
Manglende hjelp til voldsrammede pasienter

REDAKSJONELT

LISBETH BANG

Gabels gate 25B
0272 Oslo

Lisbeth Bang (f. 1947) er spesialist i almen- og samfunnsmedisin. Hun har iværksatt og ledet integrerte døgnåbne tilbud for voldtægts- og voldspasienter og forsket i samme emne, og har bidraget til flere NOUer på området. Hun er medlem af Verdikommisjonens råd.

Dette nummer af Tidsskriftet bringer artikler om voldsrammede pasienters behov for systematisk lægeundersøgelse og for hjelp med senvirkninger. På Gulbrandsens undersøgelse fra Buskerud fylke i 1995 viser at 14 % af almenhelsetjenestens voksne pasienter hadde været utsatt for vold, at 5 % mente at de fortsatt hadde plager grundet volden, og var interessert i at bli hjulpet for dette (1). Det alminneligste tiltag fra lægens side var mere tid i konsultasjonen. Kvaal & Kvaal foreslår en systematisk procedure for at undersøge og behandle tandskader (2). Især under udøvelse af vold på offentlig sted er det hyppigt at udøver slår ud efter ansigtet. Det er relevant at have en procedure for at undersøge for tandskader.

I tillegg til at vold kan medføre akutte og kroniske helseskader er det et retslig anliggende. Samlebetegnelsen vold og voldsofre er behandlet i norsk straffelov i paragrafferne 228, 229, 231, 232 samt 9. Skalaen er fra legemsfornærmelse til grov fysisk vold og mishandling. Politieforsknings og retsapparat trenger lægens beskrivelse af fundene for at afgøre under hvilken lovparagraf saken hører hjemme. Beskrivelsen skal være i retsmedisinsk uttryksform.

For ti år siden publiserte Helsetilsynet vejledende retningslinier for at tage imod voldsofre (3). Udtrykket «voldsofre» omfatter ofre for alle typer af vold og mishandling i alle aldersgrupper. Helsetilsynet anbefaler et øjeblikkelig hjelp tilbud, uafhængig af politianmeldelse.

Det akutte modtag bør indeholde et tilbud om lægeundersøgelse, retsmedisinsk dokumentasjon (d.v.s. skadebeskrivelse, foto af skader, opprettelse af en journal hvor alle fund er beskrevet på norsk), mulighet for kortvarig opphold,

kriseintervensjon evt. også til nærtstående, praktisk social hjelp, kontakt med bistandsadvokat (gratis ved kvindemishandling) og kontakt til politi.

Det opfølgende tilbud bør omfatte medicinsk opfølging, kriseintervensjon for patient og evt. nærtstående, kontakt med bistandsadvokat, kontakt med støttegruppetilbud.

Som kvalitetssikring anbefaler Helsetilsynet at tilbudet evalueres årligt f.eks. ved en anonymiseret vurdering fra patienterne, og at professionerne modtager støtte i form af oplæring og vejledning. Disse retningslinier er efter mit syn fyldestgørende, og er fortsat Europas mest avancerede. Det er lagt til kommunehelsetjenesten at bygge op et tilbud til voldsofre.

Hvordan ser tilbudet til voldsofre ud idag ti år efter at Helsetilsynets retningslinier udkom?

Det første systematiske tilbud på dette felt var voldtektsmodtaget ved Oslo Legevakt, oprettet 1986, og integreret i almenhelsetjenestens tilbud. I eftertid er omtrent 20 sammenlignelige tilbud til voldtægtsofre etableret på landsplan. Det har ud over landet imidlertid krævet stor smidighed, opfindsomhed og ildsjælindstilling at skaffe bevilgninger og personale til at drive voldtægtstilbudene. Mange steder i landet er tilbudet afhængigt af at personalet skriver sig på en frivillig liste til at blive tilkaldt i tillæg til vanlig arbejdstid. Patientantallet har så langt været overskueligt. Oslo modtog 206 patienter udsat for voldtægt i 1999.

I 1992/93 udvidede Oslo Legevakt sit tilbud til også at omfatte voldsofre. Voldsmottaket blev etableret ud fra Helsetilsynets retningslinier (4). 725 voldsrammede patienter henvendte sig over en tre måneders periode, deriblandt 88 kvinder akut udsat for mishandling af partner (5). Oslo voldsmottak på Legevakten eksisterer fortsat og modtog 2 721 voldsrammede patienter i 1999. Få steder i landet har myndighederne prioriteret bevilgninger og personale til at etablere samme tilbud til sine voldsrammede patienter som Oslo. I nogle af de største byer er etableret dele af Helsetilsynets anbefalede tilbud. Nogle steder har de mulighed for at yde samtalehjælp, nogle steder har de mulighed for at tage foto af skaderne, nogle steder har de mulighed til at udføre en retsmedicinsk journal. Majoriteten af voldsrammede som vælger at opsøge en legevakt er unge og yngre mænd som har været udsat for vold på offentlig sted. Det usynlige er fortsat den private vold mod kvinder og børn – og ældre. I en doktorafhandling fra Trondheim blev det vist at 18 % af kvinder i alderen 20 – 49 år som levede/havde levet i et parforhold var blevet fysisk mishandlet (6). Vi ved fra flere undersøgelser at kvinder mishandles/udsættes for vold flere gange før de henvender sig første gang om hjælp ved en legevakt (7). Vi ved også at kvinder i mishandlingsforhold ofte bliver slået steder på kroppen som ikke er synlige for andre, i modsætning til vold mænd imellem på gaden eller udested hvor ansigtet er et førstevalg.

Vold og voldsskader er ikke et nyt fænomen. At det først er anerkendt og fokuseret på som et helseproblem i nyere tid er blot at tage til efterretning. Der mangler idag en almindelig landsdækkende systematisk måde at tage imod og følge op voldsofre på. Det er medmenneskeligt krævende at tage imod voldsofre. Vi trænger vejledning for både at kunne give patienten et empatisk og fagligt godt tilbud og kunne ivaretage oss selv (8).

Vold og mishandling har alvorlige konsekvenser for den enkelte, de nære pårørende og for samfundet. E...n ting er de fysiske skader, langt alvorligere er de psykiske eftervirkninger. Undersøgelser peger på at institutionaliserede psykiatriske patienter er sterkt overrepræsenteret i at have været udsat for vold, mishandling, mobbing, seksuelle overgreb (9 – 11). Befolkningsstudier har vist at 20 % af kvinder som var udsat for seksuelt overgreb og/eller fysisk mishandling som barn eller voksen lider af psykisk sygdom. Det sammenlignelige tal for den ikke misbrugte befolkning er 6 % (12). Får vi idag en voldsrammet patient i vor konsultation er vi heldige, hvis vi praktiserer i et af de få fylker/kommuner hvor vi kan viderehenvise patienten til hjælp. Hvor længe skal vi fortsætte at have det sådan?

LITTERATUR

1. Gulbrandsen P. P Pasienter i allmennpraksis utsatt for vold eller trusler fra noen de kjenner godt Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 839 – 42.
2. Kvaal SI, Kvaal B. T Tann- og kjeveskader etter vold – diagnostikk og behandling på legevakten Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 843 – 7.
3. Helsedirektoratets veiledningsserie 4 – 90. Samfunnsmedisinsk arbeid i kommunehelsetjenesten. En veileder for kommunelege I. Oslo: Statens trykningskontor, 1990.
4. Bang L. Vold – en helsepolitisk utfordring og en retsmedicinsk forpliktelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 1693 – 4.
5. Bang L. Helsetjeneste for voldsrammede. Oslo: Akuttetaten, Oslo kommune, 1993.
6. Schei B. Trapped in panful love. Doktorafhandling. Trondheim: Tapir forlag, 1990.
7. Lereim I. Mishandling i ekteskap og samboerforhold. Trondheim: Tapir, 1984.
8. Benum K. Når kvinner knytter sitt begjær til underkastelse. Et utkast til en forståelse av mishandling basert på terapeutiske erfaringer. Forskningsprogram om kvinnemishandling. Rapport nr. 7. RSF, NAVF. Oslo: NAVF, 1992.
9. Jacobsen AJ, Richardson B. Assault experiences of 100 psychiatric inpatients. Evidence of the need for routine inquiry. Am J Psychiatry 1987; 144: 908 – 13.
10. Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. Child Abuse Negl 1996; 20: 709 – 23.
11. Sansonnet-Hayden H, Haley G, Marriage K, Fine S. Sexual abuse and psychopathology in hospitalized adolescents. J Am Akad Child Adolesc Psychiatry 1987; 26: 753 – 7.

12. Mullen PE, Romans-Clarkson SE, Walton VA, Hebison GP. Impact of sexual and physical abuse on womens mental health. Lancet 1988; 1: 841 – 5.

Publisert: 20. mars 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 19. februar 2026.