

Pasienter i allmennpraksis utsatt for vold eller trusler fra noen de kjenner godt

TEMA

PÅL GULBRANDSEN*

Email: pal.gulbrandsen@legeforeningen.no

Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag

Postboks 1130 Blindern

0317 Oslo

* Nåværende adresse:

Tidsskrift for Den norske lægeforening

Postboks 1152 Sentrum

0107 Oslo

Erfaring med trusler eller vold er hyppig og har ofte helsemessige konsekvenser. Sammenhengen mellom det å ha slik erfaring, sosiodemografiske data og tiltak i konsultasjonen for pasienter i allmennpraksis ble undersøkt.

Det ble brukt spørreskjema til 89 allmennleger i Buskerud og deres pasienter i løpet av en vanlig kontordag. Pasientene fylte ut skjemaet hjemme, og svarte bl.a. på spørsmål om erfaring med trusler eller vold og om denne erfaringen fortsatt hadde betydning for helsen på konsultasjonsdagen.

1 401 konsultasjoner ble inkludert, av disse sendte 1 217 pasienter inn utfylt spørreskjema. 14 % bekreftet erfaring med trusler eller vold fra noen de kjente godt, 2 % var usikre. 38 % av pasienter som bare bodde sammen med barn, oppgav slik erfaring. Det var også overhyppighet blant pasienter med en vanskelig boligsituasjon, blant dem som hadde behov for økonomisk sosialhjelp, som var langtidsledige eller opplevde seg som mer enn 50 % varig arbeidsufør. 6 % av eldre oppgav erfaring med trusler eller vold. Behov for økonomisk sosialhjelp og subjektiv arbeidsuførhet var assosiert med at en slik erfaring fortsatt hadde betydning for helsen. Det vanligste tiltak fra legens side var ekstra tid i konsultasjonen, som ble 27 % av dem med slik erfaring til del, mot 14 % av alle andre pasienter.

Erfaring med trusler eller vold er særlig hyppig blant pasienter som er enslige foreldre eller har betydelige sosiale problemer, og sjelden hos eldre. Psykososiale problemer har en viss betydning for valg av tiltak i denne pasientgruppen.

En konsultasjon er et øyeblikk i en pasients liv, og gir bare rom for å ta frem fragmenter av pasientens historie. Mange pasienter har erfaringer som i større eller mindre grad har virket skremmende, straffende eller krenkende. Slike livshendelser kan ligge til grunn for mange symptomer (1, 2). En type hendelser av denne art, det å ha vært utsatt for vold eller trusler, er forholdsvis vanlig (3). Den helsemessige betydning av vold er avhengig av mange faktorer, og kan kanskje best vurderes av pasienten selv, selv om mange antakelig ikke selv ser sammenhengen mellom tidligere erfaring og aktuelle symptomer. Mens 14 % av voksne pasienter i norsk allmennpraksis sier at de har vært utsatt for trusler eller vold fra noen de kjenner godt, er det 5 % som sier at en slik tidligere erfaring fortsatt har innflytelse på deres helse (4).

Allmennlegene er klar over 19 % av de tilfellene der erfaringen fortsatt virker inn på helsen (4). I hovedsak skyldes nok dette at erfaringen ikke formidles til legen (5). 24 % av pasienter med et slikt problem som oppsøker lege med en somatisk hovedkontaktårsak, oppgir å ha fortalt om erfaringen til legen i den aktuelle konsultasjonen (6). Det er heller ikke vanlig at leger spør spesifikt om erfaring med trusler eller vold, i henhold til en stor upublisert undersøkelse blant 1 002 norske leger (Ole K. Hjemdal, Kompetansesenter for voldsofre, personlig meddelelse).

I populasjonen er forekomsten høyest blant unge. Hver åttende unge mann og kvinne har vært utsatt for vold eller trusler (3). Antakelig er det stor diskrepans mellom den forekomst av voldelige begivenheter som registreres i befolkningen generelt ved spørreundersøkelser og det som registreres på legekontorene. I en undersøkelse fra Nederland fant man at den registrerte insidens av vold i befolkningen var om lag 30 ganger så høy som det som ble registrert på allmennlegekontorene (7). Forekomsten i ulike grupper av pasienter kan derfor være svært forskjellig fra den som er registrert i befolkningsundersøkelser.

Hensikten med denne undersøkelsen er å gi en beskrivelse av pasienter i allmennpraksis med og uten erfaring med vold eller trusler samt beskrive ev. betydning for tiltak i konsultasjonen.

Metode

Som ledd i et større kvalitetssikringsprosjekt i allmennpraksis ble det innhentet data ved hjelp av spørreskjema til leger og pasienter. Undersøkelsen kartla forekomsten av ni utvalgte psykososiale problemer og en lang rekke sosiodemografiske data. Blant disse dataene var også kvaliteter ved boligen som kunne ha særlig betydning for helsen, slik som trangboddhet, dårlig tilgang til sanitærom eller en vanskelig trapp.

Dataene ble innhentet fra 89 allmennpraktikere i Buskerud i perioden mars til mai 1995. Legene skulle inkludere alle pasienter som var 16 år eller eldre og som konsulterte legen i løpet av en vanlig kontordag, uavhengig av om time var bestilt på forhånd eller ikke.

Ved konsultasjonens slutt fikk pasientene et spørreskjema som de ble bedt om å fylle ut hjemme og sende direkte til forfatteren. Ved dagens slutt fylte legene ut et spørreskjema for hver pasient. Pasientens skjema kunne kobles til legens skjema for den aktuelle pasient ved hjelp av et felles kontrollnummer, diagnosekode, kjønn, fødselsdag og -år (men ikke -måned). Metoden for øvrig er nærmere beskrevet i Tidsskriftet tidligere (8).

Spørsmålet som blir analysert her lød: «Har du noensinne vært utsatt for trusler eller vold fra noen du kjenner godt?» – Det var tre svaralternativer: ja, nei og usikker. De som svarte «usikker», ble ikke tatt med i den videre analysen. De som svarte ja, besvarte et tilleggsspørsmål – «Tror du dette betyr noe for helsa di i dag?» – med de samme tre svaralternativene. Når det gjelder sosiodemografiske data knyttet til arbeidslivet, analyserte vi bare svar fra pasienter under 67 år.

Uavhengig av pasientenes opplysninger svarte legene på spørsmål om kjennskap til et psykososialt problem fikk betydning for valg av tiltak i konsultasjonen, og i så fall hvilke tiltak det medførte. Det var gitt 11 svarmuligheter på spørsmålet om typer tiltak. For øvrig ble det registrert hvor godt legen kjente pasienten fra tidligere og om han tidligere hadde vært i sykebesøk til vedkommende.

Det ble brukt khikvadrattest med signifikansnivå på 5 %. Ved svaralternativene «ja», «usikker», «nei» ble det brukt khikvadrattest for trend med forutsetningen at verdien «usikker» ligger mellom «ja» og «nei». Vi gjorde også en multivariat analyse for ev. å avdekke om noen av de sosiodemografiske bakgrunnsvariablene kunne ha særlig stor betydning som indikator for at pasienten har voldserfaring.

Resultater

Vi mottok data fra 1 401 konsultasjoner, hvorav 63 % gjaldt kvinner. Pasientene avgav opplysninger i 1 217 (87 %) av konsultasjonene. De som svarte, skilte seg ikke fra de som ikke svarte når det gjaldt kjønn, inntektskilde, inntektsnivå, utdanningsnivå og type husstand. Pasienter i aldersgruppen 40 – 59 år svarte hyppigere enn de øvrige.

1 175 (97 %) av respondentene svarte på spørsmålet om de noensinne hadde vært utsatt for trusler eller vold fra noen de kjente godt. Av disse svarte 163 (14 %) ja, 990 (84 %) nei og 22 (2 %) var usikre.

Det var flere pasienter i aldersgruppene under 60 år som svarte ja enn blant dem som var eldre (tab 1). 12 % av mennene og 16 % av kvinnene hadde vært utsatt for trusler eller vold, men forskjellen var ikke signifikant.

Tabell 1

Erfaring med trusler eller vold fra noen man kjenner godt blant voksne pasienter i allmennpraksis. N = 1 153 (N = 887 under 67 år for subjektiv arbeidsuførhet og arbeidsledighet)

	n	Erfaring med vold/trusler n = 163 (n = 153 < 67 år)		
		Antall	(%)	95 % konfidensintervall
Kjønn				
Menn	424	50	(12)	9 – 15
Kvinner	729	113	(16)	13 – 18
Aldersgruppe				
16 – 39 år	355	67	(19)	15 – 23
40 – 59 år	404	74	(18)	15 – 22
60 år eller eldre	394	22	(6)	3 – 8
Husstandssituasjon				
Bor alene	207	28	(14)	9 – 18
Bor med partner og barn	296	50	(17)	13 – 21
Bor bare med partner	508	58	(11)	9 – 14
Bor bare med barn	47	18	(38)	25 – 54
Bor med foreldre	58	5	(9)	3 – 19
Bor med andre	18	2	(11)	1 – 35
Har bad/WC i leilighet				
Nei	29	8	(28)	13 – 47
Ja	1 057	148	(14)	12 – 16
Er avhengig av vanskelig trapp				
Ja	45	15	(33)	20 – 49
Nei	1 041	141	(14)	11 – 16
Subjektiv trangboddhet				
Ja	19	7	(37)	16 – 62
Nei	1 067	149	(14)	12 – 16
Utdanningsnivå				
< 10 års utdanning	454	56	(12)	9 – 15
10 – 13 års utdanning	432	70	(16)	13 – 20
> 13 års utdanning	249	35	(14)	10 – 18
Behov for økonomisk sosialhjelp siste 12 måneder				
Ja	66	34	(36)	25 – 49
Nei	1 070	135	(13)	11 – 15
Subjektivt > 50 % arbeidsufør				
Ja	193	44	(23)	17 – 29
Usikker	52	10	(19)	10 – 33
Nei	616	93	(15)	12 – 18
Arbeidsledig > 6 måneder				
Ja	136	42	(31)	23 – 39

	n	Erfaring med vold/trusler n = 163 (n = 153 < 67 år)		
		Antall	(%)	95 % konfidensintervall
Nei	736	105	(14)	12 – 17

38 % av pasienter som bare bodde sammen med barn hadde erfaring med trusler eller vold, en betydelig overrepresentasjon (tab 1). Andelen blant kvinner var 42 %, blant menn 17 %. I husstander med to voksne og barn var andelen for menn og kvinner nesten lik. Blant dem som bare bodde sammen med voksen partner, var pasienter med erfaring med trusler eller vold underrepresentert. 36 % av pasienter som hadde hatt behov for økonomisk sosialhjelp de siste 12 måneder svarte ja, også en klar overhyppighet. En overhyppighet ble også funnet blant langtidsarbeidsledige og pasienter som opplevde seg som varig mer enn 50 % arbeidsuføre. Verken status som hovedforsørger, inntektsnivå, hovedinntektskilde eller utdanningsnivå var assosiert med forekomsten av slik erfaring. Det var ikke signifikant variasjon i forekomst relatert til kontaktårsak.

Pasienter med vanskelige boforhold hadde hyppigere erfaring med trusler eller vold enn andre pasienter. Om lag en av tre pasienter som oppgav å være avhengig av en vanskelig trapp eller som sa at de bodde trangt, sa de hadde slik erfaring. Blant pasienter under 40 år var det sju av åtte med slik erfaring som oppgav å være avhengig av en vanskelig trapp.

Det var ingen overhyppighet av pasienter med erfaring med trusler eller vold hos kvinnelige leger eller hos leger i spesielle aldersgrupper. Heller ikke var det en overhyppighet av pasienter med slik erfaring blant dem legen oppgav å kjenne godt fra tidligere, eller som legen tidligere hadde vært i sykebesøk til.

Tabell 2 viser sammenhengen mellom det å oppleve at en erfaring med trusler eller vold fortsatt betyr noe for helsen og subjektiv arbeidsuførhet og behov for økonomisk sosialhjelp. For de andre sosiodemografiske variablene var det ikke noen signifikant sammenheng.

Tabell 2

Sammenheng mellom behov for økonomisk sosialhjelp, subjektiv arbeidsuførhet og det at en erfaring med trusler eller vold fortsatt har betydning for helsen hos voksne pasienter i allmennpraksis. N = 163

Har din erfaring med trusler eller vold fortsatt betydning for helsen?											
n	Ja				Usikker				Nei		
	Antall (%)		95 % konfidensintervall		Antall (%)		95 % konfidensintervall		Antall (%)		95 % konfidensintervall
Behov for økonomisk sosialhjelp siste 12 måneder											
Ja	24	14	(58)	37 – 78	6	(25)	10 – 47		4	(17)	3 – 44
Nei	133	47	(35)	27 – 43	32	(24)	17 – 31		54	(41)	32 – 49
Subjektivt > 50 % arbeidsufør											
Ja	49	26	(53)	38 – 67	14	(29)	16 – 42		9	(18)	8 – 31
Usikker	11	5	(46)	17 – 77	3	(27)	6 – 61		3	(27)	6 – 61
Nei	94	28	(30)	21 – 40	20	(21)	14 – 31		46	(49)	38 – 59

Tabell 3 viser andelen pasienter der et psykososialt problem ifølge legen fikk betydning for valg av tiltak i konsultasjonen, fordelt på dem med og dem uten erfaring med trusler eller vold. Hos pasienter med erfaring med vold eller trusler brukte legen oftere ekstra tid, gav ny avtale og skrev oftere ut sykmelding eller resept på nerve- eller sovemedisin pga. et psykososialt problem enn hos pasienter uten slik erfaring. Omtrentlig kan man si det slik at et eller annet psykososialt problem fikk innflytelse på legens tiltak dobbelt så hyppig blant pasienter med erfaring med trusler eller vold som hos pasienter uten slik erfaring.

Tabell 3

Andelen der legen vurderte at et psykososialt problem fikk betydning for valg av tiltak, fordelt på dem med og dem uten erfaring med trusler eller vold. N = 1 153

	Erfaring med vold/trusler n = 163			Ikke erfaring med vold/trusler n = 990		
	n	%	95 % konfidensintervall	n	%	95 % konfidensintervall
Brukte ekstra tid ¹	44	(27)	20 – 34	135	(14)	11 – 16
Endret oppførsel	6	(4)	1 – 7	18	(2)	1 – 3
Gav råd	35	(22)	15 – 28	159	(16)	14 – 18
Gav ny avtale pga. sosialt problem ¹	9	(6)	2 – 9	18	(2)	1 – 3
Skrev resept på nerve- eller sovemedisin ¹	15	(9)	5 – 14	35	(4)	2 – 5
Skrev ut sykmelding ¹	24	(15)	9 – 20	80	(8)	6 – 10
¹ P < 0,01						

Den multivariate analysen gav ikke vesentlig tilleggsinformasjon.

Metode

Svarprosenten er høy og materialet er representativt for norsk allmennpraksis (8). Svært få pasienter unnlot å svare på spørsmålet om vold eller trusler, noe som taler for at det er blitt forstått og ikke opplevd som ubehagelig å besvare.

Demografi

At så få eldre oppgir erfaring med vold eller trusler, kan skyldes at slik atferd var langt mindre vanlig blant unge og middelaldrende tidligere. Alternativt kan de ha glemt det, eller tilskriver slik erfaring så liten aktuell betydning at de ikke finner det relevant, særlig i forbindelse med legebesøk. Forekomsten av vold mot eldre er usikker, tallangivelser varierer fra 1 % til 10 % fra ulike kilder og samsvarer godt med denne undersøkelsen (9 – 12).

Utsatte grupper

All annen overhyppighet vi påviser i dette materialet illustrerer i hvor stor grad slike erfaringer akkumuleres i marginaliserte grupper i befolkningen, mennesker som har problemer å stri med på en rekke områder. Når vi vet hvor krevende det er å komme pasienter med slike erfaringer til hjelp, er det kanskje grunnlag for å antyde behovet for en vekting av pasientgrunnlaget i forbindelse med innføring av fastlegeordningen. Vektingen kan bygge på andre sosiodemografiske variabler, som for eksempel behovet for økonomisk sosialhjelp. Angst for å stigmatisere har stått i veien for dette. Mange har motforestillinger mot å koble psykisk helse med det å være i en vanskelig økonomisk situasjon. Hvis politikerne mener alvor med å prioritere psykisk helse, kommer man kanskje ikke utenom å ta slike hensyn i planleggingen av helsetjenesten.

Offerrolle, manglende innsikt og unngåelse

Offerrollen er til en viss grad selvforsterkende, og kan antakelig påvirke hvordan man opplever verden generelt. Dette kan naturligvis influere på besvarelsen av spørreskjemaer. Vi så nærmere på gruppen under 40 år med voldserfaring, der sju av åtte oppgav å være avhengig av en vanskelig trapp. Mens tre av de åtte sa de hadde vanskeligheter med å gå trapper, hadde legen svart at ingen av disse pasientene hadde det. Det kan høre med til dette bildet at to sosiodemografiske variabler som i stor grad avspeiler manglende mestring, nemlig behov for økonomisk sosialhjelp og subjektiv opplevelse av varig arbeidsuførhet, er de eneste som er assosiert med at voldserfaring fortsatt oppgis å ha betydning for helsen. Poenget her er ikke at ofre for slike erfaringer gir bevisst gale eller overdrevent negative opplysninger om sin situasjon, heller at det er en betydelig risiko for at leger ikke i tilstrekkelig grad har innsikt i deres opplevelse av verden. Resultatene tyder på at man her heller ikke får hjelp av at disse pasientene er spesielt godt kjent av legen.

Avslutning

Amerikanske leger spør rutinemessig om hjemmevold ved skader, men ellers i liten grad, og legeatferden er vist å være lite påvirket av nylig trening i å forholde seg til ofre for hjemmevold (15). Kanskje risikerer vi status quo også her i landet fordi manglende interesse begrunnes med at leger har lite å bidra med, mens det at legene har lite å bidra med, kan skyldes manglende interesse.

Erfaring med vold eller trusler fra noen man kjenner godt er et hyppig forekommende problem blant pasienter i allmennpraksis, og representerer et betydelig helseproblem. Trolig kreves både faglig styrking og politisk innsats for at rett hjelp blir ytt til rett tid.

Innsamlingen av data og databearbeidingen er støttet av Den norske lægeforenings fond for kvalitetssikring av legetjenester utenfor sykehus (Kvalitetssikringsfond I).

Jeg takker Per Fugelli og Per Hjortdahl for veiledning i planleggingen av studien og Olaf Gjerløw Aasland for viktige kommentarer til manuskriptet.

LITTERATUR

1. Cooper CL. Handbook of stress, medicine, and health. Boca Raton, FL: CRC Press, 1996.
2. Kirkengen AL. Embodiment of sexual boundary violations in childhood. A phenomenological-hermeneutical study of the health impact of childhood sexual abuse. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 1998.
3. Andersen A. Ett av fem voldstilfeller skjer i hjemmet. Ukens statistikk 1999, nr. 7.
4. Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems. Multipractice questionnaire survey. BMJ 1997; 314: 1014 – 8.
5. Cape J, McCulloch Y. Patients' reasons for not presenting emotional problems in general practice consultations. Br J Gen Pract 1999; 49: 875 – 9.
6. Gulbrandsen P, Fugelli P, Hjortdahl P. Psychosocial problems presented by patients with somatic reasons for encounter: tip of the iceberg? Fam Pract 1998; 15: 1 – 8.
7. Mol SS, Dinant GJ, Metsemakers JF, Knottnerus JA. Differences in incidence of (violent) traumatic events in the national registration systems, population surveys and studies from family practice; a review of literature. Ned Tijdschr Geneesk 1999; 143: 1308 – 14.
8. Gulbrandsen P. Allmennpraksis og pasientens sosiale situasjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2177 – 81.
9. Velle V. Store mørketall ved overgrep mot eldre. Embla 2000; 5: 14 – 5.
10. Lachs MS, Pillemer L. Abuse and neglect of elderly persons. N Engl J Med 1995; 332: 437 – 43.
11. Hydle I, Johns S. Stengte dører og knyttede never. Når eldre blir utsatt for overgrep i hjemmet. Oslo: Kommuneforlaget, 1992.
12. Evensen ÅR. Mishandling av eldre. Et skjult problem. Tidsskr Nor Lægeforen 1984; 104: 178 – 80.
13. Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence: opening Pandora's box. JAMA 1992; 267: 3157 – 60.
14. Eisenstat SA, Bancroft L. Domestic violence. N Engl J Med 1999; 341: 886 – 92.
15. Rodriguez MA, Bauer HM, McLoughlin E, Grumbach K. Screening and intervention for intimate partner abuse. Practices and attitudes of primary care physicians. JAMA 1999; 282: 468 – 74.

Publisert: 20. mars 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2025. Lastet ned fra tidsskriftet.no 28. desember 2025.