

Vold i nære relasjoner

— fra å være den utvalgte til å bli den utsatte

AV KJERSTI ALSAKER

Hvilke medisinskfaglige tilbud finnes til overgrepssatte og hva kan legen gjøre når en av pasientene forteller om overgrep fra partner?

Hvordan hjelpe en eldre mann som er utsatt for vold i familien? Dette er noen av de spørsmål denne artikkelen vil prøve å gi svar på.



Kjersti Alsaker, dr. polit/post.doc. Disputerte med avhandlingen «Quality of life among women who have experienced intimate partner violence. A one year follow-up study among women at Norwegian women's shelters» i mai 2008. Alsaker er ansatt ved Institutt for samfunnsmedisinske fag ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin og som postdoc. med forskningsprosjektet «Arbeid og vold» ved forskningsgruppe for Arbeids- og miljømedisin ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, UiB.

Overgrepsmottak

Siden 80-tallet har legevakter flere steder i landet ytt medisinskfaglig hjelp til mennesker utsatt for seksuelle overgrep ved voldtektsmottak. Etter hvert ønsket styresmaktene også å sikre medisinskfaglig hjelp til mennesker utsatt for vold i nære relasjoner, og veileder kom i 2007 [1]. Dette ble etablert som et lavterskeltilbud ved utvalgte legevakter i hvert fylke, og tilbudet endret derved navn fra «voldtektsmottak» til «overgrepsmottak». Overgrepsmottakene skal således inneha særskilt kompetanse ikke bare i møte med kvinner, menn og barn utsatt for seksuelle overgrep, men også for mennesker utsatt for vold i nære relasjoner uavhengig av kjønn og alder. Overgrepsmottakene betjener alle innbyggerne i sitt fylke, og ikke bare innbyggerne i vertskommunen.

Tilnærmingen til et vanskelig tema

Hvordan kan en så spørre pasienter om vold i nære relasjoner? Man anbefaler å unngå ordet vold og heller spørre konkret. En måte å innlede på kan være: I alle forhold hender det vel iblant at en har en konflikt eller blir sint. Hva skjer hjemme hos dere når dere krangler eller hvor ofte har det følgende hendt i ditt forhold. Eller en kan spørre; Er du redd partneren din, barna dine eller andre i din nærhet? Har du blitt truet på livet, blitt slått eller er du redd for å bli det? Blir du tvunget til seksuell handling mot din vilje av din partner eller andre i din nærhet? Spørsmål om kontroll, f. eks. manglende rett til å disponere egne penger eller ha kontakt med familie og venner er eksempler på vanlig psykisk vold. Andre eksempler er at partner truer med å ta sitt eget liv dersom den utsatte forlater ham/ henne eller blir stadig fortalt hvor lite verd en er.

Vold i nære relasjoner viser til alle handlinger fra samlivspartner som er årsak til fysisk, seksuell eller psykologisk skade for dem som lever i forholdet. Fysisk, seksuell og psykisk vold opptrer vanligvis samtidig og ofte forekommer det et systematisk mønster av voldelig adferd som finner sted over lengre tid [2]. Denne volden er kjennetegnet av mange ulike og gjentatte handlinger som slag og spark og kvelertak samt psykiske handlinger preget av degradering og frihetsberøvelse, isolasjon, dominans og verbal degradering [3, 4]. Seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner innebærer økt risiko for fysiske og psykiske helseproblemer og redusert livskvalitet [5–8]. Depresjon, angst, posttraumatisk stresslidelse og selvmord forekommer betydelig oftere blant kvinner utsatt for privat vold enn blant kvinner som ikke har slike erfaringer.



Unge kvinner mest utsatt

Ifølge levekårsundersøkelsen øker forekomst av vold, særlig mot unge kvinner. I 1997 var 14 prosent av unge kvinner (16–24 år) utsatt for vold, mens det i 1983 var seks prosent. Unge kvinner har også høyest risiko for å bli utsatt for seksuelle overgrep [9, 10]. Et seksuelt overgrep finner sted dersom noen tvinges til seksuell omgang enten ved vold eller ved å oppleve frykt for liv eller helse, eller dersom en er ute av stand til å motsette seg handlingen for eksempel ved at man er for ruset eller sover.

FNs kvinnekommisjon la allerede i 1998 frem en rapport som konkluderte med at vold mot kvinner er den største hindring for kvinners utvikling. Når kvinner utsettes for vold, er det som oftest partner eller tidligere partner som er utøver av volden [2, 11]. Volden opptrer først og fremst i hjemmet, på den private arena og holdes ofte skjult. Skammen, skyldfølelsen og det sosiale tabu medfører at problemet i større eller mindre grad fremstår som skjult i ulike samfunn, noe som gjør det vanskelig å få noen eksakte tall på forekomst. I en studie fra en legevakt i Norge var omtrent 28 prosent (433 av 1803) av pasientene som var utsatt for vold kvinner, og 40 prosent av disse var utsatt for vold fra partner [12]. Den første prevalensstudien om vold i Norge, publisert i 2005, viste at 27 prosent av kvinner og 22 prosent av menn har opplevd vold fra partner en eller flere ganger i løpet av livet. 8,8 prosent av disse kvinnene og 2,2

prosent av mennene hadde opplevd alvorlig vold, som bruk av skytevåpen, dunking av hode mot vegg eller kvelningsforsøk [13].

Trusler må tas på alvor

Vold i nære relasjoner kan i sin ytterste konsekvens føre til tap av menneskeliv. Det er dokumenter at omtrent halvparten av kvinner som ble drept i Norge de siste 10–15 år, er blitt drept av nåværende og tidligere partner [14]. Fra 2000 til 2008 ble 80 kvinner drept av sin partner i Norge. Tallet har vært jevnt mellom sju til tolv de siste ti år. I tillegg har mange blitt invalidisert.

En studie fra norske krisesentrene viste at 68 prosent av deltakerne rapporterte at de var blitt truet med å bli drept. Slike trusler er kriminelle handlinger som er forbudt i den norske generelle straffelov [15]. Jo flere ganger de var blitt truet, jo større var risikoen for å oppleve alvorlig vold som for eksempel kvelertak. Hele 46 prosent rapporterte at utøver hadde tatt kvelertak på dem en eller flere ganger [3]. Trusler må altså tas på alvor. Kvinner som søker ly og trygghet fra vold ved å oppsøke krisesentre rapporterer mer alvorlig vold enn de som klarer å bryte ut uten å søke tilflukt slike steder. Fra skilsmissegenskningen vet vi at vold i familien er en vesentlig årsak til samlivsbrudd. Når det gjelder mord og selvmord er offeret i fire av fem tilfeller kvinner og utøver og offer har ett intimt forhold. Kvinnen har ofte ytret ønske om å bryte ut [16].

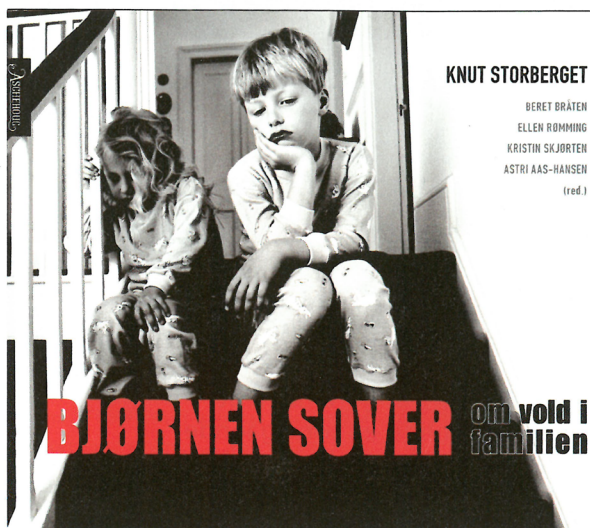
Vold er utøverens ansvar

Samfunnets forståelse og kunnskap om vold i nære relasjoner har økt de senere årene uten at de utsattes behov er blitt tilsvarende bedre ivaretatt [13, 14, 17]. Studier fra Europa viser halvparten av befolkningen, både kvinner og menn klandrer ofrene for at de utsettes for vold (victim blaming) [8].

Alternativ til vold (ATV)¹ hevder at alle som arbeider med vold i nære relasjoner må ha en etisk regel i bakhodet at «Vold er utøverens ansvar». Vold blir sett på som en av mange mulige måter å reagere på i en situasjon der utøver ønsker å oppnå noe han eller hun trenger eller ønsker [18]. En fin plakat på legekontoret med denne etiske regel, kunne kanskje få flere til å åpne seg? Det at de utsatte selv kan bli klandret kan være en medvirkende faktor til at mange ikke vil fortelle om den vold de utsettes for. De rapporterer om redsel for ikke å bli trodd, samt skam, skyld og redsel for at utøver skal få vite at de har avslørt det «private» og så vil gjøre alvor av noen av sine farlige trusler. Disse handlinger det her er snakk om overskrider grensene

1. ATV startet i 1987, da som det første behandlingstilbudet i Europa til menn som har volds- eller aggresjonsproblemer mot samlivspartner. ATV er nå et behandlings- og kompetansesenter på vold, med særlig vekt på vold i nære relasjoner.





KNUT STORBERGET

BERET BRÅTEN
ELLEN RØMMING
KRISTIN SKJØRTEN
ASTRI AAS-HANSEN
(red.)

BJØRNE SOVER om vold i familien

for det private, da handlingene er forbudt ved den norske straffelov. «Dette er svært alvorlige kriminelle handlinger», sier justisminister Knut Storberget [19] i boka «Bjørnen sover» og han hevder at samfunnet sover som bjørnen.

Hjelpetilbud finnes når pasienten svarer bekreftende på voldserfaringer...

Samfunnet sover som bjørnen fordi det er barrierer mot å avdekke. Familielege Syvie Wong fra Nederland konkluderer i sin doktorgradstudie («The doctor and the women who fell down the stairs») om at de viktigste barrierer mot å avdekke volden er legens frykt for å åpne «Pandoras boks» ved å stille spørsmål om vold.

I tillegg er mangel på trening, tidspress, redsel for å fornærme ved å spørre, samt manglende kunnskap om hva en kan gjøre dersom pasienten svarer bekreftende på voldserfaringer. På grunn av slike begrensninger, blir ofte vold i nære relasjoner uidentifisert.

Det er av betydning for ofre for overgrep at behandler har relasjonskompetanse generelt, samt kunnskap om fenomenet, andre hjelpeinstanser og hva som er de gode spørsmål for avdekking av vold i nære relasjoner. Skriftlig informasjonsmateriell om rettigheter og helsefarer og andre hjelpeinstanser bør være lett tilgjengelig. I dag har alle rett til gratis bistandsadvokat for å snakke igjennom eventuelle rettslige tiltak, selv om en ikke vil anmelde forholdet. Politiet har fått familieviolenskoordinatorer i alle fylker og kan bidra med trygghetsalarm, samt besøksforbud med mer. Voldsutøveren kan få hjelp hos Alternativ til vold eller ved et sinnemestringstilbud. Barn som har vært vitne kan også få faglig hjelp enten gjennom Barnehuset eller psykologiske hjelpetilbud for barn. Regjeringen har også lagt fram forslag om å fordoble voldsoffererstatningsbeløpet fra 20 ganger grunnbeløpet til 40 ganger grunnbeløpet. Rådgivingskontorene for kriminalitetsofre (telefon 815 20 077) er oppdatert på alle rettigheter og kan gi råd for hva de utsatte kan/bør gjøre. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har nylig utarbeidet en informasjonsbrosjyre om overgrepsmottakenes tilbud, som også gir opp-

lysning om andre hjelpetilbud. Informasjon er også tilgjengelig på www.overgrepsmottak.no og www.krisesenter.com.

Når pasienten ikke vil bryte ut på tross av vold...

Hva hvis den utsatte ikke ønsker å oppsøke krisesenter eller bryte ut på tross av alvorlig vold? Det er en utfordring å skulle «holde litt av et menneskes liv i sin hånd» [20] i slike tilfeller. Oppfølging med jevnlig innkallinger kan være en måte å gi støtte på, samt hjelp til trygghetsplanlegging og sikkerhetsvurdering. Motivering til å skape seg et eget «rom» der den utsatte kan få «puste fritt», som daglige turer, trimtilbud eller andre fritidsaktiviteter, er blitt framhevet som viktig [21]. Det er også mulig å henvise til instanser som vet mer om aktuelle hjelpetilbud. Å danne en tverrfaglig gruppe dersom pasienten samtykker til det kan være nyttig, da dette jo er et felt som handler om kriminalitet, barn og utøver, ikke bare den utsatte. Prosessen mot ett liv i trygghet kan være lang. Vold i nære relasjoner handler om å gå fra å være den utvalgte til å bli den utsatte. Det er tross alt den mange har valgt å satse på og ønsket å dele livet med som er utøver av volden. Samtidig er det ofte snakk om livslange relasjoner selv om en bryter ut, gjennom felles barn og barnebarn. Det er også av betydning at fastlegen kjenner til det nærmeste krisesenter som det er 50 av i Norge, og vet hva de kan tilby. Sikkerhet, trygghet, hjelp og støtte i en bruddfase er svært viktig. Det er da den farligste volden skjer. Planlegging i forhold til at nye farlige situasjoner kan oppstå, har vist seg å øke de utsattes trygghet [26]. Det kan handle om alt fra fjerning av eventuelle våpen til at den utsatte iverksetter tiltak som å informere en nabo, ha klar ekstra sett med nøkler, penger og telefonnumre til de viktigste hjelpeinstanser som krisesenter og politi for eksempel.

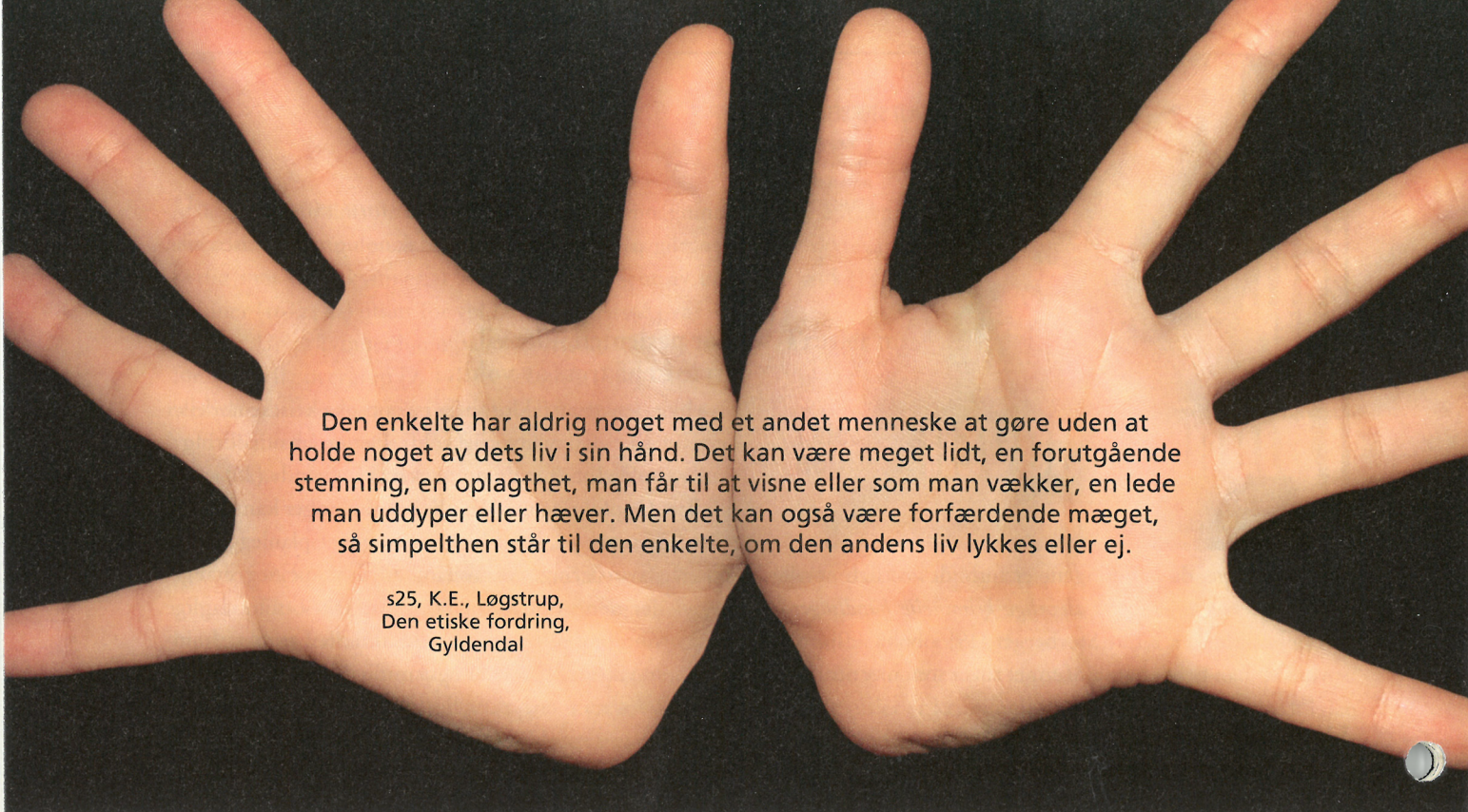
Sikkerhetsplanlegging

Har du

- Gjemt unna penger?
- Et ekstra sett av bil- og husnøkler?
- Etablert en kode med familie/venner?
- Spurt naboer om de kan ringe politi dersom volden starter?
- Fjernet våpen?

Har du klar

- En bag med nødnumre/identitetskort/bankkort/kjøpekort
- Ekstra klær / viktige telefonnumre etc.



Den enkelte har aldrig noget med et andet menneske at gøre uden at holde noget av dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forutgående stemning, en oplagthet, man får til at visne eller som man vækker, en lede man uddyper eller hæver. Men det kan også være forfærdende mæget, så simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ej.

s25, K.E., Løgstrup,
Den etiske fordring,
Gyldendal

ILLUSTRASJONSFOTO: PHILIP LANGE

Fokus på barn

Fokus på barn er også sentralt. Hvor er barna, er de trygge? Barn som er vitne til vold i familien utsettes for alvorlige påkjenninger selv om de ikke har sett volden direkte, fordi de lever i et spenningsfelt i utrygge hjem. Dette kan føre til økt risiko for angst, depresjon og atferdsproblem [22]. Dette er det viktig å informere de voldsutsatte kvinnene om. Samtidig er det viktig å fortelle om hjelpetilbud til voldsutøver. Hvis utøver søker hjelp vil det også kunne redusere faren for vold i en bruddfase.

Vold mot eldre

Hva så med den eldre mannen som utsettes for vold av en i familien? Også her kan prosessen mot ett liv i trygghet være lang. Oppfølgingen er viktig, og legen kan ta initiativ til tverrfaglig samarbeid; politi, psykolog, psykiatrisk sykepleier, sosialetaten. Å opprette ansvarsgrupper og individuell plan, er gjerne veien å gå. Det kan være enda vanskeligere å anmelde en sønn/datter eller svingersønn/datter, enn en partner.

Å bidra til å kriminalisere egne barn, er ikke lett. Vold fra barn representerer også ofte skam over å ha mislyktes som foreldre. Et tiltak kan være å bidra til at den gamle kan få mulighet til å komme på en helseheim, syke- eller gamleheim. Eventuelt kan en begynne med avlastningsopphold, for at pasienten kan føle seg trygg i en avdekkingsfase, og etter hvert bli mer i stand til å foreta egne valg. En annen løsning kan være at lokalt politi snakker med utøver og følger opp med hjemmebesøk. Det finnes mange mulige løsninger med utgangspunkt i de lokale ressurser. I Bergen kan «Vern for eldre», et tilbud ved Bergen legevakt, blant

annet bidra med at trygghetssykepleier kommer på gjentatte hjemmebesøk.

Nå er det vist, både nasjonalt og internasjonalt, at det å leve i hjem preget av fysisk, psykisk og seksuell vold, utgjør en betydelig helserisiko og reduserer de utsattes livskvalitet i betydelig grad. Vold er også direkte farlig – det kan bety tap av livet og når de utsatte ofte underestimerer faren, er det vesentlig at legen ikke gjør det [23, 24].

Det er viktig å avdekke vold i nære relasjoner. Da er det mulig å oppnå økt trygghet for de utsatte i form av redusert vold. For å oppnå dette er det nødvendig med økt bruk av hjelpetilbudet som krisesenter, rådgivere, advokater, samt å få gjennomført sikkerhetsplanlegging [25]. Det viktigste er å våge å se og avdekke. Vi må vekke bjørnen!

Referanser

1. Sosial- og helsedirektoratet. Overgrepsmottak : veileder for helsetjenesten. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. Report No.: 92-4-154561-5.
3. Alsaker K. Quality of life among women who have experienced intimate partner violence : a one year follow-up study among women at Norwegian women's shelter. [Bergen]: University of Bergen; 2008.
4. Stark E, Flitcraft A. Women at risk. Domestic violence and women's health. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc.; 1996.
5. Krantz G, Østergran P-O. The association between violence victimization and common symptoms in Swedish Women. J Epidemiol Community Health 2000;54:815-821.

6. Alsaker K, Moen BE, Nortvedt MW, Baste V. Low health-related quality of life among abused women. *Qual Life Res* 2006;15(6):959-65.
7. Eberhard-Gran M, Schei B, Eskild A. Somatic Symptoms and Diseases are more Common in Women Exposed to Violence. *J Gen Intern Med* 2007.
8. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006;368(9543):1260-9.
9. Nesvold H, Friis S, Ormstad K. Sexual assault centers: attendance rates, and differences between early and late presenting cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87(7):707-15.
10. Romans S, Forte T, M C, Do Mont J, Hyman I. Who is most at risk for intimate partner violence? *Journal of Interpersonal Violence* 2009;22:1495-1514.
11. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet* 2002;359(9313):1232-7.
12. Steen K, Hunskaar S. Violence in an urban community from the perspective of an accident and emergency department: a two-year prospective study. *Med Sci Monit* 2004;10(2):CR75-9.
13. Haaland T, Clausen S-E, Schei B. Vold i parforhold. Couple violence. Oslo: NIBR; 2005.
14. Kapoor N, Justice Mo. Retten til et liv uten vold: menns vold mot kvinner i nære relasjoner: With summary in English. Oslo: Statens forvaltningstjeneste Informasjonsforvaltning; 2003. Report No.: 82-583-0746-0.
15. Justice NMo, Police t. The General Civil Penal Code. Act of 22 may 1902 No. 10. With subsequent amendments. the latest made by Act of 21 December 2005 No.131: Legislation Department; 2006.
16. Wik G, Galta K, Olsen SL. Mord - selvmord i nære relasjoner. Oslo: Universitetsforl.; 2005.
17. Politidepartementet J-o. Fra ord til handling; 2008.
18. Isdal P. Meningen med volden. 2000.
19. Storberget K. Bjørnen sover : om vold i familien. Oslo: Aschehoug; 2007.
20. Løgstrup KE. Den etiske fordring. København: Gyldendal; 1957.
21. Anderson DK, Saunders DG. Leaving an abusive partner: an empirical review of predictors, the process of leaving, and psychological well-being. *Trauma Violence Abuse* 2003; 4(2):163-91.
22. Kirkengen AL. Hvordan krenkede barn blir syke voksne. Oslo: Universitetsforl.; 2005.
23. Campbell JC. Helping women understand their risk in situations of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence* 2004;19(12):1464-1477.
24. Campbell JC. Commentary on Websdale: lethality assessment approaches: reflections on their use and ways forward. *Violence Against Women* 2005;11(9):1206-13.
25. Trabold N. Screening for Intimate Partner Violence Within a Health Care setting. *Social Work in Health Care* 2007; 45(1):1-18.
26. McFarlane J, Malecha A, Gist J, Watson K, Batten E, Hall I, et al. An intervention to increase safety behaviors of abused women: results of a randomized clinical trial. *Nurs Res* 2002;51(6):347-54.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
kjersti.alsaker@isf.uib.no



ILLUSTRASJONSFOTO: VIBEKE OLSEN



MEDINOR



afinion™



**Afinion™ -
enkelt, raskt og sikkert**

**900 allerede solgt i Norge.
Prøv selv og finn ut hvorfor.**

Analysemeny:

CRP - 1,5 uL blod
HbA1c - 3 minutter
ACR - 5:35 minutter

Kommer:

PT-INR
Lipidpanel
og flere...

Ta kontakt for uforpliktende utprøving:

Medinor AS Oslo Medinor AS Bergen Medinor AS Sandnes Medinor AS Trondheim
Tlf: 22 07 65 50 Tlf: 55 94 83 10 Tlf: 51 63 79 79 Tlf: 73 82 64 50
medinor@medinor.no www.medinor.no