

ALLMENN MEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen.

Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Tør du åpne «Pandoras eske»?

AV GRY KRISTIN LIA OG KATHRINE AAMODT

Fastleger er «navet» i helsetilbudet for alle pasienter i Norge, og de har en viktig funksjon som døråpner for å hjelpe pasienten videre. Mange pasienter forventer at fastlegen tør å spørre direkte om ting andre ikke tar opp. Hvorfor er det så få fastleger som tør å spørre etter vonde erfaringer – som seksuelle overgrep?

Bakgrunn/fakta

Hva er seksuelle overgrep og incest? Det finnes mange definisjoner på dette, vi har valgt å hente denne fra Legehåndboken:

Seksuelle overgrep mot barn er forhold hvor avhengige, utviklingsmessig umodne barn og ungdom dras med på seksuelle handlinger som de ikke forstår den fulle rekkevidde av, og som de derfor ikke kan gi samtykke til på grunnlag av erfaring eller kunnskap, og som krenker de sosiale tabuer i forbindelse med familierollene. (1, 2)

Incest er inkludert i definisjonen ovenfor. En snever incest-definisjon innebærer seksuelt samkvem mellom barn og deres biologiske foreldre, beste- eller oldeforeldre, eller søsken. Vi velger å bruke et utvidet incestbegrep som inkluderer alle som innehar en foreldrerolle eller en liknende omsorgsrolle overfor barnet.

I lovens forstand skiller man mellom ulike alvorlighetsgrader av overgrep:

- seksuelt krenkende eller annen uanstendig atferd, for eksempel blotting, å snakke eksplisitt om seksuelle aktiviteter, eller presse barn til å overvære seksuelle aktiviteter



Gry Kristin Lia

Født 1961. Psykolog med erfaring fra rusbehandling, bedriftshelsetjeneste, leder/teamutvikling og coaching. Har arbeidet ved Senter mot incest og seksuelle overgrep i Hordaland siden 2006.



Kathrine Aamodt

Født 1976. Spesialpedagog og gestaltveileder. Erfaring fra arbeid med psykopedagogiske grupper for seksuelt overgrepsofsatte barn og ungdom, og foresattegrupper. Har undervist om problematikken ved HiB og HiSF. Har arbeidet ved Senter mot incest og seksuelle overgrep i Hordaland siden 2000.

- seksuell handling, handlinger som innbefatter berøring av intime deler av kroppen
- seksuell omgang, fullbårne samleier, oralsex eller penetrering av kroppsåpninger

Loven skiller også mellom grad av tillitsforhold mellom den utsatte og overgriper, og vektlegger omstendigheter som varighet, frekvens og omfang av overgrep, alderen til den utsatte, om fornærmede som følge av overgrepene blir utsatt for betydelig skade på kropp eller helse (for eksempel i form av seksuelt overførbare sykdommer), hvorvidt det ble utøvd vold eller fremsatt trusler om vold, og om det var én eller flere overgripere (Straffeloven, kap. 19) (3).

PREVALENS: I følge en rapport fra Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), har så mange som 22 prosent av jenter og åtte prosent av gutter i 18-årsalderen opplevd milde seksuelle overgrep og krenkelser. 15 prosent av jentene og sju prosent av guttene har blitt utsatt for grovere seksuelle overgrep (4). Det er ingen grunn til å tro at disse tallene er lavere for tidligere årskull.

Tvert imot har internasjonal forskning vist en nedadgående trend i forekomst av overgrep de senere årene (5).

RISIKOFAKTORER: Dårlig familieøkonomi, rusproblemer blant de voksne i familien samt minoritetsbakgrunn synes å gi økt risiko for seksuelle overgrep. Jenter er som nevnt også overrepresentert i forhold til gutter (4).

Overgriper er hovedsakelig gutter og menn, men ca. hver tiende overgriper er en kvinne. Overgrep fra jevnaldrende, eller barn/ungdom under 18 år som forgriper seg på barn utgjør omkring en tredel av overgrepene (6).

Konsekvenser

Den før nevnte NOVA-rapporten viser at erfaringer med seksuelle overgrep gir økt risiko for selvmordsforsøk, selvskading og spiseforstyrrelser, utagerende atferd, problemer knyttet til seksualitet, samt psykiske problemer i form av dårlig selvbylde, angst, depresjon og dissosiasjon (4). Forskning viser et komplisert bilde der skadevirkningene er avhengig av langt flere forhold enn den faktiske handlingen barnet har vært utsatt for. For barn utsatt for seksuelle overgrep kan det ofte være flere elementer i omgivelsene som også kan være belastende for barnet, for eksempel psykisk sykdom eller rusproblemer hos en eller begge foreldre (6).

Det pågår i dag et stort, longitudinelt forskningsprosjekt i Norge; «Longitudinal Investigation of Sexual Abuse» (LISA, se www.fmso.no). Det er en forskergruppe ved Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen som står bak undersøkelsen, og utvalget hentes fra fire incestsentre i Norge. Hovedtemaene som kartlegges i LISA er basert både på tidligere forskning, samt på hva vi som jobber på incestsentre mener å se er vanlige senvirkninger av å ha vært utsatt for seksuelle overgrep. De viktigste er:

- PTS(D)
- søvnproblemer, mareritt
- dissosiering
- angst/depresjon
- selvskading
- spiseforstyrrelser
- (kroniske) smertetilstander
- generelle helseplager av ulik art
- rusmisbruk (inkl. misbruk av medikamenter foreskrevet av lege)
- relasjonelle vansker

Vi ser altså at traumer i form av seksuelle overgrep i barndommen kan medføre en rekke både psykiske og somatiske plager i voksenalder, som ofte medfører overforbruk av helsetjenester (jmf. også Kirkengen, 2009) (7). I tillegg har

fastlegene også behandlingsansvar for barn som blir utsatt for seksuelle overgrep i dag. Det er derfor trolig at en ganske stor del av pasientene som til enhver tid er innom et fastlegekontor har slike erfaringer.

Barn som utsettes for overgrep

Når det gjelder barn, er det straffbart å ikke melde bekymring eller mistanke om pågående seksuelle overgrep videre til barnevern/politi (Helsepersonelloven). Sosial- og helsedirektoratets veileder beskriver i detalj både tegn på overgrep i ulike aldersgrupper, og hva helsepersonell bør foreta seg hvis de får mistanke om at et barn er eller har vært utsatt for overgrep (9). Se også FAKTABOKS 1, hvor du blant annet finner link til skjema for bekymringsmelding til barnevernet.

Dersom du trenger vurderingshjelp i en slik sak, finnes det flere muligheter. I mange kommuner er det etablert konsultasjonsteam eller SO-team, hvor man kan henvende seg anonymt og få hjelp til å vurdere om dette er en sak som bør meldes videre. Barnevernet eller Barnevernsvakten vil også kunne bistå ved mistankesaker, der det ikke finnes konsultasjonsteam. Flere steder i landet er det nå etablert Barnehus, hvor barn som har opplevd seksuelle overgrep kan få hjelp. Barnehusene skal bistå i alle faser i slike saker; medisinske undersøkelser, dommeravhør og korttids samtaleterapi skal kunne skje på samme sted.

Det er viktig å huske på at du kan bli fritatt for taushetsplikt og innkalt som vitne i en eventuell rettssak. Derfor er det viktig å ha gode journalnotater i forbindelse med slike saker, hvor observasjoner, informasjonsinnhenting, funn og tiltak er godt beskrevet.

FAKTABOKS 1

Steder å få hjelp og informasjon – barn:

VEILEDER VED MISTANKE OM SEKSUELLE OVERGREP:
www.helsedirektoratet.no [9]

NORSK ELEKTRONISK LEGEHÅNDBOK:
www.legehandboka.no [2]

BARNEVERNVAKTEN: www.barnevernvakt.no

NEDLASTBAR BEKYMRINGSMELDING TIL BARNEVERN TJENESTEN:
<http://www.barnevernvakt.no/proffe/bekymringsmelding.aspx>

LANDSDEKKENDE, DØGNÅPEN INCESTTELEFON:
800 57 000 – www.incest80057000.no

LANDSDEKKENDE ALARMTELEFON FOR BARN:
116111 www.116111.no

LOKALE KONSULTASJONSTEAM/SO-TEAM:
se oversikt på din kommunes nettsider

BARNEHUS: Se oversikt på www.barnehuset.com

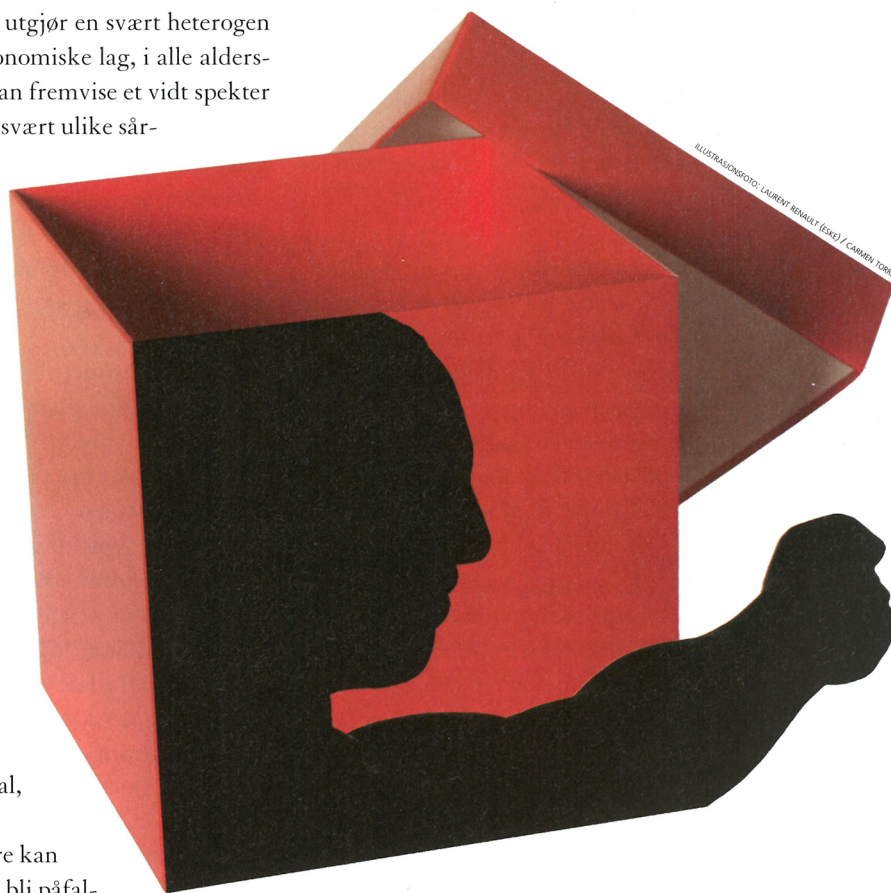
NKVTS/RVTS: Se faktaboks voksne

Hvordan gjenkjenne overgrepsutsatte?

Mennesker med slike erfaringer utgjør en svært heterogen gruppe. De finnes i alle sosioøkonomiske lag, i alle aldersgrupper og av begge kjønn, de kan fremvise et vidt spekter av sykdommer og plager, og har svært ulike sårbarheter og ulik psykisk fungering. Det kan også være viktig å merke seg at mange overgrepsutsatte ikke har noen merkbare senvirkninger i form av psykiske eller somatiske plager. Likevel har alle det felles at de har opplevd grensekrenkelser av kroppslig/seksuell karakter i barndommen, oftest fra en person de hadde tillit til. Selve møtet med en autoritetsperson, som fastlegen, kan trigge mange minner. Noen ganger kan overgrepsutsatte reagere uventet i ulike situasjoner på legekontoret, kanskje særlig i forbindelse med undersøkelser som involverer oral, vaginal eller rektal eksplorering. Enkelte kan bli aggressive. Andre kan reagere med dissosiering; de kan bli påfallende føyelige og medgjørilige, eller kanskje fjerne og vanskelige å få kontakt med.

Overgrepsutsatte er som sagt også antakelig overrepresenterte blant pasienter som er storforbrukere av helsetjenester av ulike grunner. Blant pasienter som sliter med spiseforstyrrelser, rusmisbruk, selvskading og annen selvdestruktiv atferd er det grunn til å tro at en forholdsvis stor del har overgrepserfaringer. I gruppen med mer diffuse helseplager som smertetilstander, angst/depresjon og søvnproblemer er det også grunn til å tro at overgrepsutsatte er overrepresenterte.

Dette er altså noen markører som kan lede deg til å tenke at en pasient kanskje har vært utsatt for overgrep. Det finnes ingen sikre tegn, og du kan selvfølgelig få ubegrunnede mistanker. Men dersom du nærmer deg temaet på en god måte, tenker vi at det uansett ikke kan gjøre skade. Pasienter er vant til å få en rekke mer eller mindre ubehagelige spørsmål når de besøker fastlegen. Det er en naturlig del av anamneseopptak, utredning og diagnostisering. Det skader ikke en pasient å få et spørsmål angående seksuelle overgrep – på lik linje med spørsmål om en tidligere har vært utsatt for andre traumer som ulykker, vold, alvorlig sykdom eller lignende.



Hvordan åpne esken?

Seksuelle overgrep er fortsatt et tabuisert tema i vår kultur, og det i seg selv kan gjøre det vanskelig å ta inn over seg at dette faktisk er reelle erfaringer mange pasienter bærer med seg. Ved incestsentrene får vi stadig høre fra brukere hvor frustrerende og vondt det kan være når fastleger og andre ikke spør etter slike erfaringer, til tross for at de har fått mye informasjon som burde sette dem på tanken. «Hvorfor spør hun ikke – denne gangen heller?»

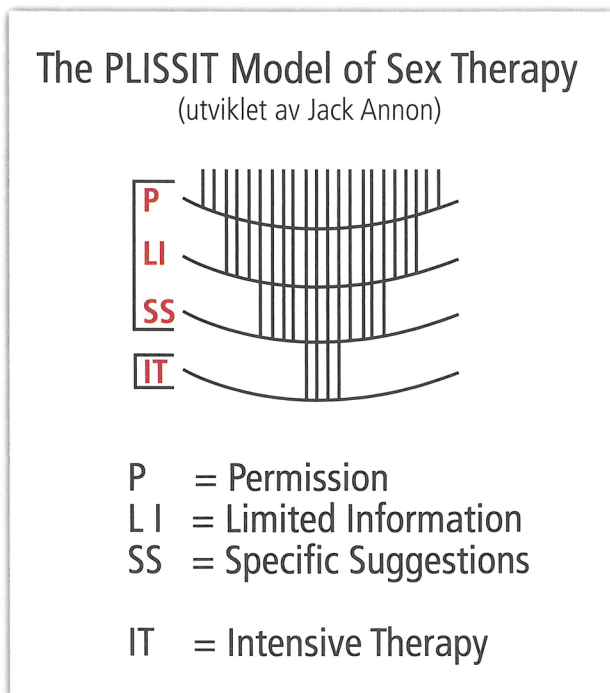
Som sagt ligger det hos mange pasienter en forventning om at fastlegen skal våge å spørre direkte om ting som andre ikke våger. Ofte skal det heller ikke mer til enn at legen klarer å ta imot den informasjonen som kommer. For mange utsatte kan det være til stor hjelp bare å få lov til å sette ord på vonde erfaringer, uten at det nødvendigvis dramatiseres mer enn andre signifikante helseopplysninger fra oppveksten.

Det er ikke likegyldig hvordan man velger å nærme seg et tema som seksuelle overgrep. Som nevnt er selve situasjonen på legekontoret vanskelig for mange overgrepsutsatte. Det er mye som kan minne om overgrepene, for eksempel i form av at pasienten gir fra seg kontroll til en autoritetsper-

son som legen, og kanskje også lar legen gå over sine kroppslige grenser. Det er viktig å skape et rom for temaet som pasienten kan få lov til å velge å gå inn i – eller ikke. Før vi sier mer om hvordan dette konkret kan gjøres, vil vi gjerne få introdusere en modell for intervensjoner som ble laget av sexologen Jack Annon (8). Modellen er utviklet med tanke på sexologisk rådgivning, men vi synes den kan si noe viktig om hvordan man kan forholde seg til et tema som seksuelle overgrep også. Modellen vises i FIGUR 1.

Annon mente at man må tilpasse tilbudet sitt etter pasientens behov, og at de færreste pasienter med seksuelle problemer trenger omfattende behandling for disse. Modellen viser en økende grad av intensitet i tilbudet ovenfra og nedover, og de vertikale strekene i diagrammet symboliserer pasienter. Øverst finner vi **P** for «Permission» (tillatelse). For mange pasienter er det tilstrekkelig å oppleve at det er tillatt å ha de erfaringene de har, og at det er tillatt å snakke om dem. For dem som trenger mer, kan man gå videre til **LI** «Limited Information» (begrenset informasjon), hvor behandler kan gi generell informasjon om den typen erfaringer eller problemer pasienten har, eller korrigere misforståelser vedrørende anatomiske/fysiologiske forhold. Eventuelt kan behandler gå videre til å gi **SS** «Specific Suggestions» (spesifikke forslag), da gjerne i form av kartlegging, øvelser eller hjemmeoppgaver. Kun for noen få pasienter kan det bli nødvendig å tilby **IT** «Intensive Therapy» (intensiv terapi), hvor man i et lengre psyko-terapeutisk behandlingsforløp adresserer underliggende komplekse grunner til problemene (Annon, 1976).

FIGUR 1. Annon model



For fastlegen kan det altså ofte være tilstrekkelig «å gi en P»; å signalisere til pasienten at det er «lov» å ha overgrepserfaringer, og at det er lov å snakke om dem. I praksis kan dette kanskje gjøres omtrent slik: *«Jeg vet at mange som sliter med (den type problematikk som er aktuell) har opplevd vanskelige ting i oppveksten sin, som seksuelle overgrep eller andre former for grensekrenkelser. Jeg vet jo ikke om dette gjelder for deg, men vil gjerne du skal vite at jeg er åpen for å snakke om det hvis det er aktuelt for deg – enten nå med en gang, eller kanskje neste gang vi snakkes.»*

Ved å formulere deg slik, oppnår du følgende: Du begynner med å si at du har kunnskap om dette. Videre normaliserer du slike erfaringer, ved å si at dette gjelder mange – pasienten er ikke alene om å ha slike erfaringer. Du understreker at du ikke vet om dette gjelder pasienten, og gir dermed pasienten mulighet til å velge om han/hun vil gå inn i dette eller avvise temaet som irrelevant. Deretter viser du at du er tilgjengelig for pasienten, og du overlater til pasienten å velge når han/hun vil ta opp temaet. For noen kan det være best å få tid til å forberede seg før et slikt tema tas opp, for andre er det kanskje slik at de har ventet lenge på en mulighet til å sette ord på dette, og derfor vil oppleve det som en avvisning å ikke få snakke om det med en gang.

Det er svært viktig at du følger opp en slik åpning. Dersom pasienten ønsker å utsette samtalen til neste avtale, er det avgjørende at du faktisk tar opp temaet igjen da, gjerne helt i starten av konsultasjonen. Dersom pasienten ønsker å snakke om det med en gang, er det viktig at du faktisk gjennomfører det. Si gjerne hvor lang tid dere har til rådighet, slik at pasienten kan regulere seg etter det. Som sagt er det ofte til god hjelp bare å få lov til å sette noen ord på sine opplevelser, og at den man forteller til tar imot på en god måte. Ikke vær redd for å stille konkrete spørsmål, men understrek samtidig at det er pasienten selv som velger om han/hun vil svare eller ikke. Noen kartleggingsspørsmål kan være *«Hvem var overgriper? Hvor gammel var du? Skjedde det én eller flere ganger? Hvem har du fortalt dette til? Hvordan reagerte de?»* Dersom dere har liten tid denne dagen, kan det være bra å tilby pasienten å snakke videre om temaet neste gang hvis han/hun ønsker det. Igjen er det da naturligvis viktig å følge opp. Ikke lov mer enn du kan holde.

Etter å ha tatt imot informasjonen, tenker vi det er viktig å anerkjenne og støtte pasienten, og å ha fokus på veien videre. Si for eksempel: *«Takk for tilliten du viste meg ved å fortelle om denne delen av historien din! Dette var nyttig informasjon for meg, som gjør at jeg forhåpentligvis kan hjelpe deg på en bedre måte. Hvordan tenker du at jeg kan hjelpe deg videre nå?»*

Dersom det er behov for mer hjelp kan det være godt for mange overgrepsutsatte å få vite om sitt nærmeste incestsenter, hvor de kan møte andre med tilsvarende historier og få snakke med ansatte som vet mye om temaet (FAKTABOKS 2). Utover dette kan det være naturlig å henvise videre til psykolog/psykiater/DPS, på samme måte som hvis det hos pasienter kommer fram psykiske problemer av andre grunner.

FAKTABOKS 2

Steder å få hjelp og informasjon – voksne:

NASJONALT KOMPETANSESENTER OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS (NKVTS): www.nkvts.no

REGIONALE KUNNSKAPSSENTRE (RVTS): se oversikt på NKVTS sine nettsider

FELLESKAP MOT SEKSUELLE OVERGREP, PARAPLYORGANISASJON FOR LANDETS INCESTSENTER: www.fmsso.no

REGIONALE INCESTSENTER: se oversikt på FMSO sine nettsider

LANDSDEKKENDE, DØGNÅPEN INCESTTELEFON: 800 57 000. www.incest80057000.no

Hvordan ta vare på deg selv?

Det kan være belastende å ta imot informasjon om overgrep. Derfor er det viktig at du er klar over dette, og tar forhåndsregler for å ta vare på deg selv slik at du unngår sekundærtraumatisering. Dersom du føler deg overvældet der og da i samtalesituasjonen, kan det være til god hjelp å bruke noen enkle «jordingsteknikker»; for eksempel å fokusere på din egen kropp og hvordan den møter underlaget du sitter og har føttene på. Du kan også velge å fokusere på pusten din og hvordan den kjennes i kroppen, eller å flytte fokus til noe i rommet, for eksempel noe med en sterk farge. Poenget er ikke å slutte å høre etter på hva pasienten forteller; snarere å fortsette å lytte, men med litt distanse, slik at du ikke blir overvældet av følelser.

Dersom du opplever at du er preget av samtalen etter at den er avsluttet, bør du snakke med noen om dette. Unngå å gi videre detaljer som har skaket deg opp – da gir du bare problemet videre til den du snakker med. Fokuser i stedet på hva dette har gjort med deg, og beskriv de følelsene og tankene det har satt i gang hos deg. Søk gjerne råd om hvordan du skal håndtere dette videre, slik at du føler deg bedre rustet til neste samtale. Her kan for eksempel ditt nærmeste incestsenter eller ditt regionale Ressurssenter om vold og traumatisk stress være mulige kilder til hjelp.

Referanser/litteratur

1. Johnson, C. F. Child sexual abuse. Lancet 2004; 364: 462–70.
2. Norsk Elektronisk Legehåndbok (2001/2009). Seksuelle overgrep mot barn. Tilgjengelig: <http://www.legehandboka.no.proxy.helsebiblioteket.no/asp/document.asp?id=1049>

3. LOV 1902-05-22 nr 10: Almindelig borgerlig Straffeloven (Straffeloven). Tilgjengelig: <http://lovdata.no/all/h1-19020522-010.html#206>
4. Mossige, S. og Stefansen, K., red. (2007). Vold og overgrep mot barn og unge: En selvrapporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), Rapport 20/07. Tilgjengelig: <http://nova.no/index.gan?id=15747&subid=0>
5. Finkelhor, D. (2008). Childhood Victimization: Violence, Crime, and Abuse in the Lives of Young People. New York, Oxford University Press.
6. Borgen, G. et al. (2007). Seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge – kunnskapsstatus 2007. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, Seksjon barn og unge (publikasjon). Tilgjengelig: http://nkj-web01.osl.basefarm.net/biblioteket/Publikasjoner/Seksuelle_fysiskeprosent20overgrep_barn_Kunnskapsstatus.pdf
7. Kirkengen, A. L. (2009). Hvordan krenkede barn blir syke voksne. (2. utg.) Oslo, Universitetsforlaget.
8. Annon, J. S. (1976). The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. Journal of Sex Education & Therapy 1976; 2:1–15.
9. Sosial- og helsedirektoratet (2002). Seksuelle overgrep mot barn: En veileder for hjelpeapparatet. (Publikasjon.) Tilgjengelig: http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/seksuelle_overgrep_mot_barn_en_veileder_for_hjelpeapparatet_2794

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
gry.kristin.lia@helse-bergen.no / kathrine@smih.no
 Kontaktinfo SMIH :
www.smih.no – post@smih.no – tlf. 55 90 49 90

Vaksiner – et problem!

Noen fagfolk sier
 at vaksiner
 er effektive
 og trygge,
 andre er ikke
 enige,
 noen sier vi bør
 ta vaksiner,
 andre sier vi bør
 la være,
 noen sier
 situasjonen er
 veldig alvorlig,
 andre sier
 det er
 hysteri,
 men alle er
 enige om
 at det er ikke
 greit
 å drikke whisky
 gjennom
 munnbind

Sandy Lunöe

