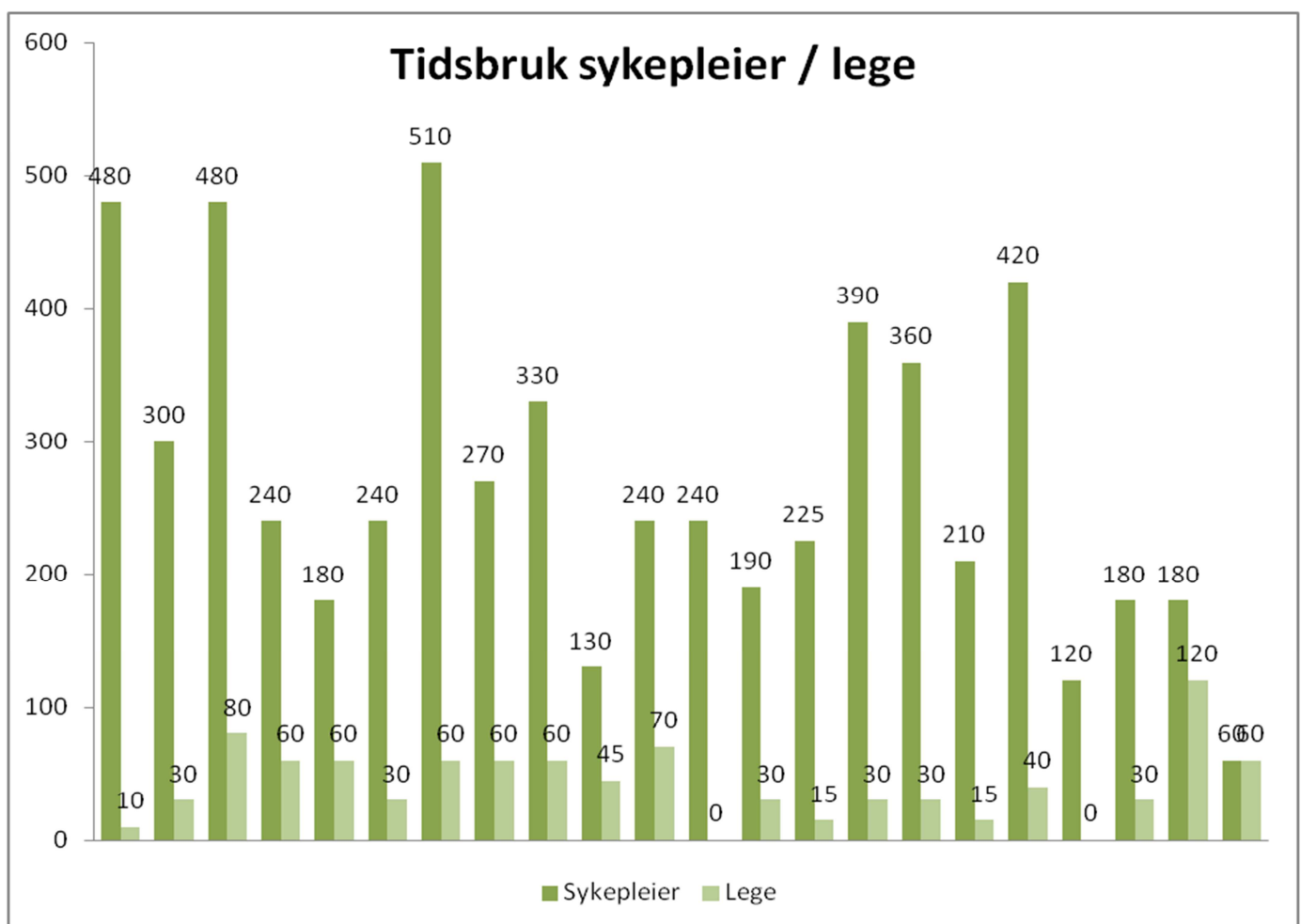
14 søkte kontakt på dagtid (kl. 08.00 – 16.00), 5 på kvelden (kl. 16.00 – 22.00), og 3 på nattestid (kl. 22.00 – 08.00).

Kommentar

De fleste pasienter søkte kontakt på dag. Det er ikke registrert om dette er hverdager eller helg/helligdager.

10.1.2 Tidsbruk

Figur 6: Tidsbruk sykepleier/lege:



Gjennomsnittstiden for undersøkelse for sykepleier er et samlet tidsbruk som inkluderer reisetid, undersøkelsen/tid med pasienten og de akutte oppfølgingsarbeidet. Gjennomsnittstiden er 4 timer og 50 minutter for sykepleier og 43 minutter for legen. Den lengste tiden en sykepleier brukte på en undersøkelse var 8,5 time og den korteste tiden var 1 time. I noen få saker var det ikke aktuelt med legeundersøkelse og den lengste tiden legen brukte var 2 timer. Legen var kun deltakende i det akutte arbeidet, ikke i oppfølgingen.

Kommentar

Sentralt i ressursbehovet står tidsbruk. I vår studiet er det SO-sykepleieren som har brukt mest tid. Prosjektet viser klart at tid er et nøkkelord for å kunne gi pasienten et forsterket tilbud i akuttfasen. Legens tid er begrenset ut fra organisasjonsmodellen. Legens tidsbruk er knyttet opp mot suicidalvurdering, antall skader og behovet for skadebehandling. Tidsbruken hos sykepleier er tilsvarende den tidsbruken som er ved undersøkelse etter seksuelle overgrep, men tidsbruk hos legene er noe lengre.

Tidsbruken som er dokumentert er samlet tidsbruk. En faktor ved vårt prosjekt er at det er brukt helsepersonell i beredskap. Dette gir samlet noe høyere tidsbruk, grunnet reisetid, enn hvis det er vakthavende personale som skal ivareta tilbudet. Sett ut fra legevaktens nåværende bemanning har det tilstedeværende vaktpersonalet ikke kapasitet til å innlemme dette i ordinært arbeid grunnet behovet for det høye tidsbruket. Bruk av personell i beredskap muliggjør høyt tidsbruk.

Vestfolds organisasjonsmodell gir noen utfordringer i forhold til innlemming av vold i nære relasjoner. Mottaket dekker hele Vestfold og har i dag 1,35 årsverk i beredskap. Sykepleierne jobber mindre deltidsstillinger og har et annet hovedarbeid. I 2011 var det i Vestfold 373 anmeldte vold i nære relasjonssaker og SO-mottaket hadde 71 akutte seksuelle overgrepssaker. I prosjektet som kun omhandler 1 av 12 deltagende kommuner var 22 vold i nære relasjonssaker innlemmet. Av de 22 sakene kom halvparten fra politiet, de andre henvist fra andre instanser i helsevesenet. Det gir et betydelig antall saker som eventuelt ville være aktuelle for tilbudet i overgrepsmottaket.

Hvor mange saker relatert til vold i nære relasjoner som vil bli henvist til SO-mottaket ved en implementering av hele fylket er vanskelig å forutse. Ut fra prosjektet kan vi med sikkerhet si at det gir mulighet for en betydelig økning i antall undersøkelser. Et annet element er at erfaring fra seksuelle overgrepssaker er at ettersom tilbudet om hjelp blir mer kjent øker antall henvendelser.

10.1.3 Implementering av vold i nære relasjoners innvirkning i forhold til kompetanse, fag- og fokus områder.

Økt kompetansebehov:

Utgangspunktet for sykepleierne i SO-mottaket i Vestfold er at de har grunnleggende mye generell klinisk erfaring som sykepleiere, og over halvparten av sykepleierne er jordmødre eller andre spesialsykepleiere. I prosjektet fikk SO-sykepleierne 14 timer kompetanseutvikling i aktuelle fagområder knyttet til vold i nære relasjoner før oppstart. De hadde allerede grunnleggende kompetanseheving fra seksuelle overgrep tilsvarende 30 timer. I denne opplæringen ligger blant annet rettsmedisinsk undersøkelse, samtaleteknikker, fotografering, smittevern og akutt sykepleieintervensjon. I SO-opplæringen ligger også en intern opplæring om seksuelle overgrep i rettsvesenet og hvordan vitne i retten. I vårt mottak har alle sykepleierne også Nklms grunnkurs for overgrepsmottak og flere har spesialkurs i regi av Nklm.

Sykepleiergruppen hadde i prosjektperioden veiledning hver 6 uke, med gjennomgang av alle aktuelle saker. Dette var en videreføring av veiledningen sykepleierne hadde i forhold til seksuelle overgrepssaker.

Kommentar

I vårt prosjekt er det kun sett på SO-sykepleierens kompetanse. Legenes behov for kompetanse er ikke undersøkt. Behovet for kompetanse vil være avhengig av hvilke oppgaver og hvilket ansvar legen skal ha i undersøkelsen.

Erfaring fra seksuelle overgrep er at klinisk erfaring og høy kompetanse er viktig for kvaliteten på den rettsmedisinske undersøkelsen. Et sentralt element i etableringen av overgrepsmottak for seksuelle overgrep er behov for bedre kvalitet på den rettsmedisinske undersøkelsen. Behovet for rettsmedisinsk dokumentasjon har vært en viktig forklaring på hvorfor nettopp voldtektsofre var de som fikk et spesialisert tilbud(14). Det gjelder også vold i nære relasjoner. Den rettsmedisinsk kommisjon (RKM) etterlyser bedre kvalitet på rettsmedisinske erklæringer (16). I fem av prosjektets saker er rettsmedisinsk legeerklæringer sendt inn til RMK, og alle har fått kommentar ”ingen kommentar”. Det betyr at RMK har

er tilfreds med kvaliteten på erklæringen. Kompetansen på dette området er ivaretatt av de beskrevne opplæringstiltak.

Kunnskap om saksgang, og hvordan den rettsmedisinske undersøkelsen blir brukt i retten var nyttig kunnskap også knyttet til vold i nære relasjoner

I arbeidet med seksuelle overgrep er veiledning et viktig verktøy for ivaretagelsen av de enkelte SO-sykepleierne. Veiledningen er med på å redusere sekundærtraumatisering. Gruppeveiledning vil også fungere som kompetansedeling og på den måten bidra til kontinuerlige kompetansehevingen. Ut fra funnene ser vi et økt behov for kompetanse på nye områder, som farevurdering, sikkerhetsplanlegging og ulike sosialmedisinske problemstillinger som blant annet rusproblematikk og sosialøkonomiske utfordringer. Opplæringstiltakene favnet noen av områdene men problemstillingene rundt sosiale utfordringer krevde dypere fagkunnskap enn sykepleierne hadde. Arbeidet med personer utsatt for vold i nære relasjoner er komplisert og krever bred fagkunnskap og et tverrfaglig samarbeid spesielt for å sikre videre oppfølging etter akutt undersøkelsen.

Selv om prosjektet var begrenset i omfang viser det et behov for økt kunnskap på ulike fagområder. Hvordan den tverrfaglige kompetansen sikres i mottakene er avhengig av mottakenes organisering. SO-mottaket i Vestfold avgrenset sitt tilbud til selve akutt undersøkelsen. SO-mottakets oppgave var å sikre videre oppfølging hos andre hjelpeinstanser i kommunen eller fylket. En utvidelse av tilbudet til å omfatte deler av oppfølgingsarbeidet vil kreve økte ressurser.

Økt klinisk erfaring med skadedokumentasjon

SO-mottaket i Vestfold hadde ca. 70 seksuelle overgrepssaker i året, noe som gir varierende grad av klinisk trening blant de 12 sykepleierne. Ut i fra vaktordningen er det ikke gitt at sakene fordeles likt mellom sykepleierne. Innlemming av vold i nære relasjoner gir mer klinisk erfaring med skadedokumentasjon. Det så sykepleierne som positivt.

Kommentar.

Erfaringer fra seksuelle overgrepssaker er at klinisk mengde-erfaring er viktig i forhold til utvikling av den rettsmedisinske kompetansen (1,11) ved innlemming av vold i nære relasjoner i SO – mottaket vil muligheten for økt klinisk erfaring være tilstede. Utfordringen vil da bli knyttet til om det er mulig å ivareta det økte behovet for kapasitet og mulige samtidskonflikter i dagens organisering. Dagens vaktordning med 12 sykepleiere vil ikke kunne ivareta dette på en god og forsvarlig måte.

Endret fag- og fokusområde

Drøfting med SO-sykepleierne rundt arbeidet med vold i nære relasjoner tar opp problemstillingen fagfelt og interesseområder. Alle sykepleierne har søkt seg til SO-mottaket grunnet spesiell interesse for fagfeltet seksualisert vold og rettsmedisinsk undersøkelse. Etter kartleggingsprosjektet var det mer skepsis blant sykepleierne for at hovedarbeidet/fokusområdet ble forskjøvet fra seksuelle overgrep mot vold i nære relasjoners mer sosialmedisinske områder. Sykepleierne opplevde i det kliniske arbeidet at pasientenes fokus ikke var rettet mot skadedokumentasjon/rettsmedisinsk undersøkelse, men andre emosjonelle og sosiale forhold. SO-mottaket hovedoppgave ved seksuelle overgrep har vært knyttet til rettsmedisinsk undersøkelse, og de opplevde et endret fag- og fokusområde.

Kommentar

En viktig faktor i arbeidet med seksuelle overgrep og rettsmedisinsk undersøkelse har vært at sykepleierne har selv ønsket å jobbe med dette fagområdet. I Vestfold har vi opplevd det som en avgjørende faktor i forhold til engasjement og kvalitet på utførelsen av arbeidet. Hvordan endring av fag- og fokusområdet ved utvidelse av tilbudet til å innlemme vold i nære relasjoner vil påvirke utøvelsen av arbeidet og rekruttering til SO-mottaket er ikke mulig å forutse ut fra dette kortvarige prosjektet.

11 Oppsummering

Pasienter som kom til SO-mottaket i Vestfold på grunn av fysisk og /eller psykisk vold fra partner/ eks-partner i prosjektperioden hadde behov for rettsmedisinsk skadedokumentasjon, tverrfaglige oppfølgingstilbud, farevurderings og trygghetsplanleggings tiltak. Dette er medisinskfaglig utfordrende oppgaver. Det tar tid å avdekke voldsomfang, dokumentere og etablere en relasjon som kan bidra til økt trygghet og avdekke videre hjelpebehov.

Implementering av vold i nære relasjoner i SO-mottaket i Vestfold vil medføre behov for økte ressurser i forhold til:

Økt bemanning

Innlemming av et utvidet tilbud ved vold i nære relasjoner vil mulighet for en betydelig økning i antall akuttsaker i SO-mottaket. Økt antall saker gir utfordringer i forhold til dagens beredskapsordning. Beredskapsordningen med en sykepleier gir en begrensning i forhold til at hun kun kan ivareta en utrykning av gangen. Det er også en begrensning hvor lenge (tidsmessig) en sykepleier kan stå i utrykning, ut fra dagens døgnberedskap. Ved bruk av personell i ordinær vakt ved legevakten vil behovet for lang tidsbruk i undersøkelsen kreve en generell økt bemanning.

Rekruttering: Med utgangspunkt i det potensielle store antall saker i Vestfold knyttet til vold i nære relasjoner vil også fagfeltet kunne forskyve seg fra seksuelle overgrep til en hovedtyngde på vold. Sykepleiernes arbeidsforhold vil kunne endres ved at arbeidet får endret fag- og fokusområde fra hovedfokus på rettsmedisin og seksuelle overgrep til mer sosialmedisinske problemstillinger knyttet til vold i nære relasjoner.

Kompetanseheving

Erfaringen viser et behov for minst 45 timer grunnleggende opplæring for SO-sykepleierne. Klinisk erfaring (mengdetrening) er en viktig faktor i kvalitetssikringen av det rettsmedisinske arbeidet. Ved siden av dette viser erfaringer med seksuelle overgrepssaker at systematisk kompetansehevingstiltak og veiledning over tid er helt nødvendig for å ivareta det utøvende helsepersonell.

Grunnleggende opplæring vil kreve sentrale og lokale ressurspersoner på fagfeltet. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin er ansvarlig for kompetanseutviklingstiltak. Det er imidlertid et begrenset tilbud både i antall kurs og kursplasser. Behovet for økt kompetanseutvikling lokalt vil medføre en økning av utgifter til opplæring og midler til veiledning må påregnes.

Oppfølging

Veilederen IS 1457 har krav om kompetanse og kvalitet til oppfølgingen som må sikres i den enkelte kommune. Kvalitetssikring av tiltakskjeden i kommunene og i spesialisthelsetjenesten vil måtte tilpasses den enkelte kommune. Erfaringene viser at det i en kommune er mange instanser involvert i hver enkelt sak og behovet for nær kunnskap om de ulike kommunens tiltak er viktig.

Det å sikre en forsvarlig oppfølging av hver sak vil dermed bli en utfordring for mottaket. Dette blant annet fordi mottaket er bygd opp rundt turnusordninger og vaktberedskap. Det vil dermed være behov for en styrkning av mottaket med personell som kan ivareta disse oppgavene.

Økonomiske ressurser

En utvidelse av mottaket vil som beskrevet medføre (betydelig) behov for økte økonomiske ressurser. Dette til økt bemanning, administrasjon og kompetanseheving. Økonomi har vært og er et gjennomgående tema i forhold til kommunene som deltar i det interkommunale samarbeidet. Kommunene er tydelige på at økte utgifter er vanskelig ut fra at kommunene har begrensede midler.

Organisering

Ut fra dagens organisering med hjemmeberedskapsvakter, vil en betydelig økning i antall utrykninger gi økt belastning på vaktene. Skille mellom hva som er best både organisatorisk og økonomisk av beredskapsvakter og tilstedeværelse må beregnes og vurderes. Det vil således kreve endringer rundt bemanning for å få til en forsvarlig håndtering av vold i nære relasjoner. Dagens organisering av SO-mottaket i Vestfold må endres for å kunne ivareta en implementering av vold i nære relasjoner.

12 Referanseliste

- 1.Eide AK. «Det beste må ikke bli det godes fiende!» En evaluering av overgrepsmottakene. NF-rapport nr. 11/2012. Bodø: Nordlandsforskning, 2012.
2. Overgrepsmottak : Veileder for helsetjenesten. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007.
- 3.Kapoor N, Justice Mo. Retten til et liv uten vold: menns vold mot kvinner i nære relasjoner: With summary in English. Oslo: Statens forvaltningstjeneste Informasjonsforvaltning, 2003.
- 4.Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det handler om å leve. Oslo: Det Kongelige Justis- og Beredskapsdepartement, 2013
- 5.Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002;359(9314):1331-6.
- 6.Eberhard-Gran M, Schei B, Eskild A. Somatic Symptoms and Diseases are more Common in Women Exposed to Violence. *J Gen Intern Med* 2007; 12: 1668-73.
- 7.Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.
- 8.Steen K, Hunskaar S. Violence in an urban community from the perspective of an accident and emergency department: a two-year prospective study. *Med Sci Monit* 2004; 2: CR75-9.
- 9.Senneseth M, Alsaker K, Natvig GK. Health-related quality of life and post-traumatic stress disorder symptoms in accident and emergency attenders suffering from psychosocial crises: a longitudinal study. *J Adv Nurs* 2012; 2: 402-13. Epub 2011/07/11.
- 10.Johnsen GE, Alsaker K, Hunskaar S. Overgrepsmottak i Norge 2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Uni Helse, Bergen, 2010.
- 11.Fra Ord til handling. Oslo: Justis- og politidepartementet, 2008.
- 12.Campbell R, Sprague HB, Cottrill S, Sullivan CM. Longitudinal research with sexual assault survivors: a methodological review. *J Interpers violence* 2011;3:433-61. Epub 2010/08/21.
- 13.Johnsen GE, Hunskaar S, Alsaker K, Nesvold H, Zachariassen SM. Beredskaps situasjonen ved norske overgrepsmottak 2011. Rapport nr. 3-2012. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2012.
- 14.Tolman RiM. The validation of the Psychological Maltreatment of Women Inventory. *Violence Vict*; 1999 1: 25-37.
- 15.Campbell JC, Webster DW, Glass N. The danger assessment: validation of a lethality risk assessment instrument for intimate partner femicide. *J Interpers violence* 2009; 4: 653-74.
- 16.Alsaker K, Kristoffersen K, Moen BE, Baste V. Threats and acts of intimate partner violence reported by users at Norwegian women's shelters. *J Interpers violence* 2011; 5: 950-70. Epub 2010/07/01.
- 17.Malterud K. Mishandlede kvinners skademønstre og livssituasjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1982; 102: 1787-90.
- 18.Jensen VL, Nielsen SL. Når vold er hverdag - en undersøkelse af mænds vold mot kvinner i nære relasjoner. VCF sosialt utsatte og LOKK, 2005.
- 19.Enander V, Holmberg C. Why does she leave? The leaving process(es) of battered women. *Health Care Women Int* 2008; 3: 200-26.
- 20.Merritt-Gray M, Wuest J. Counteracting abuse and breaking free: the process of leaving revealed through women's voices. *Health Care for Women International* 1995; 5: 399-412.

13 Vedlegg

1. Tilleggsjournal
2. Veiledning til tilleggsjournal
3. Evalueringsskjema
4. Farevurderingsskjema
5. Kartleggingsskjema, psykisk vold

**RETTSMEDISINSK PROTOKOLL FOR
UNDERSØKELSE AV PASIENTER SOM ANGIR
Å HA BLITT UTSATT FOR VOLD I NÆRE
RELASJONER**

JOURNALNUMMER:.....

ANMELDESESNUMMER:.....

Ankomst:

Sted:.....

Dato:.....

Klokkeslett:.....

Ledsaget av (navn, adresse/tlf, relasjon):.....

.....

.....

.....

Undersøkende lege (sign):.....

So-sykepleier (sign):.....

Pasient:

Navn:

Fødsels-/personnummer:Kjønn: M K

Adresse:.....

Poststed:.....

Telefon:.....

Fastlege:(navn, adr, tlf).....

.....

.....

Pårørende:.....

.....

.....

.....

.....

.....

Journalnummer:

MEDISINSKE OPPLYSNINGER (føres inn i Win Med hvis relevant):

Pulsfrekvens:.....
BT:.....
Høyde:.....angitt av pasienten <input type="checkbox"/>
Vekt:..... angitt av pasienten <input type="checkbox"/>
Gravid: Ja.....Nei.....
Siste menstruasjon:.....
Faste medikamenter:.....
Inntak av andre medikamenter:.....
Relevante helseopplysninger:.....
Annet:.....

Dokumentert av:	Sykepleier lege
-----------------	--------------------

Journalnummer:.....

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg,samtykker i at opplysninger i denne saken gis til følgende hjelpeinstanser:

- | | | |
|-----------------------|-----------|------------|
| | Ja | Nei |
| ▪ Psykolog | | |
| ▪ Helsesøster | | |
| ▪ Barnevern | | |
| ▪ Krisesenter | | |
| ▪ Familievernkontoret | | |
| ▪ Skole | | |
| ▪ Annet:..... | | |

Jeg samtykker i at epikrise/ journal sendes til min fastlege **Ja** **Nei**

Hvis ja: Kan SO sykepleier avtale legetime om 1 uke/ 2 uker
Hvis nei: NB! Behandlende lege må ikke sende epikrise elektronisk

Kan SO sykepleier ta kontakt med deg pr. tlf. påfølgende dag ?

Jeg samtykker til at bevismaterialet og kopi av denne journal ved anmeldelse utleveres til politiet og løser undersøkende lege og sykepleier fra taushetsplikten.

.....
(dato og sted) (underskrift)

Journalnummer:.....

Undersøktes forklaring (kortfattet gjengivelse)

Journalnummer:.....

ANGITTE VOLDSHANDLINGER (se eksempler på spørsmål side 4 i veilederen!)

Angi tidspunkt/periode

<p>Fysisk vold (slag, spark, lugging, kveldning, termisk skade...)</p> <p>Bruk eventuelt Farevurderingsskjema (Vedlegg)</p>	
<p>Psykisk vold (trusler, isolasjon/kontroll...)</p> <p>Bruk eventuelt avkrysnings skjema Psykisk vold (Vedlegg)</p>	

Seksuell vold	
Annen vold (materiell, æresvold, kjønnslemlestelse...)	
Vitne til vold/ er barn i fare ?	

Dokumentert av:

Sykepleier lege

Journalnummer.....

FAREVURDERING OG TRYGGHETSPLANLEGGING

Har pasienten:

Kontakt med politiet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>
Kontakt med barnevern?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>
Er krisesenter kontaktet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>
Behov for voldsalarm?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>
Telefonnummer til politi/krisesenter?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>
Er barna informert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>
Tenkt gjennom hvordan hun (han) og barna kan komme i sikkerhet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>
Pakket bag med nødnumre, id-kort, bankkort, kjørekort?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>
Etablert kode med venner/kjente?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>
Ekstra sett av bil og husnøkler?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>
Gjemt unna penger?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>
Naboer som kan ringe politi hvis volden starter?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>
Vet voldsutøver hvor pasienten er nå?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>
Fått informasjon om sikkerhetstiltak i hjemmet? Se side 5 i veileder	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>
Føler pasienten det trygt å reise hjem?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>
Ønsker pasienten å anmelde forholdet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>
Bor du sammen med voldsutøver?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>

Hva har pasienten gjort i lignende situasjoner tidligere (hvem, hva, hvor)?

Hvilken løsning kan være aktuell i denne situasjonen? Hvem kan pasienten kontakte, hvor kan pasienten dra, hva kan pasienten selv gjøre? Er det behov for ekstra sikkerhetstiltak i samarbeid med politi, barnevern eller krisesenter?

Annet:

Er situasjonen så alvorlig at opplysningsrett eller plikten til å varsle inntre?

Dokumentert av:

Sykepleier lege

Journalnummer:.....

PASIENTENS TILSTAND VED UNDERSØKELSEN

Følelsesmessig Tilstand:	Angitt av pasient	Observert lege	Observert spl
Sjokkpreget			
Fjern, vanskelig å få kontakt med			
Uvirkelighetsopplevelse			
Følelsesmessig kontroll			
Usammenhengende fremstilling			
Rastløs / urolig			
Gråteanfall			
Angst preget			
Traumegjenopplevelse			
Skvetten			
Aggressiv			
Husker lite / intet			
Suicidal			
Trett / sliten			
Deprimert			
Innskrenket oppfatningsevne			
Smittefrykt			
Mimikkfattig			
Panikk			
Redd for eget liv			
Skyldfølelse			

Kroppslige Stressfaktorer:	Angitt av pasient	Observert lege	Observert spl
Skjelvinger / Frysninger			
Blek			
Kaldsvette / svettetokter			
Kvelingsfornemmelse			
Pustevanskeligheter			
Hjertebank			
Svimmelhet			
Kvalme / brekninger			
Magesmerter			
Tegn på rus			
Lukt			
Snøvlete tale og sløv			
Oppgiret, "høy"			
Samtale vanskelig			
Ustø gange			

Journalnummer:.....

FUNN NR 1		Skisse nr:	Foto nr:
Lokalisasjon:			
			Bokstav /nr
Beskrivelse:			
Vurdering:			
Behandling:			

Dokumentert av:	Sykepleier lege
-----------------	--------------------

Journalnummer:.....

FUNN NR 2		Skisse nr:	Foto nr:
Lokalisasjon:			
			Bokstav /nr
Beskrivelse:			
Vurdering:			
Behandling:			

Dokumentert av:	Sykepleier lege
-----------------	--------------------

Journalnummer:.....

FUNN NR 3		Skisse nr:	Foto nr:
Lokalisasjon:			
			Bokstav /nr
Beskrivelse:			
Vurdering:			
Behandling:			

Dokumentert av:	Sykepleier lege
-----------------	--------------------

Journalnummer:.....

FUNN NR 4		Skisse nr:	Foto nr:
Lokalisasjon:			
			Bokstav /nr
Beskrivelse:			
Vurdering:			
Behandling:			

Dokumentert av:	Sykepleier lege
-----------------	-------------------

Journalnummer:.....

FUNN NR 5		Skisse nr:	Foto nr:
Lokalisasjon:			
			Bokstav /nr
Beskrivelse:			
Vurdering:			
Behandling:			

Dokumentert av:	Sykepleier lege
-----------------	-------------------

Journalnummer:.....

FUNN NR 6		Skisse nr:	Foto nr:
Lokalisasjon:			
			Bokstav /nr
Beskrivelse:			
Vurdering:			
Behandling:			

Dokumentert av:	Sykepleier lege
-----------------	--------------------

Journalnummer:.....

FUNN NR 7		Skisse nr:	Foto nr:
Lokalisasjon:			
			Bokstav /nr
Beskrivelse:			
Vurdering:			
Behandling:			

Dokumentert av:	Sykepleier lege
-----------------	--------------------

Journalnummer:.....

FUNN NR 8		Skisse nr:	Foto nr:
Lokalisasjon:			
			Bokstav /nr
Beskrivelse:			
Vurdering:			
Behandling:			

Dokumentert av:	Sykepleier lege
-----------------	--------------------

Journalnummer:.....

FUNN NR 9		Skisse nr:	Foto nr:
Lokalisasjon:			
			Bokstav /nr
Beskrivelse:			
Vurdering:			
Behandling:			

Dokumentert av:	Sykepleier lege
-----------------	-------------------

Journalnummer:.....

FUNN NR 10		Skisse nr:	Foto nr:
Lokalisasjon:			
			Bokstav /nr
Beskrivelse:			
Vurdering:			
Behandling:			

Dokumentert av:	Sykepleier lege
-----------------	--------------------

Journalnummer:.....

FUNN NR 11		Skisse nr:	Foto nr:
Lokalisasjon:			
			Bokstav /nr
Beskrivelse:			
Vurdering:			
Behandling:			

Dokumentert av:	Sykepleier lege
-----------------	-------------------

Journalnummer:.....

FUNN NR 12		Skisse nr:	Foto nr:
Lokalisasjon:			
			Bokstav /nr
Beskrivelse:			
Vurdering:			
Behandling:			

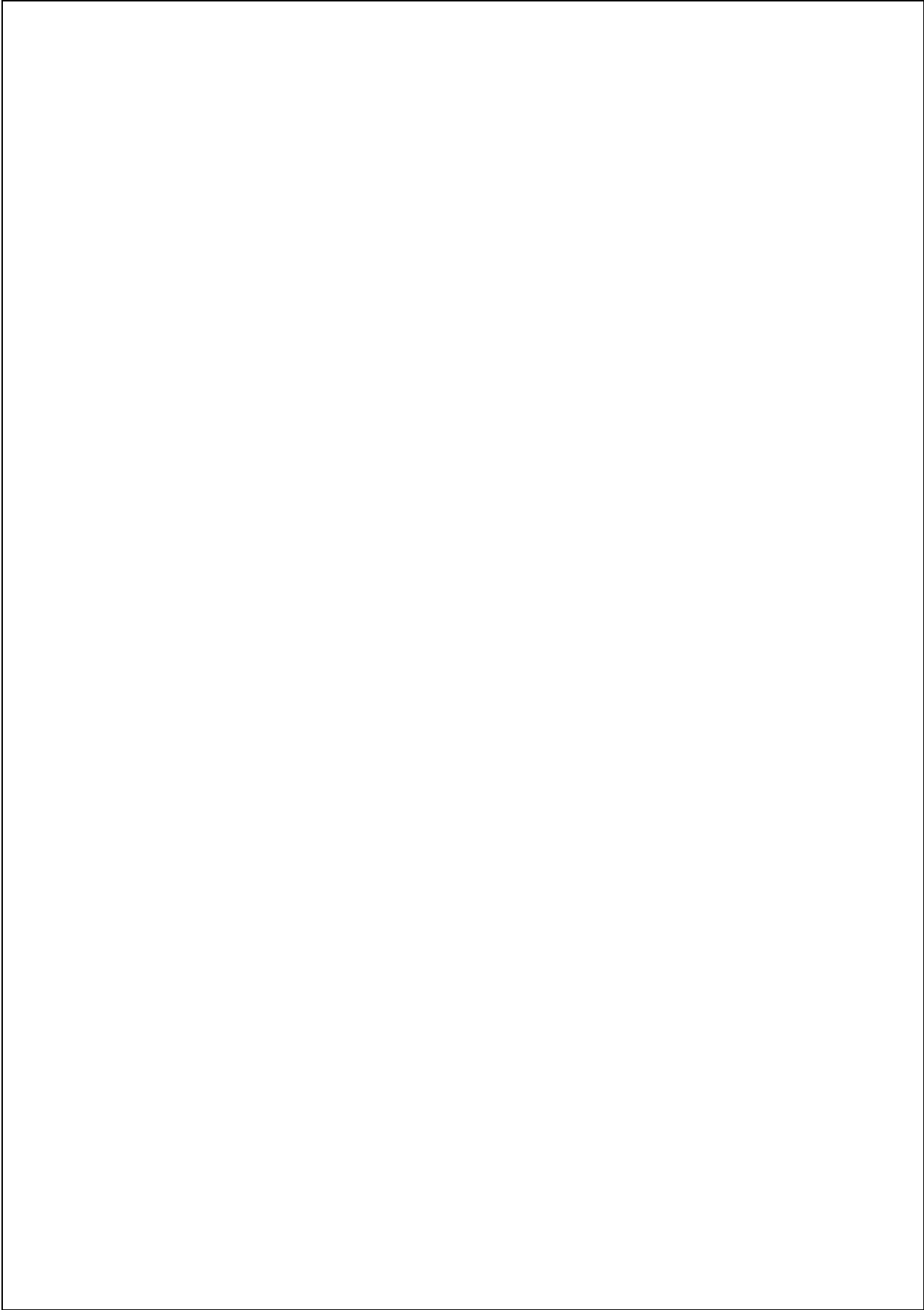
Dokumentert av:	Sykepleier lege
-----------------	-------------------

DEL II

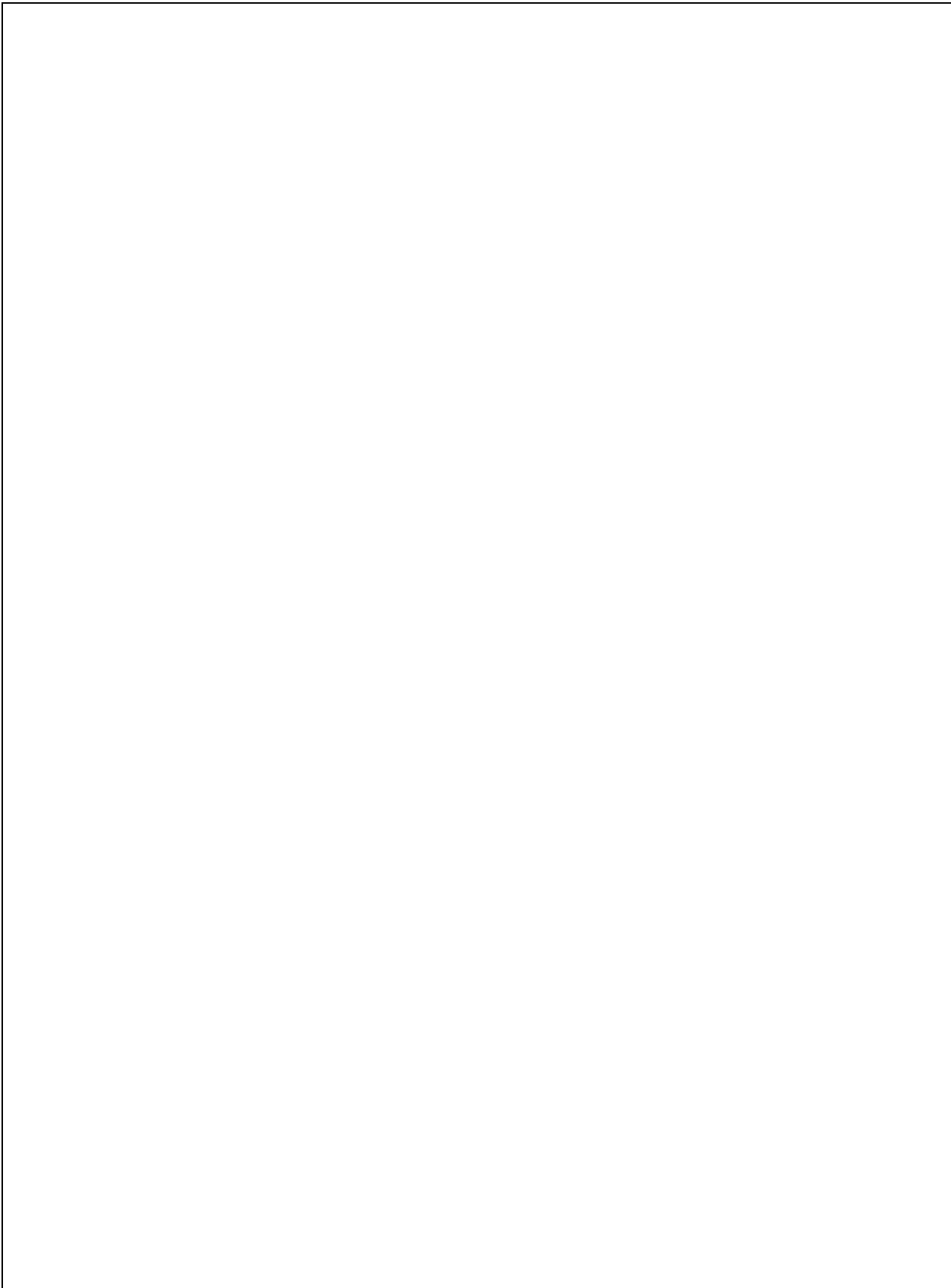
Journalnummer:.....

Sykepleiernotater ved innkomst

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying most of the page. It is intended for handwritten notes or typed text related to the patient's admission.



Journalnummer:.....



Journalnummer:.....

OPPFØLGINGSLOGG

Kontaktet: (Instanser, navn på kontaktperson, tlf, adresse)	
Avtale:	
Kontaktlogg: (Kommunikasjon videre etter 1. kontakt/avtale)	

Kontaktet: (Instanser, navn på kontaktperson, tlf, adresse)	
Avtale:	
Kontaktlogg: (Kommunikasjon videre etter 1. kontakt/avtale)	

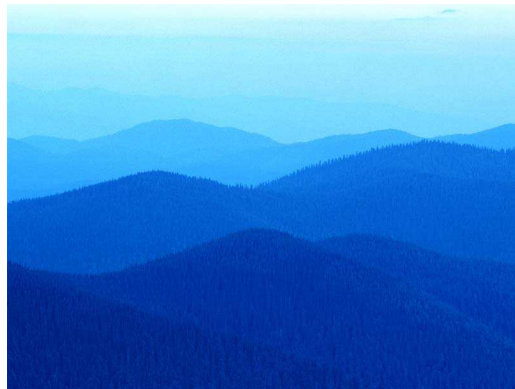
Journalnummer:.....

OPPFØLGINGSLOGG

Kontaktet: (Instanser, navn på kontaktperson, tlf, adresse)	
Avtale:	
Kontaktlogg: (Kommunikasjon videre etter 1. kontakt/avtale)	

Kontaktet: (Instanser, navn på kontaktperson, tlf, adresse)	
Avtale:	
Kontaktlogg: (Kommunikasjon videre etter 1. kontakt/avtale)	

**Veileder for
Vold i nære relasjoner
Prosjekt Sandefjord kommune 2010-2011**



VEILEDNING FOR UTFYLNING AV JOURNALEN

Journalen gjelder for pasienter utsatt for vold i nære relasjoner i Sandefjord kommune. Den fylles ut etter ønske fra pasienten eller på mandat fra politiet. Eventuelle mandat bør foreligge skriftlig og det må komme tydelig frem hva mandatet innebærer og hvem som bestiller oppdraget.

Journalen fylles ut av lege og sykepleier.

Sykepleier tar imot pasienten og registrerer personlige og medisinske opplysninger. Videre dokumenteres pasientens forklaring. Sykepleier gir legen en sammenfatning av hendelsesforløpet.

Det skal dokumenteres hva slags type vold som er utøvd og omfanget av denne.

Ulike former for vold:

- Fysisk vold
- Psykisk vold
- Seksuell vold
- Materiell vold
- Latent vold
- Æresrelatert vold
- Tvangsekteskap/omskjæring
- Vitne til vold

Undersøkelsen av pasienten journalføres i Win med, samt i Voldsprotokollen. Alle meldinger som sendes barnevernet skal dokumenteres i legevaktens journalsystem (Win med).

Når en person utsettes for vold kan offeret påføres alvorlige psykiske og fysiske skader. Utvis stor omsorg og imøtekommenhet.

Ta hensyn til pasientens eget ønske og behov. Hvis barn er med, sørg for at disse blir ivarettatt mens du snakker med mor/far. Husk at barn trenger spesiell oppfølging. Her må vi tenke på om pasienten kan undersøkes på legevakt eller om barnet bør innlegges på barneavdeling.

Der hvor det forligger fare for bevisforspillelse på åsted eller mulighet for at eventuell gjerningsmann slipper unna, må det avklares om pasienten ønsker anmeldelse eller ikke. Dette må gjøres tidlig i undersøkelsen. Politiet kontaktes da så raskt som mulig. Undersøkelsen kan vente ved behov for et kort avhør.

Lag noen navnelapper før du begynner undersøkelsen.

Ved prøvetaking skal etiketten skal ha navn, fødselsdato og journalnummer og sted der prøven er tatt.

Ved spørsmål om neddoping må prøvene til rettstoksisk tas i starten av undersøkelsen.

Husk å signere alle dokumenterte sider i journalen.

DEL 1

Forside

- Journalnummer: Ditt eget nummer først og videre sakens nummer.
Eks: 01-13 (du har nummer 01, din sak nummer 13).
- Anmeldelsesnummer: Fås hos politi ved eventuell anmeldelse.

Side 2-3

- Fylles ut så detaljert som mulig.
- Viktig å dokumentere *alle* kontakter som allerede er involvert. Noter også navn og telefonnummer til kontaktene hvis mulig.
- Nettverk/utvidet kontaktinformasjon: viktig med tanke på kartlegging av trygghetsplanlegging. Navn, adresse og tlf nummer.

Eks: familie, venner, naboer, andre tillitspersoner, arbeidssted.

Side 4

- Medisinske opplysninger skal journalføres både i Voldsprotokollen og i Win Med
- **Relevante helseopplysninger:** Voldsutsatte har ofte fysiske helseproblem – jo mer vold- jo mer av disse problem: underlivsproblemer og kroniske bekkensmerter. Magesmerter, rygg- og brystmerter, hodepine, kortpustenhet, søvnproblemer, tretthet. Høyt blodtrykk, fibromyalgi, migrene, diabetes, kreft, hyperthyroidisme, urinveisinfeksjoner, cardiovasculære sykdommer, mage- og tarmsykdommer.

Andre viktige opplysninger kan være depresjon og angst, suicidal atferd, lav livskvalitet, rusproblematikk og post traumatisk stress syndrom (PTSD).

Betydelig høyere forbruk av smertestillende, sovetabletter, medisiner mot depresjon, samt beroligende medisiner.
- Helseproblemer relatert til graviditet kan gi lav fødselsvekt, blødninger, anemi, for tidlig fødsel, økt risiko for fosterdød og dødfødsel og svangerskapsdepresjon.

→ Spør konkret etter fysiske symptomer.

Side 5

Samtykkeerklæring

Vurder om denne kan fylles ut tidlig i forløpet eller om det er mer naturlig å ta opp det mot slutten av undersøkelsen.

- Samtykke til helsehjelp skal være frivillig.
- Om pasienten er under 16 år, må det tas stilling til om de som har forelderansvaret kan samtykke til helsehjelp på vegne av barnet. Er det mistanke om at barnet utsettes for vold av foreldrene må det vurderes om det bør oppnevnes setteverge for barnet og om det foreligger grunn for å kontakte barnevernet.
- Vedrørende varsling til barnevernet gjelder barn opp til 18 år.
- Avklar med pasienten om samtykke til utlevering av opplysninger gjelder alle instanser (politi, psykiatri, fastlege osv) og om samtykke gjelder hele journalen.

Side 6

- Viktig å etablere kontakt før samtalen. I noen saker bør vi kanskje si at vi orker å høre det du har å fortelle. Informer om at spørsmål vi stiller kan være veldig direkte og personlige, dette for å belyse saken.
- Bruk en åpen tilnærming ”kan du fortelle meg...”. I protokollen skrives et kort resymé slik du har oppfattet det, i Del II s. 16-17 skrives nærmere ordrett hva pasienten sier, noter også ned dine spørsmål.

Dokumenter alt!

Side 7-8

Å spørre om vold kan være vanskelig, men det kan også være vanskelig å svare på spørsmål om vold. I stedet for å spørre kvinnene direkte om vold, bør man spørre dem om ulike typer atferd.

På side 6 og 7 skal det dokumenteres hva slags vold pasienten er utsatt for, SPØR pasienten! Når skjer volden? Hvor ofte skjer det? Bruk kalenderen til å hjelpe kvinnen. Dette kan oppleves ubehagelig fordi det er av ”privat” karakter og for pasienten ofte er forbundet med skam. Ved å spørre får pasienten mulighet til å gjøre det skjulte synlig. Angi tidspunkt og varighet på mishandlingen.

Se vedlegg bakerst i journalen, bruk disse skjemaene hvis nødvendig:

Farevurdering - her skal pasienten selv fylle ut og vurderer sin egen situasjon.

Psykisk vold avkryssningsskjema – her skal pasienten fylle ut selv og vurdere sin egen situasjon.

IKKE BRUK ORDET VOLD TIL PASIENTEN, BRUK BESKRIVELSER AV HENDELSENE TIL Å FÅ FRAM OMFANGET.

Eksempler på spørsmålsformuleringer: Vurder selv hvilke spørsmål det er aktuelt å stille i din RV sak.

Fysisk vold (slag, spark, lugging, bitt, kvelertak, holding, vri armen, ørefik):

Blir du slått? Lugget?

Holdt nede?

Har du blitt brent?

Dratt i håret?

Har du blitt dyttet?

Føler du frykt i forhold til hva som kan komme til å skje med deg?

Psykisk vold (trusler, trakassering, ydmykende atferd, kontrollerende/dominerende atferd, sjalusi, isolering)

Blir du ydmyket eller latterliggjort?

Blir du stadig fortalt at du er lite verd?

Blir du truet?

Føler du deg redd?

Føler du deg krenket?

Har den du bor sammen med vanskelig for å kontrollere aggresjon?

Er du redd for partneren din, barna dine eller andre i din nærhet?

Blir din ektefelle ofte sinna og oppfarende?

Lever du med strenge regler over hva som er lov og ikke lov, for eksempel når dere spiser eller gjør ting sammen?

Seksuell vold (seksuell trakassering, voldtekt, incest):

Blir du tvunget til seksuelle handlinger når du ikke ønsker det? Oral, anal, vaginal?

Tvunget til å se pornografiske bilder/filmer?

NB! Studier viser at gravide har en større risiko for å bli utsatt for ekstrem vold.

Annen vold (går på nåler, er på vakt, venter på volden, knuse/kaste ting, slå i vegg/dør, æresvold, tvangsekteskap):

Blir ting kastet/knust?

Blir du utsatt for kontroll, for eksempel manglende rett til å disponere egne penger, til å ha kontakt med venner og familie.

Vitne til vold:

Har barna dine kontakt med besteforeldre? Evt. hvem/hva hindrer dem i kontakten?

Er du redd for at barna dine kan bli skadet?

Er barnet ditt trygt?

Hva gjør barnet ditt trygt? Utrygt?

Hvor er barna når det oppstår konflikter i hjemmet? Tilstede, på rommet sitt, på skolen?

Side 9-10

Farevurdering og trygghetsplanlegging

I akuttfasen er hovedfokuset å *sike/ trygge kvinnen mot nye overgrep og å skape en god relasjon*, mer enn å finne varige løsninger på de ulike problemene situasjonen omfatter.

Det er i de nærmeste dagene etter en voldshendelse at risikoen for ny voldshendelse er størst. Hvis samlivsbrudd; bruddfasen er den mest farlige tiden. Den utsatte trenger informasjon om farlighet. Jo flere ganger en er blitt truet med å bli drept, jo større er den relative risiko for å bli utsatt for alvorlig vold.

Gå gjennom skjema på side 8 med pasienten, kryss av. Ut fra opplysningene som fremkommer må man gjøre en vurdering av pasientens sikkerhet og risiko. Legen, sykepleieren og pasienten, eventuelt i samarbeid med politiet, må sammen vurdere om det er trygt å reise hjem eller om det er behov for videre sikkerhetstiltak. Disse tiltakene kan være å kontakte kritesenter, barnevern eller andre (se liste side 11)

Barnevernet og politi skal alltid varsles hvis det er mistanke om at barn er utsatt for vold.

Sikkerhet for pasienten på undersøkelsesstedet og ved hjemreise/avreise:

Er pasienten truet under undersøkelsen bør det vurderes om politi skal kontaktes. Viktig med fokus på sikkerhet både for pasienten og personalet.

Sikkerhetstiltak/-plan i hjemmet:

Gjennomgang av egenrutiner, omlegging av rutiner i hverdagen. Tiltakene bør i størst mulig grad være rettet mot voldsutøveren.

Eksempler kan være:

- Ikke stå øverst i trappen når voldsbruk diskuteres.
- Ikke ta opp temaet i alkoholpåvirket tilstand.
- Ha noen tilstede når temaet tas opp.
- Ikke åpne låst ytterdør uten å sjekke hvem som kommer.

Trygghetsplanlegging

- Hva har pasienten gjort i lignende situasjoner? Hvem oppsøkte hun, hvor gikk hun, fungerte det? Hvorfor gikk hun tilbake?
- Hvilken løsning kan være aktuell i denne situasjonen?
- Hvem kan vi kontakte, hva kan hun selv gjøre, hvor kan hun dra

Meldeplikt Når skal man bryte taushetsplikten?

Dette avsnittet omhandler regler som er mest aktuelle knyttet til vold i nære relasjoner.

Helsepersonell har *plikt* til å bryte taushetsplikten ved tre forhold:

1. Helsepersonellovens § 33 sier at helsepersonell har plikt til å varsle barnevernstjenesten hvis det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt. At barnet er vitne til vold inngår også i dette. Det er viktig å legge merke til formuleringen: ”har grunn til å tro”. Du trenger altså ikke ha noe sikkert bevis for å melde.
2. Helsepersonellovens § 31 sier at helsepersonell har plikt til å varsle nødetater (politi, brannvesen) dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom. Denne lovregelen er knyttet til nødretten og skal beskytte liv og helse (og store materielle verdier). Denne regelen gjelder for eksempel hvis man skal avverge en akutt situasjon der det er umiddelbar fare for at en person vil bli utsatt for livstruende mishandling.
3. Helsepersonellovens § 32 sier at helsepersonell har plikt til å varsle sosialtjenesten når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade. Her kan man eventuelt søke veiledning fra medisinsk personell for å avklare faren for fosterskade.

Helsepersonell skal etter helsepersonellovens § 23 *vurdere* om man skal bryte taushetsplikten ved to forhold:

1. Når mishandling eller overgrep ennå ikke har skjedd, men helsepersonell mener det er risiko for at overgrep vil skje. Det må dreie seg om en truende fare, men det er ikke grunn til å tro at det er så alvorlig at informasjonsplikten etter § 31 gjelder (se over). Dette er en vanskelig vurdering, og som oftest bør man arbeide intenst for å få samtykke fra den som trues av mishandling til å varsle.
2. Når det er grunn til å tro at helsepersonellens sikkerhet er truet.

Side 11

Pasientens tilstand ved undersøkelsen

- Her skal vi skrive ja eller nei. Hvis det tilkommer noe som ikke står på skjema, fyll ut ledige linjer. Legen skal her skrive ja /nei på det han/hun observerer, vi dokumentere **kun** det vi selv kan stå for. Legen må signere selv på det han/hun har observert.

Side 12

FYSISK UNDERSØKELSE, SKADEDOKUMENTASJON OG SPORSIKRINGSFUNN

Fysisk undersøkelse (skader, merker, flekker på kropp etc.)

- Se etter ømhet, rødme, hevelse, flekker, merker og skader på hud, brukkne negler etc.
- Ved anamnese om kvelertak, se på slimhinner i øyne / munn samt kinn og ved ørene etter punktblødninger.
- Ved anamnese om lugging, gre håret for løse hår, se etter hårtap og ømhet i hodebunnen.
- Hvert funn nummereres, lokaliseres, beskrives (stikkord + angi størrelse) på egne skisser, samt fotograferes. Den praktiske gjennomføringen skjer i samarbeid med sykepleier.

Skader skal beskrives og vurderes i journalen. (Bruk norske ord i beskrivelse og konklusjon):

Eksempler på ord ved beskrivelser:

Rødme i huden (rubor)

Punktblødninger (petecchier)

Flateformet bloduttredelse (ecchymose) beskriv misfarging, form og størrelse

Svulstformet bloduttredelse (hematom)

Væskeansamling (ødem)

Blemme (bulla)

Knusningsskade (kontusjon)

Overflate/ slimhinnesar (erosjon)

Hudavskraping (ekskoriasjon)

Rift (lacerasjon)

Brist (ruptur)

Dødt vev (nekrose)

Etter beskrivelsen, gi en vurdering om skaden *kan* være forenlig med:

Stump vold (trykkmerker, hudavskraping, vevsknusing, rift etc.).

Skarp vold (stikksår, skjæresår, huggsår. Disse sårene har skarpe kanter og jevn bunn i motsetning til rifter).

Termisk skade (forfrysning, forbrenning).

Obs! Sjekk hele kroppen, dokumenter at alt er undersøkt

Skadedokumentasjon

Fotografering: Skriv på hvilket nummer bildet har på hver enkel skadedokumentasjon.

Fotografer alle skader og merker/flekker av betydning.

Ved skadedokumentasjonen: Hjelp legen med å se alle merker. Ikke blottlegg pasienten mer en nødvendig. Ha lav toleransegrense/terskel for innleggelse i sykehus.

Hode: Ved kraftig slag eller støt mot hodet, vurder mulighet for hjernerystelse og komplikasjoner. Ved hodeskade med bevissthetstap undersøkes og observeres som ved hjernerystelse. Påse nødvendig observasjon etter undersøkelsen. Undersøk hals og hode på punktblødninger og andre funn som kan relateres til halsgrep. Små barn bør henvises til barneavdeling og øyebunnsundersøkelse hos spesialist dersom man mistenker «shaken baby syndrome».

Hår, hårfeste Løsrevet hår, hårtynne områder, fremmedmateriale, hevelser, hudmisfarginger, **og hodebunn:** punktblødninger, sårskader, ømhet (distinkt, avgrenset eller diffus).

Ansikt: Punktblødninger, hevelser, hudmisfarginger.

Øyne: Pupillestørrelse og -reaksjon, bevegelighet av øyeeplene, kartegninger eller punktblødninger i øyets bindehinner (conjunctivae). Vær oppmerksom på mulig bruddskade (skallebasisfraktur) ved bloduttredelse rundt øye. Uttalte blødninger i øynene tilsier observasjon mht. netthinneblødning.

Ører: Hudmisfarging, hevelse, punktblødninger på og bak øremuslingene. Tegn på utriving av ørepynt. Blødning fra øregangsåpningene. Punktblødninger på trommehinnene. Etter slag med flat hånd mot øret bør pasienten henvises for hørselskontroll (audiometri) i oppfølgingsperioden.

Munn: Hevelse, misfarging, punktblødninger på leppene og leppenes innside, kinnslimhinnen og i ganen. Bristninger i munnvikene. Tannstatus med ferske eller eldre tannskader.

Hals: Hudmisfarginger, skrapesår, punktblødninger, merker forenlig med fingergrep eller stramming av tekstil eller halskjede. Bitt- eller sugemerker. Vedvarende puste- eller svelgvansker og heshet eller svak stemme. Observasjon mht. larynxødem første 12 timer etter hardt halsgrep med puste- eller svelgvansker, og ev. utredning av skade i strupehodeskjelett og tungebein.

Rygg: Hudmisfarginger, skrapesår, mønstrede trykkmerker etter underlag.

Bryst og mage: Bitt- og sugemerker, skrapesår, hudmisfarginger. Inntørket tilsøling på huden. Vær oppmerksom på mulige skader på indre organer.

Over- og**Under**

Hudmisfarginger, hevelser, overhudsavskrapninger. Merker forenlig med: eller omsnøring, bloduttredelser. Ferske eller eldre stikkmerker. Tegn til brudd eller forstuvninger. Neglene (ekte og pålimte): den frie kantens lengde, ferske negleskader, fremmedmateriale under neglekanten. Lårenes øvre indre del skades vanligvis ikke ved normal lek, sport og arbeid. Fremmedmateriale og tilsøling, også fotsålene. Skader på tåneglene.

Skisser til å tegne inn/skravere skader er lagt ved etter journalark FUNN 1,2...osv. Disse er ikke sidenummeret i samsvar med resten av journalen. Bruk benevning skisse 1, 2....osv.

DEL II

Side 25-27

Sykepleiernotater ved innkomst

Skriv ned nærmest ordrett hva pasienten sier. Hvis du må spørre, skriv ”på spørsmål om...” før svaret. Viktig at du her går i detaljer om hendelsesforløpet i forhold til funn av skader og med tanke på en senere rettssak. Denne delen skal ikke utleveres til politiet ved anmeldelse av saken, men oppvares i journalarkiv på legevakten sammen med kopi av protokollen.

Side 28-29

Oppfølgingslogg

Her skrives en forløpende logg for hvem som er kontaktet i forbindelse med saken. Dette kan være andre offentlige instanser, men også pårørende, bekjente eller andre (ta eventuelt utgangspunkt i nettverkskartleggingen som er gjort). Skriv ned hva som er avtalt, både med tanke på den akutte situasjonen og tiden videre.

INSTANSER Å KONTAKTE VED BEHOV FOR VIDERE OPPFØLGING

Krisesenteret Tlf: 33359191

Politi Tlf 02800

Barnevernvakta Tlf: 33310203 (ettermiddag, natt, helg)

Barnevern Tlf: 33416530 (dagtid)

Sandefjord kommune Tlf: 334 16000

Sosialmedisinsk senter/ Kommunens psykiatritjeneste Tlf: 33415150

ATV Tlf: 90751814/90703099

Familievern kontoret (Kjelleveien 21, 3125 Tønsberg), Tlf: 46618180

Kirkens familievernkontor i Sandefjord Tlf: 33482250

Helsestasjon/helsesøster

Familiesenter

Voldsoffererstatning

NAV

Vedlegg 1: Farevurderingsskjema

Vedlegg 2: Skjema angående Psykisk vold

EVALUERING VOLDSPROSJEKT SANDEFJORD KOMMUNE

RV-sak:.....

So-sykepleier:.....

Lege:.....

<p>Hvem varsler SO-team om sak?</p>	<p>Legevakt Fastlege Politi Annet.....</p>
<p>Tid fra varsling til oppmøte legevakt av So-sykepleier:</p>	<p>Varslet kl: Ankom legevakt kl:</p>
<p>Pasienten</p>	<p>Kvinne Mann Alder.....</p>
<p>Vold utført av hvem (relasjon til offeret):</p>	<p>..... </p>
<p>Type vold (sett kryss):</p>	<p>Fysisk vold:..... Psykisk vold:..... Seksuell vold:..... Vitne til vold:..... Annen vold:.....</p>
<p>Varighet av volden; tidspunkt, eventuelt periode (dager, år?)</p>	<p>Varighet:</p>
<p>Antall barn under 18 år involvert:</p>	<p>Antall:.....</p>

Tidsbruk på de ulike delene av undersøkelsen (angitt i minutter)	Innkomsamtale: So-spl Lege Samtalen om volden: So-spl.....Lege Skadedokumentasjon: So-spl.....Lege Trygghetsplanlegging: So-spl.....Lege Skadebehandling: So-spl..... Lege..... Hele undersøkelsen: So-spl.....Lege..... Etterarbeid: So-spl.....Lege..... Reisetid:.....
Instanser kontaktet i akuttfasen	Politi Ja..... Nei..... Antall tlf.....Tidsbruk..... Fastlege Ja..... Nei..... Antall tlf.....Tidsbruk..... Barnevern Ja..... Nei..... Antall tlf.....Tidsbruk..... Krisesenter Ja..... Nei..... Antall tlf.....Tidsbruk..... Annet: Ja..... Nei..... Antall tlf.....Tidsbruk.....
Var det behov for assistanse av personalet på legevakten?	Ja Nei Hvis ja; med hva:..... Tid brukt av legevaktspersonalet:.....
Var politiet tilstede?	Ja Nei Hvorfor?.....
Var barnevern/-vakten tilstede?	Ja Nei Hvorfor?.....
Anmeldes saken	Ja Nei
Hvor drar pasienten etter undersøkelsen?	Hjem..... Familie/venner..... Krisesenter..... Annet.....
Instanser kontaktet i oppfølgingsfasen (se side 9 i veilederen)	Hvem:..... Antall tlf:..... Tidsbruk:..... Hvem:..... Antall tlf:..... Tidsbruk:.....

	<p>Hvem:..... Antall tlf:..... Tidsbruk:.....</p> <p>Hvem:..... Antall tlf:..... Tidsbruk:.....</p>
--	---

Annet:

FAREVURDERING Jacquelyn C. Campbell, PhD, RN, FAAN

Copyright 2004 Johns Hopkins University, School of Nursing

Oversatt til norsk ved Nklm av Kjersti Alsaker, www.legevaktmedisin.no

Flere risikofaktorer er blitt assosiert med økt risiko for drap (mord) av kvinner og menn i voldelige parforhold. Vi kan ikke forutse hva som vil skje i ditt tilfelle, men vi vil at du skal være klar over faren for drap i situasjoner med mishandling, og få deg til å se hvor mange risikofaktorer som kan gjelde for din situasjon.

Bruk kalenderen og kryss av datoene (kan være omtrentlige) da du i løpet av det siste året ble mishandlet av partneren eller ekspartneren din. For hver dato fører du opp hvor alvorlig hendelsen var i henhold til følgende skala:

1. Slag (med håndflate), dytting; ingen skader og/eller vedvarende smerte
2. Slag (med knytteneve), spark; blåmerker, kutt og/eller vedvarende smerte
3. Bank, juling; alvorlige kvestelser, forbrenninger, brekte ben
4. Trussel om våpenbruk; hodeskade, indre skade, permanent skade, spontanabort, kvaling
5. Bruk av våpen; skader påført med våpen

(Hvis noen av beskrivelsene for de høyere numrene passer, bruk det høyere nummeret.)

Kryss av for **Ja** eller **Nei** for hvert av spørsmålene nedenfor.

("Han" referer til mannen din, partneren din, eksmannen din, ekspartneren din eller vedkommende som for øyeblikket påfører deg fysisk smerte.)

Ja **Nei**

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. | Har den fysiske volden økt i alvorlighetsgrad eller hyppighet det siste året? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. | Eier han et skytevåpen? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. | Har du gått fra ham etter å ha bodd med ham det siste året?
-Hvis du aldri har bodd med ham, sett et kryss her: ____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. | Er han arbeidsledig? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. | Har han noen gang brukt et våpen mot deg eller truet deg med et dødelig våpen?
-Hvis svaret er ja, var våpenet et skytevåpen? ____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. | Truer han med å drepe deg? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. | Har han unngått å bli arrestert for vold i hjemmet? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. | Har du et barn som ikke er hans? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. | Har han noen gang tvunget deg til å ha sex når du ikke har ønsket det? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. | Prøver han noen gang å kvele deg? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. | Bruker han illegale rusmidler? (Med rusmidler mener jeg stimulerende midler, eller amfetamin, metamfetamin, "speed", "englestøv", kokain, "crack", gatenarkotika eller blandings-rusmidler.) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. | Er han alkoholiker eller har han et problematisk alkoholforbruk? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. | Kontrollerer han de fleste eller alle dine daglige aktivitetene?
(For eksempel: Forteller han deg hvem du kan være venner med, når du får se familien din, hvor mye penger du kan bruke, eller når du kan bruke bilen?)
-Hvis han forsøker, men du ikke føyer ham, sett et kryss her: ____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. | Er han voldelig og konstant sjalu?(Sier han for eksempel "Hvis ikke jeg kan få deg, kan ingen.") |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. | Ble du noen gang slått da du var gravid?
-Hvis du aldri har vært gravid med hans barn, sett et kryss her: ____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. | Har han noen gang truet med eller forsøkt å begå selvmord? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. | Truer han med å skade barna dine? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. | Tror du han er i stand til å drepe deg? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. | Følger han etter deg eller spionerer på deg, legger han igjen truende lapper eller beskjeder på telefonsvareren din, ødelegger han eiendeler som tilhører deg, eller ringer han deg når du ikke vil at han skal gjøre det? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. | Har du noen gang truet med eller forsøkt å begå selvmord? |

Totalt antall Ja-svar

Takk skal du ha! Snakk med sykepleieren, legen, eller politi om hvilken betydning farevurderingen har i din situasjon.

2011

JANUAR						
M	T	O	T	F	L	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

FEBRUAR						
M	T	O	T	F	L	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28						

MARS						
M	T	O	T	F	L	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

APRIL						
M	T	O	T	F	L	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

MAI						
M	T	O	T	F	L	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

JUNI						
M	T	O	T	F	L	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

JULI						
M	T	O	T	F	L	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

AUGUST						
M	T	O	T	F	L	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

SEPTEMBER						
M	T	O	T	F	L	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

OKTOBER						
M	T	O	T	F	L	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

NOVEMBER						
M	T	O	T	F	L	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

DESEMBER						
M	T	O	T	F	L	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

INSTRUKSJON:

Bruk kalenderen og kryss av datoene (kan være omtrentlige) da du i løpet av det siste året ble mishandlet av partneren eller ekspartneren din. For hver dato fører du opp hvor alvorlig hendelsen var i henhold til følgende skala:

1. Slag (med håndflate), dytting; ingen skader og/eller vedvarende smerte
2. Slag (med knytteneve), spark; blåmerker, kutt og/eller vedvarende smerte
3. Bank, juling; alvorlige kvestelser, forbrenninger, brekte ben
4. Trussel om våpenbruk; hodeskade, indre skade, permanent skade, spontanabort, kveling
5. Bruk av våpen; skader påført med våpen

(Hvis noen av beskrivelsene for de høyere numrene passer, bruk det høyere nummeret.)

13. Psykisk vold (basert på R. Tolman's Psychological Maltreatment of Women Inventory- den korte versjonen)

Disse spørsmål beskriver handlinger som du kan ha opplevd i forholdet til din partner/ekspartner. Svar på hvert spørsmål så godt som du kan ved å sette kryss i den ruten som beskriver det du har opplevd:

Nr	SPØRSMÅL	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Svært ofte
1	Partneren min har kalt meg stygge ting					
2	Partneren min bannet til meg					
3	Partneren min hylte og skrek til meg					
4	Partneren min behandlet meg mindreverdig					
5	Partneren min passet på tiden min og forlangte å vite hvor jeg var					
6	Partneren min brukte våre penger eller tok viktige økonomiske beslutninger uten å snakke med meg om det					
7	Partneren min var sjalu og mistenksom overfor vennene mine					
8	Partneren min anklaget meg for å være utro					
9	Partneren min blandet seg opp i mitt forhold til andre familiemedlemmer					
10	Partneren min forsøkte å få meg fra å gjøre ting som kunne hjelpe meg					
11	Partneren min begrenset min bruk av telefonen					
12	Partneren min sa at mine følelser var irrasjonelle og sprø					
13	Partneren min klandret meg for sine problemer					
14	Partneren min forsøkte å få meg til å føle at jeg var sprø					