

# Overgrepsmottak 2017

## Status etter spesialisthelsetjenestens ansvarsovertakelse

Rapport nr. 2-2017

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin



uniResearch

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

<b>Tittel</b>	Overgrepsmottak 2017. Status etter spesialisthelsetjenestens ansvarsovertakelse
<b>Institusjon</b>	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, Bergen
<b>Ansvarlig</b>	Steinar Hunskår
<b>Forfattere</b>	Grethe E. Johnsen, forsker ph.d., spesialist i klinisk psykologi, Nklm, Steinar Hunskår, prof. dr. med., Nklm, Signe M. Zachariassen, førstekonsulent, Nklm, Kjersti Alsaker, forsker dr. polit., Nklm, Helle Nesvold, forsker ph.d., overlege, Nklm
<b>ISBN</b>	978-82-8361-008-6 trykt 978-82-8361-009-3 pdf
<b>ISSN</b>	1891-3474
<b>Rapport</b>	Nr. 2-2017
<b>Tilgjengelighet</b>	Pdf-versjon, trykt versjon
<b>Antall sider</b>	26 pluss vedlegg
<b>Publiseringsmåned</b>	Mars 2017
<b>Oppdragsgiver</b>	Helsedirektoratet
<b>Sitering</b>	Johnsen GE, Hunskår S, Zachariassen SM, Alsaker K, Nesvold H. Overgrepsmottak 2017. Status etter spesialisthelsetjenestens ansvarsovertakelse. Rapport nr. 2-2017. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2017.

Helsedepartementet har etablert Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Senteret er organisert i Uni Research Helse og knyttet faglig til Forskningsgruppe for allmennmedisin, 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](http://www.legevaktmedisin.no)  
**Epost** [legevaktmedisin@uni.no](mailto:legevaktmedisin@uni.no)  
**Telefon** +47 55586500  
**Telefaks** +47 55586130  
**Besøksadresse** Kalfarveien 31, Paviljongen  
**Postadresse** Kalfarveien 31  
**Postnummer** 5018  
**Poststed** Bergen

## Forord

30. mai 2013 vedtok Stortinget at overgrepsmottakene skulle organiseres i spesialisthelsetjenesten. Bakgrunnen for vedtaket var Stortingsmelding 15 (2012 – 2013) *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det handler om å leve*. I statsbudsjettbehandlingen for 2015 ble den vedtatte omorganiseringen utsatt til 1. januar 2016.

I årene før stortingsvedtaket hadde både Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) og Nordlandsforskning dokumentert mange utfordringer ved mottakene relatert til bl.a. manglende lovforankring, ulik og usikker finansiering, lite tilfredsstillende vaktordninger og beredskap, og ulik kompetanse og oppfølging av pasientene.

Det var slike forhold som var hovedbegrunnelsene for den organisatoriske endringen, og mange av problemene skulle løses ved at overgrepsmottakene organisatorisk skulle flyttes fra kommunehelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten.

Nklm har undersøkt forholdene ved overgrepsmottakene flere ganger siden 2009. Ett år etter at helseforetakene fikk ansvaret for overgrepsmottakene har Nklm igjen foretatt en kartlegging av status for mottakene, denne gang per 01.01.17. Vi ønsket å få kartlagt om de ovennevnte forhold var tatt tak i og forsøkt løst under den nye organiseringen. Selv om det bare er gått et år siden den formelle overtakelsen, har foretakene visst om endringen siden 2013. Det burde derfor være mulig å finne den retningen utviklingen tar, om ikke alt ennå er på plass.

Vi vil takke lederne ved overgrepsmottakene for nok en gang velvillig deltakelse. De har gitt informasjon og oppdatering ved intervjurunden vår, og også gitt verdifulle innspill og deltatt i drøftelser ved lederseminaret i 2016.

# Innholdsfortegnelse

Forord .....	3
<b>1 Sammenheng</b> .....	5
<b>2 Bakgrunn for undersøkelsen</b> .....	6
2.1 En historisk oppsummering .....	6
2.2 Veilederen – et sentralt dokument for arbeidet ved overgrepsmottakene .....	7
2.3 Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin gis et koordinerende ansvar fra 2008 .....	7
2.4 Tidligere kartlegginger og evalueringer av overgrepsmottak .....	7
2.5 Begrunnelsen for omorganiseringen til spesialisthelsetjenesten .....	8
2.6 Anbefalinger fra Nklm .....	9
2.7 Formålet med den foreliggende undersøkelsen .....	10
<b>3 Materiale og metode</b> .....	10
<b>4 Resultater og vurderinger</b> .....	11
4.1 Ny organisering og lokalisering .....	12
4.2 Organisering og videreføring .....	12
4.3 Ledelse .....	13
4.4 Økonomi .....	14
4.5 Vaktordninger og beredskap .....	14
4.6 Helsetilbud til kvinner og menn .....	16
4.7 Helseforetakets helsetilbud til barn og mottakets samarbeid med disse .....	16
4.8 Lokaler og utstyr .....	16
4.9 Ambulant funksjon .....	17
4.10 Tilgjengelighet .....	17
4.11 Faglig kompetanse, opplæring og veiledning .....	18
4.12 Profilering, utdrettet virksomhet og tverretattlig samarbeid .....	19
4.13 Tidsbruk og kvalitetssikring .....	20
4.14 Mottakets oppfølging av pasientene .....	20
4.15 Antall pasienter ved mottakene i 2016 .....	21
4.16 Ivaretagelse av pårørende .....	22
4.17 Pasienter utsatt for vold i nær relasjon .....	22
4.18 Undersøkelse av overgriper .....	23
4.19 Prosessen omkring omorganiseringen .....	23
4.20 Fullverdige mottak .....	23
<b>5 Oppsummering og konklusjon</b> .....	24
<b>6 Referanser</b> .....	26
Vedlegg .....	

# 1 Sammendrag

## Bakgrunn

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin og Nordlandsforskning har beskrevet utfordringer knyttet til faglig kvalitet, organisering og finansiering ved landets overgrepsmottak. Nklm foreslo i 2009 en rekke tiltak for å bedre kvaliteten ved overgrepsmottakene. Den 8. mars 2013 kom Meld. St. 15 (2012 – 2013) *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det handler om å leve*. Meldingen foreslo å flytte ansvaret for overgrepsmottakene fra kommunehelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten fra 2015. Bakgrunnen for dette var de ulike utfordringene som var dokumentert. I mai 2013 ble forslaget vedtatt i Stortinget, og de overgrepsmottak ved legevakter som fungerte godt, kunne videreføres gjennom avtaler med helseforetak. I statsbudsjettet for 2015 ble overføringen av ansvaret for mottakene utsatt til 2016. Denne undersøkelsen kartlegger status for overgrepsmottakene etter omorganiseringen.

## Materiale og metode

I desember 2016 foretok Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin en kartlegging av status for overgrepsmottakene etter omorganiseringen til spesialisthelsetjenesten. Kartleggingen ble gjennomført som telefonintervju med ledelsen ved samtlige 24 mottak.

## Resultater

Nklm sin kartlegging viser at det har skjedd en positiv utvikling. Flere områder er blitt tatt tak i ved omorganiseringen. Robuste mottak ved legevakt og helsehus hadde i tråd med intensjonen fått fortsette i form av avtaler med helseforetak. Nye mottak er under etablering der det før var lange reiseavstander. Resultatene viser at bare 5 av 24 mottak er lokalisert ved gynekologiske avdelinger. De fleste andre er lokalisert enten ved legevakt eller akuttmottak.

Det er imidlertid en alvorlig mangel at ikke alle mottak har etablert beredskapsvakt og dermed fortsatt baserer seg på ringeliste for lege og sykepleier. Nklm finner det bekymringsfullt at det fortsatt er usikkerhet omkring avtalene med helseforetakene for de to største mottakene i landet, Oslo og Bergen. Fortsatt er den rettsmedisinske kompetansen flere steder ikke god nok blant legene ved mottaket. Medisinsk og psykososial oppfølging var på plass bare ved om lag halvparten av mottakene, til tross for sterke anbefalinger om å etablere slikt tilbud.

## Konklusjon

Nklm sin vurdering er at den nye modellen med forankring i spesialisthelsetjenesten har medført flere forbedringer. Det er imidlertid fortsatt stort behov for vesentlige forbedringer innen viktige områder ved mange mottak. Bare ved ytterligere organisatorisk utvikling og økt kompetanse kan man sikre god pasientbehandling, tilfredsstillende rettsmedisinsk standard og bærekraftige overgrepsmottak.

Over tre år etter vedtaket om ansvarsoverdragelse til spesialisthelsetjenesten har ikke omorganiseringen løst de utfordringene den var ment å løse. Det haster med å få et forsvarlig og likeverdig tilbud i alle deler av landet, både rett etter overgrepet og i oppfølgingen.

## 2 Bakgrunn for undersøkelsen

Denne undersøkelsen har kartlagt status for overgrepsmottakene etter omorganiseringen til spesialisthelsetjenesten fra 1. januar 2016. Den 8. mars 2013 kom Meld. St.15 (2012-2013) *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det handler om å leve*. Meldingen foreslo å flytte ansvaret for overgrepsmottakene fra kommunehelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten fra 2015.

De mange utfordringene knyttet til manglende lovforankring, ulik og usikker finansiering, lite tilfredsstillende vaktordninger og beredskap, og ulik kompetanse og oppfølging av pasientene som var kartlagt ved overgrepsmottakene, skulle løses ved å flytte overgrepsmottakene organisatorisk til spesialisthelsetjenesten (1-4).

I mai 2013 ble forslaget vedtatt i Stortinget jamfør Innst. 339 S (2012-2013). Det ble fremholdt at de overgrepsmottakene som fungerte godt, kunne videreføres gjennom avtaler mellom kommuner og helseforetak. I statsbudsjettbehandlingen for 2015 ble det vedtatt at flyttingen av ansvaret for overgrepsmottakene til spesialisthelsetjenesten skulle utsettes til 2016.

### 2.1 En historisk oppsummering

Det første overgrepsmottaket her i landet ble startet for over 30 år siden i Oslo, og var et av de tre første i Europa. Mottaket ble basert på en ny modell for helhetlig helsehjelp og ivaretagelse av overgrepsutsatte, der en samtidig med helsehjelp skulle sikre god dokumentasjon til rettsapparatet. Etter at Overgrepsmottaket i Oslo ble etablert kom det etter hvert flere mottak inspirert av Oslomottaket rundt i landet. Overgrepsmottak ble integrert i klinisk virksomhet, enten i en legevakt eller i en gynekologisk avdeling. Initiativet kom både fra helsepersonell og politi, som møtte pasientene og som så behovene. Idealisme og stort engasjement fra enkeltpersoner preget virksomheten i starten, men det var ikke lett å få eierne til å støtte opp under organiseringen og driften av mottakene.

I flere fylker ble fylkeslegene etter hvert opptatt av å styrke dette helsetilbudet. I 2002 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å kartlegge forholdene rundt i landet, og komme med anbefalinger vedrørende finansiering og organisering av overgrepsmottak. Direktoratet leverte sine anbefalinger i oktober 2004 i form av rapporten «IS-1203 Organisering av helsetjenester til personer som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep (SHDIR 2004)». De anbefalte at kommunene skulle etablere interkommunale volds-/voldtektmottak, ett mottak i hvert fylke, fortrinnsvis ved en interkommunal legevakt.

Overgrepsmottakene skulle ha kommunal finansiering, men det ble anbefalt fri egenandel for pasientene og refusjon fra Rikstrygdeverket på vanlig måte. Selv om bemanningen i hovedsak skulle utgjøres av legevaktens ordinære personell, anbefalte en at det skulle utvikles spesialkompetanse innen medisin, rettsmedisin, sporsikring og psykologisk behandling, og at kompetansen var tilgjengelig i form av en beredskapsordning.

I handlingsplanen «Vold i nære relasjoner» (2008-2011) var et av tiltakene styrking av overgrepsmottakene i form av etablerings- og stimuleringsmidler på over 20 millioner kroner fra 2005. Mottakene skulle gi et helsetilbud til ungdom/voksne av begge kjønn utsatt for seksualvold og/eller vold i nær relasjon.

I årene fra 2005-2009 ble det opprettet minst 12 nye mottak slik at det i 2009 var 23 mottak fordelt på alle landets fylker. Av disse var 2/3 lokalisert ved legevakter og de øvrige var et samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og sykehus. I tråd med de politiske føringene hadde en da fått minst ett overgrepsmottak i hvert fylke.

## **2.2 Veilederen – et sentralt dokument for arbeidet ved overgrepsmottakene**

Da Sosial- og helsedirektoratet fikk oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre tiltak for å styrke helsetjenestetilbudet til volds- og voldtektsutsatte innbefattet dette også å utarbeide en veileder for denne helsetjenesten. Veilederen kom i 2007 og formålet med den var å bidra til et forsvarlig og likeverdig tilbud i alle deler av landet, både rett etter overgrepet og i oppfølgingen. Veilederen skulle bidra til at de utsatte fikk nødvendig fysisk og psykisk helsehjelp, samt at kvaliteten på sporsikring og skadedokumentasjon var god nok som grunnlag for politietterforskning, rettsak og vurdering av voldsoffererstatning.

## **2.3 Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin gis et koordinerende ansvar fra 2008**

I forbindelse med styrkingen av overgrepsmottakene i 2005 ble det vurdert at det skulle lages en plan for kompetanseoppbygging for ansatte ved overgrepsmottak. Helsedirektoratet besluttet i 2007 at feltet overgrepsmottak faglig skulle forankres ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm). Fra 2008 har Nklm hatt ansvaret for kompetanseoppbygging, fagutvikling og forskning knyttet til feltet. Nklm skulle ivare dette feltets behov på lik linje med de øvrige delene av legevaktfeltet.

I tillegg til å drive kompetanseheving gjennom å utvikle og arrangere ulike kurs og drive fagutvikling, har Nklm skapt et nettverk og fellesskap mellom lederne ved mottakene. Feltets utfordringer både når det gjelder organisering og drift ble kartlagt og beskrevet gjennom flere undersøkelser.

Gjennom dette fikk Nklm god kjennskap til historikken, overgrepsmottakenes situasjon og utfordringer. I løpet av denne tiden vokste de kommunalt finansierte overgrepsmottakene i saksmasse og kvalitet. Flere mottak ble «fullverdige» og behandlet pasienter både utsatt for seksualovergrep og/eller vold i nær relasjon.

## **2.4 Tidligere kartlegginger og evalueringer av overgrepsmottak**

Nklm har gjennom kartlegginger i 2009, 2012 og 2014 dokumentert utfordringer og problemområder ved overgrepsmottakene (1-3).

Den første kartleggingen i 2009 viste at en gjennom nasjonale satsinger, oppstart av kompetansehevingstiltak og interesse og motivasjon hos fagpersoner hadde kommet godt i gang med etablering av overgrepsmottak. Undersøkelsen viste imidlertid at det ved de fleste overgrepsmottak ikke enda var etablert et tilbud til vold i nær relasjon. Det forelå heller ikke enhetlige tilbud om medisinsk og psykososial oppfølging ved mottakene. Det fremkom også at mottakene hadde ulik og usikker finansiering, og at det ikke forelå nasjonale retningslinjer for den kommunale finansieringen.

Nklms neste kartlegging ble gjort på forespørsel fra Helsedirektoratet i 2012. Bakgrunnen for henvendelsen var et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å undersøke beredskapssituasjonen ved overgrepsmottakene etter medieoppslag om overfallsvoldtekter og om lang ventetid ved enkelte mottak. Denne undersøkelsen viste blant annet at det var for lite administrative og faglige ressurser knyttet til et flertall av mottakene. Beredskapssituasjonen var slik at mange av landets mottak ikke hadde en kontinuerlig vaktordning og tjenesteplan. Bare en firedel av mottakene hadde vaktordninger som medførte at pasienten kunne gis umiddelbar undersøkelse og behandling. Resultatene viste at mange mottak slet med å holde virksomhetene tilfredsstillende i gang, både faglig og økonomisk.

Da stimuleringsmidlene kom med handlingsplanen om «Vold i nære relasjoner» (2008-2011) ble det fastsatt at overgrepsmottakene skulle evalueres i 2012. Nordlandsforskning fikk oppdraget og i september 2012 ble rapporten «Det beste må ikke bli den godes fiende» En evaluering av overgrepsmottakene, levert Helsedirektoratet (4). Evalueringen viste at ikke alle mottak klarte å levere like godt i forhold til forsvarlig sporsikring, medisinsk diagnostikk og behandling, psykososial oppfølging og henvisning. Mottakenes manglende finansiering og uforutsigbare vaktordninger ble fremhevet.

Med bakgrunn i stortingsvedtaket om å overføre overgrepsmottakene til spesialisthelsetjenesten fra 2015, og tilbakemelding fra overgrepsmottakene om at nødvendig planlegging for overføring ikke var startet opp en rekke steder gjennomførte Nklm en kartlegging av status per juni 2014. Resultatene fra denne kartleggingen viste at mange av overgrepsmottakene ikke var forberedt på ny organisering fra 2015; de var avventende og hadde i liten grad forberedt seg til den nye organiseringen. De fleste hadde heller ikke økonomiske avtaler på plass. Det forelå ikke nye avtaler i spesialisthelsetjenesten som sikret likeverdig tilbud til kvinner og menn, hvor pasientene fikk psykososial støtte, medisinsk behandling og skadedokumentasjon på ett sted.

Nklm har ved flere anledninger dokumentert utfordringer knyttet til denne helsetjenesten, og uttrykt bekymring over utilstrekkelige rammebetingelser (økonomi, forankring i forskrift, minstekrav) som har hemmet realiseringen av ønsket faglig utvikling nasjonalt. I Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt (2009) anbefalte Nklm en rekke tiltak for overgrepsmottakene, basert på daværende forankringsmodell (5).

## **2.5 Begrunnelsen for omorganiseringen til spesialisthelsetjenesten**

Da Stortinget besluttet å overføre overgrepsmottakene til spesialisthelsetjenesten var dette på bakgrunn av beskrivelser av forholdene i Meld. St. 15 (2012-2013) (6). Fra stortingsmeldingen kan begrunnelsen oppsummeres i følgende fire hovedpunkt:

1. *Beredskap*: Det er ikke kvalifisert personell til stede hele døgnet.
2. *Kompetanse*: På tross av gjennomført kurs viser evalueringen at det ennå er mangler. Få pasienter ved flere av mottakene gjør det også krevende å opprettholde kompetansen.
3. *Klinisk rettsmedisinsk undersøkelse*: Det er uklarhet om hvem som har ansvar for ulike rettsmedisinske oppgaver, og kvaliteten på rettsmedisinske undersøkelser varierer mellom mottak.
4. *Psykososial oppfølging*: Uklarheter knyttet til hvilket tilbud som skal gis og hva som er oppgavedelingen mellom mottaket og kommunene.



I forslaget til statsbudsjett fra Helse- og omsorgsdepartementet Prop. 1 S (2014-2015) ble den foreslåtte ansvars plasseringen bekreftet, men oppstarten ble utsatt ett år:

*«De fleste personer utsatt for vold i nære relasjoner uten at det samtidig foreligger et seksuelt overgrep, oppsøker i dag kommunal legevakt. Legevakten, ev. også fastlegen, er oftest nærmest brukeren og en inngangsport for å søke hjelp, også for personer utsatt for seksuelle overgrep. Legevakten skal håndtere akutte hendelser og ved behov henvise videre og sørge for transport av pasienten til overgrepsmottaket/sykehuset. Tjenestene til volds- og overgrepsutsatte skal integreres i de ordinære tjenestene, og spesialisthelsetjenesten vil få hovedansvar for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep. Det foreslås at dette skjer fra 2016. Eksisterende, robuste kommunale mottak skal videreføres gjennom avtaler mellom regionale helseforetak og kommuner.»*

## 2.6 Anbefalinger fra Nklm

Da overgrepsmottakene ved omorganiseringen til spesialisthelsetjenesten sto overfor den største omorganisering i sin 30-årige historie, vurderte Nklm at vi ved denne anledning måtte medvirke til å sikre robuste tjenester. Mottakene måtte få de nødvendige økonomiske og faglige rammer for å imøtekomme de utfordringene som begrunnet endringen. Vi mente at endringen måtte sikre fortsatt utvikling av fagfeltet i henhold til faglige og politiske forventninger.

Med denne bakgrunn utarbeidet Nklm faglige anbefalinger ved overføringen (**Vedlegg 1**). Disse ble sendt til Helse- og omsorgsdepartementet i januar 2015. Vi antok at Departementet ville stille styringskrav om overgrepsmottak til de regionale helseforetakene og si noe om organisering, faglig innhold og økonomi. Våre faglige anbefalinger skulle sikre god utvikling av overgrepsmottak i nye rammer og skape et helhetlig akutttilbud. Vi hadde i våre tidligere utredninger funnet at det forelå betydelig engasjement, entusiasme og dedikasjon blant helsepersonellet ved mottakene. Vi la vekt på at det ved omorganiseringen var vesentlig at dette og den kliniske rettsmedisinske kompetansen ikke forsvant, og vektla betydningen av å ta vare på denne kompetansen.

I anbefalingene påpekte Nklm hvilke faglige krav som måtte imøtekommes for å skape et helhetlig akutttilbud og nødvendig oppfølging til personer utsatt for seksuelle overgrep. Vi la vekt på at overgrep på individets fysiske, psykiske og seksuelle integritet krevde et helhetlig akutttilbud som var lett tilgjengelig som de utsatte og deres pårørende hadde tillit til. Det var behov for bærekraftige overgrepsmottak med høy grad av faglig kompetanse over hele landet, og som kunne ivareta oppgaver knyttet til medisinsk undersøkelse, behandling og oppfølging av både unge og eldre, av begge kjønn. Med tanke på den viktige støttestrukturen overfor politi og rettsapparat, trengte overgrepsmottakene god rettsmedisinsk kompetanse og utstyr.

Helsetjenesten ved overgrepsmottakene skulle etter Nklms mening i den følgende tiden baseres på følgende hovedprinsipper:

- Helhetlige tjenester i et samlet konsept
- Forutsetninger i form av nasjonale normer:
  - Standardkrav, administrativ tilrettelegging, lokaler
  - Faglig kompetanse
  - Beredskap, tilgjengelighet og reisetid
  - God rettsmedisinsk kompetanse

- Medisinsk og psykososial oppfølging
- Profilering og utadrettet virksomhet
- Noen oppgaver innen relasjonsvold og annen vold har behov for spesialisthelsetjeneste
- En god prosess i forhold til eksisterende overgrepsmottak

## 2.7 Formålet med den foreliggende undersøkelsen

Nklm har hatt jevnlig kontakt med overgrepsmottakene under omorganiseringen. Dette har vært gjennom de årlige lederseminarene vi har for mottakene, samt et eget dagsseminar. Helse- og omsorgsdepartementet har også deltatt på disse samlingene. Med bakgrunn i våre tidligere kartlegginger bestemte vi oss for å gjennomføre en gjennomgang av status for overgrepsmottakene per 01.01.2017. Vi ønsket å undersøke om de utfordringene og problemområdene som begrunnet omorganiseringen var forsøkt løst, og om våre faglige anbefalinger var fulgt.

## 3 Materiale og metode

I desember 2016 gjennomførte faggruppen for overgrepsmottak ved Nklm strukturerte telefonintervjuer med ledelsen ved samtlige 24 overgrepsmottak.

Intervjuene ble gjennomført med utgangspunkt i en utarbeidet intervjuguide, der det var mulig å komme med utdypende forklaringer for å gi et best mulig beskrivelse av forholdene. Intervjuguiden finnes som vedlegg til denne rapporten (**Vedlegg 2**). Antall pasienter registrert ved mottakene ble innhentet i januar 2017 per e-post.

Følgende hovedpunkt ble kartlagt:

- Avtaler inngått med helseforetaket
- Ny organisatorisk plassering og fysisk lokalisering
- Ledelse
- Økonomi
- Vaktordning og beredskap
- Tilbud til kvinner og menn
- Tilbud til barn
- Lokaler og utstyr
- Ambulant funksjon
- Tilgjengelighet
- Faglig kompetanse og veiledning
- Profilering og utadrettet virksomhet
- Mottakets oppfølging
- Tilbud til pårørende
- Antall pasienter
- Undersøkelser av overgriper
- Vold i nær relasjon
- Prosessen ved omorganisering

Resultatene blir vurdert og diskutert etter de faglige anbefalingene Nklm kom med i 2015.

## 4 Resultater og vurderinger

I følge kartleggingen er det per 1. januar 2017 i alt 24 overgrepsmottak her i landet (Tabell 1).

**Tabell 1. Oversikt over landets overgrepsmottak per 01.01.2017. Driftsansvar i kommune (K) eller foretak (F)**

Sted	Navn	Lokalisasjon
<b>Nord-Norge</b>		
Alta	Overgrepsmottaket i Alta	Helsesenter (K)
Bodø	Overgrepsmottaket i Salten	Legevakt (K)
Hammerfest	Overgrepsmottaket i Hammerfest	Gyn-poliklinikk (F)
Harstad	Overgrepsmottaket i Harstad	Akuttmottak (F)
Kirkenes	Overgrepsmottak Klinikk Kirkenes	Akuttmottak (F)
Tromsø	Overgrepsmottaket ved Legevakta i Tromsø	Legevakt (K)
<b>Midt-Norge</b>		
Kristiansund	Overgrepsmottaket, Kristiansund	Akuttmottak (F)
Levanger	Overgrepsmottaket i Nord-Trøndelag	Gyn-/fødeavd. (F)
Molde	Overgrepsmottaket, Molde sjukehus	Akuttmottak (F)
Trondheim	Overgrepsenheten Kvinne-barn-senteret	Kvinneklinikk (F)
Ålesund	Overgrepsmottaket i Ålesund	Legevakt (K)
<b>Vestlandet</b>		
Bergen	Voldtektsmottaket ved Bergen legevakt	Legevakt (K)
Førde	Overgrepsmottaket, SYS-IKL, Akuttmottaket	Akuttmottak (F)
Haugesund	Voldtektsmottaket Helse Fonna	Gyn-poliklinikk (F)
Stavanger	Voldtektsmottaket for Sør-Rogaland	Legevakt (K)
<b>Sørlandet</b>		
Kristiansand	Mottak for seksuelle overgrep	Medisinsk polikl. (F)
<b>Østlandet</b>		
Asker og Bærum	Aker og Bærum Legevakt	Legevakt (K)
Drammen	Overgrepsmottaket ved Legevakta i Drammensregionen IKS	Legevakt (K)
Elverum	Voldtektsmottak for Hedmark	Akuttmottak (F)
Fredrikstad	Overgrepsmottaket i Østfold	Helsehus (K)
Lillehammer	Overgrepsmottaket for Oppland	Gyn-avdeling (F)
Oslo	Overgrepsmottaket i Oslo	Legevakt (K)
Sandefjord	Overgrepsmottaket i Vestfold	Legevakt (K)
Skien	Overgrepsmottaket i Telemark	Legevakt (K)

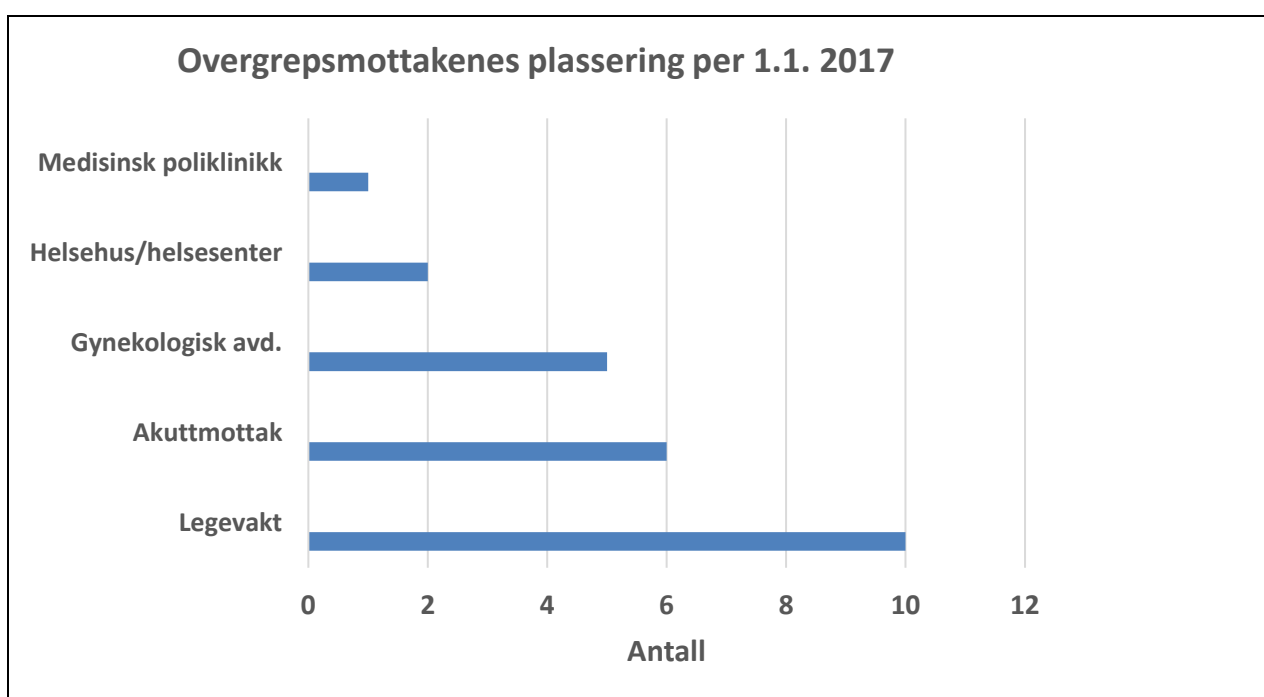
I forbindelse med omorganiseringen ble mottaket i Arendal lagt ned og Agderfylkene fikk et felles mottak i Kristiansand ved Sørlandet sykehus. I Oppland ble overgrepsmottaket i Gjøvik lagt ned og mottaket lokalisert i Lillehammer fikk ansvaret for Oppland. I Finnmark var det

opprettet to nye mottak, Alta og Kirkenes, som fortsatt var under oppbygging ved årsskiftet. I følge våre intervjuer tok Kirkenes imot pasienter, mens en i Alta ikke var kommet i gang med dette. Det er også planlagt et overgrepsmottak ved Helgelandssykehuset i Mo i Rana, som et prøveprosjekt i ett år med planlagt oppstart i april/mai 2017. Dette mottaket har således ikke deltatt i undersøkelsen.

#### 4.1 Ny organisering og lokalisering

Resultatene fra undersøkelsen viste at 10 mottak var lokalisert ved legevakt, 2 ved helsehus eller helsesenter, 6 ved akuttmottak, 5 ved gynekologiske avdelinger/poliklinikk eller kvinneklinikk og 1 ved medisinsk poliklinikk (Figur 1).

**Figur 1. Plassering av overgrepsmottakene per 1.1. 2017**



#### *Nklm sin vurdering*

Overgrepsmottakene er nå omfordelt mellom to tjenestenivåer, der 12 mottak fortsatt er kommunale med avtale med helseforetak, og 12 er drevet av foretak. Kun 5 mottak er lokalisert på gynekologisk avdeling/poliklinikk eller kvinneklinikk. 7 er plassert på akuttmottak eller medisinsk poliklinikk. Det er således færre mottak som er lokalisert ved gynekologiske avdelinger enn tidligere. Dette kan henge sammen med at overgrepsmottakene under omorganiseringen er blitt etablert i tråd med våre anbefalinger med krav om helhetlige tjenester i et samlet konsept. Det synes mer hensiktsmessig å etablere enheter der en kan tilrettelegge for behandling av menn og kvinner, og benytte leger og sykepleiere med bakgrunn fra ulike spesialiteter.

#### 4.2 Organisering og videreføring

Resultatene viste at 12 mottak oppga at de hadde videreført sitt mottak kommunalt og inngått avtale med helseforetak. 9 av disse avtalene ble inngått i 2016 og 3 i 2015. Ved ett av de

store mottakene var avtalen fortsatt ikke ferdigstilt, og ved et annet stort mottak hadde de hatt løpende korte avtaler, men varig avtale var fortsatt usikker.

De fleste overgrepsmottak som hadde inngått avtaler med helseforetak var fornøyde med avtalene. De som ikke var fornøyde oppga at dette hadde sammenheng med bl.a. en for dårlig avtale om beredskap for legene, at de ikke hadde kommet i mål med et tilbud til barn, eller at avtalen de hadde inngått var for kortvarige.

Mottak som før omorganiseringen hadde vært lokalisert ved sykehus og der helseforetak fra 2016 hadde overtatt finansieringen fra kommunene beskrev at deres betingelser hovedsakelig var uendret.

13 mottak oppga at ny organisering ikke hadde medført vesentlige endringer, mens 7 mottak oppga at ny organisering hadde gitt endringer til det bedre. Når det gjaldt mottak som fra før var plassert i spesialisthelsetjenesten og nå hadde fått finansiering via helseforetaket var det 2 mottak som oppga at de hadde fått endringer til det bedre. Forbedringene som ble rapportert var bl.a. at legepoolen var blitt utvidet, flere av de ansatte hadde fått gjennomført kurs og kompetanseheving, samt at det var bevilget mer lederressurser eller at de hadde fått utvidet beredskapsordningen.

#### *Nklm sin vurdering*

Det synes som omorganiseringen er gjort i tråd med intensjonen om at eksisterende robuste kommunale mottak skulle videreføres. I tråd med våre anbefalinger er eksisterende mottak videreført for å ta vare på eksisterende kompetanse. Det kan synes som om mottakene som har fått avtaler med helseforetak har oppnådd avtaler der det er tatt høyde for at mottaket skulle styrkes på flere områder, og at økonomimodellen måtte endres vesentlig. Det er likevel bekymringsfullt at de to største mottakene i Oslo og Bergen ikke hadde fått etablert varige avtaler ved inngangen til 2017.

Det ser imidlertid ut som om flere av mottakene som var plassert i sykehus før omorganiseringen, ikke har fått den nødvendige styrkingen av de økonomiske rammene.

### **4.3 Ledelse**

Alle overgrepsmottak, bortsett fra 2 mottak under etablering, hadde medisinskfaglig og administrative ledere. Når det gjaldt tid avsatt til ledelse av mottaket oppga 10 mottak at de ikke hadde definerte stillingsbrøker til ledelse av mottaket for administrativ leder. For medisinskfaglig leder var dette ikke definert for 11 av mottakene. Blant mottakene som hadde definerte stillingsbrøker/prosentandeler for disse funksjonene varierte disse fra 5 % til 100 %. Ett mottak hadde medisinskfaglig leder i 5 % stilling, 3 mottak i 10 %, 6 mottak i 20 % og 2 som hadde henholdsvis 25 % eller 100 %. For administrativ lederstilling hadde 3 mottak leder i 10 % stilling, 4 mottak i 20 % stilling, 2 mottak i 50 % stilling og 6 mottak mellom 30 og 100 %.

De fleste oppga at ressursene de hadde avsatt til ledelse var som før omorganiseringen. Noen få hadde fått økte administrative lederressurser, men kun ett mottak hadde fått økt medisinskfaglige lederressurser. 13 mottak oppga å ha tilstrekkelig ressurser til ledelse, mens 11 mottak oppga at de hadde for få ressurser til ledelse av mottaket. De som rapporterte dette

oppga at de hadde for få lederressurser til å følge opp oppgaver som veiledning og oppfølging av eget personale, tid til utarbeidelse og oppdatering av prosedyrer og tverrfaglig samarbeid.

#### *Nklm sin vurdering*

Noen få mottak har fått økt tid til ledelse av mottaket, men fortsatt har flere mottak for lite administrative og medisinskfaglige lederressurser. Administrative og medisinsk faglige ledere skal ivareta prosedyrer, håndtering av utstyr og bevismateriale, ivareta personellet, yte veiledning og kvalitetssikre arbeidet; herunder det sikkerhetsmessige, barnevernsperspektivet og det rettsmedisinske. Nklm har tidligere pekt på at det er vanskelig å tenke seg at selv de minste mottakene skal ha mindre enn en halv stilling tilgjengelig for ledelsesoppgaver, og vi fastholder at de mottak som ikke har dette må få mer ressurser til ledelsesfunksjonene. Når de gjelder de medisinskfaglige oppgavene, er det vanskelig å tenke seg at dette skal kunne utføres forsvarlig med mindre enn en halv stilling tillagt en overlege eller en fagutviklingsykepleier.

## **4.4 Økonomi**

Det var kun 14 ledere som kunne spesifisere sitt budsjett. De andre oppga at det ikke var øremerkede midler til driften, enten fordi de inngikk i en større avdeling eller fordi de ikke hadde kjennskap til budsjettet. Flere oppga at de hadde god økonomi, men det var fortsatt mange mottak som oppga at de ikke hadde tilstrekkelige økonomiske ressurser til å dekke bakvaksordning, beredskapsordning, utstyr, veiledning og kurs. Flere av dem som ikke hadde fått spesifisert budsjettet sitt var lovet å få dette for 2017.

#### *Nklm sin vurdering*

Flere mottak synes å ha gjort et godt arbeid med å få forhandlet seg til budsjetter som dekker alle utgiftene for å drive mottaket. Det er imidlertid fortsatt mange mottak som ikke har budsjetter som tar høyde for å dekke bakvaksordning, beredskapsordning, utstyr, veiledning og kurs. Det er flere ledere som ikke har kjennskap til mottakets budsjett.

Etter vår vurdering ser det ut som om flere mottak enn tidligere har fått på plass budsjetter som gir rom for gode medisinske tilbud. Imidlertid er det mange mottak som har for dårlig økonomi til å ha fått på plass beredskapsordninger for personellet, gode bakvaksordninger, veiledningsordninger og kurs og kompetanseheving.

På grunn av bredden i oppgavene har Nklm tidligere uttalt at overgrepsmottak må være «én organisasjon», med ledelse, budsjett, egne lokaler og definerte ansatte. På denne måten kan en sikre brede og robuste fagmiljøer, og gi et bredt og bedre tilbud til et større pasientvolum. Vi har sterkt advart mot fragmenterte løsninger basert på ad hoc bruk av personale, tilkalling av fagpersoner fra den ordinære drift fra ulike avdelinger og etablering av overgrepsmottak som en «udefinert» del av et akuttmottak. Vår kartlegging har dokumentert at fullgod organisering ikke er på plass ved alle mottak.

## **4.5 Vaktordninger og beredskap**

Når det gjaldt vaktordninger og beredskap var det flere ulike ordninger. 7 mottak hadde leger på ringeliste og 5 mottak hadde beredskapsvakt. Noen av mottakene med leger på ringeliste

oppga at de kombinerte dette med beredskapsvakt, enten i helger eller i høytider. 12 mottak hadde tilstedevakt, men noen av disse hadde beredskap på ettermiddag og i helger.

Antall leger som inngikk i vaktordningen varierte hovedsakelig fra 4 – 12. Der det ble brukt tilstedevakt kunne det være flere enn dette. De fleste oppga liten grad av samtidighetskonflikter. Noen av de som oppga dette, løste dette ved at bakvakt tok avdelingsarbeidet. Andre mottak ringte neste lege på listen. Det var ulike spesialiteter blant legene som inngikk i vaktordningene. Der det var spesialister som utførte arbeidet var det både allmennleger, gynekologer, psykiatere og andre spesialiteter som inngikk i vaktordningen. Mange mottak oppga å ha leger med erfaring og interesse for fagfeltet i sine vaktordninger. Noen mottak benyttet leger i spesialisering (LIS-leger) i sin vaktordning.

Det ble rapportert flere utfordringer ved vaktordningene for leger. Noen mottak oppga vansker når flere overgrepspasienter kom samtidig. Andre oppga utfordringer knyttet til LIS-legestillinger/ utdanningsstillinger fordi det ga stor grad av turnover der en stadig måtte bygge opp ny kompetanse. Andre oppga at de hadde for få leger i vaktordningen i forhold til antall pasienter, og for lite tid til å jobbe med etterarbeid i forhold til dokumentasjon og erklæringer.

Når det gjaldt sykepleiere benyttet 5 mottak sykepleier i tilstedevakt. Noen av disse hadde beredskap på kveld, natt og helg. 8 mottak hadde beredskapsvakt, 11 mottak hadde ringeliste, mens ett mottak kombinerte dette med beredskap i helg.

Antall sykepleiere som inngikk i vaktordningen varierte fra 5-56. Det var liten grad av samtidighetskonflikter. Mange var fornøyd med vaktordningen, men de som så utfordringer ved den, oppga at ringeliste medførte at det kunne være vanskelig å få tak i sykepleier, særlig i ferier og høytider.

#### *Nklm sin vurdering*

Overgrepsmottakenes vaktordninger er fortsatt ulike og tilpasset volumet av saker, størrelsen på mottaket og avdelingen det inngår i. Både tilstedevakt, beredskapsvakt og ringeliste benyttes. Det synes som om flere mottak har fått ordninger med sykepleier og lege med betalt beredskapsvakt, men fortsatt finnes det ubetalte ordninger med frivillig ringeliste.

Nklm har i sine anbefalinger sagt at akuttarbeidet i overgrepsmottak både er tids- og kompetansekrevene, og at overgrepsmottakene må ha en stabil og forutsigbar vaktordning for å kunne gi kyndig hjelp innen rimelig tid til de som henvender seg. Dette innebærer at en enten må basere seg på tilstedevakt eller betalt beredskapsvakt for sykepleier og lege. Lege og sykepleier kan ikke ha annet vaktansvar parallelt om de ikke får avlastning for dette de timene akuttarbeidet krever.

Gjeldende politiske, forvaltningsmessige og faglige føringer for respons og kvalitet for helsehjelp og rettsmedisinsk arbeid, tilsier at det ikke lenger kan anses faglig forsvarlig å basere seg på frivillige og ubetalte ordninger eller tilstedeværende personell med andre store vaktoppgaver. Da risikerer en at mottakssamtale og undersøkelse ikke etableres innen rimelig tid, og tidstapet kan medføre ytterligere helseskade og tap av rettslige bevis.

Nklm mener at overgrepsmottak må ha beredskapsordninger på linje med andre beredskapsordninger i helsetjenesten. Det anses å være nødvendig med minst 6-8 sykepleiere

og 6-8 leger i en slik vaktordning. Ved en mindre bemanning kan vaktslitasjen bli for stor, ved vesentlig større bemanning kan det bli vanskelig å bygge opp tilstrekkelig erfaring.

#### **4.6 Helsetilbud til kvinner og menn**

23 mottak oppga at mottaket hadde et tilbud til begge kjønn. Ett mottak oppga imidlertid at det kun var en lege som undersøkte menn. Mottaket arbeidet for å få inn flere leger som kunne påta seg dette. Ved et annet mottak rapporterte de at de ikke tok imot menn ved mottaket. Her dro sykepleierne ved overgrepsmottaket til legevakt og gjennomførte undersøkelsen sammen med legevaktlege. Begge disse mottakene rapporterte at det var gynekologer som ikke påtok seg undersøkelse og behandling av menn.

##### *Nklm sin vurdering*

Vår kartlegging viser at de fleste mottak har et integrert tilbud til både kvinner og menn. Det er positivt at dette er kommet på plass. Der det har vært en utfordring å få til dette har en laget et eget tilbud adskilt fra mottaket. Ved et annet mottak arbeidet en for å få et tilstrekkelig antall leger i vaktordningen til å gi et likeverdig tilbud til menn.

Det har vært diskusjoner om hvorvidt mottak som er plassert på gynekologiske avdelinger/ poliklinikker vil få etablert likeverdige tilbud til menn. Flere ideelle organisasjoner som jobber for menns helsetilbud og rettigheter etter seksuelle overgrep har uttrykt bekymring omkring dette.

Nklm mener at alle mottak skal ha et integrert tilbud til menn og kvinner, og ha ansatt tilstrekkelig leger med kompetanse til å behandle menn.

#### **4.7 Helseforetakets helsetilbud til barn og mottakets samarbeid med disse**

De fleste mottak oppga å ha god kjennskap til helseforetakets sitt tilbud til barn utsatt for seksuelle overgrep. Flere mottak oppga at de hadde samarbeid med barneavdeling som behandlet barn utsatt for seksuelle overgrep, gjennom samarbeidsmøter eller samarbeidsavtaler. Noen mottak bidro til barneavdeling med sykepleier, og andre avga i tillegg lege til rettsmedisinsk sporsikring og dokumentasjon. Et mottak foretok sporsikring på barn på mandat fra politi. Noen mottak oppga at den akutte beredskapen for å ta imot barn utsatt for seksuelle overgrep ikke var god nok ved deres helseforetak.

##### *Nklm sin vurdering*

Flere overgrepsmottak har hensiktsmessig samarbeid med de avdelinger som har ansvaret for barn ved deres helseforetak. Noen steder samarbeides det om å utnytte rettsmedisinsk kompetanse. Vi får imidlertid inntrykk av at kapasiteten til å undersøke barn akutt ikke er tilfredsstillende ved alle helseforetak.

#### **4.8 Lokaler og utstyr**

14 overgrepsmottak rapporterte at de hadde egne lokaler med både undersøkelsesrom og samtalerom. En del av disse fremholdt at rommene var spesialtilpasset og godt utstyrt. En del hadde egen skjermert inngang, toalett og dusj. Andre oppga at rommene trengte oppussing. 8



mottak rapporterte imidlertid at de hadde rom som de måtte sambruke med andre avdelinger. Et par hadde egne samtalerom. Andre oppga å ha rom som ikke var plassert der de holdt til, og at de således hadde lange avstander mellom de ulike lokalene. For noen var det planer om snarlig innflytting i nye lokaler, mens andre oppga at overgrepsmottaket ikke var planlagt inn i nybygg.

De aller fleste oppga at mottaket var godt utstyrt. To mottak manglet kolposkop (et instrument som brukes ved gynekologisk undersøkelse) ellers var det bare mindre utstyr som var oppgitt som mangler.

#### *Nklm sin vurdering*

Det synes som det er kommet på plass egne lokaler for mange av mottakene, men at det fortsatt står en del igjen for at alle har tilfredsstillende lokaler. Nklm har i sine anbefalinger sagt at mottaket trenger egne skjermede lokaler med riktig utstyr og utseende som gir ro og verdighet. Lokaler ved mottak bør helst ikke sambrukes med andre avdelinger på grunn av risiko for oversmitte av biologiske spor ved rettsmedisinske undersøkelser.

Det synes ikke som det er på utstyrssiden det foreligger de store manglene. Selv om det selvsagt er viktig at mottak som mangler viktig utstyr får tilgang på dette.

### **4.9 Ambulant funksjon**

9 mottak oppga at de hadde en ambulant funksjon, og kunne rykke ut til pasienter på sykehjem eller andre sykehusavdelinger. 12 mottak rapporterte at de ikke kunne rykke ut. 2 mottak kunne kun rykke ut til avdelinger på sykehuset, og 2 oppga at de kunne bringe pasientene til mottaket ved transport. De resterende oppga at dette var en problemstilling som ikke hadde vært aktuelt for dem og som de heller ikke hadde drøftet og etablert rutiner for.

#### *Nklm sin vurdering*

Det kan se ut som om ikke alle mottak har tenkt igjennom hvordan de skal håndtere pasienter utsatt for overgrep som bor på institusjon eller andre sykehusavdelinger og ikke bør eller kan flyttes. Nklm mener at alle mottak bør ha denne funksjonen og å ha etablerte rutiner for dette.

### **4.10 Tilgjengelighet**

Alle overgrepsmottak oppga at de tok imot henvendelser hele døgnet, men 2 mottak rapporterte at de kun tok imot pasienten til undersøkelse mellom 15.30/16.00 – 08.00, med unntak av helg der de tok imot hele døgnet. For det ene mottaket ville et døgnkontinuerlig mottak etableres når de fikk nye lokaler i løpet av 2017.

#### *Nklm sin vurdering*

Nklm mener at alle mottak bør ha tilgang på lokaler som alltid er tilgjengelig slik at de kan yte hjelp hele døgnet.

## 4.11 Faglig kompetanse, opplæring og veiledning

De fleste mottak oppga at de hadde intern opplæring og grunnkurs fra Nklm som kompetansekrav. En del mottak hadde også som kompetansekrav at sykepleier og lege skulle ha gjennomgått kurs i klinisk rettsmedisin. Det var imidlertid også mottak som oppga at de ikke hadde kompetansekrav til leger og sykepleiere.

Den faglige opplæringen av nye medarbeidere på mottakene foregikk både gjennom intern opplæring og eksterne kurs i regi av Nklm. Ved de store mottakene var den interne opplæringen godt organisert. Mottaket i Oslo oppga å arrangere dagskurs for nye medarbeidere. Både for leger og sykepleiere foregikk den interne opplæringen ved teori- og prosedyregjennomgang. De fleste fikk informasjon via administrativ leder. De fleste hadde ordninger hvor nye leger og sykepleiere fikk gå sammen med en erfaren sykepleier i starten. Ved noen mottak hadde de etablert en ordning der ny lege fikk følge en erfaren lege i starten.

Mange mottak oppga at kompetansen hos personalet var god, men ved en del mottak ble det rapportert at personalet hadde lite mengdetrening. En del mottak oppga at legene ikke hadde god nok kompetanse i rettsmedisinsk dokumentasjon. Ett mottak oppga at de ønsket seg leger med spesifikk kompetanse i dette arbeidet. Andre mottak nevnte at de trengte mer overlegeressurser til erklæringene. Noen mottak ønsket at alle leger fikk kurs i klinisk rettsmedisin.

Når det gjaldt veiledning oppga mange mottak at de hadde ordninger for dette, uten at dette var satt i system. Kun et fåtall av mottakene rapporterte at dette var noe som foregikk systematisk. Både medisinsk faglig leder og administrativ leder ble oppgitt som tilgjengelige for veiledning av sitt personale.

Noen mottak etterlyste regelmessig oppdatering og erfaringsutveksling med kollegaer, mens andre etterlyste mer tid til internopplæring. Ett mottak hadde planer om å lage skriftlige kompetansekrav. Mange mottak oppga at de som jobbet i mottaket var stabile og hadde lang erfaring, mens andre rapporterte at erfaringen var varierende.

Når det gjaldt kursbudsjetter var det stort sprik blant mottakene, der de fleste oppga å ha øremerkede budsjetter, mens noen ikke hadde slike overhodet. Andre rapporterte vansker med å komme fra pga. lite kapasitet. De fleste mottak oppga at de hadde flere fagdager per år. Flere steder var dette noe både leger og sykepleiere sammen deltok på. Andre steder var dette en ordning kun for sykepleiere.

### *Nklm sin vurdering*

I sammenligning med tidligere kartlegginger vi har utført, synes det som om flere har etablert rutiner for intern opplæring av leger og sykepleiere som skal arbeide på mottaket. Det foreligger ikke kravspesifikasjon til hvilken kompetanse personellet på overgrepsmottak skal ha utover kravet om godkjent legeutdanning, sykepleierutdanning eller andre helsefagutdanninger. Mange mottak krever at de ansatte ved mottaket skal ha gjennomført grunnkurs i overgrepsmottak. Noen vektlegger i tillegg at leger bør ha gjennomført spesialkurs i klinisk rettsmedisin.

Det er ingen særskilte faglige krav til å arbeide i overgrepsmottak utover kravet om godkjent legeutdanning, sykepleierutdanning eller andre helsefagutdanninger. Arbeidet ved overgrepsmottak stiller imidlertid særskilte krav til pasientvaretagelse og klinisk

rettsmedisin. Rettsmedisin er imidlertid ingen egen medisinsk spesialitet i dag og klinisk rettsmedisinsk kompetanse inngår ikke i noen av de eksisterende legespesialistutdanninger. Nklm synes det bør være klart definerte faglige krav om opplæring og trening utover grunnutdannelsen for både leger og sykepleiere, jf. også Helsedirektorats anbefaling om sertifisering av personellet. Kravene må inneholde grunnkunnskaper innen traumeteori, klinisk rettsmedisinsk undersøkelse og dokumentasjon, medisinsk behandling, farevurdering og psykososial ivaretagelse og behandling. Det må innarbeides veiledningsordninger og ordninger for kompetanseutvikling og faglig vedlikehold. Vår erfaring er at en undervurderer hvor krevende det er å bygge opp god rettsmedisinsk praksis.

#### **4.12 Profileringsarbeid, utadrettet virksomhet og tverretatlig samarbeid**

10 mottak oppga at det var satt av tid til profilering av mottakene. Noen mottak sa at dette var noe de burde ha prioritert sterkere. 13 mottak oppga at det ikke var satt av tid og ressurser til profilering og utadrettet virksomhet. Noen oppga at de gjorde litt til tross for manglende ressurser. 2 mottak sa at dette var noe de planla å komme i gang med. Et mottak ville ikke gå ut å profilere seg før de hadde tilbudet til menn mer ordentlig på plass. Et par mottak hadde drevet med profileringsarbeid tidligere, og ikke hatt fokus på det i det siste.

Ved et av de største mottakene hadde profilering blitt gjort via informasjonskampanjer. Det ble gjort bl.a. gjennom plakater i det offentlige rom. Et par mottak oppga at de hadde et nært samarbeid med media. Andre hadde hatt annonser i aviser, på nettsider, infoskjerm på venterom. Det var holdt foredrag og undervisning, mens andre hadde benyttet film eller annonser. Noen sa de årlig hadde utsendelser av brosjyrer. Et mottak hadde sendt skriftlig informasjon til alle kommuner og videregående skoler i fylkeskommunen. Andre vektla at de profilerte seg hovedsakelig ved sine nettsider.

4 mottak hadde drevet profilering sammen med andre etater, ofte kriesesenter og politi. 11 hadde henvendt seg til helsesøstre, helsestasjon for ungdom og/eller videregående skoler i russetid.

20 mottak oppga å ha godt tverretatlig samarbeid med politi, barnevern, kriesesenter, barnehus, barneavdeling, helsesøstre, legevaktleger og/eller fastleger. Mange oppga å ha faste møter med politi, noen også med statsadvokat. Andre beskrev at de sendte epikriser til fastleger. Ved noen mottak hadde de fagutviklingspsykepleier som drev dette arbeidet.

#### *Nklm sin vurdering*

Det er flere mottak som gjør et godt arbeid med profilering av mottaket. Det er imidlertid for mange mottak som oppgir at de ikke har satt av tid til profilering og utadrettet virksomhet. Undersøkelser har vist at det er mange overgrepsoffer som unnlater å søke hjelp, dels fordi de ikke kjenner til tilbudet, eller ikke forstår at man kan henvende seg der etter en hendelse, og noen ser ikke nytteverdi i å søke hjelp og noen vil bare glemme. Undersøkelser har vist at det er betydelige barrierer mot å søke hjelp etter å ha blitt utsatt for vold og overgrep. Utadrettet arbeid må derfor være en viktig del av arbeidet som mottakene trenger tid og ressurser til for å arbeide kontinuerlig med.

Formidling som øker kunnskapsnivået i befolkningen, i andre helsetjenester/avdelinger og hjelpeapparatet vil øke identifikasjonen og senke terskelen for å søke hjelp. Profileringsarbeidet må rettes til begge kjønn og alle aldersgrupper. Mottakene bør også engasjeres i forebyggende

aktiviteter i samarbeid med andre aktører, som for eksempel helsesøstertjeneste, oppsøkende behandlingsteam og krisesenter.

#### **4.13 Tidsbruk og kvalitetssikring**

23 mottak oppga at de har satt av nok tid til å følge opp prøvesvar etc.

18 mottak oppga at det var satt av nok tid til å skrive rettsmedisinske erklæringer. De fleste mottak rapporterte at legen som undersøkte pasienten også utarbeidet den rettsmedisinske erklæringen. Ved 3 mottak hadde en erfarte overleger som gjorde det skriftlige erklæringsarbeidet. 13 mottak kvalitetssikret det rettsmedisinske arbeidet og skriving av erklæringer. Det var hovedsakelig medisinskfaglig leder som gjorde dette.

##### *Nklm sin vurdering*

En rekke mottak har erfarte leger med lang kompetanse og erfaring. Når rettsmedisinsk kompetanse skal bygges opp hos nye leger er det viktig med god opplæring og veiledning. Vi har tidligere påpekt at rettsmedisinsk kompetanse ikke inngår i legers ulike spesialiseringer. Det er således viktig at nye leger får opplæring, veiledning og kvalitetssikring av arbeidet de gjør. Vi mener det er medisinskfaglig ansvarlig lege som skal kvalitetssikre legenes sporsikring, dokumentasjon og rettsmedisinske erklæringer.

#### **4.14 Mottakets oppfølging av pasientene**

14 mottak rapporterte at de ga pasienten medisinsk oppfølging. Ved 4 mottak var det lege som ga medisinsk oppfølging. Ved andre mottak sto sykepleier for denne oppfølgingen, og lege ble konsultert ved behov. De mottakene som ikke drev medisinsk oppfølging henviste pasienten til fastlege. Ett mottak hadde gjort en avtale med to allmennleger for henvisning dersom pasienten ikke ønsket oppfølging hos sin egen fastlege.

12 mottak rapporterte at de ga psykososial oppfølging. Ved 6 av mottakene var det sykepleiere med spesialisering innen psykiatrisk sykepleie som ga dette oppfølgingstilbudet. To mottak hadde tilknyttet psykolog. De største mottakene hadde egne enheter med eget personale som drev psykososial oppfølging.

4 mottak ga oppfølging på telefon. De fleste som ikke hadde psykososial oppfølging sørget for gode overganger til henvisende instans.

Oppfølgingen var de fleste steder finansiert av helseforetaket, men ved et par mottak var det kommunen som betalte for den psykososiale oppfølgingen. To mottak hadde en delt finansiering mellom helseforetak og kommune.

Blant de mottakene som ikke drev oppfølging var det fire mottak som hadde planer om å få til dette, mens de seks siste ikke hadde planer om å sette i gang dette.

##### *Nklm sin vurdering*

Oppfølgingen av pasienter ved overgrepsmottakene er fortsatt ulikt organisert. Ved Nklms kartlegging i 2011 oppga ca. halvparten av mottakene at de drev medisinsk og psykososial oppfølging. Dette antallet har ikke endret seg vesentlig, og som tidligere rapporteres det at

ulike faggrupper er involvert i oppfølgingen. De andre mottakene henviser etter førstegangundersøkelsen, og da er det sykepleier som formidler kontakt mellom pasient og fastlege, eller andre instanser som en aktiv og planlagt overføring.

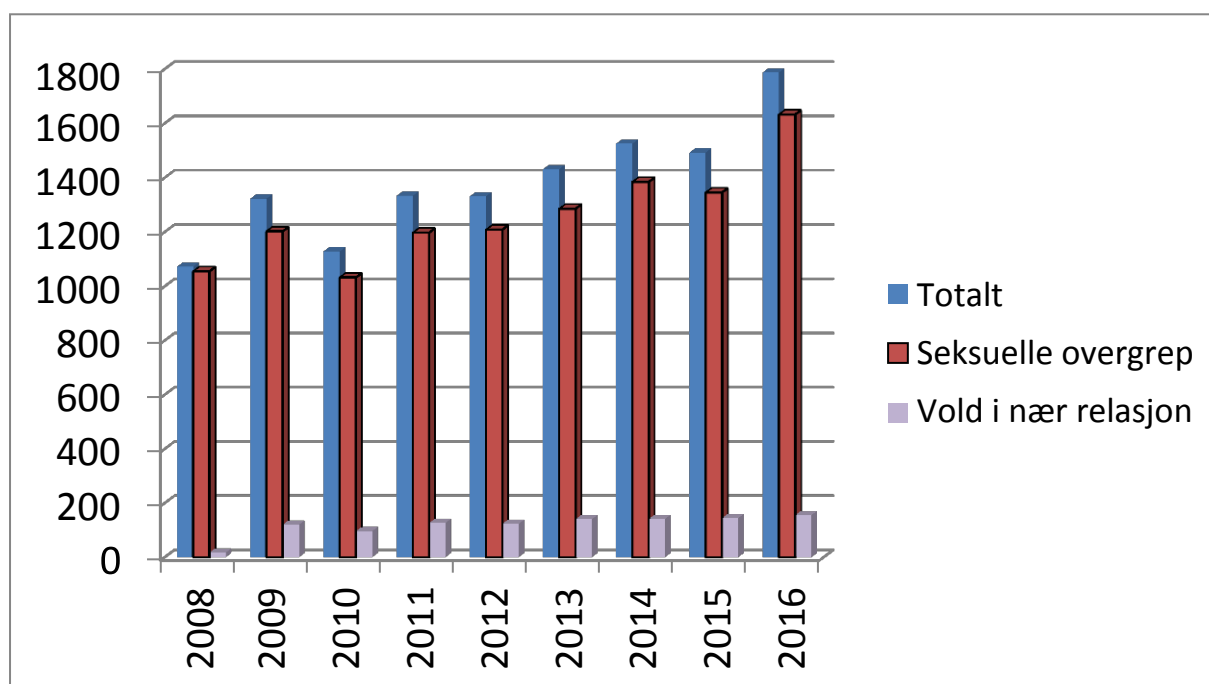
Nklm har i sine anbefalinger fremholdt at de fleste overgrepsutsatte er vare og sårbare ved første henvendelse, og at tidlig henvisning kan oppleves som avvisning. Det å kunne tilby oppfølging på samme sted i en kortere periode, kan være stabiliserende og avklarende med hensyn til om videre henvisning til mer langvarig oppfølging er nødvendig, og eventuelt til hvilken etat og hvilket nivå.

Nklm mener at alle overgrepsmottak må utvikle og tilby en grunnleggende medisinsk og psykososial oppfølging. Slik oppfølging kan være tilstrekkelig for mange pasienter. Riktig oppfølging på rett nivå kan forebygge og redusere langvarige helseplager. Alle mottak bør derfor ha tilgjengelig helsepersonell med nødvendig kompetanse på medisinsk og psykososial oppfølging ved overgrep.

#### 4.15 Antall pasienter ved mottakene i 2016

Antall pasienter registrert ved mottakene for 2016 var 1787. Der var 1632 pasienter utsatt for seksuelle overgrep og 155 pasienter utsatt for vold i nær relasjon. Av disse var det 1667 kvinner og 120 menn. Det har vært en klar økning av pasienter fra 2008 til 2016 (Figur 2).

Figur 2. Utvikling av antall pasienter i overgrepsmottakene



#### Nklm sin vurdering

Dette er det høyeste antall pasienter som er registrert ved overgrepsmottakene siden Nklm begynte sin registrering i 2008.

#### **4.16 Ivaretagelse av pårørende**

De fleste mottak hadde et tilbud til pårørende i form av tilbud om samtale og informasjonsmateriale tilpasset dem. 6 mottak oppga at de ikke hadde tilbud om dette.

##### *Nklm sin vurdering*

Ivaretagelse og oppfølging av overgrepsutsatte omfatter også pårørende. De mottak som ikke har utarbeidet rutiner for god ivaretagelse av pårørende må arbeide for å få dette på plass. Denne type ivaretagelse og rådgivning er ikke tidkrevende og omfattende, men svært viktig for å forbygge og sikre god krisehåndtering hos pårørende.

#### **4.17 Pasienter utsatt for vold i nær relasjon**

8 mottak rapporterte at de tok imot pasienter utsatt for vold i nær relasjon. To av disse mottakene beskrev at de kun tok vold i nær relasjon dersom det var behov for omfattende rettsmedisinsk dokumentasjon. Ved 2 mottak var dette et tilbud de kun ga til pasienter som bodde i mottakskommunen. De mottakene som før omorganiseringen hadde behandlet pasienter utsatt for vold i nær relasjon i overgrepsmottak, hadde fortsatt med dette. Denne behandlingen ble finansiert av kommunene som var med i ordningen.

De fleste lederne påpekte at når behandling av relasjonsvold foregikk på legevakt, skadepoliklinikk eller sykehusavdeling var det der ikke kompetanse eller ressurser til tilstrekkelig rettsmedisinsk skadedokumentasjon med bildedokumentasjon, inngående beskrivelser etc.

##### *Nklm sin vurdering*

De overgrepsmottakene som etter tidligere organisering hadde etablert et integrert tilbud til både pasienter utsatt for seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner har under ny organisering fortsatt med dette. Behandlingen av voldspasientene blir finansiert av kommunene som inngikk i ordningen. Vi synes det positivt at de mottakene som hadde påtatt seg oppgaven med å etablere et tilbud til pasienter utsatt for relasjonsvold i tråd med tidligere målsetning har fått fortsette med dette. Ved disse mottakene har det blitt bygget opp viktig kompetanse.

Nklm har flere ganger uttrykt bekymring for hvordan akuttbehandlingen av relasjonsvoldsutsatte ble foreslått organisert i Meld. St.15 (2012-2013). Vi har fremholdt at relasjonsvold kan avdekkes ved at pasienten åpent søker hjelp hos fastlege eller ved at legen spør. Noen utsatte vil imidlertid oppsøke legevakten ved akutte skader. Karakteristisk for disse pasientene er at mange vil skjule den reelle skadeårsaken av skam og frykt for konsekvenser om det avsløres, eller de bagatelliserer og unnskylder volden og først kommer når behandling er tvingende nødvendig. Bildediagnostikk og akutt skadebehandling er ofte nødvendig, hvilket tilsier behov for behandling innen spesialisthelsetjenestene. I mange tilfeller trenger de voldsutsatte tilgang til rettsmedisinsk undersøkelse/dokumentasjon, behandling og psykososial hjelp inklusive vurdering av sikkerhet og barnevern. Nklm har foreslått at overgrepsmottakene bør fungerer som andrelinjetjeneste der det er behov for mer omfattende sporsikring og rettsmedisinsk dokumentasjon.

De overgrepsmottakene som i dag har integrert et tilbud til både utsatte for relasjonsvold og for seksuelle overgrep, oppgir at dette fungerer godt og oppleves hensiktsmessig. Disse mottakene rapporterer at de på denne måten har håndtert et økt volum av saker og har fått styrket sin kompetanse gjennom økt erfaring og mengdetrening, bl.a. innen klinisk rettsmedisinsk dokumentasjon.

#### **4.18 Undersøkelse av overgriper**

6 mottak rapporterte at de også foretok undersøkelse av overgriper. De fleste av disse oppga at det var et annet team som foretok denne undersøkelsen, og at det foregikk i andre lokaler. 17 mottak rapporterte oppga at de ikke gjorde undersøkelser av overgriper. De fleste oppga at disse undersøkelsene forgikk på ordinær legevakt.

##### *Nklm sin vurdering*

I veileder for overgrepsmottak står det at overgrepsmottak ikke er beregnet for undersøkelse av en person som er mistenkt for en straffbar handling. Dersom mistenkt overgriper har behov for helsehjelp, gjøres dette i ordinær legevakt. En del av mottakene oppga at de utnytter den rettsmedisinske kompetansen, på politiets forespørsel, til å undersøke overgriper. Vi har ikke motforestillinger til dette, så lenge dette gjøres i samsvar med regler for fare for oversmitte av biologiske spor og at den utsatte ikke møter overgriper.

#### **4.19 Prosessen omkring omorganiseringen**

Et flertall av mottakene som planla å videreføre det kommunale overgrepsmottaket og inngå avtale med helseforetak, rapporterte at omorganiseringen hadde vært en langvarig prosess. De beskrev at prosessen var preget av usikkerhet om mottaket ville få fortsette. Mange sa at det hadde vært en krevende prosess med uvisshet og lite initiativ fra helseforetaket. Et flertall av de mottakene som har inngått avtale med helseforetak synes det endte bra, men for de to største mottakene var som tidligere nevnt, mer varige avtaler fortsatt ikke på plass.

##### *Nklm sin vurdering*

Nklm har vært kjent med at omorganiseringen har tatt tid, noe som også viste seg i vår tidligere kartlegging i 2014, der bare et mindretall oppga da at de hadde vært i kontakt med helseforetakene vedrørende videre drift. Det synes klart at i mange foretak har det manglet både engasjement og initiativ for å lede omorganiseringen godt og innenfor rimelige tidsrammer. Ofte vil nye helsetjenestetilbud være utviklet og fremmet fra fagmiljøer og engasjerte fagpersoner. Så synes ikke ha vært tilfellet en del steder her. Dette har medført unødvendig uro og engstelse hos ansatte noen steder, samt tidspress og midlertidige løsninger.

#### **4.20 Fullverdige mottak**

Vi valgte i undersøkelsen å spørre lederne om de hadde et «fullverdig mottak». Det foreligger ingen definisjon på hva et fullverdig mottak er, men vi stilte spørsmålet fordi vi ønsket at lederne skulle vurdere om de synes mottaket deres ga et fullverdig behandlingstilbud. 10 mottak oppga at de hadde et fullverdig mottak. De resterende mottakene vurderte ikke at deres mottak kunne vurderes som dette. Det var en rekke forhold som ble vektlagt som årsak til at ikke mottaket var fullverdig. Flere nevnte manglende oppfølgingstilbud som årsak, mens

andre mente at årsaken var at de ikke hadde en vakt- og beredskapsordning som var god nok. For andre ble det oppgitt at de hadde for liten forutsigbarhet i arbeidssituasjonen, og andre hadde ikke egne tilpassende lokaler. Et mottak oppga at de savnet retningslinjer for hva et overgrepsmottak skulle være og et skriftlig dokument på hva tilbudet skulle inneholde. De mente at på grunnlag av slike retningslinjer ville de kunne arbeide mot å få et fullverdig mottak.

Flere mottak oppga at de ville være fullverdig dersom de også kunne ta imot pasienter utsatt for vold i nær relasjon. De mente at disse pasientene hadde et for dårlig tilbud på legevakt. Legevakt, skadestuer og sykehusavdelinger var viktige for å avdekke vold, men at de ikke hadde den nødvendige kompetanse i sporsikring og skadedokumentasjon som var nødvendig for det rettsmedisinske arbeidet. De mente at mottaket hadde denne kompetanse og at de burde få oppgaven med å gi et tilbud til denne pasientgruppen.

#### *Nklm sin vurdering*

Det er flere forhold som ennå ikke er på plass for at mottakene selv oppfatter at de har et fullverdig tilbud. Alle nevner forhold som Nklm har påpekt som vesentlige i sine faglige anbefalinger.

Når det gjelder relasjonsvold er våre faglige innspill til dette i tråd med det mottakene oppgir.

## **5 Oppsummering og konklusjon**

Nklm har gjennomført en kartlegging av overgrepsmottakenes status etter omorganiseringen til spesialisthelsetjenesten. Vi har vurdert de forhold vi har kartlagt i tråd med de faglige anbefalingene vi kom med til departementet i 2015 i forbindelse med omorganiseringen.

Vår kartlegging viser at det har skjedd en positiv utvikling og flere forhold har blitt tatt tak i ved omorganiseringen. Omorganiseringen har skjedd i tråd med intensjonen om at robuste mottak skulle få fortsette gjennom avtaler med helseforetakene, og en har ved dette ivarett eksisterende kompetanse. Noen få mottak har blitt lagt ned for å effektivisere og skape større enheter. Nye mottak er under etablering og planlegging for å tilrettelegge for lange avstander i Finnmark og Nordland. Vi har en bekymring for at de minste mottakene ikke får de nødvendige ressurser for å kompensere for manglende mengdetrening. Vi ønsker at noen foretak utreder muligheten for ambulante modeller, der teamet rykker ut til pasienten fremfor at pasienten skal transporteres lange avstander.

Vi synes det er alvorlig at ikke alle mottak har etablert beredskapsvakt, men fortsatt er basert på frivillig ringeliste. Vi synes også det er bekymringsfullt at det var usikkerhet omkring avtalene for de to største mottakene i landet. Det er også for mange mottak som ikke har tid til profilering og utadrettet virksomhet.

Våre resultater viser at mottakene har en annen lokalisering enn tidligere. Kun 5 av 24 var nå lokalisert ved gynekologiske avdelinger. De fleste andre var lokalisert enten ved legevakt eller akuttmottak. Vi tror dette er hensiktsmessig for å nå ut og å gi et tilbud til både kvinner og menn.

Fortsatt er tilbakemeldingene at den rettsmedisinske kompetansen flere steder ikke er god nok blant legene ved mottaket. Tilbud om kurs er ikke tilstrekkelig for å få tilfredsstillende



kompetanse innen rettsmedisinsk sporsikring, dokumentasjon og erklæringer. Det bør være klart definerte faglige krav om opplæring og trening utover grunnutdannelsen og kurs for både leger og sykepleiere. Intern opplæring og gode veiledningsordninger må på plass for et flertall av mottakene.

Medisinsk og psykososial oppfølging må også komme på plass ved alle mottak. Det er ikke tilfredsstillende at mottak ikke kan gi et mer helhetlig konsept med oppfølging, når en vet hvor stor andel av overgrepsofsatte som får psykiske følgetilstander i etterkant.

Nklm sin overordnede vurdering er at den nye modellen med forankring i spesialisthelsetjenesten har medført flere forbedringer. Det er imidlertid fortsatt stort behov for vesentlige forbedringer innen viktige områder ved mange mottak. Bare ved ytterligere organisatorisk utvikling og økt kompetanse kan man sikre god pasientbehandling, tilfredsstillende rettsmedisinsk standard og bærekraftige overgrepsmottak. Det er behov for et normerende dokument om hva helsetilbudet til pasienter utsatt for seksuelle overgrep skal inneholde.

Over tre år etter vedtaket om ansvarsoverdragelse til spesialisthelsetjenesten har ikke omorganiseringen løst alle de utfordringene den var ment å løse. Det haster med å få et forsvarlig og likeverdig tilbud i alle deler av landet, både rett etter overgrepet og i oppfølgingen.

## 6 Referanser

1. Johnsen GE, Alsaker K, Hunskår S. Overgrepsmottak i Norge 2009. Rapport nr 2-2010. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2010.
2. Johnsen GE, Hunskår S, Alsaker K, Nesvold H, Zachariassen SM. Beredskapen ved norske overgrepsmottak 2011. Rapport nr 3-2012. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2012.
3. Johnsen GE, Hunskår S, Zachariassen SM, Alsaker K, Nesvold H. Overgrepsmottakene - Status per juni 2014. Rapport nr 3-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014.
4. Eide AK, Fedreheim GE, Gjertsen H, Gustavsen A. "Det beste må ikke bli det godes fiende!" En evaluering av overgrepsmottakene. Bodø: Nordlandsforskning, 2012.
5. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. ...er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr. 1-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009.
6. Justis- og beredskapsdepartementet. Meld. St. 15 (2012-2013). Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det handler om å leve. 2013.

## **Vedlegg**

**Vedlegg 1:** Overgrepsmottakene – Faglige anbefalinger ved overføring til spesialisthelsetjenesten

**Vedlegg 2:** Intervjuguide

Bergen, 22. januar 2015

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Kopi: Helsedirektoratet, Avd. allmennhelsetjenester

## Overgrepsmottakene – Faglige anbefalinger ved overføring til spesialisthelsetjenesten

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) har siden 2008 hatt nasjonalt ansvar for kompetansehevingstiltak for **overgrepsmottakene**, og har derfor god kjennskap til historikken, dagens situasjon og utfordringer i helsetjenestenes arbeid med vold og seksuelle overgrep. Mottakene står overfor den største omorganisering i sin snart 30-årige historie, og det er viktig at man ved denne anledning sikrer robuste tjenester som har de nødvendige økonomiske og faglige rammer for å imøtekomme de utfordringene som begrunnet endringen. Endringen må også sikre fortsatt utvikling av fagfeltet i henhold til faglige og politiske forventninger.

Ved behandlingen av Meld. St. 15 (2012-2013) *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det handler om å leve* og jf. Innst. 339 S (2012-2013) vedtok Stortinget at ansvaret for mottak og behandling av voksne utsatt for seksuelle overgrep skulle forankres i spesialisthelsetjenesten fra 2015, mens pasienter utsatt for vold i nære relasjoner fortsatt skulle få sin primære behandling på kommunalt nivå. De overgrepsmottakene som fungerte godt, kunne videreføres gjennom avtaler mellom kommuner og sykehusforetak. I behandlingen av statsbudsjett for 2015 ble det nylig vedtatt at flyttingen av ansvaret for overgrepsmottakene til spesialisthelsetjenesten skal utsettes til 2016.

Nklm antar at Departementet gjennom oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene vil stille styringskrav om overgrepsmottakene og eventuelt si noe om organisering, faglig innhold og økonomi. Basert på Nklms arbeid for overgrepsmottakene, Nordlandsforsknings evalueringsrapport og politiske føringer for den organisatoriske endringen, vil vi gjerne gi innspill til Departementets videre arbeid med saken. I det følgende presenteres faglige råd og vurderinger som vi mener er viktige for å sikre god utvikling av overgrepsmottakene i nye rammer.

### Sammendrag

Dokumentet oppsummerer utviklingen og de bærende elementer i overgrepssarbeidet. Vi påpeker hvilke faglige krav som må imøtekommes for å skape et helhetlig akutttilbud og nødvendig oppfølging til personer utsatt for seksuell og/eller fysisk og psykisk vold:

- Historien, utvikling over tid
- Helhetlige tjenester i et samlet konsept

- Forutsetninger:
  - Standardkrav, administrativ tilrettelegging, lokaler
  - Faglig kompetanse
  - Beredskap, tilgjengelighet og reisetid
- Oppgaver som bør inngå i tilbudet:
  - Medisinsk og psykososial oppfølging
  - Profilering og utadrettet virksomhet
- Relasjonsvold og annen vold, behov for spesialisthelsetjeneste og rettsmedisinsk kompetanse
- En god prosess i forhold til eksisterende overgrepsmottak

### **Overgrepsmottakenes utvikling**

Norges eldste mottak, ved Oslo Legevakt, åpnet i 1986 som et av de tre første i Europa og som det mest helhetlige; medisinsk behandling og oppfølging, rettsmedisinske undersøkelser uavhengig politianmeldelse og psykososial rådgivning. Samme år etablerte Oslo et tilbud for seksuelt misbrukte barn ved Aker sykehus. Tilbudene for barn videreutviklet seg ved større barneavdelinger rundt om i landet. Barnehusene har kommet siden 2007, men forholdet må da være anmeldt. Tilbudet i Oslo kom i stand etter en utredning foretatt av Oslo Helseråd i samarbeid med politi og bystyre. Det var primært rettet mot seksualvoldsutsatte av begge kjønn, men personalet så raskt at samme tjenester var relevante i andre saker med grov vold og vold i nær relasjon. I løpet av fem år vokste det frem et tyvetalls mottak landet over, etter lokale initiativ og med svært varierende betingelser.

I 2005 kom Helsedirektoratets utredning som anbefalte interkommunale overgrepsmottak for ungdom/voksne av begge kjønn utsatt for seksualvold og/eller vold i nær relasjon. Det ble gitt sentrale stimuleringsmidler for å ruste opp tjenestene. De fleste eksisterende mottak ble videreført, noen få omorganisert og noen få nyetablert.

Det har alltid vært særlige utfordringer knyttet til det rettsmedisinske arbeidet hvor kvalitetskravene har blitt stadig mer avanserte og kostnadskrevende. Kostnadene blir i stor grad dekket av på mottakene, ettersom verken rettsapparat eller Helfo gir adekvat refusjon. Kostnadene knytter seg mest til kompetanse/beredskap og tidsbruk ved undersøkelse og etterarbeid. I dag finnes denne kompetansen nær utelukkende ved de eksisterende overgrepsmottakene og ved tilsvarende tjenester for barn.

Siden 2008 har Nklm har hatt ansvaret for kompetanseheving, fagutvikling og forskning knyttet til overgrepsmottakene. Nklm arrangerer årlige grunnkurs, oppfølgingskurs og spesialkurs innen fagfeltet overgrepsmottak (klinisk rettsmedisin, vold i nære relasjoner, fotodokumentasjon). Mange hundre ansatte ved overgrepsmottak og andre relevante fagpersoner har fått sin grunnopplæring gjennom disse kursene. I tillegg arrangerer vi årlige ledersamlinger, slik at overgrepsmottakene nå kjenner hverandre godt, lærer fra hverandre og har fått mange felles prosesser. Gjennom forskningssamarbeid og studiebesøk kjenner vi også til organiseringen av overgrepsmottak i England (Manchester åpnet 1986), Danmark (Århus åpnet 1999) og Sverige (Stockholm åpnet 2005).

I denne tiden har de kommunalt finansierte overgrepsmottakene vokst videre i saksmasse og kvalitet; 2/3 ligger ved legevakter, og de øvrige er et samarbeid mellom

primærhelsetjeneste og sykehus. Flere mottak har blitt «fullverdige» og bistår både ved seksualovergrep og ved vold i nær relasjon, uten strikte tidsgrenser, og flere mottak har oppfølgingstilbud, selv om rammene er snevre.

### **Overgrepsmottakenes status og bakgrunn for endringer**

Nklm har ved flere anledninger dokumentert utfordringer knyttet til denne helsetjenesten, og uttrykt bekymring over utilstrekkelige rammebetingelser (økonomi, forankring i forskrift, minstekrav) som har hemmet realiseringen av ønsket faglig utvikling av tilbudet nasjonalt. I Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt (2009) anbefalte vi en rekke tiltak for overgrepsmottakene, basert på nåværende forankringsmodell. Flere av disse tiltakene vil være uavhengig av mottakenes organisatoriske plassering.

Nordlandsforskning konkluderte tilsvarende i sin evalueringsrapport (2012), og presiserte at de økonomiske vilkårene medførte at mange overgrepsmottak hadde vansker med å yte den kvalitet de ønsket. Det er derfor nødvendig med politiske prioriteringer og administrative grep for å få til et tjenestetilbud på høyt nivå for overgrepsutsatte personer i hele landet. Det at ansvaret legges til helseforetakene vil neppe være tilstrekkelig alene, jf. Barneombudets og de sosialpediatriske avdelingenes bekymring rundt utilfredsstillende tilbud til overgrepsutsatte barn ved sykehus.

I statsbudsjettet Prop. 1 S (2014-2015) ble den foreslåtte ansvars plasseringen bekreftet, men oppstarten utsatt et år. På side 161 står det:

«De fleste personer utsatt for vold i nære relasjoner uten at det samtidig foreligger et seksuelt overgrep, oppsøker i dag kommunal legevakt. Legevakten, ev. også fastlegen, er oftest nærmest brukeren og en inngangsport for å søke hjelp, også for personer utsatt for seksuelle overgrep. Legevakten skal håndtere akutte hendelser og ved behov henvise videre og sørge for transport av pasienten til overgrepsmottaket/sykehuset. Tjenestene til volds- og overgrepsutsatte skal integreres i de ordinære tjenestene, og spesialisthelsetjenesten vil få hovedansvar for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep. Det foreslås at dette skjer fra 2016. Eksisterende, robuste kommunale mottak skal videreføres gjennom avtaler mellom regionale helseforetak og kommuner.»

Når overgrepsmottakenes oppgaver nå skal omfordeles mellom to tjenestenivåer, er det svært viktig at det legges til rette for å bygge opp sømløse tjenester som har de økonomiske og faglige rammer som skal til for å gi disse pasientene et hjelpetilbud med adekvat kvalitet.

### **Overgrepsmottak som et samlet konsept**

Overgrep på individets fysiske, psykiske og/eller seksuelle integritet krever et helhetlig akutttilbud som er lett tilgjengelig og som de utsatte og deres pårørende har tillit til. Det er behov for bærekraftige overgrepsmottak med høy grad av faglig kompetanse over hele landet, og som kan ivareta oppgaver knyttet til medisinsk undersøkelse, behandling og oppfølging av både unge, voksne og eldre, av begge kjønn. Med tanke på de særdeles viktige støttefunksjoner overfor politiet og rettsapparatet, trenger overgrepsmottakene god rettsmedisinsk kompetanse og utstyr.

På grunn av bredden i oppgavene mener Nklm at overgrepsmottak må være "én organisasjon", med ledelse, budsjett, egne lokaler og definerte ansatte. På denne måten kan en sikre brede og robuste fagmiljøer, og gi et bredt og bedre tilbud til et større pasientvolum. Vi vil sterkt advare mot fragmenterte løsninger basert på ad hoc bruk av personale, tilkalling av fagpersoner fra den ordinære drift fra ulike avdelinger og etablering av overgrepsmottak som en «undefinert» del av et akuttmottak.

To spesifikke problemstillinger knyttet til dette konseptet må finne sin løsning:

- *Overgrep mot barn* (både vold og seksuelle overgrep) har utviklet seg som en tjeneste for seg, knyttet opp mot barneavdelinger og barnehusene. Grenseflaten mot overgrepsmottakene og mot de kommunale tjenestene (fastleger og legevakt) må avklares nærmere. Teksten i statsbudsjettet Prop. 1 S (2014-2015), referert ovenfor, kan tolkes som om samme oppdeling mellom vold/relasjonsvold og seksuelle overgrep gjelder barn. Det vil si at barn utsatt for vold i nær relasjon nå primært skal ivaretas av kommunale helsetjenester. I forhold til den utvikling vi har sett med spesialisering og sentralisering av saker med barn involvert, gir dette i tilfelle betydelige kompetanseutfordringer. Men det er konsistent med den prinsipielle argumentasjon som Departementet har fulgt når det gjelder å skille vold/vold i nær relasjon fra seksuelle overgrep ellers.
- *Rettsmedisinske tjenester til personer utsatt for vold/vold i nær relasjon* er av stor betydning for oppfølging av sakene hos politiet og rettsapparatet. Nklm har ved flere anledninger påpekt at det er lite diskutert og avklart hvem og hvordan denne sentrale oppgaven skal ivaretas ved ny organisasjonsmodell. Dette blir mer omtalt nedenfor.

### **Standardkrav, administrativ tilrettelegging og lokaler**

Det er viktig å definere klare standarder for et godt utstyrt døgkontinuerlig overgrepsmottak:

- Mottaket må ha både administrativ og medisinskfaglig leder for å ivareta prosedyrer, håndtering av utstyr og bevismateriale, ivareta personellet, yte veiledning og kvalitetssikre arbeidet; herunder det sikkerhetsmessige, barnevernsperspektivet og det rettsmedisinske.
- Når saker anmeldes, må det avsettes tid for å utarbeide legeerklæring til politiet; tidsbruken for dette er i dag undervurdert.
- Det bør også beregnes tid for oppfølging av prøvesvar, påse at pasienter møter til oppfølging/overlappe med andre tjenester, ivareta tverretatlig samarbeid og annen utadrettet virksomhet.
- Videre trenger mottaket egne, skjermede lokaler med riktig utstyr og utseende som gir ro og verdighet. Lokaler ved mottak bør helst ikke sambrukes med andre avdelinger på grunn av risiko for oversmitte av biologiske spor ved rettsmedisinske undersøkelser.

Mottaket må i tillegg kunne rykke ut dersom pasienter er innlagt på andre avdelinger, sykehjem etc. og ikke bør eller kan flyttes, for eksempel på grunn av store skader, postoperativt eller ved skjerming på psykiatrisk grunnlag.

### **Faglig kompetanse**

Det er i dag ingen særskilte faglige krav til å arbeide i overgrepsmottak utover kravet om godkjent legeutdanning, sykepleierutdanning eller andre helsefagutdanninger. Grunnleggende utdanning og trening i basale akuttmedisinske behandlingsprinsipper er oppfylt for alle leger. Arbeidet i overgrepsmottak stiller imidlertid spesielle krav til pasientivaretagelse og klinisk rettsmedisin. Rettsmedisin er ingen egen medisinsk spesialitet i dag og klinisk rettsmedisinsk kompetanse inngår ikke i noen av de eksisterende legespesialistutdanninger. Det bør derfor være klart definerte faglige krav om opplæring og trening utover grunnutdannelsen for både leger og sykepleiere, jf. også Helsedirektorats anbefaling om sertifisering av personellet. Kravene må inneholde grunnkunnskaper innen traumeteori, klinisk rettsmedisinsk undersøkelse og dokumentasjon, medisinsk behandling, farevurdering og psykososial ivaretagelse og behandling. Det må innarbeides veiledningsordninger og ordninger for kompetanseutvikling og faglig vedlikehold.

Det er en generell erfaring at man undervurderer hvor krevende det er å bygge opp god klinisk rettsmedisinsk praksis. I dagens behandlende helsevesen finnes denne kompetansen nær utelukkende ved de eksisterende overgrepsmottak og ved tilsvarende tjenester for barn. Det er derfor viktig å ivareta det som allerede er etablert og sikre at minst mulig av denne kapasiteten går tapt ved en omorganisering.

De årene Nklm har drevet grunnleggende og videregående kurs, har vi erfart økende etterspørsel om slike kurs blant annet på grunn av rotasjon og nyrekruttering av personalet, samt kontinuerlig nytt kunnskapstilfang og videreutvikling av fagfeltet. Det har vært særlig viktig at kurs er tilgjengelige for sykepleiere, ettersom disse ofte har sentrale funksjoner i mottaket, men har dårligere tilgang på kurs enn legene. Ved omorganisering av mottakene må man sikre at nasjonale kurstilbud videreføres. Mottakene må også ha mulighet til å sende deltakere til internasjonale kurs og konferanser, for å få tilgang til ny kompetanse og større fagmiljøer. Dette har vi fått til ved mange av mottakene de senere årene.

### **Beredskap, tilgjengelighet og reisetid**

Akuttarbeidet i overgrepsmottak er både tids- og kompetansekrevende, og overgrepsmottakene må ha en stabil og forutsigbar vaktordning for å kunne gi kyndig hjelp innen rimelig tid til de som henvender seg. Dette innebærer at man enten må basere seg på tilstedevakt eller på betalt beredskapsvakt for sykepleier og lege. Lege og sykepleier kan ikke ha annet vaktansvar parallelt om de ikke får avlastning for dette de timene akuttarbeidet krever. Hvis ikke vil det oppstå samtidskonflikter og svært vanskelige valg mellom ulike arbeidsoppgaver. Volumet av saker og hvordan overgrepsmottaket er integrert i annen organisasjon, vil selvsagt innvirke på vaktmodellen.

Nklms kartlegginger har vist at mottakene hittil har hatt ulike vaktordninger. Både tilstedevakt, beredskapsvakt og frivillig ringeliste, eller kombinasjoner av disse ordningene er benyttet. Gjeldende politiske, forvaltningsmessige og faglige føringer for respons og kvalitet for helsehjelp og rettsmedisinsk arbeid, tilsier at det ikke lenger kan anses faglig forsvarlig å basere seg på frivillige og ubetalte ordninger eller tilstedeværende personell med andre store vaktoppgaver. Da risikerer man at mottakssamtale og undersøkelse ikke etableres innen rimelig tid, og tidstapet kan



medføre ytterligere helseskade og tap av rettslige bevis. Overgrepsmottak må derfor ha beredskapsordninger på linje med andre beredskapsordninger i helsetjenesten. Det anses å være nødvendig med minst 6-8 sykepleiere og 6-8 leger i en slik vaktordning. Ved en mindre bemanning kan vaktslitasjen bli for stor, ved vesentlig større bemanning kan det bli vanskelig å bygge opp tilstrekkelig erfaring. Kontinuiteten i slike vaktordninger kan være en utfordring. Vi erfarer at sykepleiere har bedre kontinuitet enn leger, men at mange steder har man etablert et korps av allmennleger og andre relevante spesialister som har stått i denne type tjeneste over mange år.

Tilbudet må være døgnåpent, lavterskelbasert uten ekstern henvisning, og tilgjengelig for begge kjønn. Akutthenvendelser bør defineres som øyeblikkelig hjelp hvor skjerming og kartlegging bør iverksettes straks, mens grundigere samtale og undersøkelser påbegynnes innen en time.

Norge er til dels gravgrendt og med vanskelige reiseforhold. Det er derfor en utfordring å finne rett balanse mellom de utsattes behov for lett adkomst og diskresjon, mottakenes behov for saksmengde som gir kompetansegrunnlag, og eiers behov for effektiv ressursutnyttelse. Det må også tas i betraktning at unge mennesker mellom 16 og 24 år er mest utsatt for seksualvold, til dels også for relasjonsvold, og disse har vanskelig for å overvinne lange avstander. Tidligere er det sagt at det bør være minst ett mottak i hvert fylke. Dette gir selvsagt stor variasjon i befolkningsgrunnlaget. Nklm foreslår at foretakene opprettholder dette prinsippet i utgangspunktet, men uten at det betyr at noen mottak må nedlegges eller at alle skal opprettholdes. Vi foreslår at foretakene må melde til Departementet hvordan de tenker seg strukturen for mottakene i fremtiden, og at disse planene blir underlagt vanlig eierskapsvurdering.

### **Medisinsk og psykososial oppfølging**

Oppfølgingen av pasienter ved overgrepsmottakene er i dag ulikt organisert, rammebetingelsene ved det enkelte mottak har vært vesentlig for mulighetene. I Nklms kartlegging i 2011 oppga ca. halvparten av mottakene at de drev medisinsk og psykososial oppfølging. Flere av mottakene ønsket å utvikle et oppfølgingstilbud gitt adekvate økonomiske rammer. Erfaringene er positive; gode pasient tilbakemeldinger og dypere innsikt i problemfeltets kompleksitet blant personalet. Dette ansporer til forbedring av tilbudet og mer effektiv forebygging av ettervirkninger.

I dag er ulike faggrupper involvert i oppfølgingen, som allmennleger og sykepleiere. Psykososial oppfølging kan også skje hos sosionom eller psykiatriske sykepleiere, og minst ett overgrepsmottak har en kommunepsykolog tilknyttet. Men flere mottak må ennå henvisne etter førstegangsundersøkelsen, ofte formidler da sykepleier kontakt mellom pasient og fastlege, som en aktiv og planlagt overføring.

De fleste utsatte er vare og sårbare ved første henvendelse, og tidlig henvisning kan oppleves som avvisning. Det å kunne tilby oppfølging på samme sted i en periode, kan være stabiliserende og avklarende med hensyn til om videre henvisning til mer langvarig oppfølging er nødvendig, og eventuelt til hvilken etat og hvilket nivå.

Pasienter ved overgrepsmottak er en differensiert pasientgruppe med ulike oppfølgingsbehov. Mange pasienter vil ha nytte av relativt enkel og kortvarig behandling i primærhelsetjenesten. Andre pasienter vil ha behov for tverrfaglig og

tverretattlig oppfølging. Pasienter med vedvarende etterreaksjoner (posttraumatisk stressforstyrrelse), andre traumerelaterte tilstander eller komorbide tilstander, bør henvises til psykiatrisk spesialisthelsetjeneste.

Nklm mener at alle overgrepsmottak i fremtiden må utvikle og tilby grunnleggende oppfølging. Denne bør bestå av både medisinsk og kortvarig psykososial oppfølging. Slik oppfølging kan være tilstrekkelig for mange pasienter. Riktig oppfølging på rett nivå kan forebygge og redusere langvarige helseplager. Alle mottak bør derfor ha tilgjengelig helsepersonell med nødvendig kompetanse på psykososial oppfølging ved overgrep. Mottaket må samarbeide med pasientens fastlege og andre relevante hjelpeinstanser som kommunale psykiatriske tjenester, skolehelsetjeneste, rusomsorg, tiltak for handikappede og psykiatrisk spesialisttjeneste ved behov. En må sikre at pasienter som trenger det, får nødvendig langvarig oppfølging etter avsluttet behandling ved overgrepsmottaket.

### **Profilering og utadrettet virksomhet**

Mange overgrepsutsatte unnlater å søke hjelp, dels fordi de ikke kjenner til tilbudet, eller ikke forstår at man kan henvende seg der etter en hendelse, og noen ser ikke nytteverdi i å søke hjelp, noen vil bare glemme. Undersøkelser har vist at det er betydelige barrierer mot å søke hjelp etter å ha blitt utsatt for vold og overgrep. Utadrettet arbeid må derfor være en viktig del av arbeidet som mottakene trenger tid og ressurser til for å arbeide kontinuerlig med.

Formidling som øker kunnskapsnivået i befolkningen, i andre helsetjenester/avdelinger og hjelpeapparatet vil øke identifikasjonen og senke terskelen for å søke hjelp. Profileringen må rettes til begge kjønn og alle aldersgrupper. Mottakene bør også engasjeres i forebyggende aktiviteter i samarbeid med andre aktører, som for eksempel helsesøstertjeneste, oppsøkende behandlingsteam (ACT) og krisesenter.

### **Relasjonsvold og seksuell vold – behov for spesialisthelsetjeneste og rettsmedisinsk kompetanse**

Den vedtatte splittingen av tilbudene knyttet til de to typene overgrep (relasjonsvold versus seksualovergrep) medfører noen utfordringer i hvordan spesialisthelsetjenestene skal sikres når det er behov for det innen voldsfeltet. Både Helsedirektoratet og Nklm har gjennom sine utredninger fremholdt at dette er to grupper av overgrepsutsatte med mange sammenfallende hjelpebehov. Særlig i akutfasen har mange de samme behov for fagkompetanse innen medisin, rettsmedisin, farevurdering, barnevern, psykososial ivaretagelse og oppfølging. Ofte har pasientene vært utsatt for begge typer overgrep. Avdekning av voldens omfang og alvorlighet ved relasjonsvold kan kreve tid, dokumentasjonen er ofte mer ressurskrevende enn ved seksualvold, og det vil ofte være påkrevet med flere akutte tiltak.

Helsehjelpen for personer utsatt relasjonsvold er foreslått styrket ved at fastleger og legevaktleger skal få utvidet sin kompetanse i forebygging, behandling og oppfølging av vold i nære relasjoner. Helsedirektoratet har gitt Nklm i oppdrag å utvikle e-læringskurs om vold i nære relasjon for fastleger, og dermed også hovedtyngden av legevaktleger. Men selv om det er både nødvendig og relevant at allmennlegene får en grunnopplæring

i temaet relasjonsvold, gir dette tiltaket verken tidsrammer eller fullverdig erstatning for overgrepsmottakenes helhetlige hjelpetilbud i en akutfase.

Relasjonsvold kan avdekkes ved at pasienten åpent søker hjelp hos fastlege eller ved at legen spør, noen utsatte vil oppsøke legevakten ved akutte skader. Karakteristisk for disse pasientene er at mange vil skjule den reelle skadeårsaken av skam og frykt for konsekvenser om det avsløres, eller de bagatelliserer og unnskylder volden og først kommer når behandling er tvingende nødvendig. Bildediagnostikk og akutt skadebehandling er ofte nødvendig, hvilket tilsier behov for behandling innen spesialisthelsetjenestene. I mange tilfeller trenger de tilgang til rettsmedisinsk undersøkelse/dokumentasjon, behandling og psykososial hjelp inklusive vurdering av sikkerhet og barnevern.

Nklm har støttet et prosjekt ved SO-mottaket i Vestfold og legevakten i Sandefjord, der en ga tilbud til personer utsatt for vold i nære relasjoner. Akutttilbudet besto av rettsmedisinsk undersøkelse, emosjonell førstehjelp, farevurdering og henvisning til psykososial oppfølging. Prosjektet demonstrerte at akutttilbudet var tidkrevende og stilte krav til bred faglig kompetanse. For å sikre tilgjengelighet og nødvendig kompetanse for slike saker, var det nødvendig med egen vaktordning utover det som allerede var på plass ved en middelstor, stasjonær legevakt. Man konkluderte med at disse sakene neppe kan ivaretas med nødvendig kvalitet innenfor fastlegeordningen generelt, og heller ikke innenfor legevaktordningenes vanlige drift.

De overgrepsmottakene som i dag har integrert et tilbud til både utsatte for relasjonsvold og for seksuelle overgrep, oppgir at dette fungerer godt og oppleves hensiktsmessig. Disse mottakene rapporterer at de på denne måten har håndtert et økt volum av saker og har fått styrket sin kompetanse gjennom økt erfaring og mengdetrening, bl.a. innen klinisk rettsmedisinsk dokumentasjon. I en av våre utredninger, var det uttrykt bekymring fra disse mottakene for hvordan legevaktlegen skulle løse tidkrevende rettsmedisinsk dokumentasjon i en travel legevakt, når overgrepsmottakene flyttes.

Vi er bekymret for at man i prosessen med omorganiseringen har vist utilstrekkelig oppmerksomhet til den delen av de voldsutsatt som trenger mer medisinsk behandling enn som er rimelig å forvente fra fastlege eller legevakt. Og spesielt er vi bekymret for hvordan man skal sikre de voldsutsatte nødvendig rettsmedisinsk undersøkelse. Dette krevet et kompetansenivå (se over) som ikke kan forventes av fastleger og legevakter generelt, og som vi frykter ikke vil oppfylle de forventninger som kommer fra politi og rettsvesen.

Nklm anbefaler derfor at Departementet sikrer at også pasienter som har vært utsatt for fysisk vold, og som trenger spesialisthelsetjenester, inkludert rettsmedisinsk dokumentasjon, må sikres dette. Kompetansen for dette finnes i overgrepsmottakene. Vi mener derfor at overgrepsmottakene i den nye modellen må fungere som andrelinjetjenesten for slike oppgaver. De vil her fungere som vanlige spesialisthelsetjenester etter henvisning fra førstelinjen.

### **En god prosess i forhold til eksisterende overgrepsmottak**

Det har vært arbeidet med opprustingen av feltet over en årrekke. Dette har ført til at de nåværende overgrepsmottakene har opparbeidet seg en betydelig fagkompetanse og erfaring. Regjeringen har lagt føringer for videreføring av robuste mottak, uten at dette er nærmere definert. Nklm har i sine tidligere utredninger funnet at det foreligger betydelig engasjement, entusiasme og dedikasjon blant helsepersonellet ved mottakene. Ved en omorganisering er det vesentlig at dette og den klinisk rettsmedisinske kompetansen ikke forsvinner. Vi mener derfor at det er både ressursbesparende og viktig for oppbygging av fagfeltet at leger og sykepleiere som har opparbeidet seg faglig kompetanse og erfaring over år, benyttes både der det opprettes nye mottak og der de kommunale mottakene videreføres gjennom avtaler med helseforetaket. Det vil også være lettere for publikum å forholde seg til de eksisterende tilbud som allerede er innarbeidet.

I juni 2014 gjennomførte Nklm strukturerte telefonintervjuer med ledelsen ved samtlige 24 overgrepsmottak. I brev til Departementet oppsummerte vi resultatene fra undersøkelsen. Bare et mindretall av mottakene oppga at de har vært i kontakt med helseforetakene vedrørende videre drift i 2015 (daværende vedtak), og stort sett var det overgrepsmottakene selv som hadde tatt initiativet til dette. Noen rapporterte at helseforetaket avventet oppdragsbrev om drift av overgrepsmottak. Det er etter vårt syn viktig at oppdragsbrevet for 2015 gir tydelige signaler om drift av overgrepsmottakene fra 2016. Ikke minst gjelder dette de mottakene som skal videreføres i kommunal regi, der økonomimodellen må endres vesentlig.

### **Avslutning**

Nklm ber at Departementet så snart som mulig avklarer den konkrete prosessen med den vedtatte endringen for overgrepsmottakene, slik at vi ikke kommer i en vanskelig situasjon som kan gå ut over pasientene i starten av 2016. Det må påregnes at kommunene nedtoner sin interesse for å drifte overgrepsmottakene, og det er derfor viktig at det nye tilbudet står klart som vedtatt i hele landet.

Vi tror at det er nødvendig med konkrete krav til innholdet og driften av et overgrepsmottak i den nye modellen, for å sikre den kvalitetsforbedring som er begrunnelsen for den organisatoriske endringen. Nklm står gjerne til disposisjon for Departementet i arbeidet, slik vi har gjort til nå. Vi har planlagt å fortsette vårt ordinære arbeid for kvalitet og kompetanseutvikling for mottakene i 2015, med kurs, samlinger, prosjekter og informasjonsaktiviteter, som tidligere. Vi håper også at vi i løpet av 2015 kan få signaler om vår videre rolle overfor overgrepsmottakene for årene fremover.

Vennlig hilsen



Steinar Hunskår  
forskningsleder, professor



Grethe Johnsen  
leder, overgrepsmottaksgruppen

## Intervjuundersøkelse etter omorganiseringen til spesialisthelsetjenesten for overgrepsmottakene desember 2016

**Antatt status per 01.01.17**

Navn på intervjuer:

Navn på Overgrepsmottaket:

Navn og stilling på den som intervjues:

### 1. Ny organisering i spesialisthelsetjenesten

Hvor er mottaket lokalisert organisatorisk? (avdeling, enhet) (kommunal legevakt)

Hvor er mottaket fysisk lokalisert? (akuttmottak, egne lokaler, avdeling, poliklinikk, legevakt)

Dersom dere har videreført Overgrepsmottaket ved legevakt hvilken avtale har det inngått med Helseforetaket?

Er avtalen løpende eller tidsbegrenset?

Hva er varigheten på avtalen?

Er det gjensidig oppsigelse?                      Hvor lang er oppsigelsestiden?

Når kom avtalen i stand?

Er det forhold med denne avtalen dere **ikke** er fornøyd med?

Er det forhold med denne avtalen dere er fornøyd med?

Er forandringene (utdyp gjerne)

til det bedre, hva:

uendret

verre, hva:

## **2. Ledelse**

Hvem er medisinskfaglig leder?

Hvor stor stillingsbrøk har medisinskfaglig leder knyttet til Overgrepsmottaket?

Er dette mer eller mindre enn tidligere?

Hvem er administrativ leder?

Hvor stor stillingsbrøk har administrativ leder knyttet til Overgrepsmottaket?

Er dette mer eller mindre enn tidligere?

Er det nok ressurser til ledelse av mottaket?

Hvordan er dialogen med ledelsen i Helseforetaket, og hvor mange ledd er det mellom mottakets leder og avgjørelsesmyndigheten i Helseforetaket?

## **3. Økonomi**

Hvordan er økonomien for mottaket?

Hva er deres budsjett?

Inngår alle utgifter i budsjettet (lokaler, renhold, strøm eller kun lønnsbudsjettet):Har dere fått større eller mindre budsjett etter omorganiseringen?

Er det noe dere ikke har fått gjennomslag for? Spesifiser .....

#### **4. Beredskap**

Hvilken vaktordning har legene?

Tilstedevakt:               Hvilke leger inngår... (turnusleger, vakthavende lege, bakvakt)

Beredskapsvakt, beskriv... (hvilke leger inngår)

Ringeliste, beskriv.... (hvilke leger inngår)

Hvor mange leger inngår i vaktordningen? (oppgi gjerne også spesialitet)

Er det samtidighetskonflikter/har legen andre oppgaver samtidig?

Varyerer vaktordningen på dag, kveld, natt, helg? Beskriv...

Har legene fast uttrykningsbetaling? (fremmøtetakst, timebetaling, betalt beredskap)

Dersom det er uttrykningsbetaling – hva er denne fastsatt til?

Er det noen utfordringer knyttet til denne vaktordningen? Beskriv .....

Hvilken vaktordning har sykepleierne?

Tilstedevakt, beskriv...

Beredskapsvakt, beskriv..

Ringeliste, beskriv...

Hvor mange sykepleiere inngår i vaktordningen? (oppgi gjerne også spesialitet)

Er det samtidighetskonflikter/har sykepleieren andre oppgaver samtidig?

Varyerer vaktordningen på dag, kveld, natt, helg? Beskriv...

Har sykepleierne fast uttrykningsbetaling? (fremmøtetakst, timebetaling, betalt beredskap)

Dersom det er uttrykningsbetaling – hva er denne fastsatt til?

Er det noen utfordringer knyttet til denne vaktordningen? Beskriv...

### For mottakene i Vestfold og Førde

Ambulant sykepleiemodell:

Hvor mange sykepleiere inngår i vaktordningen?

Varierer vaktordningen på dag, kveld, natt, helg? Beskriv...

Har sykepleierne fast uttrykningsbetaling? (fremmøtetakst, timebetaling, betalt beredskap?)

Dersom det er uttrykningsbetaling – hva er denne fastsatt til?

Hvor mange leger inngår i ordningen?

Hva er deres rolle?

Er det samtidighetskonflikter for sykepleier og lege? Beskriv...

Er det noen utfordringer knyttet til denne vaktordningen? Spesifiser....

Hvor er legene ansatt?

Hvor er sykepleierne ansatt?

Hvem skriver de rettsmedisinske erklæringene?

Hvor lang tid tar det fra mottaket får en henvendelse til dere kan ta imot pasienten?

Vanligvis:

Minste tid:

Kan skje:

## **5. Kjønn**

Har dere tilbud til begge kjønn?

Håndteres både menn og kvinner på samme mottak?

Hvis ikke hvordan gjøres det?

## **6. Barn**

Hvilket tilbud har helseforetaket til barn utsatt for seksuelle overgrep?

Hvilket samarbeid har dere med barneavdeling som tar SO hos barn?



## 7. Lokaler

Beskriv lokalene (antall rom, egen inngang, sambruk, samtalerom, skjermingsrom, kontor)

Er det noe dere savner mht. lokaler?

Hva er bra med deres lokaler?

## 8. Utstyr

Er Overgrepsmottaket tilstrekkelig utstyrt?

Eventuelt, hva mangler?

## 9. Ambulant funksjon

Rykker personalet ved mottaket ut til andre avdelinger, sykehjem etc., dersom pasienten av ulike grunner ikke kan komme til mottaket?

## 10. Tilgjengelighet

Er mottaket åpent hele døgnet?

## 11. Faglig kompetanse, opplæring, veiledning

Leger:

Hvordan foregår den interne opplæringen?

Hvilken veiledning/opplæring har de mht. å dokumentere skader og skrive erklæringer?

Hva tenker dere hadde vært ønskelig i forhold til dette?

Hvilken veiledning får legene? (av hvem, hvor ofte, i gruppe etc.)

Sykepleiere:

Hvordan foregår den interne opplæringen?

Hvilken veiledning får sykepleiere? (av hvem, hvor ofte, i gruppe etc.)

Har dere kompetansekrav til leger og sykepleiere som inngår i mottaket?

Spesifiser.....

Hvordan vil du si at den faglige kompetansen (medisinsk og rettsmedisinsk) er hos dine ansatte?

Arrangerer dere fagdager?

Hvilke midler har dere til disposisjon for å dra på kurs/konferanser?

## **12. Profilerings og utadrettet virksomhet**

Er det satt av tid og finansiering til profilering av mottaket?

Hvordan gjøres profileringen?

Hvem har dere henvendt dere til?

## **13. Tidsbruk**

Er det satt av nok tid til å følge opp prøvesvar etc.

Er det satt av nok tid til rettsmedisinsk arbeid og skriving av erklæringer?

Hvordan organiseres dette arbeidet – er det noen som skriver der andre kun gjør grunnarbeidet?

Er det noen som kvalitetssikrer det rettsmedisinske arbeidet og skriving av erklæringer?

Hvis ja, hvem gjør dette?

Er det satt av tid til tverretattlig samarbeid? (andre deler av spesialisthelsetjenesten, fastlege, skolehelsetjeneste, rusomsorg, politi etc.)

## **14. Mottakets oppfølging**

Gir mottaket medisinsk oppfølging?

Hvem er det som gir dette?

Er det et fast antall oppfølgninger?      Eller etter behov?

Gir mottaket psykososial oppfølging?

Hvem er det som gir dette?

Er det et fast antall oppfølginger? Eller etter behov?

Er det egne fagpersoner ansatt for dette?

Hvordan er oppfølgingen finansiert? (for de med avtale, inngår den i avtalen med Helseforetaket)

Dersom mottaket ikke driver medisinsk og psykososial oppfølging, hva gjøres for pasienten i etterkant?

Dersom dere ikke driver oppfølging er dette noe som dere planlegges at skal komme på plass?

Hva må til for å få til dette?

### **15. Pårørende**

Hvilket tilbud gir dere til pårørende? Beskriv... (telefon, samtaler, informasjonsskriv etc.)

### **16. Pasienter**

Vi spør ikke om antall pasienter mottaket har behandlet i år i denne omgang, men vil komme tilbake til dette i en epost i januar slik at vi får antallet for hele 2016.

Hvor stort befolkningsgrunnlag dekker mottaket?

Hva er lengste reiseavstand?

Hvor tas pasienter utsatt for vold i nær relasjon imot?

Dersom det gjøres på mottaket, hvordan finansierer dette?

Undersøker mottaket overgriper?

Hvis ikke, vet du hvem som gjør dette?

## 17. Oppsummering

Dersom vi til slutt nå skal oppsummere - hvordan vil du si at prosessen rundt omorganiseringen har vært?

Har dere et fullverdig mottak?

Hvis ikke, hva ser du for deg at dere må få på plass før dere har et fullverdig mottak?

Tusen takk for at du tok deg tid til å besvare vår kartlegging.