Rapport 8 / 2016

Eirin Mo Danielsen, Anne Solberg og Yngvil Grøvdal

Kommunale helse- og omsorgstjenesters arbeid med vold i nære relasjoner

En kvalitativ intervjuundersøkelse

NASJONALT KUNNSKAPSSENTER
OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS

www.nkvts.no

Kommunale helse- og omsorgstjenesters arbeid med vold i nære relasjoner

En kvalitativ intervjuundersøkelse

Eirin Mo Danielsen, Anne Solberg og Yngvil Grøvdal

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress A/S
Rapport nr 8/2016

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) ble stiftet 17. november 2003. Selskapet er et datterselskap av UNIRAND AS, som er heleid av Universitetet i Oslo.

Senterets oppgaver er forskning, utviklingsarbeid, undervisning, formidling og veiledning innen temaene:

- Vold og overgrep i nære relasjoner
- Tvungen migrasjon og flyktninghelse
- Katastrofer, terror og stressmestring

Vår visjon: «Et bedre liv for berørte av vold og traumer».

Senteret gjennomfører prosjekter som er finansiert av departementer og direktorater, Norges forskningsråd, frivillige organisasjoner og andre.

Bak driften av senteret står: Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, og Justis- og beredskapsdepartementet.

ISBN 978-82-8122-109-3 (trykk)
ISBN 978-82-8122-110-9 (PDF)
ISSN 0809-9103

Henvendelse vedrørende publikasjonen rettes til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Kontaktinformasjon på www.nkvts.no

Forord

Utgangspunktet for den foreliggende rapporten er tiltak 20 i *Et liv uten vold. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner* (2014-2017). Oppgaven med å kartlegge kommunale helse- og omsorgstjenesters arbeid med vold i nære relasjoner kom i oppdragsbrevet til NKVTS i 2014. Oppdraget er blitt løst ved at vi har foretatt en kvalitativ intervjustudie, der helsearbeidere er kommet til orde med sine erfaringer når det gjelder vold i nære relasjoner. Vi har intervjuet jordmødre, helsesøstre i ungdomsskolen, fastleger og ansatte i hjemmesykepleien i to kommuner av ulik størrelse, samt i en bydel i Oslo. På denne måten har vi forsøkt å ivareta litt ulike perspektiver som angår mennesker i forskjellige faser i livet. Vi vet at både barn og voksne utsettes for vold fra noen de har en nær relasjon til.

Eirin Mo Danielsen har foretatt intervjuene, og har skrevet rapporten. Hun har imidlertid samarbeidet tett med Anne Solberg, som har lang erfaring med kvalitativ forskning om ulike temaer. Anne kom med i prosjektet på et tidlig stadium og har vært en uvurderlig ressurs både for Eirin og for meg som prosjektleder. Tusen takk til deg, Anne!

Vi vil også takke referansegruppen med Ole Kristian Hjemdal, Trond Heir og Mia Myhre. De har vært engasjerte medspillere – og noen ganger også gode motspillere – i prosessen med planlegging og gjennomføring av prosjektet. Mia Myhre fortjener en særlig takk for å ha utformet den første skissen til prosjektet.

Blant andre som fortjener en takk for hederlig innsats finner vi Mia Myhre og Solveig Bergman, som har lest rapporten og kommet med faglige innspill. Vi har også fått god hjelp fra Henriette Sundbye som har transkribert en del av intervjuene og fra Inger Lise Johnsrud som har hjulpet oss med den engelske versjonen av sammendraget og lest korrektur. Tusen takk til Hege Eriksen Oswald for hjelp med referanselisten. Takk også til Ingvild Lunde for språklige innspill og Linda Holen Moen for teknisk assistanse.

En takk går også til de ledere og ansatte som har bidratt med å rekruttere helsearbeidere til intervjuene, og til Regionalt ressurssenter om vold, traumatisk

stress og selvmordsforebygging (RVTS) som kom med gode forslag til valg av kommuner der vi kunne foreta intervjuer.

Sist, men definitivt ikke minst, vil vi takke helsesøstrene, jordmødrene, fastlegene og hjemmesykepleierne som stilte opp, og delte sine erfaringer og refleksjoner. Uten dere ville denne rapporten ikke ha sett dagens lys!

Oslo, 13.6.2016

Yngvil Grøvdal

Innhold

Forord **3**

Innhold **5**

Sammendrag **7**

Summary **9**

1 Innledning **11**

2 Bakgrunn **15**
2.1 Hva er vold i nære relasjoner? 15
2.1.1 Helsemessige konsekvenser av volden 17
2.2 Vold og hjelpsøking 18
2.2.1 Vold, selvforståelse og sosiale tabuer 18
2.3 Helsepersonells ansvar for arbeidet med vold i nære relasjoner 19
2.3.1 Opplysningsplikt til barneverntjenesten 20

3 Metodisk tilnærming **22**
3.1 Kvalitative intervjuer 22
3.2 Utvalgskriterier 22
3.3 Rekruttering 23
3.4 Forskningsetiske hensyn 26
3.5 Analyse 26

4 Jordmødrenes arbeid med vold i nære relasjoner **28**
4.1 Hjelpe gravide til å snakke om vold 28
4.1.1 Graviditet og voldsutsatthet 28
4.1.2 Et privat tema? 29
4.1.3 Å spørre alle 30
4.1.4 Utfordringer for samtalen om vold 31
4.2 Hvordan kan jordmor hjelpe? 32
4.2.1 Hjelpe kvinnene med å håndtere konsekvensene av volden 33
4.2.2 Jobbe med samspill i forholdet 34
4.2.3 Hva er særegent ved jordmors rolle? 35
4.3 Samarbeid 37
4.3.1 Hvem skal jeg kontakte? 37
4.3.2 Fastlegen 37
4.3.3 Helsesøsters viktige rolle etter fødselen 38

4.3.4 Andre instanser 38

5 Helsesøstrenes arbeid med vold i nære relasjoner 40
5.1 Å snakke med barna om vold 40
5.1.1 Skolestartundersøkelsen 40
5.1.2 Erfaring og trygghet senker terskelen for å snakke om vold 41
5.1.3 Undervisning om vold og overgrep 42
5.2 Hva kan helsesøster gjøre for barna? 43
5.2.1 Å være tilgjengelig og til stede 44
5.3 Samarbeid 44
5.3.1 Lærerens viktige rolle 45
5.3.2 Skolelege 46

6 Hjemmesykepleiens arbeid med vold i nære relasjoner 47
6.1 Å snakke med pasientene om vold 47
6.1.1 Inn i andres hjem 47
6.1.2 Dårlig magefølelse – å komme i posisjon til å finne ut hva som er hva 49
6.2 Hvordan hjelpe pasienter utsatt for vold? 50
6.2.1 Strategier for å håndtere situasjoner som krever ekstra tid 50
6.2.2 Oppleves vanskelig å få til en endring? 51
6.3 Samarbeid 51
6.3.1 Et hjelpeapparat i liten grad tilpasset eldre? 52
6.3.2 Krisesenteret – ikke et alternativ? 52
6.3.3 Fastlegen 53

7 Fastlegenes arbeid med vold i nære relasjoner 55
7.1 Å snakke med pasienter om vold 55
7.1.1 Pasientene forteller ikke selv om volden 55
7.1.2 Når er det *naturlig* å spørre? 56
7.2 Hva kan fastlegene gjøre? 57
7.2.1 Støtte og alminneliggjøring av reaksjoner 57
7.2.2 «Vi har bedre tid enn folk tror» 58
7.2.3 Fastlegenes syn på egen rolle 59
7.3 Samarbeid 60
7.3.1 Sykehus og legevakt 60

8 Oppsummering og konklusjon 62

Litteratur 67

Sammendrag

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har på oppdrag fra Helsedirektoratet utført en kvalitativ undersøkelse av hvordan kommunale helse- og omsorgstjenester arbeider med vold i nære relasjoner. Undersøkelsen inngår som et av tiltakene i regjeringens handlingsplan mot vold i nære relasjoner i perioden 2014-2017, «Et liv uten vold» (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013).

Formålet med undersøkelsen var å få kunnskap om hva slags erfaringer ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester har gjort seg når det gjelder arbeid med vold i nære relasjoner. En kvalitativ tilnærming var hensiktsmessig for å få et innblikk i den enkeltes opplevelse av arbeidet. Blant helse- og omsorgstjenestene valgte vi ut fire tjenester vi ønsket å se nærmere på: helsesøstre i skolehelsetjenesten, jordmødre på helsestasjon, fastleger og sykepleiere ansatt i hjemmesykepleien. Begrunnelsen for å velge ut disse fire tjenestene, var et mål om å få snakke med helsepersonell som møter mennesker i ulike situasjoner og faser av livet. Slik kunne vi få innblikk i arbeidet med både barn og unge, voksne og eldre av begge kjønn.

Ved å ha erfaring med arbeid med vold som et utvalgskriterium, ønsket vi å få gode og konkrete eksempler på hvordan dette arbeidet foregår, og hvilke muligheter og utfordringer de ansatte opplever. Samtidig medførte dette at rekrutteringen ble tidkrevende, fordi vi var avhengig av at ansatte med denne typen erfaring ønsket å delta på intervju. Det er foretatt til sammen 15 kvalitative intervjuer innenfor de utvalgte tjenestene.

Materialet er analysert med en tematisk tilnærming. Selv om vi så enkelte likhetstrekk mellom resultatene fra de ulike tjenestene, har hver av dem sine særegne rammer og forutsetninger som spiller inn i den helhetlige analysen av deres arbeid. Vi har derfor valgt å formidle det som kom frem adskilt i ulike kapitler for hver tjeneste. Til slutt vil vi fremheve hva som kan sies å være de viktigste fellestrekkene for et godt arbeid med vold i nære relasjoner blant helse- og omsorgstjenestene, basert på det som kommer frem i denne undersøkelsen.

Resultater

Jordmødrene vi intervjuet har stort sett gode erfaringer med å spørre gravide om voldsutsatthet, slik retningslinjene fra Helsedirektoratet anbefaler, men forteller at det likevel er få kvinner som faktisk forteller om vold. De tilpasser spørsmålet til situasjonen slik at de ivaretar tillitsforholdet til kvinnen, og passer på å informere om at det også er mulig å søke hjelp på et senere tidspunkt. Jordmødrene kommer tett innpå de gravide kvinnene i månedene svangerskapet varer, men er i liten grad involvert etter fødselen, og er dermed avhengig av å få meldt eventuell bekymring videre til andre instanser.

Helsesøstrene i skolehelsetjenesten vektlegger betydningen av at barna får undervisning om grensesetting, vold og seksuelle overgrep, og erfarer at dette kan bidra til at utsatte barn forteller om sine opplevelser i etterkant. Bruk av verktøy som bøker og brettspill kan skape en god inngang til å snakke om vanskelige følelser. Samtidig opplever helsesøstrene at de har for lite tid til å følge opp barn de er bekymret for, og samarbeid med lærerne og øvrige ansatte på skolen blir derfor sentralt for å ivareta voldsutsatte barn.

Ansatte i hjemmesykepleien vi har intervjuet uttrykker at det kan være utfordrende å finne ut om en pasient er utsatt for vold, til tross for at de kommer inn i pasientens hjem og dermed har mulighet til å observere forholdene der. De ansatte bruker ulike strategier for å komme i posisjon til å finne ut om pasienten er utsatt for vold. De ansatte uttrykker også en frustrasjon over at det ofte er vanskelig å få til endring dersom eldre, pleietrengende pasienter er utsatt for vold i nære relasjoner.

Fastlegene som er intervjuet er opptatt av å ta pasientene alvorlig, og forteller at det å være tilgjengelig for pasienten og med dette bygge opp et tillitsforhold, kan åpne opp for at pasienten forteller om vonde opplevelser. Fastlegene uttrykker at de har bedre tid enn det folk ofte tror, og at fastlegen kan spille en sentral rolle i å hjelpe en pasient som opplever å bli utsatt for vold.

Ved å alminneliggjøre fenomenet og normalisere reaksjoner, kan helsearbeideren skape en situasjon der det oppleves naturlig for begge parter å snakke om vold. I enkelte situasjoner er det å stille rutinemessige spørsmål et godt grep, for å ufarliggjøre og normalisere fenomenet. Ved å tematisere volden, avklare behov og iverksette tiltak i samråd med den det gjelder, i kombinasjon med et godt samarbeid med andre instanser, kan helsearbeiderne bidra til at personer med voldsproblematikk får hjelpen de har behov for.

Summary

Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies (NKVTS) has been commissioned by the Directorate of Health to conduct a qualitative study of how municipal health services deal with domestic violence.

The purpose of this study is to gain knowledge about experiences employees in municipal health care have in relation to working with domestic violence. In order to get insight into individual experiences a qualitative approach has been used. Among several health care systems, we chose four services: public health nurses in school health services, midwives at health centers, general practitioners (GPs) and nurses employed by home care. These four services provided insights of health care in different situations and stages of life as it included health care services for children, adolescents, adults and elderly of both sexes.

As violence was the topic of this study, we wanted to get concrete examples of how this work is done and to explore the opportunities and challenges the staff experiences. The recruitment process was time-consuming as we were dependent on staff both having experience with domestic violence and being willing to attend an interview. A total of 15 qualitative interviews were conducted with staff at the four services outlined above.

The research material has been analyzed using a thematic approach. Although there are some similarities between results from the four different services, each of the services has its own unique framework and assumptions which come into play in the overall analysis of their work. We therefore convey our findings in different chapters for each service. In the last chapter we will highlight the common features of good work with domestic violence among health care services which emerged out of this study.

Results

Midwives we interviewed have mostly good experiences when it comes to asking pregnant women about violence when following the guidelines from the Directorate of Health, but say that there still are few women who actually talk about violence. The midwives adapt the question to the situation so that they safeguard the trusting relationship with the woman, taking care to inform that it is possible to seek help at a later date. Midwives are close to the pregnant women in the months of pregnancy, but they are seldom involved after birth, and are thus dependent on referring any concern to other agencies.

Nurses in the school health services emphasize the importance of children being taught about boundaries, violence and sexual abuse, and find that this can help vulnerable children talk about their experiences afterwards. Tools such as books and board games create good basis to talk about difficult feelings. Further, the nurses find they have too little time to follow up children they are concerned about and collaboration with teachers and other school employees are essential to protect abused children.

Employees of elderly home care express that it can be challenging to determine whether a patient is exposed to violence, despite the fact that they enter the patient's home and have opportunity to observe conditions there. The employees use various strategies to get in a position to determine whether a patient is exposed to violence. The employees also express frustration that it is often difficult to bring about change if older people who are in need of health care are exposed to domestic violence.

GPs who were interviewed are keen to take the patients seriously. They explain that being available to the patient and thus building a relationship of trust, may allow the patient sharing painful experiences. GPs report that they have better time than people often assume, and the family doctor may play a key role in helping a patient exposed to violence.

By normalizing the phenomenon and its reactions, the health worker can create a setting where it feels natural for both parties to talk about violence. In some situations asking routine questions is a good strategy in order to defuse and normalize the phenomenon. By theming violence, clarifying needs and implementing measures, in combination with a good working relationship with other agencies, health workers may help persons with violence issues get the help they need.

1 Innledning

Vold i nære relasjoner er et samfunnsproblem som rammer en betydelig andel av den norske befolkningen. Å bli utsatt for fysisk, psykisk eller andre former for vold i nære relasjoner kan være en stor belastning, og er ofte forbundet med en rekke helseplager. Likevel vet vi at mange av de som utsettes for vold aldri snakker med helsepersonell eller andre om volden. En omfangsundersøkelse som nylig er gjennomført ved NKVTS har vist at kun en firedel av voksne personer utsatt for alvorlig fysisk vold hadde vært til medisinsk undersøkelse eller behandling i løpet av de første dagene eller ukene etter hendelsen (Thoresen & Hjemdal, 2014). Få personer hadde snakket med helsepersonell om helseproblemer eller bekymringer som følge av volden.

Når volden utøves av noen man har en nær relasjon til, og som man i utgangspunktet burde hatt et godt forhold til, kan tillitsbruddet oppleves som en ekstra belastning. For noen kan det oppleves vanskeligere å ta initiativ til å fortelle om vold som begås av en av ens nærmeste. Vold i nære relasjoner er fortsatt et skjult problem, selv om det har vært en økt oppmerksomhet rundt temaet i den offentlige debatten de seneste tiårene. Også personer som utøver vold har behov for hjelp med sine problemer, men kan vegre seg for å fortelle om og be om hjelp til dette. Selv om de helsemessige og sosiale konsekvensene av volden kan være store, er det tilsynelatende betydelige variasjoner i hvor oppmerksomme helsepersonell er på denne problematikken. Med bakgrunn i dette har vi i denne undersøkelsen sett nærmere på hvordan noen utvalgte kommunale helse- og omsorgstjenester arbeider med vold i nære relasjoner.

Oppdraget

Undersøkelsen er gitt i oppdrag fra Helsedirektoratet, og er en del av regjeringens handlingsplan mot vold i nære relasjoner i perioden 2014-2017, «Et liv uten vold» (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013). Tiltak 20 i handlingsplanen lyder som følger:

> *Kommunale helse- og omsorgstjenesters arbeid med vold i nære relasjoner skal kartlegges for å bedre faktagrunnlaget for hvordan tjenestene forholder*

> *seg til vold i nære relasjoner. Det vil bli igangsatt en avgrenset kartlegging av helse- og omsorgstjenestene i kommunene, blant annet fastleger, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og psykisk helsearbeid.*

Oppdraget var altså å foreta en avgrenset kartlegging av arbeidet med vold i nære relasjoner. Svært mange mennesker er i kontakt med en eller flere av de kommunale tjenestene i løpet av et år, og man kan dermed tenke seg at det er gode muligheter for å nå mange av dem som er eller har vært utsatt for vold. I undersøkelsen har vi lagt til grunn den samme forståelsen av «nære relasjoner» som vi finner i regjeringens handlingsplan. Det vil si nåværende eller tidligere kjæreste, samboer eller ektefelle, foreldre eller andre omsorgspersoner, barn, barnebarn eller annen nær familie.

Kommunen har etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven) ansvar for en rekke ulike tjenester. Av hensyn til prosjektets kvalitative utforming måtte utvalget avgrenses til noen av tjenestene, og vi valgte ut fire tjenester som vi ønsket å studere nærmere. De utvalgte tjenestene er som følger:

- Jordmødre på helsestasjon
- Helsesøstre i skolehelsetjenesten
- Fastleger
- Ansatte i hjemmesykepleien

Vi ønsket å inkludere arbeid med både barn, voksne og eldre av begge kjønn. I metodekapittelet beskrives begrunnelsen for utvalget nærmere.

Formål og problemstillinger

Det overordnede formålet med undersøkelsen var altså å få kjennskap til helsepersonells erfaringer med å arbeide med vold. Vi ønsket blant annet å finne ut hvordan ansatte i slike tjenester handler når de mistenker eller vet at brukerne deres blir utsatt for dette, om de har noen rutiner for arbeidet, og i så fall hvordan disse fungerer. Vi håpet å kunne lære noe om hvordan de går fram for å avklare behovene til den voldsutsatte, og i hvilken grad de opplever at de er i stand til å dekke behovene. Samarbeid med andre personer eller instanser var også et tema vi ønsket å finne ut mer om. I starten av prosjektperioden utformet vi følgende mål og problemstillinger:

1) Bedre faktagrunnlaget for hvordan kommunale helse- og omsorgstjenester arbeider med vold i nære relasjoner ved å beskrive

- Hvordan fastleger, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og ansatte i hjemmesykepleien arbeider for å finne ut om pasienter er utsatt for eller utøver vold
- Hva som gjøres for å avklare pasienten/brukerens behov ved mistanke om vold
- Hvilke tiltak som settes i gang dersom en mistenker at noen utsettes for eller anvender vold, og dersom en vet at dette faktisk er tilfellet
- Roller og arbeidsfordeling knyttet til problemstillingen innen det kommunale tjenestetilbudet og tilgrensende tjenestetilbud og etater

2) Identifisere forhold som hemmer og fremmer vellykket arbeid, samarbeid og samhandling ved mistanke om eller bekreftet vold i nære relasjoner

Vi ønsket altså å se på både hva som fungerer og hva som ikke fungerer i arbeidet med vold. Etter hvert forsøkte vi i intervjuene å være særlig oppmerksomme på positive erfaringer og gode grep i arbeidet med vold, for forhåpentlig å kunne lære noe som kan komme andre helse- og omsorgstjenester til nytte. I utgangspunktet var vi interessert i å høre om arbeid både med personer som utøver og personer som utsettes for vold. Enkelte av de ansatte har trukket frem erfaringer med personer som utøver vold, men personer utsatt for vold er viet mest plass i helsearbeidernes fortellinger, og dermed også i rapporten.

I rapporten vil vi ta i bruk begrepene helsepersonell, helsearbeidere og ansatte om de vi har intervjuet. Det er utfordrende å finne et felles begrep for personene helsearbeiderne møter gjennom sitt arbeid, da det er store forskjeller på hva slags forhold de har til tjenestene. Vi vil derfor veksle mellom ord som pasienter, brukere, barn (som helsesøstre møter) og gravide (som jordmødre møter).

Rapportens struktur

Vi vil her gå gjennom hvordan rapporten er bygget opp videre. Kapittel 2 tar for seg bakgrunnen for prosjektet, ved kort å presentere noe av den tidligere forskningen om vold i nære relasjoner, hjelpsøking og helsepersonells rolle i arbeidet med vold. Kapittel 3 handler om vår metodiske tilnærming, og vi beskriver her hvordan vi gikk frem for å samle inn og analysere intervjumaterialet. Deretter følger fire kapitler hvor vi presenterer funnene fra intervjuundersøkelsen, ett kapittel for hver av de utvalgte helse- og omsorgstjenestene. De fire resultatkapitlene er delt i tre deler – den første delen handler om hvordan de ansatte arbeider for å finne ut at vold foregår, den andre

delen handler om hva helsearbeiderne selv kan gjøre for å hjelpe, og den tredje og siste delen tar for seg samarbeid med andre. Vi gjør oppmerksom på at delen om samarbeid ikke er en uttømmende oversikt over samarbeidspartnere, men presenterer noen poenger om samarbeid som intervjupersonene har vektlagt. I kapittel 8 løfter vi frem noen av de viktigste resultatene, og vi vil særlig se på hvilke faktorer som kan sies å hemme og fremme et godt arbeid med vold i nære relasjoner.

2 Bakgrunn

I dette kapittelet vil vi klargjøre hvilken forståelse av vold i nære relasjoner vi legger til grunn i denne rapporten. Vi vil se nærmere på noe av kunnskapen som finnes fra før om hvordan kommunale helse- og omsorgstjenester arbeider med vold i nære relasjoner. Vi vil også redegjøre kort for hvordan volden kan påvirke den som utsettes for det, og hva forskningen har vist om å søke hjelp for slike problemer.

2.1 Hva er vold i nære relasjoner?

Begrepet «vold i nære relasjoner» rommer en rekke ulike handlinger. WHO[1] er opptatt av sammenhengen mellom vold og helse, og anser vold i nære relasjoner som et av de største helseproblemene på verdensbasis (World Health Organization, 2002). Deres definisjon på vold lyder som følger:

> *The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment, or deprivation.*

WHOs forståelse av vold fokuserer på faktiske eller potensielle skadevirkninger av handlingene. En definisjon som fokuserer på handlingens intensjon, og som ofte er benyttet i norsk sammenheng, er definisjonen til Isdal (2000, s. 36):

> *Vold er enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får den personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den vil.*

Isdals definisjonen favner forholdsvis vidt. Han deler voldsformene inn i fem undergrupper – fysisk vold, psykisk vold, seksuell vold, materiell vold og latent vold.

[1] World Health Organization

Fysisk vold kan innebære handlinger som for eksempel slag, spark, klyping, kloring, kvelertak og bruk av våpen. De fysiske handlingene kan ha ulikt skadepotensiale, og man kan derfor argumentere for å dele dem inn i *alvorlig* eller *mindre alvorlig* vold. Johnson (1995, 2008) har utviklet flere ulike kategoriseringer av vold i parforhold, men hans skille mellom de to hovedtypene *situational couple violence* og *patriarchal* eller *intimate terrorism*[2] har fått fotfeste innenfor voldsforskningen. Den førstnevnte formen for vold karakteriseres som episodisk, relativt mild og konfliktbasert. Den andre formen innebærer gjentatte, mer alvorlige voldshandlinger, og henger sammen med kontroll over den andre parten. Intim terrorisme rammer flere kvinner enn menn, men det har de senere årene blitt en større bevissthet om at denne voldsformen også kan ramme menn.

Psykisk vold kan blant annet handle om trusler, ydmykende atferd, kontroll og isolering (Isdal, 2000, s. 49). Seksuell vold kan innebære ulike former for uønskede seksuelle handlinger, inkludert seksuelle overgrep mot barn. Materiell vold kan handle om å ødelegge, knuse eller kaste materielle gjenstander, på en måte som virker krenkende eller skremmende. Latent vold er vold som virker i kraft av sin mulighet. Å være redd for at ny vold kan skje, kan ha svært stor påvirkning på livet til personer som utsettes for dette (Isdal, 2000, s. 67).

Også fravær av handlinger kan være skadelig. Dersom personer som er under andres omsorg ikke får tilfredsstilt sine grunnleggende behov, kalles det omsorgssvikt (Aakvaag, Thoresen, & Øverlien, 2016). Dette kan ramme både barn og hjelpetrengende voksne i alle aldre. Å oppleve vold i familien kan ses på som en form for omsorgssvikt eller psykisk vold, og kan være like skadelig for barn som selv å være direkte utsatt for vold.

I denne undersøkelsen har vi valgt å benytte oss av en relativt vid forståelse av vold i nære relasjoner, som kan inkludere alle de nevnte formene for vold. I løpet av intervjuene har vi ikke lagt noen klare føringer for hva vi var ute etter å høre om, men erfaringene helsearbeiderne tok opp falt for det aller meste inn under en eller flere av de nevnte kategoriene.

[2] Oversatt av Pape (2003) til *episodisk partnervold* og *patriarkalsk* eller *intim terrorisme.*

Omfang

Det er vanskelig å si helt sikkert hvor mange mennesker som rammes av vold i nære relasjoner, men flere norske studier viser at et relativt stort antall barn og voksne av begge kjønn utsettes for dette i løpet av livet (Haaland, Clausen, & Schei, 2005; Pape & Stefansen, 2004; Thoresen & Hjemdal, 2014). I en omfangsundersøkelse som er utført blant et representativt utvalg av den norske befolkningen (Thoresen & Hjemdal, 2014) fant man at 33 % av mennene og 27 % av kvinnene hadde blitt utsatt for mindre alvorlig fysisk vold fra foresatte i løpet av barndommen. Omtrent 5 % av begge kjønn var utsatt for alvorlig fysisk vold fra foresatte. I tillegg opplevde rundt 15 % av jentene og 11 % av guttene psykisk vold fra foresatte, og rundt 10 % av begge kjønn hadde vært vitne til vold mellom foreldrene.

Når det gjelder vold i voksen alder, fant forskerne at omtrent 14 % av kvinnene og 16 % av mennene hadde vært utsatt for mindre alvorlig fysisk vold fra partner i løpet av livet. Rundt 8 % av kvinnene og 2 % av mennene var utsatt for alvorlig fysisk vold fra partner. Av disse hadde to tredeler i tillegg vært utsatt for kontrollerende atferd fra partner.

2.1.1 Helsemessige konsekvenser av volden

Å være utsatt for vold kan føre til et bredt spekter av ulike helseproblemer. Undersøkelser har vist at personer utsatt for vold og overgrep har en høyere forekomst av psykiske lidelser, så vel som en rekke somatiske sykdommer (Hjemdal, Sogn, & Schau, 2012). Fysisk vold kan føre til umiddelbare skader med et akutt behov for medisinsk behandling. Samtidig kan volden føre til ulike sykdommer, skader og helseplager på lang sikt, som helsepersonell kanskje ikke umiddelbart forbinder med voldshendelser. Angst, depresjon og symptomer på posttraumatisk stresslidelse er noen av de mest vanlige langsiktige helseplagene som følge av vold i nære relasjoner.

Barn befinner seg i en særlig sårbar posisjon, og kan ta stor skade av å utsettes for vold – enten ved å leve i hjem der den ene eller begge foreldrene utsetter den andre for vold, eller ved å være direkte utsatt for vold eller seksuelle overgrep. Barn som opplever vold, omsorgssvikt eller andre traumer kan blant annet få nevrobiologiske skader og tilknytningsskader som kan virke negativt inn på deres utvikling (Kvello, 2015; Steinsvåg & Heltne, 2011). I en amerikansk studie av sammenhengen mellom helse og negative opplevelser i barndommen, er det funnet at gjentatte erfaringer med vold, overgrep eller omsorgssvikt som barn kan øke risikoen for å oppleve blant

annet depresjoner, alkohol- og narkotikamisbruk, overvekt og generelt dårlig selvrapportert helse i voksen alder (Felitti et al., 1998). I Norge har særlig Kirkengen (Kirkengen & Næss, 2015; Kirkengen, 2000) bidratt til å rette fokus mot hvordan krenkelser i barndommen kan føre til sykdom i voksen alder. Erfaringer med vold eller overgrep kan i følge Kirkengen «innskrives i kroppen», og ha sammenheng med en rekke kroniske lidelser. Barn utsatt for vold i nære relasjoner kan likevel klare seg bra senere i livet, men barns sårbarhet og risiko for langsiktige helsekonsekvenser kan gjøre det særlig viktig å gripe inn tidlig.

2.2 Vold og hjelpsøking

Undersøkelser viser at mange mennesker som utsettes for vold ikke snakker med noen om det de har opplevd, og at en betydelig andel også unnlater å søke hjelp (Haaland et al., 2005; Thoresen & Hjemdal, 2014). Som nevnt i innledningen var det kun 35 % av kvinnene og 15 % av mennene som deltok i NKVTS' spørreundersøkelse og var utsatt for alvorlig fysisk vold, som hadde snakket om dette med helsepersonell (Thoresen & Hjemdal, 2014). Til tross for den offentlige oppmerksomheten omkring vold i nære relasjoner kan den enkelte oppleve at terskelen er høy for å fortelle åpent om volden på eget initiativ.

Flere av dem som har søkt hjelp med vold i nære relasjoner som konkret årsak, rapporterer om et mangelfullt tilbud og dårlig oppfølging (Grøvdal, Saur, & Skaalerud, 2014). Mangel på kunnskap om vold i nære relasjoner blant tjenesteyterne blir ofte fremsatt som en viktig grunn til at tjenestetilbudet ikke oppleves som godt. Kunnskap om et fenomen kan gi tjenesteytere større trygghet i arbeidet, både når det gjelder å spørre om vold og når det gjelder å yte god hjelp. Forskning viser likevel at faktorer som hjelperens evne og vilje til å føre en god dialog om et vanskelig tema, samt tid og ressurser, kan være av vel så stor betydning når han eller hun skal yte god hjelp til personer som har vært utsatt for vold i nære relasjoner (Eide & Damsgaard, 2012; Grøvdal et al., 2014).

2.2.1 Vold, selvforståelse og sosiale tabuer

Å bli utsatt for vold av en man har et nært forhold til kan være svært belastende. I tillegg til de direkte følgene av volden, kan tillitsbruddet oppleves tungt. Vold i nære relasjoner er et komplekst problem, og det kan være mange årsaker til at man velger

å bli i en relasjon til tross for at man er utsatt for vold. Å være voldsutsatt, men også at man blir i en voldelig relasjon, kan være en kilde til skamfølelse (Buchbinder & Eisikovits, 2003). Selv om vold i langt større grad er i fremme i lyset i dag enn for bare noen tiår siden, kan det likevel oppleves som et stort tabu for den enkelte som er utsatt for det. Som en følge av dette vil pasienter sjelden selv ta opp skamfulle temaer (Hamberg, Johansson, & Lindgren, 1999; Schei, 2006). Dersom den utsatte selv ikke tar opp volden i samtale med helsepersonell, vil det kanskje kun være symptomene som behandles, mens kilden til helseproblemene forblir skjult. Flere undersøkelser har imidlertid vist at pasienter synes det er greit å bli spurt om vold, dersom helsearbeideren formulerer seg på en måte som ikke oppleves krenkende, til tross for at de ikke forteller om det på eget initiativ (Hamberger & Phelan, 2006; Hjemdal & Engnes, 2009).

I enkelte tilfeller vil pasienten snakke om volden på en indirekte måte. En av årsakene til at pasientene kan være uklare i kommunikasjonen, er at direkte utsagn vil kunne medføre en konfrontasjon og en forventet endring eller løsning på problemene (Heap, 2012). Alle mennesker kan vegre seg for å gjøre drastiske endringer. Det kan oppleves tryggere å bli i situasjonen man er i, til tross for at situasjonen ikke oppleves bra, fordi man ikke vet hva man går til. Heap (2012) vektlegger at helsepersonell innenfor eldreomsorgen bør være særlig oppmerksom når eldre antyder at noe ikke er som det skal. Dette vil også gjøre seg gjeldende for de øvrige helse- og omsorgstjenestene.

2.3 Helsepersonells ansvar for arbeidet med vold i nære relasjoner

Ettersom pasienter eller brukere ofte lar være å fortelle om vold dersom de ikke blir spurt direkte, er det avgjørende at helsepersonell stiller spørsmål dersom de ønsker å få kjennskap til dette. Personer som arbeider i hjelpeapparatet kan imidlertid også synes det er ubehagelig å snakke om slike temaer (Engnes, 2008; Grøvdal et al., 2014; Leira, 2002). Selv i et mangeårig lege-pasient-forhold kan skamfulle erfaringer kjennes vanskelige eller umulige å ta opp, kanskje fordi legen ikke vet hvordan hun skal spørre, eller ikke tenker på muligheten (Schei, 2006). Enkelte tidligere undersøkelser har vist at helsepersonell tolker sitt ansvar for arbeid med vold i nære relasjoner som begrenset, og at deres jobb først og fremst handler om å følge opp medisinske skader. En rapport om legers registreringsrutiner viste at fastlegene sjelden fulgte opp sosiale og praktiske konsekvenser, og i liten grad samarbeidet med

andre (Hjemdal & Stefansen, 2003, s. 42-43). Kirkengen (2000) argumenterer for at helsepersonell kan risikere å feilbehandle pasienter som oppsøker lege eller andre helsetjenester, dersom pasientene har en forhistorie med overgrepserfaringer som ikke kommer frem i lyset. Forståelsen av at vold kan forårsake en rekke somatiske og psykiske symptomer har imidlertid økt de senere årene, og kanskje har dette også økt bevisstheten rundt temaet blant helsepersonell. At tid og ressurser ikke strekker til, synes likevel å være en utfordring for flere av tjenestene inkludert i denne undersøkelsen, ikke minst i skolehelsetjenesten (Barneombudet, 2013; Waldum-Grevbo & Haugland, 2015) Flere studier har også vist at hjemmetjenestene i liten grad er i stand til å oppdage eller håndtere situasjoner der eldre er utsatt for vold (Sandmoe, 2011; Sandmoe & Skraastad, 2013; Sørbye, Grue, & Vetvik, 2009).

Å stille pasienter rutinemessige spørsmål om voldsutsatthet, kan bidra til at helsepersonell oftere får vite om vold enn hvis man kun spør ved mistanke om vold, eller ikke spør i det hele tatt (Hamberger & Phelan, 2006; Hjemdal & Engnes, 2009; Hjemdal & Stefansen, 2003; O'Doherty et al., 2015). Å spørre alle om vold kan ofte oppleves enklere for helsepersonell enn å spørre ved mistanke. Man har mulighet til å sette spørsmålet i en kontekst, og forklare at alle blir stilt spørsmålene på sjekklisten man har foran seg (Hjemdal & Engnes, 2009). Blant tjenestene i denne undersøkelsen er det kun jordmødrene som skal spørre rutinemessig om vold i følge sine retningslinjer, men i de nye retningslinjene for skolehelsetjenesten som når denne rapporten skrives er ute på høring, skal det være et økt fokus på arbeid med barn og unge utsatt for vold og overgrep.

2.3.1 Opplysningsplikt til barneverntjenesten

Helsepersonell har lovpålagt plikt til å være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side, og til å melde fra til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt (Helsepersonelloven, § 33) For barn plikter derfor helsepersonell å ta en mer aktiv rolle, og se etter tegn og signaler på at barn utsettes for vold i hjemmet uavhengig av om dette blir fortalt om eller ikke, og uavhengig av samtykke. Myhre (2016: 180) understreker at vold og overgrep mot barn kan føre til et bredt spekter av helseplager, og at en helhetsvurdering av tegn og symptomer vil være fruktbart. Det er imidlertid mange eksempler på at alvorlig vold mot barn har blitt oversett av helsepersonell eller andre profesjonelle, selv om tegnene i etterkant kan synes klare. En mulig årsak til dette er at det kan være vanskelig å ta inn over seg

at barn blir mishandlet, og man kan derfor godta alternative forklaringer om hva som har hendt (Halvorsen, Killén, & Grøgaard, 2013).

3 Metodisk tilnærming

Utgangspunktet for denne undersøkelsen var å bedre kunnskapsgrunnlaget for hvordan kommunale helse- og omsorgstjenester arbeider med vold i nære relasjoner, og for å komme tett innpå de ansattes personlige erfaringer og refleksjoner rundt arbeidet var en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig. I dette kapittelet vil vi beskrive nærmere hvordan vi har gått frem for å innhente denne kunnskapen.

3.1 Kvalitative intervjuer

Vi gjennomførte personlige intervjuer, og utformet en halvstrukturert intervjuguide som besto av forhåndsdefinerte spørsmål, kategorisert under hovedtemaer. Intervjuguiden ga rom for å stille oppfølgingsspørsmål, og følge opp temaer som den ansatte var opptatt av. Undersøkelsen er av eksplorerende karakter, med relativt åpne problemstillinger.

I starten av prosjektperioden besluttet vi å gjennomføre et lite antall pilotintervjuer med noen utvalgte ansatte. Dette var personer vi visste hadde kjennskap til temaet vold i nære relasjoner. Pilotintervjuene fungerte som en utprøving av intervjuguiden. Det kom frem mye verdifullt materiale i de innledende intervjuene, og vi besluttet derfor å inkludere disse i analysen på lik linje med resten av intervjuene.

3.2 Utvalgskriterier

Det ble tidlig i prosessen besluttet at vi ønsket å intervjue ansatte som gjennom sitt arbeid hadde erfaring fra arbeid med mennesker som er utsatt for eller utøver vold i nære relasjoner. Formålet med dette utvalgskriteriet var at vi slik kunne få konkrete eksempler på hvordan arbeidet foregår, gode og dårlige erfaringer, og få vite mer om praksis for samarbeid mellom de ulike tjenestene. Dersom de ansatte aldri hadde vært borti problemstillinger som omhandler vold i nære relasjoner, ville intervjuene etter

alt å dømme blitt hypotetiske beskrivelser, og dermed ikke like nyttige for å øke kunnskapen om hvordan tjenestene faktisk arbeider.

Som vi var inne på i innledningen, har kommunene ansvar for å tilby en rekke helse- og omsorgstjenester til sine innbyggere, uavhengig av alder, funksjonsnivå og etnisk bakgrunn. Hvilke helsetjenester som tilbys den enkelte skal tilpasses individuelle behov (Helsedirektoratet, 2009). Til denne undersøkelsen valgte vi ut jordmødre på helsestasjon, helsesøstre i skolehelsetjenesten, fastleger og ansatte i hjemmesykepleien.

Gjennom dette utvalget søkte vi å inkludere arbeid med både barn og unge, voksne og eldre, av begge kjønn. Vi forventet dermed å få høre historier om arbeid med mennesker i ulike faser av livet. Slik kunne vi både få innblikk i arbeidet med «den gjennomsnittlige pasient» hos fastlegen, og samtidig ivareta perspektivet til sårbare grupper som barn og unge, eldre og gravide. Til sammen er dette tjenester som møter svært mange mennesker, og det er behov for mer kunnskap om hvordan det arbeides med vold i disse tjenestene.

Vi valgte ut to kommuner, en liten og en mellomstor, samt en bydel i en storby. I denne delen av prosessen fikk vi god hjelp av to av de regionale ressurssentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) til å velge ut kommuner som kunne være aktuelle å kontakte. Begrunnelsen for å velge kommuner av ulik størrelse var at vi ønsket å se om det trådte frem tydelige forskjeller knyttet til kommunestørrelse når det gjaldt organisering, ressurser og samarbeid mellom tjenester. Men selv om vi kan skrape i overflaten av slike problemstillinger, kan vi ikke trekke klare konklusjoner om ulikheter knyttet til kommunestørrelse basert på erfaringene i denne undersøkelsen. Kommunene og bydelen vi valgte ut, hadde alle en egen handlingsplan mot vold i nære relasjoner. Vi forsøkte å undersøke om dette var noe som hadde påvirkning på de ansattes arbeid. Også her er det begrenset hvor mye det er mulig å konkludere med basert på dette materialet, men noen viktige poenger om prosessen rundt handlingsplanene kom frem i intervjuene.

3.3 Rekruttering

For å rekruttere ansatte til undersøkelsen tok vi først kontakt med ledere på kommunenivå, blant annet kommuneleger, og i enkelte tilfeller ledere i de aktuelle helse- og omsorgstjenestene. Hensikten med dette var å sikre forankring av vårt prosjekt i ledelsen, og vi ønsket oss i tillegg hjelp fra lederne til å rekruttere blant de

ansatte. Selv om dette fungerte godt i noen tilfeller, ble det etter hvert tydelig at denne prosessen alt i alt ble mer tidkrevende enn hensiktsmessig, blant annet fordi henvendelsen gjerne ble sendt rundt til flere personer før den nådde frem til rette vedkommende. Denne fremgangsmåten var også avhengig av at lederne ikke bare hadde tid til å håndtere vår henvendelse, men også et engasjement for å prioritere å hjelpe oss med å rekruttere. For å være mindre avhengig av dette, bestemte vi oss etter noe tid for å hoppe over mellomleddene og kontakte ansatte direkte. På denne måten ble det opp til den ansatte som ønsket å delta i undersøkelsen selv å be om nødvendig tillatelse fra sin leder. De ansatte mottok et informasjonsskriv med opplysninger om undersøkelsen, samt kontaktinformasjon. Henvendelsen ble fulgt opp med en telefonsamtale noen dager senere. I noen tilfeller ble ansatte først kontaktet via telefon, og fikk deretter tilsendt den skriftlige informasjonen på e-post.

I informasjonsskrivet ble det vektlagt at vi ønsket å komme i kontakt med ansatte som hadde erfaring fra arbeid med vold i nære relasjoner. Selv om det var et begrunnet valg fra vår side, er det verdt å reflektere over hvorvidt dette ble en barriere for deltakelse for noen av de potensielle kandidatene. Det viste seg nemlig at ansatte hadde en noe varierende oppfatning av hva vold i nære relasjoner er, og ikke minst hva slags erfaringer vi var interessert i undersøkelsen, til tross for et forsøk på klargjøring av dette i informasjonsskrivet. Vi benytter i prosjektet en vid forståelse av vold i nære relasjoner, som inkluderer fysisk, psykisk, seksuell, økonomisk, materiell og latent vold. Noen av de ansatte forventet at vi bare ville høre om arbeid som gjaldt fysisk vold, mens andre tenkte at seksuell vold ikke ville være relevant. Dette er forventninger som kom frem før eller under intervjuene, så forventningene hindret ikke disse personene fra å delta, og misforståelsene ble raskt oppklart.

Samtidig var det også noen få ansatte som takket ja til å delta uten å være oppmerksom på dette punktet i informasjonsskrivet, og som kommenterte at de ikke hadde noe særlig erfaring med vold da vi gikk gjennom informasjonen i starten av intervjuet. Likevel var disse intervjuene nyttige, da det etter hvert kom frem at de aller fleste hadde vært borti en eller flere voldssaker, selv om de ikke var helt fremme i hukommelsen ved starten av intervjuet. I tillegg er det mange lignende erfaringer som kan ha en viss overføringsverdi til arbeid med vold. For eksempel kan det være noe å lære av hvordan en helsesøster snakker med barn om andre vanskelige og tabubelagte temaer. Alt i alt er det grunn til å spørre seg om dette utvalgskriteriet medførte at noen av dem som mottok henvendelsen følte at deres erfaringer med voldssaker ikke var av riktig eller alvorlig nok karakter til å melde seg som intervjudeltaker, og om vi dermed gikk glipp av innsikt som kunne vært nyttig å få med seg. Samtidig var dette et valg som var begrunnet i å få kjennskap til mest mulig

relevante erfaringer fra et begrenset antall informanter. Dette utvalgskriteriet sikret at de ansatte i stor grad kunne belyse fenomenet vi var ute etter å vite mer om.

Blant de utvalgte fire tjenestene var det varierende respons på vår henvendelse. Helsearbeidere er kjent for å være en travel yrkesgruppe, og de fire utvalgte tjenestene er intet unntak. Det viste seg å være særlig utfordrende å rekruttere fastleger. Noe av begrunnelsen for dette kan handle om fastlegenes særegne posisjon som selvstendig næringsdrivende, med ansvar for egen inntjening. I praksis ville dette bety at fastlegene ville tape penger på å delta i et intervju i arbeidstiden. Vi bestemte oss derfor for å kompensere fastlegene for inntektstapet, ved å tilby en godtgjørelse for intervjudeltakelse. Dette hadde likevel liten innvirkning på deltakelsen. Et annet hinder for rekrutteringen er at fastlegene i svært liten grad er tilgjengelig på telefon for slike henvendelser, og vi hadde dermed få muligheter til å nå frem til den enkelte lege og forklare mer om prosjektet. Vi utformet et ekstra følgebrev som rettet seg direkte til fastlegene i hver aktuelle kommune eller bydel, men heller ikke dette var til stor hjelp. Blant de andre tjenestene var det i større grad positiv respons på prosjektet, men langtidssykmeldinger og travle dager kunne gjøre det vanskelig å finne dato for intervju, og noen av intervjuene måtte utsettes. Til slutt nådde vi et punkt der tidsrammene for prosjektet ikke tillot oss å bruke mer tid på rekruttering. Det endelige utvalget består av seks helsesøstre, fire jordmødre, tre ansatte i hjemmesykepleien og to fastleger, i alt 15 intervjuer.

Begge fastlegene som deltok var svært erfarne som leger, og hadde dessuten mye erfaring med saker som omhandlet vold. I tillegg belyste de i intervjuene legerollen fra ulike posisjoner, ved å fortelle om egne opplevelser som tidligere uerfarne og usikre leger. De to fastlegene har et personlig engasjement for temaet, og hadde reflektert mye over hva som er et godt arbeid med vold i nære relasjoner. De gir oss dermed innsikt i hva som for dem oppleves som velfungerende metoder og samarbeidsstrukturer, og hva som ikke fungerer. Det denne undersøkelsen derimot ikke kan si noe om, er hvordan «fastleger flest» opplever å arbeide med vold i nære relasjoner. Dette kan være interessant å følge opp i videre studier, for kanskje er det nettopp blant denne gruppen man kan finne ut hvorfor det kan oppleves vanskelig for noen fastleger å finne ut om pasienter utsettes for vold i en nær relasjon. I denne undersøkelsen har vi imidlertid et annet fokus, og tar sikte på å bidra med kunnskap fra noen av de med særlig erfaring og engasjement for vold i nære relasjoner. På bakgrunn av denne kunnskapen kan det kanskje være mulig å spørre flere fastleger om hva som eventuelt fungerer som hindringer for dem i arbeidet med vold i nære relasjoner.

3.4 Forskningsetiske hensyn

Personene som er rekruttert til denne undersøkelsen, ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester, er intervjuet om forhold som handler om arbeidet de utfører. Vold i nære relasjoner kan være et sensitivt tema som krever at forskeren tar særlige hensyn, men blir i dette tilfellet berørt indirekte. Intervjupersonene forteller ikke om egne erfaringer med å være utsatt for vold eller overgrep, men om erfaringene til sine pasienter eller brukere. Vi kan likevel ha kommet inn på temaer som oppleves utfordrende for de ansatte å snakke om. Vi kan tenke oss at det kan være en belastning å fortelle om sin egen rolle når det gjelder å hjelpe – eller kanskje ikke klare å hjelpe – personer utsatt for vold. Som forskere har vi forsøkt å ta hensyn til dette, og det var i stor grad opp til den som ble intervjuet å bestemme hvor mye hun ønsket å dele i intervjuene, samtidig som enkelte spørsmål vil utfordre intervjupersonen mer enn andre.

For å ivareta deltakernes anonymitet, er detaljer som kan identifisere den enkelte utelatt eller endret noe i fremstillingen av materialet. De ansatte er informert skriftlig og muntlig om at det er frivillig å delta, at de når som helst kan trekke seg, om hva som er formålet med undersøkelsen samt hva som skjer med intervjumaterialet etter intervjuet. Prosjektet er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)[3], og godkjent under forutsetning av at helsepersonell som intervjues ikke bryter taushetsplikten. Ingen av pasientene er navngitt eller på annen måte identifiserbare.

3.5 Analyse

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, og deretter transkribert. To av forfatterne (Danielsen og Solberg) leste gjennom intervjuene gjentatte ganger, og skrev notater fra hvert enkelt intervju, for å tydeliggjøre erfaringene fra hver enkelt ansatt for oss selv. Etter å ha dannet oss et bilde av den enkeltes opplevelse av å arbeide med vold i nære relasjoner, foretok vi en temasentrert analyse. Vi kodet intervjuene ved hjelp av kategorier som lå nært opptil intervjupersonenes egne ord. Etter hvert var det mulig å identifisere mønstre som kunne fortelle oss noe om hva som var viktig for personene vi intervjuet.

[3] NSD har i 2016 byttet navn til Norsk senter for forskningsdata.

Vi satte i gang med en innledende analysefase mens intervjuene fortsatt pågikk. I denne første analysefasen fokuserte vi på fellestrekk mellom erfaringene fra de fire ulike tjenestene. Hver enkelt tjeneste har imidlertid sine særegne rammer, retningslinjer og forutsetninger for arbeidet med vold, og vi fant det derfor mest hensiktsmessig å ta for oss tjenestene separat i den endelige analysen.

4 Jordmødrenes arbeid med vold i nære relasjoner

Som jordmor møter man kvinner som er i en spesiell fase av livet. Jordmødrene uttrykker at de kommer nært innpå de gravide kvinnene, både fysisk og ofte også emosjonelt. De fysiske kontrollene kan innebære nær kroppskontakt, for eksempel ved gynekologisk undersøkelse mot slutten av svangerskapet. Svangerskapsomsorgen innebærer cirka 8 kontroller i løpet av graviditeten, og jordmor kan derfor bli relativt godt kjent med kvinnen i løpet av disse månedene.

Når det gjelder å kartlegge vold, skiller jordmødre i svangerskapsomsorgen seg ut fra de andre tjenestene i denne undersøkelsen, ved at de i følge retningslinjer fra Helsedirektoratet er sterkt anbefalt å spørre de gravide kvinnene om de er utsatt for vold. Disse retningslinjene ble implementert i 2014, året før intervjuene ble gjennomført.

4.1 Hjelpe gravide til å snakke om vold

I dette delkapitlet vil vi se nærmere på hvordan jordmødrene blir kjent med de gravide kvinnene, og på hvilken måte de arbeider for å finne ut om den enkelte er eller tidligere har vært utsatt for vold eller overgrep.

4.1.1 Graviditet og voldsutsatthet

Selv om det å være gravid er noe av det mest «naturlige» i verden, opplever mange at de er i en mer sårbar posisjon i løpet av denne tiden. I en graviditet opplever mange kvinner følelser og tanker som de ikke har kjent på tidligere. Kroppslige og hormonelle endringer kan være en påkjenning for den gravide. I tillegg til å ta vare på sin egen stadig voksende kropp, vil man også ha et ønske om at det kommende barnet har det bra. Å ha ulike små og store plager i svangerskapet kan være normalt, uavhengig av om man er utsatt for vold, og jordmødrene poengterer at en viktig

oppgave for dem er å normalisere slike vanlige opplevelser i forbindelse med et svangerskap.

4.1.2 Et privat tema?

Jordmødrene uttrykker på ulike måter at det å spørre om vold kan oppleves vanskelig. Hvordan samtalen forløper, er ikke bare avhengig av hvordan jordmor legger opp samtalen, men blir også påvirket av hva kvinnen ønsker å dele. Å være utsatt for vold kan være forbundet med skam. Dette betyr ikke nødvendigvis at kvinnen ikke ønsker å snakke om sine opplevelser, men det stiller kanskje krav til at samtalen må foregå på en måte som kvinnen føler seg komfortabel med. I tillegg vet vi fra tidligere forskning at pasienter sjelden selv tar initiativ til å snakke om vold, og at initiativet må komme fra helsepersonell (Schei, 2006; Jonassen & Eidheim, 2001).

En av jordmødrene uttaler følgende om hvorfor det kan være vanskelig å spørre om vold:

> *Det er jo dette med at… Det blir så privat. Det blir så personlig. Og du føler på en måte at dette er noe som foregår i hjemmet. En helsesøster sa til meg - du vet, for ti, kanskje femten-tjue år siden, så turte vi ikke å spørre om alkohol. Vi turte ikke å spørre om røyk. For det var også en sånn privat greie, som de ikke skulle snakke om. Nå er vi helt åpne om det. Så kanskje når det blir kjent, at dette snakkes det også om på kontrollene, så er det ikke som en sånn overraskelse.*

Som illustrert i sitatet over, er tabuer i samfunnet noe som endrer seg over tid. Temaer som tidligere var «for privat» å spørre om, som bruk av røyk og alkohol, er nå en selvfølge å spørre om for jordmødrene.

En av jordmødrene forteller at en av hindringene for å spørre om vold var at hun ikke ville at den gravide kvinnen skulle tro at det var noe med akkurat *henne* som gjorde at hun spurte. Hun var redd for å bli oppfattet som fordomsfull dersom hun tok opp temaet i møte med for eksempel kvinner med innvandrerbakgrunn. Ved å spørre absolutt alle, og ikke foreta vurderinger i hvert enkelt tilfelle, uttrykker jordmoren at opplevelsen kan bli bedre for begge parter, og hun vil være mindre bekymret for å fornærme noen:

> *Fordi da er det ikke sånn at vi sier til én kvinne at – neste gang må du komme alene, vi skal få tak i tolk – men dette er noe vi gjør til alle. Da stigmatiserer*

> *man ikke noen, på en måte. Så det har jeg tenkt kanskje er en god ting. For jeg syns det der med vold - fysisk, psykisk - synes jeg er kjempevanskelig å komme inn på.*

4.1.3 Å spørre alle

Tidligere forskning tyder på at rutinemessige spørsmål kan bidra til at helsepersonell får kjennskap til en større andel vold enn hvis man ikke spør (se for eksempel O'Doherty et al., 2015). Av de fire jordmødrene som ble intervjuet, var det tre som sa at de pleide å spørre alle kvinner om de er utsatt for vold. Den siste hadde ikke en fast rutine som innebar å spørre, fordi hun synes temaet er vanskelig å komme inn på, og ikke hadde funnet ut av hvordan hun kunne håndtere dette på en måte som føltes riktig for henne.

Flere av jordmødrene er opptatt av hva som føles *naturlig* og ikke i møte med kvinnen. I løpet av oppfølgingen hos jordmor er det mange ulike temaer som skal tas opp med den gravide, og i samråd med kvinnen skal «Helsekort for gravide» fylles ut. Her noteres ulike personlige sykdommer og livsstilsvaner, som for eksempel bruk av alkohol og røyk/snus. Kvinnen får med seg helsekortet hjem, og tar det med seg til konsultasjoner hos jordmor og til sykehuset når hun skal føde. I tillegg foretas det en kartlegging av depresjon hos kvinnen, normalt rundt uke 24-30 i graviditeten. For jordmødrene i undersøkelsen oppleves det naturlig å ta opp temaet vold samtidig som de tar opp de nevnte temaene. På denne måten blir temaet en forlengelse av den pågående samtalen, og er ikke et spørsmål som kommer «helt ut av det blå». I tillegg kan depresjon eller andre psykiske helseplager ha sammenheng med voldsutsatthet, og ved å spørre åpner man opp for å se de nevnte temaene i sammenheng. Vold i nære relasjoner skal imidlertid ikke føres på helsekortet, da det kan være fare for at den som utøver vold oppdager og reagerer negativt på dette.

Bli kjent med kvinnen først?

For alle jordmødrene var det viktig å bygge opp et tillitsforhold til den enkelte gravide kvinne, men hvordan dette foregikk var litt ulikt. For noen var det sentralt å oppnå tillit hos kvinnen før det ble opplevd som naturlig å bringe temaer som vold og overgrep på bane. De forteller at de blir kjent med kvinnen ved å la henne fortelle fritt om seg selv og sin bakgrunn, og ved å være åpne og imøtekommende.

> *Jeg lar de snakke ganske mye fritt, eller veldig mye fritt. Og gjerne litt som ikke akkurat går på graviditet også, men hvor de kommer fra, hvordan de har hatt det i oppveksten... fordi at det kommer tilbake når de selv får barn, dette med hvordan de har blitt tatt vare på i egen familie.*

En av jordmødrene har imidlertid en rutine som innebærer å spørre om vold og overgrep i første konsultasjon, og uttrykker at dette er en del av det å bli kjent med kvinnen. Å vise at jordmor bryr seg om slike temaer kan være med på å skape tillit hos kvinnen.

To av de tre kommunene/bydelen i undersøkelsen har utarbeidet en rutine som tilsier at jordmor skal spørre ved første konsultasjon. Flere velger likevel å vente med å spørre til de har truffet kvinnen et par ganger tidligere. Som tidligere nevnt kan dette også ha sammenheng med at det kanskje er først i tredje eller fjerde konsultasjon at kvinner kommer alene til jordmors kontor, og det er først da at jordmor opplever at hun har en reell mulighet til å spørre.

4.1.4 Utfordringer for samtalen om vold

Vi skal senere se nærmere på hvordan jordmødrene går frem i samtalen med kvinnen, men her vil vi først beskrive noen forhold som kan hindre at samtalen i det hele tatt finner sted.

Noen kvinner kommer aldri alene til samtale

En av flere potensielle hindringer for en samtale om vold, er at kvinner ofte kommer i følge med partner, og at det da er vanskelig å ta opp. En løsning på denne utfordringen kan være å be kvinnene komme til minst én av konsultasjonene alene, og fortelle at dette er helt vanlig praksis. Jordmødrene forteller at dette er en nyttig strategi, og at selv om ikke alle kvinner følger oppfordringen, gjør de fleste det. For en av jordmødrene var ikke dette et grep hun hadde benyttet seg av tidligere, men noe hun nettopp hadde fått tips om, og hun gjorde seg følgende tanker om dette:

> *Jeg snakket med en som jobbet på en annen helsestasjon, var helsesøster der. Og der var det at én av timene, skulle være - bare kvinnen. Satt av en time. Og i den timen der, så spurte man alle, uansett hvor de kom fra her i verden, om dette med vold. Fysisk, psykisk. Og det, tenkte jeg, det var egentlig klokt.*

I dette tilfellet hadde ikke jordmor selv kommet i gang med denne rutinen, fordi hun helt nylig hadde fått dette tipset, men ønsket å komme i gang med dette snart. I

retningslinjene som omhandler avdekking av vold er dette anbefalt praksis (Helsedirektoratet, 2014).

De andre jordmødrene forteller at de opplever enesamtale som et godt grep for å få tatt opp dette temaet. Det er imidlertid ikke alle kvinnene som benytter seg av anledningen til å komme alene – man kan tenke seg ulike årsaker til dette, men flere av jordmødrene har antagelser om at for noen kan dette handle om at partneren blir med fordi vedkommende ønsker å ha kontroll over hva kvinnen sier til helsepersonell. En av jordmødrene forteller at hun selv i tilfeller der partneren er med, tar opp temaet for å signalisere at dette går an å snakke om:

> *Vi prøver å gjøre det når mannen ikke er til stede. Men noen ganger så er han alltid med. Men da prøver vi å vinkle det sånn at det ikke, altså vi har jo i bakhodet at hvis mannen nå skulle være voldelig, at vi gjør det på en litt rund måte, da. Sånn at hun skal bare vite at vi vet, og at det går an å ta opp temaet senere hvis det er ønskelig.*

Språklige barrierer

Et annet hinder for å snakke om temaet er at språklige begrensninger kan stå i veien for en fruktbar samtale om vold. Selv om helsestasjonen forsøker å tilby tolk, er det ikke alle kvinnene som ønsker å ta imot dette tilbudet. I noen av tilfellene er det familiemedlemmer som oversetter, noe jordmødrene mener ikke er ideelt, men dersom alternativet er at kvinnen ikke kommer tilbake til helsestasjonen, opplever de at det er bedre enn ikke å ha noen tolk:

> *Vi prøver å få annen tolk, men noen familier velger det bort. Og det er jo frivillig å komme hit. Så da må vi velge, og da vil vi jo helst se henne.*

4.2 Hvordan kan jordmor hjelpe?

Jordmødrene ga noen eksempler på hvordan de kunne gjøre vanskelige situasjoner lettere for kvinnen, blant annet ved å prøve å hjelpe dem med å håndtere fødselsangst, og arbeide med at partene i forholdet kan ha det bedre sammen.

4.2.1 Hjelpe kvinnene med å håndtere konsekvensene av volden

Å være utsatt for fysisk vold kan være skadelig for barnet i magen (Grimstad, 2000). I tillegg kan både psykisk vold og andre former for vold ha indirekte konsekvenser for barnet, ved at mor opplever frykt eller andre negative følelser. Jordmødrene i undersøkelsen forteller at kvinnene ikke bare forteller om vold som foregår i nåværende forhold, men at noen også åpner seg om tidligere utsatthet. Hendelser som har foregått tilbake i tid kan ha stor påvirkning både på kvinnenes generelle helse, og på opplevelsen av graviditeten. Undersøkelser viser at kvinner utsatt for seksuelle overgrep gleder seg mindre over graviditeten, har større sannsynlighet for å oppleve ulike plager i svangerskapet, og høyere grad av fødselsangst (Henriksen, 2015; Lukasse, 2011). Dette bildet bekreftes av jordmødrene vi intervjuet. Flere av kvinnene forteller om seksuelle overgrep som har satt dype spor, og for noen forsterkes reaksjonene som følge av graviditeten. Jordmødrene forteller at for kvinner som har vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep, kan opplevelsene «sitte i kroppen». Dette kan komme til uttrykk ved blant annet anspenthet, og for noen kan det være svært ubehagelig å bli undersøkt.

Noen av jordmødrene forteller at de ber kvinnene skrive et brev til sykehuset, dersom de sliter med fødselsangst som følge av vold eller seksuelle overgrep. I brevet kan kvinnene forklare kort hva de har vært gjennom, og hva dette medfører av behov for tilrettelegging. For noen kan det være enklere å uttrykke seg skriftlig gjennom et brev enn å måtte fortelle historien sin gjentatte ganger.

> *Men da sier jeg – skriv et brev, for det er kanskje vanskelig for deg å snakke om det når du kommer inn der. Du har smerter, og du tenker på en måte at nå får jeg bare komme gjennom dette her. Hvis du har skrevet et lite brev, et lite notat om det, så… Så er det enkelt for jordmor å se på det.*

På denne måten forsøker jordmor å legge til rette for en best mulig fødselsopplevelse for kvinnen, ved å sørge for at jordmor på sykehuset vet om og tar hensyn til kvinnens fødselsangst. I tillegg kan jordmødrene henvise til f.eks. psykiatrisk sykepleier på sykehuset. Noen sykehus har egne team som har spesialisering i den type problematikk. Her er det imidlertid delte meninger blant intervjupersonene, og en av dem vi intervjuet mener at jordmødre skal være godt nok rustet til å håndtere slike samtaler selv, og henvise til sykehuset i mindre grad.

4.2.2 Jobbe med samspill i forholdet

Svært mange kvinner kommer i følge med sin partner til en eller flere av svangerskapskontrollene. Dette betyr at jordmor kan ha mulighet til også å bli noe kjent med far eller medmor, og involvere ham eller henne til en viss grad, for eksempel i samtale om forventninger og utfordringer. At begge to kommer inn på kontoret gir dessuten jordmor mulighet til å observere samspillet mellom partnerne. Selv om for eksempel dårlig kommunikasjon i parforholdet ikke er noe jordmødrene aktivt ser etter, kan det likevel komme frem tydelig i de tilfellene der partnerne sliter med dette.

En av jordmødrene mener at det er for lite fokus på hva et godt forhold innebærer, og forteller at hun forsøker å benytte anledningen til å få pratet med mor og far om dette. Hun har tidligere holdt kurs som skulle bidra til å motivere til et godt samliv. Hun trekker inn denne kunnskapen i samtalene med mor og far, og ønsker å vise parene muligheter for å jobbe med forholdet dersom det ikke oppleves som bra. Det følgende eksempelet dreier seg ikke om vold i nære relasjoner, men illustrerer hvordan jordmor kan være en ressursperson også for partneren:

> *Men at de får en slags forståelse for hvordan de kan samarbeide litt, det er jeg litt opptatt av. Og hvordan parforholdet… det er en sårbar fase. Jeg hadde et par her, som kom fordi... For det hun hadde merket, var at hun følte seg... Hun hadde fått ekstremt annerledes luktesans, alt var feil, det bare luktet, alt var fælt og det luktet vondt av mannen og det var ikke måte på, så han var jo helt lei seg. Og skjønte ingenting. Og kvalm, og alt var fælt, hun visste ikke snart opp eller ned på om hun ville noe som helst, ikke sant. […]Og så hadde jeg dem her hos meg flere ganger, kun til sånn parforholdssamtale, og dette med å normalisere at ja, sansene våre blir litt annerledes når vi blir gravide.*

En av jordmødrene reflekterer rundt det at gravide er i en sårbar posisjon, og at det kan virke skremmende å bryte med partner akkurat på dette tidspunktet. Hun ønsker derfor å nyansere bildet som tilsier at utfordringer i forholdet nødvendigvis må ende med brudd. Hun har inntrykk av at dette er noe mange gravide frykter, og at dette hindrer dem i å fortelle om samlivsproblemer. Jordmor poengterer at det er bedre å være åpen og få hjelp til å håndtere utfordringer før det eventuelt utvikler seg i en enda mindre heldig retning. Hun presiserer at hun ikke vil motivere kvinner til å bli i forhold som er psykisk eller fysisk skadelig for dem eller det kommende barnet, men at det finnes mange forhold som kan «reddes» dersom de involverte søker hjelp i tide. Et svangerskap kan også føre med seg utfordringer i form av humørsvingninger, bekymringer og frykt som kan tære på et ellers velfungerende forhold.

En av jordmødrene forteller at hun noen ganger har reagert på hvordan parene snakket til hverandre på kontoret hennes, og at dette får henne til å lure på om alt er som det skal:

> *Men jeg har faktisk gjort meg noen tanker om at her er det et eller annet som ikke stemmer. […] Ja, hvordan de rett og slett ordlegger seg overfor hverandre, og... det er noen sånne stikk, som jeg hadde opplevd, eller oppfattet som ubehagelig... kommunikasjon dem i mellom, som går på den psykiske biten.*

Denne jordmoren har imidlertid sjelden tatt opp slike ting med kvinnene, delvis fordi hun opplever det som noe som er normal sjargong mellom partnerne og er redd for å tråkke noen på tærne, og delvis fordi hun ikke har systematisk invitert til enesamtale for å ta opp slike ting. Hun forteller at hun er blitt mer bevisst i det siste, og ønsker å tørre å sette ord på slike observasjoner fremover.

Når det gjelder journalføring, var det flere av jordmødrene som uttrykte at journalsystemet ikke ivaretok deres behov for å notere ned opplysninger. Noen mente det var for liten plass til å notere, men fortalte samtidig at det er noen opplysninger de uansett ikke ville notert ned i journalen, men som de likevel ønsket å huske. Å huske på hva kvinnen har fortalt dem tidligere opplevdes som viktig for å ivareta tillitsforholdet til kvinnen, og kan også bidra til at jordmødrene minner seg selv på en eventuell mistanke om at kvinnen er utsatt for vold. En av jordmødrene løste dette ved å lage små huskelapper med tegninger eller stikkord:

> *Den der fysiske kontrollen skriver jeg inn på datamaskinen. Men så har jeg noen sånne huskelapper inni journalene selv, det kan bare være en tegning, være en skisse av et eller annet, eller noen stikkord, som på en måte gjør at jeg kan... nøste opp da, til neste gang.*

4.2.3 Hva er særegent ved jordmors rolle?

Alle jordmødrene er opptatt av at det er forskjell på å få oppfølging hos jordmor og å få oppfølging hos fastlege. Mens jordmødrene har svangerskapsomsorg, fødsel og barseltid som sitt spesialfelt, har fastlegene mange andre fagområder de også skal kunne mye om. I tillegg har jordmødrene i utgangspunktet bedre tid til hver konsultasjon enn det fastlegen har.

En jordmor forteller at selve den fysiske undersøkelsen av kvinnen ved første konsultasjon kun tar omkring fem-ti minutter, og at resten av tiden dermed er tilgjengelig for samtale og til å bli kjent. I de påfølgende konsultasjonene settes det vanligvis av en halvtime. En viktig oppgave for svangerskapsomsorgen er å informere godt om vanlige svangerskapsplager, og alminneliggjøre reaksjoner og tanker kvinnene måtte ha som følge av endringene en graviditet medfører. Jordmødrene er opptatt av å skape en god ramme for den gravide, og bidra til at kvinnen føler seg ivaretatt og trygg nok til å ta opp det hun måtte ønske å ta opp. Å ha god nok tid nevnes ofte som en del av det å yte god hjelp til voldsutsatte (Grøvdal et al., 2014). Samtidig opplever jordmødrene at arbeidshverdagen kan være stadig travlere som følge av flere pålagte oppgaver fra myndighetenes side. En jordmor forteller at hun aktivt forsøker å få det til å fremstå for kvinnene som at hun har bedre tid enn det hun egentlig har, fordi hun ikke ønsker at tidspresset skal gå utover kvinnenes opplevelse av svangerskapsomsorgen. På denne måten ønsker hun å oppnå at kvinnene får større tillit til henne, også til å fortelle om vold og overgrep.

I to av kommunene forteller jordmødrene at de ikke har kapasitet til å ta imot alle som ønsker jordmortilbudet, og at mange dermed kun har mulighet til å få oppfølging av fastlege. En annen faktor som kan ha betydning for kapasiteten i svangerskapsomsorgen, er reglene for garantert barnehageplass etter fylte ett år for barn født før 1. september.[4] Dette medfører at en del planlegger graviditeten for å rekke denne fristen, slik at det i følge jordmor blir født merkbart flere barn før 1. september i hennes kommune. Dermed er trykket hos jordmødrene på helsestasjonen større før denne datoen, sammenlignet med i tiden etterpå.

> *Det kommer litt an på året. Nå – alle skulle ha barn før 1. september. Og da var det veldig fullt her, og selv om jeg jobbet lange dager, mange dager, så klarte vi ikke å ta inn alle som hadde ønsket å komme. Så vi har en ca. 60 - 65 prosent dekning. Ikke mer enn det, og når du da må vente i to måneder, så ville de da gå til fastlegen sin, så...*

Denne jordmoren forteller at kvinnene som kommer til jordmor tidlig i svangerskapet, ønsker å fortsette å gå dit, mens kvinner som går til lege i starten av svangerskapet ofte fortsetter hos legen. Jordmødrene opplever at god tid og kontinuitet i relasjonen er en fordel for arbeidet med vold, og opplever derfor mangelen på tid i perioder som en hindring.

[4] Stortinget vedtok i 2016 endringer i barnehageloven som gjør at også barn født i september og oktober har rett på barnehageplass etter fylte ett år.

4.3 Samarbeid

Noen av jordmødrene i undersøkelsen hadde klart for seg hvem de kunne kontakte dersom de fant ut at en kvinne var utsatt for vold, mens andre var usikre. Selv om fastlegen og jordmor i en del tilfeller deler ansvaret for oppfølging av gravide kvinner, fortalte jordmødrene vi snakket med at de i liten grad hadde kontakt med disse kvinnenes fastleger.

4.3.1 Hvem skal jeg kontakte?

En av jordmødrene, som ikke har erfaring fra voldssaker i noen særlig grad, forteller at hun ikke har helt klart for seg hva hun skal gjøre eller hvem hun skal kontakte dersom hun skulle finne ut at en kvinne er utsatt for vold:

> *Ja, det har jeg lurt på, og det spurte jeg lederen min om i går - har vi noe skjema? Som er til politiet, eller krisesenter, er det noen steder… hvis vi avdekker noe, hva skal vi gjøre? Og det visste hun ikke. Det vet ikke jeg heller... Om det finnes noe. Men det bør jo finnes et eller annet. Fysisk vold, da er det jo kanskje politiet? Men hun sa at hun visste ikke om noe skjema.*

Å være trygg på hva man kan gjøre og hvem man kan kontakte, vil kanskje føre til at jordmor i mindre grad vil vegre seg for å gå inn i problemstillinger som omhandler vold. Det er imidlertid sjelden noe fasitsvar på hvilke instanser som skal kontaktes dersom noen er utsatt for vold, da dette ofte vil avhenge av hvilke ønsker og behov personen har.

4.3.2 Fastlegen

Gravide kvinner kan selv velge om de ønsker å gå til bare jordmor, bare fastlege, eller en kombinasjon av begge. Jordmødrene uttrykker at de i liten grad samarbeider med fastlegene om svangerskapsomsorgen for den enkelte kvinne. I utgangspunktet har begge taushetsplikt, men det åpnes for å innhente opplysninger og diskutere disse dersom man enten får samtykke, eller når det er nødvendig for å kunne yte forsvarlig helsehjelp (Helsepersonelloven, § 22 og §25). Helsekort for gravide fungerer som en felles svangerskapsjournal for kvinner som går til både jordmor og fastlege: «*Det er*

et strukturert kommunikasjonsverktøy mellom samarbeidende jordmor og lege, og mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Svangerskapsjournal er dokumentasjon av hva som faktisk gjøres, og en identifisering av risiko for kvinnen og fosteret» (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 57). Utover helsekortet er det altså tilsynelatende liten grad av kontakt mellom jordmor og fastlegen, og de har ulike journalsystemer.

Selv om den viktigste informasjonen skal stå på helsekortet, problematiserer jordmødrene at de sjelden er i kontakt med fastlegen. De opplever lite rom for å kunne videreformidle bekymringer som ikke er så enkle å notere på helsekortet. Fastlegene oppleves av jordmødrene som travle og vanskelige å få tak i. Flere forteller at de har forsøkt flere ganger, men etter ikke å ha nådd gjennom etter tredje eller fjerde forsøket, renner det ut i sanden. Med mindre det er noe helt spesielt som må formidles raskt, er det dermed lite kommunikasjon mellom de to tjenestene. Én av jordmødrene forteller at hun har tilgang til direkte telefonnummer til legene som hun kan benytte i akutte situasjoner, men som svært sjelden brukes. Utfordringen synes å være å formidle informasjon som angår kvinner der jordmødrene er litt bekymret, men ikke nok bekymret til at det kan forsvares å ta en «krisetelefon».

4.3.3 Helsesøsters viktige rolle etter fødselen

Etter at barnet er født, er det helsesøster på helsestasjonen som skal følge familien opp videre. Ved bekymring for et barn blir det derfor viktig å få videreformidlet dette til helsesøster. For å gjøre dette må jordmor innhente samtykke fra kvinnen, noe som i følge jordmødrene vi intervjuet som regel går i orden. En av jordmødrene forteller at dersom hun ikke har fått samtykke, har hun løst dette problemet ved å invitere til felles samtale med helsesøster, kvinnen og seg selv. Deretter har hun tatt opp temaet som var utfordrende, og latt kvinnen fortelle om dette på egne premisser. Helsesøster har i større grad mulighet til å dra på hjemmebesøk, og kan på denne måten danne seg et mer nyansert bilde gjennom observasjon.

4.3.4 Andre instanser

Flere av jordmødrene forteller om tilfeller der saker som omhandler vold eller omsorgssvikt «glipper» ut av hendene på dem. En forteller om en sak der hun opplevde at potensielle samarbeidspartnere, blant annet barneverntjenesten, ikke

vurderte situasjonen som like bekymringsfull som hun selv gjorde, og at det samtidig var uenigheter om hvilken hjelpeinstans som eventuelt skulle ta saken videre. Hun ringte først til familievernkontoret, som henviste til barneverntjenesten, som henviste videre til politiet. I kombinasjon med at jordmor er involvert i en begrenset tidsperiode, og i dette tilfellet ikke hadde mulighet til å følge opp etter fødselen, førte det til at det ikke ble gjort noe mer fra jordmors side. Jordmor uttrykker at hun opplever det som frustrerende ikke å nå gjennom når hun henvender seg til eksempelvis barneverntjenesten. Det er nærliggende å tro at en nærmere avklaring av roller og forståelse for hverandres vurderinger og arbeidsmetoder kan gjøre samarbeidet mer smidig for begge parter.

5 Helsesøstrenes arbeid med vold i nære relasjoner

Helsesøstrene i denne undersøkelsen har hovedsakelig arbeidserfaring fra barneskoler, men også noe fra ungdomsskoler. Det er store variasjoner blant helsesøstrene med tanke på hvor mange voldssaker de har vært involvert i.

5.1 Å snakke med barna om vold

Helsesøstrene i undersøkelsen møter skolebarna i ulike sammenhenger, men det er spesielt skolestartundersøkelsen som fremstår som en god mulighet for å snakke med de yngste skolebarna om vanskelige følelser. For de litt eldre barna vektlegger helsesøstrene betydningen av å gi god undervisning om vold og overgrep, og forteller at dette bidrar til at barn med egne voldsopplevelser snakker om disse i etterkant.

5.1.1 Skolestartundersøkelsen

For mange barn er skolestartundersøkelsen det første ordentlige møtet med helsesøster. Alle barn som begynner på skolen skal i løpet av det første skoleåret til en samtale hos helsesøster sammen med sine foreldre eller foresatte. Foreldrene oppmuntres også til å delta i deler av samtalen. I samtalen prater helsesøster med barnet om temaer som for eksempel hvordan han eller hun trives på skolen så langt, venner, og hva barnet liker å gjøre utenom skoletid. Et annet tema som tas opp, er foreldrenes grensesetting overfor barna. Selv om en del av temaene er forhåndsbestemt gjennom retningslinjene for skolehelsetjenesten, kan det også være rom for å ta opp andre temaer, og nøyaktig hvordan spørsmålene formuleres er gjerne opp til den enkelte helsesøster. Innholdet i samtalen vil dermed variere noe fra skole til skole og fra helsesøster til helsesøster. Helsesøstrene vi har intervjuet forteller at de inkluderer spørsmål om sinne i undersøkelsen, og spør for eksempel hva barnet gjør når det blir sint, og hva mamma eller pappa gjør når de blir sinte. En av helsesøstrene forteller følgende om hvilke temaer som kan tas opp:

> *Skolestart, nei da er det syn, hørsel, motorikk, pusser du tennene, hvordan sover du, alt sånn, ja... Der er det for så vidt veldig rom for, ikke sant, hva gjør man hjemme når – hvis mamma og pappa er uenige, eller sånn... Du kan legge inn mye, det er rom for veldig mye. Men det er sånn generell trivsel, om man gruer seg til å begynne på skolen, og ja…*

I og med at foreldrene deltar på skolestartundersøkelsen, har helsesøster mulighet til å bli litt mer kjent med foreldrene. Helsesøstrene uttrykker at de dermed kan fange opp om noen av foreldrene har behov for eller ønske om veiledning med tanke på å være forelder, og slik sett jobbe forebyggende.

5.1.2 Erfaring og trygghet senker terskelen for å snakke om vold

Blant helsesøstrene vi intervjuet var det stor spredning med hensyn til hvor mye erfaring de hadde med barn som er utsatt for vold. Noen av dem hadde vært involvert i flere titalls saker, mens andre knapt hadde vært borti noen. Erfaring og trygghet i rollen som helsesøster ser ut til å bidra til at det blir enklere å ta opp vanskelige temaer, og å spørre direkte om vold. Selv om man har jobbet lenge som helsesøster, kan man imidlertid likevel være utrygg når det gjelder voldssaker, om man ikke har vært borti dette i noen særlig grad tidligere. Helsesøstrene forteller at tryggheten kan øke ved hjelp av kunnskap om temaene, klare arbeidsrutiner, og støtte fra ledelsen. I tillegg kan praktiske øvelser som for eksempel rollespill bidra til å skape trygghet blant helsearbeiderne når det gjelder hvordan de kan håndtere voldssaker.

Samtidig er det flere av helsesøstrene som er erfarne, faglig oppdaterte og reflekterte rundt problemstillingen, og som snakker med barn om vold, men likevel ikke i noen særlig grad faktisk får vite at vold foregår.

> *For ellers så har jeg jo reflektert mye, at selv om jeg har vært opptatt av det temaet her i mange år, så har jeg jo ikke avdekka eller oppdaget noe på en måte selv... som går på det området her. Og det har jo vært litt sånn, jeg har tenkt litt over – hmm, hvis ikke* jeg *ser noe, som tross alt har litt de brillene på...*

Helsesøsteren i dette eksempelet er selv overrasket over at få barn har fortalt henne om voldserfaringer, fordi hun har kunnskap om hvor mange dette angår statistisk sett.

5.1.3 Undervisning om vold og overgrep

Forskning har vist at undervisning om vold og overgrep kan bidra til at barn forteller om overgrep de har opplevd selv, og kan også virke forebyggende ved at barna i større grad utviser beskyttende atferd (Walsh, Zwi, Woolfenden, & Shlonsky, 2015). Helsesøstrene forteller at de vanligvis gjennomfører undervisningsopplegg i tredje klasse og i femte klasse. I tredje klasse tas det opp temaer som hygiene, kosthold og egenomsorg, mens i femte klasse er det pubertetsundervisning som står på planen. Undervisningen kan foregå i klassen eller i mindre grupper, ofte delt etter kjønn. Flere av helsesøstrene har gode erfaringer med å inkludere temaer som vold, overgrep og grensesetting når det gjelder egen kropp i sammenheng med de andre temaene som handler om kropp og helse. Andre har foreløpig ikke innført dette like aktivt, men reflekterer rundt at det kunne vært en god anledning. En helsesøster trekker frem Helsedirektoratets brosjyre «Hva skjer? 11-13», som hun liker og har brukt aktivt i undervisningen, men etterlyser tematisering av vold og overgrep i denne. Hun mener at det ville være en naturlig forlengelse av de andre temaene i brosjyren.

Hun påpeker samtidig at vold og overgrep ofte trekkes ut av den ordinære undervisningen og behandles som noe helt spesielt, som hun sier: «Nå skal vi snakke om vold og overgrep, liksom». Dette kan komme til syne ved at skolene ofte inviterer inn eksterne bidragsytere til å undervise om dette. Helsesøsteren på denne skolen mener dette bidrar til å forsterke tabuene rundt disse temaene, og at dette blir sett på som så «farlige» temaer at selv ikke lærer eller helsesøster kan undervise om dette på egen hånd. En annen mulig ulempe ved å hente inn eksterne til dette, er at vedkommende ikke er til stede på skolen i tiden etterpå på samme måte som lærer og helsesøster.

> *Men det burde jo også vært i sammenheng med når læreren har om kropp, ikke sant. At ting henger i hop. Så kunne man samarbeide, at helsesøster og læreren jobbet litt mer med det her. Kanskje litt sånn som SMISO[5] har. Jeg tenker at det egentlig hadde vært mye bedre hvis det var helsesøsteren og læreren som gjorde noe sammen, som egentlig var en sånn naturlig del... Som barna har tillit til, og som er en del av dem de kan snakke med.*

En helsesøster ved en annen skole har undervisningen selv, og forteller at hun ser en markant økning i antall barn som forteller om egne opplevelser i etterkant av denne.

[5] Senter mot incest og seksuelle overgrep

Barna blir informert om at de kan ta kontakt med helsesøster, lærer eller en annen trygg voksenperson dersom de opplever noe av dette.

Bruk av verktøy i undervisningen

Helsesøstrene forteller at bruk av verktøy som bøker, spill og filmer kan være gode innganger til å snakke om vold og overgrep. De ulike verktøyene kan brukes i ulike situasjoner – i klasserommet, gruppeundervisning eller enesamtale. Helsesøstrene uttrykker at samtalen med barn kan komme lettere i gang dersom barna har noen håndfaste hjelpemidler å forholde seg til. Følgende verktøy ble trukket frem som nyttige av helsesøstrene vi intervjuet:

- Bøker (Sinna Mann, Vil du høre en hemmelighet?)
- Brosjyrer (Hva skjer? 11-13)
- Spill (Hei-spillet)
- Psykologisk førstehjelpsskrin (røde og grønne tanker)
- Teater (Sinna mann)
- Film (Trøbbel)
- TV-programmer (Newton)
- Solpute (undervisningsopplegg om å ha sol/mørke skyer i magen)
- Tegnesaker (tegne god/dårlig hemmelighet)

5.2 Hva kan helsesøster gjøre for barna?

Flere av barna helsesøstrene forteller om lever i familieforhold som er til undersøkelse hos barneverntjenesten, og i denne fasen opplever ikke helsesøster at hun får gjort så mye mer enn å være til stede for barna. Helsesøstrene forteller at barna som lever med vold kan være urolige, triste og sinte. Barna kan ha problemer med å konsentrere seg, og slite med å tilpasse seg til skolehverdagen. Helsesøstrene

forteller om eksempler med fysisk utagering i klasserommet, som kan virke skremmende på de andre elevene.

5.2.1 Å være tilgjengelig og til stede

Barn som lever med vold og overgrep, kan oppleve at noen dager er tyngre enn andre. Helsesøstrene forteller at noe av det de kan gjøre for barn som lever med vold og overgrep, er å være ekstra tilgjengelig for elever som går gjennom en vanskelig periode, eller nylig har vært gjennom en traumatisk hendelse. En av helsesøstrene forteller at hun i det siste har opplevd et svært godt samarbeid med barneverntjenesten, og at hun har fått god informasjon slik at hun kan følge opp barn som trenger det ekstra mye i en periode:

> *Hvis vi på skolen får vite at denne saken skal opp i retten nå, eller… Så kan vi gjøre tiltak, fordi vi ser et barn som er urolig. Hvis det er et barn som skal ha samvær med moren sin eller faren sin… Så kan vi tilrettelegge ved at jeg har samtaler. «Nå vet jeg at du har fått snakket med mamma i går». Det er sånne ting som hjelper så utrolig på da, jeg opplever at vi klarer å ha barna mer i en balanse. At vi klarer å balansere de mer, når vi kan ligge i forkant og etterkant hvis det har vært noe da.*

Helsesøstrene vi har intervjuet, opplever samtidig at de har travle dager og lite tid til oppfølging. Dette samsvarer med funnene i utspørringen foretatt av tidsskriftet *Sykepleien* (Helmers og Dolonen, 2013). Helsesøstre har ofte små stillingsprosenter, og mange deler tiden sin mellom flere ulike skoler. Som en følge av dette opplever helsesøstrene at det kan være vanskelig å være tilstrekkelig synlig i miljøet på skolen. En helsesøster forteller imidlertid at hun har stått på for å få tid til nettopp dette, og opplever at dette har bidratt til at hun er godt kjent i miljøet, og at både lærere og barn har lav terskel for å ta kontakt med henne.

5.3 Samarbeid

Av samarbeidspartnere er det særlig lærerne og skolelegen som trekkes frem av helsesøster, men også barneverntjenesten er en instans det samarbeides mye med.

5.3.1 Lærerens viktige rolle

Lærerne er de som tilbringer mest tid med barna i løpet av skoledagen, og har slik gode muligheter til å legge merke til eventuelle tegn på at noe er galt. Lærerne følger barna over lengre tid, og kan observere utvikling og endringer. Øverlien, Solli, og Johnsen (2015) peker på mulighetene som ligger i lærerrollen – barn har ofte stor tillit til læreren, og man kan dermed tenke seg at lærere har relativt gode muligheter til å oppdage tegn på at barna utsettes for vold eller andre overgrep. Blant de voldsutsatte barna Øverlien har intervjuet, er det likevel svært få som har opplevd at læreren har spurt om barna er utsatt for vold, og dette er noe barna uttrykker skuffelse over. At lærerne ikke spør, kan ha sammenheng med at de opplever at de ikke har tilstrekkelig kompetanse til å håndtere denne typen problemstillinger. I følge en kartlegging foretatt av Øverlien og Moen (2016, s. 49) oppgir så mange som 8 av 10 studenter som nettopp har fullført grunnskolelærerutdanning at de ikke har fått tilstrekkelig kunnskap og kompetanse om fysiske og seksuelle overgrep, noe som er en økning fra forrige kartlegging, (Øverlien & Sogn, 2007), til tross for at studentene har fått noe mer undervisning siden den gang. Dette må ses i sammenheng med at oppmerksomheten rundt vold i nære relasjoner har økt i nyere tid, noe som kanskje har medført at lærerstudentene ønsker enda mer kunnskap. At lærerne ikke føler seg kompetente bekreftes også av Wang (2014), som i sin studie også har funnet at lærerne mener det er helsesøsters ansvar å ta tak i vold og overgrep.

Helsesøstrene vi har intervjuet, har ulike erfaringer når det gjelder samarbeid med lærer, og i hvor stor grad læreren på eget initiativ videreformidler bekymringer til helsesøster. Flere nevner at de i utgangspunktet er avhengig av at læreren «ser» for dem, for å fange opp sårbare eller utsatte barn. Ikke alle lærerne gjør dette, og en av helsesøstrene beskriver det slik:

> *Så jeg tror… mye mer kunnskap, men jeg tenker det aller viktigste er at de tør å spørre! For jeg tenker at symptomene er jo like hos veldig mange av disse ulike utfordringene som barna har, de er jo det. Og da må vi tørre å gå inn. Og vi blir jo litt sånn provosert når lærerne sier; Ja, nå har han vært lei seg et par uker. Da blir jeg sånn; Jammen unnskyld meg, hvorfor har du ikke spurt? «Jeg ser du ser litt lei deg ut nå», ikke sant. Det er jo ikke verre, så det er litt rart at man… men jeg tror det med lærerne er litt sånn; Er fagene fine, og så er det liksom det å være klasseleder og så er det liksom alt det andre, det blir litt farlig. Så det er jo derfor kanskje vi [helsesøstre] får til mye, for da kommer de til oss. Og så er det vi som henter ungene og snakker med dem. Vi er jo litt mer uredde på det og har mer kompetanse på det.*

Helsesøsteren i dette eksempelet forteller at hun har mer kompetanse om vold og overgrep enn læreren har. Kompetansen kan gjøre at helsesøster er mer «uredd» med tanke på å ta opp vanskelige temaer, men hun understreker likevel at det viktigste er å tørre å spørre.

En annen av helsesøstrene forteller at skolelegen, som skal være med på skolestartundersøkelsen, sjelden er til stede på skolen. Det kan derfor ta litt tid før de får gjennomført alle undersøkelsene. Helsesøster allierer seg derfor med lærerne, for å informasjon om hvilke barn som har størst behov for «å bli sett» og komme inn til undersøkelse tidlig:

> *Jeg har egentlig bare skolelege en gang i måneden. Og da kan jeg risikere at noen barn kanskje ikke kommer inn før i mai, men nå har jeg fått ganske mye mer [skolelege], nå har jeg fått én gang i uken hele den måneden her. Så nå har jeg gått igjennom med lærerne, hvilke barn ønsker dere at jeg skal bli mest kjent med fortest mulig? For lærerne har jo fått et inntrykk av – man ser barn som ikke klarer å ta beskjeder, man ser barn som ikke klarer å følge med i timen... Det er kaotisk, de har ikke kontroll på situasjonen, klarer ikke det sosiale. Og da har jeg begynt nå da, da har læreren gitt meg beskjed, «kan du ta inn den eleven fortere, for der er vi mer bekymret».*

5.3.2 Skolelege

Spesielt en av helsesøstrene trekker frem at hun har gode erfaringer med at skolelegen er mer til stede på skolen, blant annet fordi det tar kortere tid å få gjennomført skolestartundersøkelsen med alle barna. Et annet viktig poeng er at skolelegen kan henvise direkte til for eksempel BUP[6], uten at man må oppsøke fastlegen. En av helsesøstrene forteller om henvisninger som i andre tilfeller blir ufullstendige fordi fastlegen mangler innsikt i situasjonen, og barnet og foreldrene ikke selv ønsker eller lykkes i å beskrive hva som er problemet. Forskning har vist at volds- og overgrepserfaringer ofte er utelatt fra fastlegers henvisning til BUP (Ormhaug, Jensen, Hukkelberg, & Egeland, 2012). Med dette i bevisstheten kan det synes som om jevnlig tilstedeværelse av skolelege er verdifullt for å hjelpe barn og unge, ikke minst dem som sliter med psykiske vansker.

[6] Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

6 Hjemmesykepleiens arbeid med vold i nære relasjoner

Ansatte i hjemmesykepleien treffer mennesker i flere ulike livssituasjoner, men de ansatte vi har intervjuet har i all hovedsak trukket frem erfaringer fra arbeid med eldre pasienter. De ansattes fortellinger om mistenkt eller faktisk vold i nære relasjoner handler utelukkende om eldre, og derfor er det arbeid med eldre pasienter som blir omtalt i dette kapittelet.

6.1 Å snakke med pasientene om vold

Forskning tyder på at en god del av befolkningen over pensjonistalder anser vold og overgrep som en privatsak som offentlige instanser ikke skal blande seg inn i (Hjemdal & Juklestad, 2006). Holdningene kan ha endret seg noe siden 2006, og kan være knyttet til generasjon og ikke nødvendigvis alder – men det kan likevel være viktig å ha med seg denne informasjonen som et bakteppe til dette kapittelet. Eldre som er avhengige av hjemmesykepleie kan være i en sårbar posisjon, da høy alder blant annet kan henge sammen med økt fysisk, psykisk og sosial sårbarhet (Jonassen & Sandmoe, 2012). Flere av pasientene som hjemmesykepleierne forteller om i denne undersøkelsen, vil være avhengig av partner eller eventuelt voksne barn for å kunne bo hjemme, noe mange ønsker. Dette kan bidra til at det kan være vanskelig å få pasientene til å fortelle at vold, overgrep eller omsorgssvikt foregår. Det kan også være utfordrende å vite hva som stemmer, dersom for eksempel pasienter med en begynnende demens forteller om vold.

6.1.1 Inn i andres hjem

Blant helse- og omsorgstjenestene inkludert i denne undersøkelsen, kommer de ansatte i hjemmesykepleien trolig tettest innpå privatlivet til sine brukere/pasienter. Dette gir dem mulighet til å danne seg et helhetsinntrykk av pasientens situasjon, og observasjoner i hjemmet kan bidra til å styrke eller svekke mistanke om vold og overgrep. Samtidig er hjemmesykepleierne innom pasientene relativt kort tid av

gangen, og når de sammenligner seg med sykehjem mener de at volden kanskje kan være vanskeligere å oppdage:

> *[…]det er der det er størst utfordringer i forhold til at det kan fort bli litt usynlig, og det er lettere å oppdage på et sykehjem. Du har liksom ikke de samme mulighetene.*

Hjemmetjenestene tilbringer altså en begrenset mengde tid sammen med pasienten, i motsetning til et sykehjem hvor pasienten bor hele døgnet. Samtidig er det gjerne i hjemmet vold i nære relasjoner forekommer, nettopp fordi det er lettere å holde det skjult der.

Frykten for å ta feil

I tillegg til den begrensede tiden hjemme hos hver enkelt pasient, forteller hjemmesykepleierne at det kan oppleves utfordrende å vurdere hvor grensen går for hva som er «normalt» og greit, og hva som ikke er det. De ansatte i hjemmesykepleien uttrykker at det er et tveegget sverd å komme inn i andres hjem. Man kan observere, men det kan også føles «invaderende» å mene noe om hvordan andre har det hjemme. De ansatte er opptatt av ikke å krenke verken pasienten eller eventuelle omsorgsgivere. Sykepleierne forteller at det dermed også er vanskelig å vite hva de skal foreta seg videre.

> *Fordi vi ser jo pasientene litt sånn kort, kort tid av gangen. Og en situasjon kan oppfattes som om det er sånn at en pasient blir utsatt for et overgrep, men det er ikke sikkert. Hvis du er ektefelle og har omsorgen for en syk partner, så kan du bli kjempesliten og utålmodig og lei, og hvis pasienten da er dement i tillegg, ikke sant, og spør om det samme 150 ganger i løpet av en time, så kan det jo gå litt rundt for noen og enhver. Så det er ikke alltid så lett å vite - er det uttrykk for frustrasjon, er det at ikke du har kunnskap nok, for eksempel, hva er dette her, og hvor går grensen for hva som er innafor og hva som er overgrep. Det er veldig vanskelig å vurdere. Da blir det vanskelig å vite hva du skal gjøre videre.*

For at observasjoner i hjemmet skal kunne utgjøre et reelt vurderingsgrunnlag, kan det være avgjørende å danne seg et bilde over noe tid, noe som kan være vanskelig dersom det er hyppig rullering mellom de ansatte. Hvor ofte en pasient får besøk av hjemmesykepleien, varierer naturlig nok etter hva pasienten har behov for. Jo oftere besøk, desto større sjanse er det for å møte på mange nye ansikter i løpet av en uke.

For å minimere antall ansatte som en pasient må forholde seg til, blir vaktlistene i følge de ansatte utarbeidet for å sørge for kontinuitet. Størst mulig forutsigbarhet oppleves som en fordel for både pasient og sykepleier. I tillegg blir den enkelte pasient i følge de ansatte tildelt én primærkontakt med ekstra ansvar for oppfølging.

En av hjemmesykepleierne uttrykker at man skal være «150 prosent sikker» før man anklager noen for å utøve vold, eller griper inn på andre måter. Hun uttrykker at dette er en alvorlig anklage, og at det kan være en belastning for den som antas å utøve vold dersom det viser seg ikke å stemme. Dermed kan det også oppstå dilemmaer i forbindelse med journalføring. Å skrive om observasjoner som vekker bekymring kan være viktig for å få videreført informasjonen og få dannet seg et helhetsbilde, men samtidig har pasienten innsynsrett, og det er viktig ikke å omtale pasient eller pårørende på en måte som kan virke krenkende.

> *Så da har vi ikke dokumentert noe om den mistanken i journalen da, på grunn av innsynsretten og... Og vi, når vi egentlig heller til at han er en sliten, men omsorgsfull pårørende som er glad i kona si, så ville det vært veldig trist for han å lese at vi mistenker at han ikke... og at familien, mistenker at han ikke er snill, herlighet... Så det der er jo dilemmaer, altså. For egentlig så burde man ha skrevet noe om det. På en ålreit måte, ikke sant.*

I tilfellet over ble det avklart at det ikke foregikk vold i hjemmet, og kollegene slo seg til ro med denne konklusjonen. Likevel gjorde de seg noen tanker om at det ideelt sett burde være mulig å videreføre slik bekymring ved hjelp av journalen.

6.1.2 Dårlig magefølelse – å komme i posisjon til å finne ut hva som er hva

Som vist over kan det være utfordrende for hjemmesykepleierne å vurdere hva som er vold eller ikke, og flere forteller at de noen ganger har opplevd å ha en «dårlig magefølelse» knyttet til om pasienter kan være utsatt for overgrep. I slike saker prioriterer de derfor å sette inn ressurser for å finne ut om det virkelig dreier seg om overgrep. Det kan være utfordrende å forsøke å finne ut av dette dersom partner er mye tilstede i hjemmet samtidig som hjemmesykepleieren er der. De ansatte benytter seg av ulike grep for å håndtere dette – én forteller at hun kunne ta opp spørsmålet med kvinnen mens de sto i dusjen, fordi mannen hørte dårlig og dermed ikke fikk med seg noe av samtalen når den ble overdøvet av dusjen. Dermed trengte ikke pasienten å være redd for om mannen kunne høre hva hun sa. En annen forteller om

en pasient som hadde gått vesentlig ned i vekt, og at de var bekymret for om hun ble utsatt for omsorgssvikt. For å komme i posisjon til å finne ut mer om hvordan pasienten hadde det hjemme, innførte de ekstra vektkontroller, som var litt mer omfattende enn vekttapet kanskje skulle tilsi – fordi dette ga dem muligheten til å komme inn i hjemmet og observere i større grad:

> *Så da fant vi ut at vi er jo nødt til å finne ut av hva dette her er, da. Så da fant vi ut at i og med at hun hadde gått så mye ned i vekt, da, så skulle vi ha en sånn jevnlig vektkontroll. Så da kom vi i hvert fall inn i huset og fikk snakke med henne. Og da var jo ikke mannen hjemme, heller. […] Det var jo veldig bevisst, for at han var jo mye på farten. Og det var noen timer på formiddagen hvor han ikke behøvde å være hjemme, da kunne hun klare seg. Og da gikk vi på besøk, og kom litt mer sånn i posisjon med tanke på å kunne snakke med henne, da.*

I dette tilfellet konkluderte de ansatte med at pasienten ikke var utsatt for vold eller omsorgssvikt, og at vektnedgangen skyldtes andre forhold.

6.2 Hvordan hjelpe pasienter utsatt for vold?

De ansatte uttrykker frustrasjon over at de i liten grad har lykkes i å hjelpe pasientene i de tilfellene det har forekommet vold eller overgrep. Som en uttrykker det: «Det er jo noe vi sliter med hele veien, å vite hva vi skal gjøre». Det kan synes som om hjemmesykepleierne som er intervjuet opplever at de mangler gode handlingsalternativer når pasientene deres er utsatt for vold i nære relasjoner.

6.2.1 Strategier for å håndtere situasjoner som krever ekstra tid

Hjemmesykepleierne kan ofte ha lite tid til rådighet til det enkelte besøk, men de forteller at de fokuserer på å gjøre det beste ut av den tiden de har. En av de ansatte forteller for eksempel at hun forsøker å legge opp dagen slik at hun får utnyttet tiden best mulig. Dersom hun har en pasient som hun vet kan trenge ekstra «psykisk støtte», kan hun legge dette besøket til slutten av dagen for å bli der litt lengre, eller

like før lunsj for å kunne spise matpakken sin hos pasienten. På den måten kan hun ta seg litt ekstra god tid, selv om det opprinnelig ikke var rom for det innenfor rammene hun har. Man kan argumentere for at det ideelt sett ikke burde være nødvendig å gå utover egen arbeidstid for å få utført jobben på en tilfredsstillende måte. Det er likevel verdt å merke seg at de ansatte er kreative når det gjelder å utføre det de mener er en god eldreomsorg.

6.2.2 Oppleves vanskelig å få til en endring?

Noe som ble nevnt av flere som en mulig hindring for å hjelpe voldsutsatte pasienter, er at pasienten selv kan vise motstand mot, eller frykt for, å endre på sin egen situasjon. Dersom pasienten har levd i en voldelig relasjon svært lenge, kan det kanskje oppleves tryggere å bli i relasjonen enn å bryte og dermed stå alene. Det er ikke bare eldre som har det slik, og det kan være mange grunner til at mennesker forblir i voldelige forhold. Mange eldre som har behov for hjemmesykepleiens tjenester, kan imidlertid være avhengig av partnerens hjelp for å fungere i det daglige:

> *Nei, jeg har ikke inntrykk av at [skilsmisse] er noe sånn veldig vanlig da, når man er 75 år, så holder man ut. Og man holder ut på forskjellige måter, så... De som er sinna holder ut med... men har sikkert forskjellige, noen har dårlige strategier da, for å løse det. Og de som er hjelpetrengende er jo, de har gjerne ikke så veldig store valg egentlig... De tror ikke at de kan klare seg uten den ektefellen. Og det kan de jo mange ganger ikke, heller. For det er jo noe av det som faktisk gjør at det går an for dem å bo hjemme, er jo at den ektefellen er der. Så da blir man, da. Men noen lykkes vi med, å få delt, for å si det sånn. Har gitt de hvert sitt tilbud. Så, ja, det har vært en løsning.*

For noen par kan altså det å flytte den ene parten på sykehjem fungere som en løsning på et konfliktfylt eller voldelig forhold.

6.3 Samarbeid

Hjemmesykepleierne som er intervjuet opplever at de i liten grad har et velfungerende samarbeid med andre instanser, når det gjelder arbeidet med vold i nære relasjoner. Krisesenteret og fastlegen drøftes som potensielle instanser å

samarbeide med, men de ansatte som er intervjuet gir uttrykk for at dette sjelden fungerer godt i praksis.

6.3.1 Et hjelpeapparat i liten grad tilpasset eldre?

De ansatte uttrykker en viss frustrasjon over et hjelpeapparat som de opplever som lite rustet til å håndtere situasjoner der pleietrengende eldre utsettes for vold i nære relasjoner. Det kan være verdt å reflektere over hvordan denne erfaringen potensielt kan sette preg på hvordan de ansatte forholder seg til voldsutsatte eldre. Dersom sykepleieren selv ikke har særlig stor tro på at hjelpeapparatet kan tilby en god løsning for pasienten, er det kanskje vanskelig å motivere pasienten til en endring.

Noen problemstillinger oppleves imidlertid enklere å gjøre noe med. Sykepleierne forteller om flere tilfeller av økonomisk vold utøvd av voksne barn, ofte i sammenheng med alkohol- eller psykiske problemer. I slike tilfeller kan det å opprette en verge som kan hjelpe til med å håndtere økonomiske spørsmål være et effektivt og velfungerende tiltak.

6.3.2 Krisesenteret – ikke et alternativ?

Som tidligere nevnt opplever hjemmesykepleierne at hjelpeapparatet ikke nødvendigvis er godt tilpasset eldre brukere. Krisesenteret ses i liten grad som et alternativ for eldre:

> *Skjer det med en ikke-eldre, men voksen dame, så kan den personen oppsøke et krisesenter, ikke sant. Så jeg tenker at hvis en hadde hatt mulighet til å ta pasienten ut av situasjonen, og skjermet pasienten, for det er jo det som er kjempevanskelig, når du må gjøre noe, eller du gjør noe drastisk, ikke sant, som å gå til politianmeldelse eller noe sånt, da. Så skal pasienten fortsette å være i den situasjonen frem til noe blir gjort. […] Så jeg skulle gjerne hatt noe sted å gjøre av pasientene... Vi har noen kriseplasser, selvfølgelig, men det er liksom ytterste kriseplass, korridorplasser på sykehjem. Ikke noen særlig god løsning hvis du har vært så traumatisert, eller blitt utsatt for overgrep, egentlig.*

Selv om de få korridorplassene som nå benyttes som akuttplasser ved kriser ikke ses som en god løsning av denne hjemmesykepleieren, reflekterer hun rundt hvordan en

mer gjennomtenkt bruk av slike kriseplasser likevel kan være et bedre alternativ for eldre enn krisesenteret er:

> *Vi har jo så mange sykehjem, så kanskje kunne det vært en sånn type avdeling som var litt sånn skjermete kriseplasser da, for de som var utsatt for vold eller overgrep. At det ville være en bedre løsning, kanskje, enn å ta dem til et krisesenter med kanskje damer ned i 19 års-alderen, eller ja, det blir jo kreti og pleti da. Så kanskje det hadde vært en bedre løsning.*

Noe av utfordringen når det gjelder krisesentre, er at de ansatte der sjelden har ressurser til å ivareta personer som trenger ekstra pleie og medisinsk oppfølging. Selv om det nok finnes eksempler på at krisesenteransatte hjelper til med slike ting, skal man i utgangspunktet kunne ta vare på seg selv som beboer på et krisesenter. En av hjemmesykepleierne påpeker at man har krav på hjemmesykepleie der man oppholder seg, og sier at det slik sett burde gå an å yte denne hjelpen også på krisesenteret, men uttrykker likevel at hun ikke ser denne løsningen som noe som ville fungert særlig bra i praksis.

6.3.3 Fastlegen

Fastlegen nevnes som en av dem som kontaktes dersom sykepleieren har fått kjennskap til at vold i nære relasjoner forekommer, men sykepleierne opplever at det ikke er så mye legen får gjort i praksis.

> *Det er jo fastlegen som er den vi eventuelt må forholde oss til, da. Og det er klart, vi kan jo uttrykke bekymring, og det gjør vi noen ganger også. Vi sender et brev til fastlegen... Men jeg vet ikke, det er ikke alltid vi får tilbakemelding fra fastlegen, og det er ikke alltid fastlegen gjør noe, og det er ikke alltid det er så mange andre muligheter heller, opplever jeg. Men det er jo sånn det er. Og hva er handlingsalternativene her? De er kanskje ikke til stede? Men jeg tror jo også fastlegene noen ganger river seg i håret og lurer på hva de skal gjøre og hvordan de skal gå fram, for det er jo ganske høye forventninger til fastlegerollen, da.*

Hjemmesykepleieren poengterer at fastlegen forventes å bidra med mye, samtidig som kanskje også de synes det kan være vanskelig å få til en god løsning for pasienten.

> *Og de er jo heller ikke i den posisjon at de, de vet jo ikke heller, de vet ikke hva som foregår hjemme - de har ingen mulighet til å kontrollere det. […] Jeg føler at fastlegen faktisk mange ganger vet mye mindre om pasienten og pårørende enn det hjemmetjenesten vet. Det er veldig ofte sånn at hjemmetjenesten informerer om hvordan det er. Så er det noen fastleger som er annerledes, selvfølgelig.*

Hjemmesykepleieren forteller videre at fastlegene som skiller seg ut, gjerne er de legene med et større personlig engasjement, og som følger opp pasientene sine på en litt tettere måte. Hjemmesykepleieren uttrykker at det er lettere å få til et samarbeid med fastlegen dersom legen har kjent pasienten over lengre tid. Det betyr ikke nødvendigvis at fastlegen sitter på gode løsninger, men at dialogen likevel kan oppleves bedre.

7 Fastlegenes arbeid med vold i nære relasjoner

Fastlegeordningen ble innført i Norge i 2001. Formålet med ordningen er å sikre at alle innbyggere får en fast allmennlege å forholde seg til, og å sikre riktig og god helsehjelp til rett tid (Forskrift om fastlegeordningen i kommunene, 2012). En fastlege kan ha inntil 2500 personer på sin pasientliste, men gjennomsnittet lå i 2015 på 1128 pasienter per lege (Helsedirektoratet, 2016).

De to fastlegene som deltok i denne undersøkelsen, hadde begge lang erfaring med å arbeide som fastleger, og hadde håndtert flere voldssaker. I intervjuene forteller de om sin nåværende posisjon som erfarne leger, men belyser også sine opplevelser fra tidligere, og reflekterer over rollen som uerfaren og til dels også utrygg lege. Sammen kan dette forhåpentligvis gi et innblikk i flere aspekter ved legerollen.

7.1 Å snakke med pasienter om vold

De to fastlegene forteller at de synes det kan være vanskelig å oppdage at en pasient er utsatt for vold. Begge mener at det er avgjørende å oppnå en viss grad av tillit hos pasienten før man kan spørre om vedkommende er utsatt for vold eller overgrep. Fastlegene vektlegger betydningen av «å være på vakt» overfor signaler som kan antyde at noe er galt.

7.1.1 Pasientene forteller ikke selv om volden

Vold kan påvirke helsetilstanden til et menneske på en rekke ulike måter. En av fastlegene forteller at hun blant sine pasienter har observert at å være utsatt for vold kan ha sammenheng med såkalte «diffuse lidelser». Eksempler på dette kan være mageknip, hodepine og utmattelseslignende symptomer. Andre ting som kan vekke oppmerksomheten, kan dreie seg om gjentatte skader eller ulykker, uten noen rimelig forklaring. Fastlegene forteller at noe av det som er utfordrende ved å finne ut om

noen er utsatt for vold, er at pasienten sjelden forteller om det selv. Dette kjenner vi igjen fra tidligere forskning (Hamberg et al., 1999; Schei, 2006).

> *[…] så er det jo ikke alltid at ting er så opplagt. At det er vold, og det er gjerne, altså pasienten selv kommer ikke nødvendigvis og sier «jeg er blitt utsatt for vold». Med mindre det er så stor skade at man må legges inn, eller... sånn som jeg hadde her om dagen. Og det er jo veldig skambelagt, dette her med vold.*

Som denne fastlegen her nevner, er det enkelte tilfeller der pasienten har så omfattende skader etter vold at det er nødvendig med innleggelse. Selv i slike tilfeller kan det være vanskelig å snakke om at det er vold som er årsaken til skadene, men fastlegene forteller at dette likevel gir dem en anledning til å spørre om pasienten har vært utsatt for vold.

Den samme fastlegen forteller om en annen pasient som var svært opptatt av ulike fysiske plager hun selv opplevde at hun hadde som følge av volden hun var utsatt for. Fastlegen mente i dette tilfellet at det ikke var noe fysisk som feilet pasienten, men ønsket å hjelpe henne til å ta tak i det bakenforliggende problemet:

> *Hun kom fra krisesenteret, ikke sant. Men da hadde hun så masse somatiske plager, hun var veldig opptatt av – «hvorfor har jeg vondt der, hvorfor har jeg vondt der», så da å prøve å få henne til å skjønne at dette her er nok ikke noe fysisk, er jeg redd for. Hun var veldig opptatt av å sendes til sykehuset for å se på det, og se på det - istedenfor å fokusere på egentlig hva som er problemet.*

7.1.2 Når er det *naturlig* å spørre?

I likhet med mange av de andre ansatte som er intervjuet i forbindelse med denne undersøkelsen, er fastlegene opptatt av at det i noen situasjoner er *naturlig* å spørre om vold, mens det i andre situasjoner ikke er det. En av fastlegene reflekterer her over at flere pasienter sannsynligvis er utsatt for vold eller overgrep uten at hun vet om det, men at det kun er i enkelte situasjoner hun opplever at det passer å spørre:

> *Jeg har mange ganger tenkt på hvor mange barn som er utsatt for seksuelle overgrep, eller psykisk vold eller den type ting, eller mobbing eller sånn. Hvor mye av det jeg glipper fordi jeg ikke spør. Men samtidig så er det liksom ikke naturlig å spørre når du kommer med en øyekatarr eller ørebetennelse, eller... Det blir mer vekket mistanke når det er magesmerter. Hodepine. Vondt i*

> *kroppen. Da... Men da, igjen, er det jo en veldig touchy problemstilling, og hvor jeg da også spør litt - trives du på skolen, har du venner? Sånne ting.*

Dette samsvarer med undersøkelser som viser at det er svært få leger som spør alle pasienter om de er utsatt for vold, selv om dette også forekommer (Hjemdal & Stefansen, 2003). Spørsmål på indikasjon om voldsutsatthet forekommer langt oftere. Det er ikke vanskelig å forstå denne prioriteringen i en travel arbeidshverdag, samtidig som man da kan risikere å gå glipp av informasjon om pasienters voldsopplevelser.

7.2 Hva kan fastlegene gjøre?

Fastlegene vi har intervjuet uttrykker at de som leger kan gjøre mye for å hjelpe pasienter som er utsatt for vold. De mener at fastleger har fått et ufortjent dårlig rykte for å ha lite tid til pasientene sine, og at det ligger flere muligheter i legerollen enn det mange tror.

7.2.1 Støtte og alminneliggjøring av reaksjoner

Fastlegene forteller at de kan hjelpe mennesker utsatt for vold med blant annet sykmeldinger, samtaler og støtte, å alminneliggjøre reaksjoner og å «være til stede». I tillegg kan de hjelpe til med å kartlegge pasientens egne ressurser og nettverk:

> *Og så er det jo å se – kartlegge, hva har de av nettverk rundt seg. Hvilke ressurser sitter de på selv? For det kan være mye der som kan være til hjelp, og også styrke dem. At de kanskje ikke er, de kommer jo gjerne og føler seg selvfølgelig små, krenka, lite verdt, skamfulle. Og da med å hjelpe dem med å ta fra dem en del av det der og se både omstendighetene rundt, og at det her er noe du ikke skal godta. Om dere har vært uenige, og du tar din del av skylda for det, så er det ikke dermed sagt at det er lov å slå, eller drive vold. Det går en grense mellom det å være uenige og det å krangle, og det å bli utsatt for vold. Og alminneliggjøre de reaksjonene de sitter i, at det er ikke spesifikt for dem, men det er normale reaksjoner i en sånn situasjon. Og da styrke dem enda mer da.*

I tillegg ser legene det å informere om og eventuelt koble på andre instanser som en viktig del av deres oppgave. Det å ufarliggjøre instanser som for eksempel

barneverntjenesten, krisesenteret og politiet kan bidra til at pasienten lettere benytter seg av det øvrige hjelpetilbudet:

> *Det er jo absolutt ikke alle som er klar over for eksempel dette her med krisesenteret, og hvordan man kommer i kontakt med det. Det andre er jo gjennom samtaler, støtte dem på og prøve å styrke dem på å se det med sitt egenverd, og at dette her er noe de ikke bør finne seg i. Konsekvensene av kanskje å stå i det over lengre tid. At skremselspropaganda om at går du til politiet, så skjer det og det, ikke nødvendigvis er reelt. Men, det er jo noe politiet må ta stilling til. Men prøve både å avdramatisere politiet som en instans, og se på det som en mer... trygghet, og også dette med barnevernet, at det kan være en stor hjelp der hvor det er unger inne i bildet.*

Denne fastlegen forteller om en pasient som hun husker godt fra tidlig i karrieren som lege. Hun opplevde det som utfordrende «å komme innpå» pasienten, men føler likevel at hun burde gjort mer for å hjelpe, blant annet ved å være en alliansepartner:

> *Jeg tenker jo at jeg i enda større grad kunne gitt henne muligheten til å komme hit og informere meg mer, og tilby meg å være en mere alliansepartner for henne i de problemene hun sto i, både arbeidsmessig og ikke minst overfor politiet. Men hun var også veldig sånn at hun ville ikke koble inn politiet, fordi det igjen kunne få konsekvenser fordi han - sånn som hun fremstilte det, så visste han til enhver tid omtrent hvor hun var, og hva hun drev med og hvem hun snakket med.*

7.2.2 «Vi har bedre tid enn folk tror»

Mange helsearbeidere vil kunne kjenne seg igjen i at tiden ikke alltid strekker til for å gi pasienter eller brukere det tilbudet de ønsker. I intervjuene av ansatte i de andre tjenestene i denne undersøkelsen, kom det frem at flere hadde en forventning om at fastleger er en yrkesgruppe med særlig knapp tid. Begge legene uttrykker imidlertid at de har bedre tid enn det folk tror. En sier følgende:

> *Nei, det handler ikke om tid. Nei. Det handler ikke om tid, når du... Det er et så seriøst problem, at hvis du har mistanke om det, så bruker du tid på det. Du har ikke så dårlig tid. 15-20 minutter, du kan komme ganske langt, hvis ikke man fomler for mye. Og så kan man invitere tilbake til en ny time. Da får man litt tid til å tenke på problemstillingen.*

Begge fastlegene mener at det i stor grad handler om å ta seg tid, og gjør dette på forskjellige måter, for eksempel ved å sette opp dobbelttime til pasienten eller å være tilgjengelig på telefonen for enkelte pasienter mellom de oppsatte timene. Erfaringen gjennom flere år som lege har hjulpet dem til å utvikle egne teknikker og rutiner for å håndtere problemstillinger som trenger litt mer tid enn normalt. En av legene forteller at hun nå er mye tryggere på styring av sin egen tid, og at det ikke nødvendigvis er veldig problematisk å ta seg god tid dersom pasientens behov tilsier det. Hun sier følgende om hvorvidt hun opplever tid som en utfordring:

> *De senere åra, så gjør jeg ikke det. For nå tar jeg den tiden det trenger, nå er jeg så mye tryggere i legerollen, at... men før, så, sliten småbarnsmor og nok å gjøre, så... var det jo på en måte å komme på jobb om morgenen og grave unna, og så gå hjem om kvelden. Og hvis det da var mye angst, depresjoner, ulne problemstillinger, som det jo er i allmennmedisin - så kunne det oppleves mer sånn... eh, det er uvisst hvor mye tid jeg trenger på dette her. Blir dette en konsultasjon hvor jeg holder meg noenlunde innenfor tidsfristene, eller kan jeg plutselig nå komme opp i en times forsinkelser. Og at jeg den gangen lot meg mye mer stresse av det, da.*

Denne fastlegen forteller at hun har kort ventetid på time, slik at hun kan sette opp en ny time innen relativt kort tid dersom hun får avklart at det er noe som trengs å snakkes videre om. Dette bidrar til at hun ikke lar seg stresse over ikke å rekke «alt» i løpet av en konsultasjon.

7.2.3 Fastlegenes syn på egen rolle

Fastlegene i denne undersøkelsen fremhever fastlegerollen som en gunstig posisjon å være i for å kunne arbeide med vold. Fastlegen kan kjenne pasientene sine over lengre tid, enkelte gjennom et helt livsløp. Slik kan legen ha mulighet til å fange opp endringer over tid, eller danne seg et helhetsbilde som potensielt gir grunnlag for bekymring. En av legene fremhever at legen som hjelper kan være mer «skjult» enn noen av de andre hjelperne. Hun mener at i en innledende fase kan det oppleves tryggere for pasienten å oppsøke legekontoret enn å oppsøke et krisesenter, fordi ingen vet hva som blir diskutert på legekontoret, mens om pasienten skulle bli observert på vei inn til krisesenteret er det liten tvil om at det er vold vedkommende er der for å snakke om:

> *En ting er å dra på krisesenteret, hvor du på en måte... Det er tydelig hvor du skal og hvorfor. Men det å gå til legen er jo ikke nødvendigvis fordi du vil*

> *snakke om at du har blitt utsatt for vold. Så sånn sett så kunne det på en måte vært lettere for henne å komme til meg, og fortalt om de tingene... uten at det ble mistenkeliggjort fra partneren sin side, da. Og sånn sett at vi kunne jobbet mer med de omgivelsene også, som hun sto i da, og finne en eller annen måte å beskytte henne på.*

Fastlegen kan ofte være en sentral person i et pasientforløp, da en del beslutninger (for eksempel medisinering eller henvisninger til spesialisthelsetjenesten) tas i samråd med fastlegen. Derfor vil det ofte være aktuelt for de andre helse- og omsorgstjenestene å ta kontakt med fastlegen i visse situasjoner. Legene reflekterer rundt muligheten for å bruke fastlegerollen som koordinator mellom de ulike tjenestene. Dette er imidlertid en rolle som vil kunne kreve høy grad av tilgjengelighet for samarbeidspartnere, noe fastlegene selv nevner som en utfordring.

7.3 Samarbeid

Forståelse for hvordan samarbeidspartnere arbeider, synes å være særlig viktig når det gjelder samarbeidet med fastlegene. En av legene er frustrert over forventningen hun opplever fra enkelte om å være tilgjengelig på telefonen hele tiden. Hun sier det er vanskelig å ta telefonen når hun sitter i en samtale med en annen pasient, og at kommunikasjon på e-post ofte kan være enklere å forholde seg til.

7.3.1 Sykehus og legevakt

Fastlegene har gode erfaringer med å få tilsendt epikriser og lignende fra sykehus og legevakt, og opplever at kommunikasjonsflyten er bedret de senere årene. Fastlegene forteller at dersom de kan få informasjon om at pasienten for eksempel har vært inne på legevakten med en skade i løpet av helgen, kan de vise til at de vet om dette i samtale med pasienten, og bruke dette som utgangspunkt for å spørre om hvordan det går.

Utover dette er det ingen instanser som fremheves spesielt som viktigere samarbeidspartnere enn andre, av de to fastlegene vi har intervjuet. Fastlegene uttrykker at det kommer an på hva pasienten har behov for, men at det er lite formalisert samarbeid for eksempel på kommunenivå.

> *Du kan si, vi sitter jo på mange måter litt på hver vår tue. […] Jeg tenker ikke at det er noe vanskelig å få til et samarbeid, men samarbeidskanalene er på en måte ikke så direkte.*

Fra tidligere forskning om hjelp til personer utsatt for vold, vet vi at fastleger av samarbeidspartnere enkelte ganger oppleves som «bremser» i systemet (Grøvdal et. al., 2014). Dette kan blant annet henge sammen med lav deltakelse på felles samarbeidsmøter, og lite kunnskap om det øvrige hjelpeapparatet (utover spesialisthelsetjenesten). Selv om dette kanskje ikke gjelder legene som er intervjuet i denne undersøkelsen, kan det være verdt å merke seg at enkelte utfordringer ser ut til å være fremtredende når det gjelder fastleger og samarbeid med andre tjenester.

8 Oppsummering og konklusjon

I dette kapittelet vil vi løfte frem noen av de viktigste resultatene som har kommet frem i undersøkelsen, og se nærmere på hva deltakerne i denne undersøkelsen mener hemmer eller fremmer et godt arbeid med vold i nære relasjoner. I løpet av prosjektet har vi sett at flere av de ansatte vi intervjuet har lang erfaring, gode rutiner på arbeidsplassen og en opplevd trygghet i arbeidet med vold. Samtidig vet vi at mange av de ansatte ikke opplever den samme tryggheten, og flere etterlyser bedre rutiner, mer samarbeid og ikke minst mer tid og ressurser til å jobbe med slike problemstillinger.

Selv om kommunene og bydelen har egne handlingsplaner mot vold i nære relasjoner, er det flere som etterlyser klarere rutiner for samarbeid i sin kommune. Det kan dessuten synes som om handlingsplanene ofte blir «liggende i skuffen», og at få av de ansatte i kommunen kjenner til planene. Flere er imidlertid inne på at prosessen rundt utarbeiding og implementering av handlingsplanene økte bevisstheten rundt vold i nære relasjoner blant de ansatte i en periode. Handlingsplaner kan ha svært ulikt innhold og bestå av en rekke tiltak, og det kan hende at gode tiltak er iverksatt uten at den enkelte ansatte forbinder dette direkte med handlingsplanen. For at planene skal ha en reell betydning, synes det imidlertid viktig aktivt å følge opp tiltakene, være konkret når det gjelder hvem som har ansvar for hva, og å ha en plan for kontinuerlig å bevisstgjøre ansatte.

I løpet av undersøkelsen har det kommet frem enkelte konkrete forslag fra de ansatte, som de mener vil kunne bedre deres arbeid med vold i nære relasjoner. Vi vil gjengi noen av forslagene her. Vi understreker imidlertid at vi har intervjuet et begrenset antall personer innenfor de enkelte tjenestene, og det bør vurderes om ytterligere forskning eller utredning er nødvendig før forslagene eventuelt settes ut i praksis.

- Jordmødrene etterlyser bedre muligheter til å gjøre egne notater, for eksempel om vold og overgrep, i sitt journalsystem.
- Ansatte i hjemmesykepleien foreslår å opprette skjermede «kriseplasser» på sykehjem, som kan være et tilbud for pleietrengende eldre utsatt for vold.

Hjemmesykepleierne tror dette vil være et bedre og mer realistisk alternativ for pasienten enn å bo på et krisesenter.

- Fastlegene fremhever at de som oftest foretrekker at henvendelser fra samarbeidspartnere kommer i form av e-post framfor telefon. Det kan være verdt å se på hvordan man kan gjøre kommunikasjonen mellom fastleger og andre instanser smidigere, da dette også er noe som etterlyses av flere av de andre ansatte i undersøkelsen.
- Helsesøstrene er særlig opptatt av betydningen av å tilby barna god undervisning om vold i nære relasjoner. Flere mener det er en fordel om undervisningen gjennomføres av noen barna kjenner, og som har mulighet til å være til stede for barna i etterkant av undervisningen. Et styrket samarbeid mellom lærer, helsesøster og skolelege kan kanskje fange opp flere av barna med voldserfaringer. Videre foreslår helsesøstrene at Helsedirektoratets brosjyre «Hva skjer? 11-13» oppdateres til også å handle om vold og overgrep.

Når det gjelder sistnevnte punkt, er det støtte i tidligere forskning for at undervisning kan virke forebyggende, og bidra til at flere barn forteller om vold og seksuelle overgrep (se for eksempel Walsh et. al., 2015).

Hva hemmer et godt arbeid med vold i nære relasjoner?

Vi har sett at en rekke faktorer kan bidra til å gjøre arbeidet med vold i nære relasjoner vanskeligere. Dårlig tid og knappe ressurser står frem som noen av de viktigste hindringene for flere av de ansatte. Dette er kanskje ikke et overraskende funn, men må likevel løftes frem, spesielt når vi vet at nettopp å bli gitt god tid er noe som fremheves som viktig av personer utsatt for vold (Grøvdal et al., 2014). Særlig jordmødrene og helsesøstrene har ofte små stillinger, samtidig som de har mange oppgaver som skal gjennomføres. De forteller at de derfor har knapt med tid til «bare å være til stede» for barna eller de gravide.

Det var stor variasjon blant de ansatte når det gjelder hvor kompetente de føler seg i arbeidet med vold i nære relasjoner. Noen har jobbet aktivt med å øke sin egen kunnskap om vold og overgrep, og føler seg som en følge av dette trygge på slike problemstillinger. Andre uttrykker direkte eller indirekte i intervjuene at de føler seg usikre, og har lite erfaring med slike situasjoner. Flere av dem som hadde lite erfaring med arbeid med vold, forteller at de opplever det vanskelig å komme inn på temaet i møte med pasientene eller brukerne. Dette hadde gjerne sammenheng med manglende rutiner på arbeidsplassen for å spørre om vold, og dermed lite trening i å snakke om dette. Vold i nære relasjoner oppleves fortsatt som et privat tema,

samtidig som personene som er intervjuet i høy grad uttrykker at de som helsepersonell har et ansvar for å hjelpe personer med voldsproblemer – de vet bare ikke alltid hvordan de skal gjøre det. Kanskje bidrar dette til at noen vegrer seg for å spørre sine pasienter om voldserfaringer. Språkproblemer ble også trukket frem av noen som et hinder for arbeidet. Ikke alle ønsker å benytte seg av tilbudet om tolking i møtet med helsepersonell.

Noen uttrykte frustrasjon over mangel på hjelpetiltak som faktisk nytter for pasientene. Spesielt blant hjemmesykepleierne ble det trukket fram at det var vanskelig å få til en reell endring for pasienter utsatt for vold og omsorgssvikt. Å stå alene i saker som omhandlet vold, med manglende støtte fra kolleger, ledelse og mulige samarbeidspartnere ble opplevd som en belastning. I samarbeidet med andre instanser ser det ut til at manglende informasjonsflyt, lite kjennskap til andres arbeidsmetoder samt uenighet om hva som er den beste løsningen er noen av de viktigste årsakene til at samarbeidet ikke fungerer.

Hva fremmer et godt arbeid med vold i nære relasjoner?

Selv om de ulike helse- og omsorgstjenestene har ulike rammer, formål og pasient- eller brukergrupper, er det mulig å se noen fellestrekk som går igjen for et vellykket arbeid med vold i nære relasjoner.

Noe som synes å være viktig, er at det er den ansatte som tar initiativ til å snakke om vold. De av helsearbeiderne som har erfaring med å spørre eller snakke med pasienter om vold forteller at de aller fleste pasienter eller brukere synes det er greit å snakke om dette. Jordmødrene som spør rutinemessig, erfarer at det store flertallet synes det er uproblematisk å bli spurt, og flere av kvinnene har bemerket at det er positivt at jordmødrene spør. Dette betyr likevel ikke at pasienten selv tar opp temaet uten å bli spurt. Fra tidligere forskning vet vi at det oppleves vanskelig for personer utsatt for vold å bringe temaet på bane selv, men å bli spurt kan oppleves som «å bli sett». Å få fortalt om volden kan i seg selv være positivt, men ikke minst er det også ofte et nødvendig første skritt for å få god og riktig hjelp. Samtidig er ikke det å spørre om vold en garanti for at man får et ærlig svar, og spesielt jordmødrene undrer seg over at det ikke er flere som forteller om voldsopplevelser.

For mennesker som er utsatt for vold i nære relasjoner, kan det å vite at man ikke er alene bidra til å gjøre opplevelsen lettere å håndtere. Å vise at vold rammer flere, og at pasientens reaksjoner på volden ikke er unormale, kan i seg selv bidra til at

pasienten føler seg mindre alene. Derfra kan kanskje veien til å oppsøke videre hjelp være enklere.

De ansatte som opplevde trygghet i egen rolle, hadde et mindre anstrengt forhold til å arbeide med saker som innebærer vold eller overgrep. Tryggheten hang ofte sammen med lengre tids erfaring innenfor yrket, men antallet voldssaker de ansatte hadde arbeidet med tidligere, var kanskje enda viktigere. Selv om kunnskap kan bidra til mer trygghet, er det viktig å understreke at det ikke er nødvendig «å kunne alt» før man tar tak i voldsproblematikken. Økt kompetanse om vold og overgrep blant helsepersonell anses som positivt, men det er likevel viktig ikke å skremme ansatte med mindre formell kompetanse fra å ta opp disse temaene med pasienter de er bekymret for. I første omgang kan det for pasienten være viktigst å få fortalt om volden, og bli tatt alvorlig. Å føle seg «sett» er viktig for mennesker i sin alminnelighet, og ikke minst om man har det vanskelig. Hvordan man skal jobbe videre med problemstillingen har helsearbeideren mulighet til å finne ut av senere, fortrinnsvis i samråd med pasienten. Å involvere personen det gjelder i for eksempel beslutninger om hvilke instanser som skal kontaktes, kan være avgjørende for at vedkommende skal synes at hjelpen er god. Når det handler om arbeid med barn gjelder imidlertid andre regler.

Når det gjelder samarbeid, er det å kjenne godt til hverandre noe som trekkes frem som viktig av de fleste. Både å kjenne den andres arbeidsbetingelser og rammeverk, men også å ha personlig kjennskap til hverandre gjennom å ha møttes i jobbsammenheng, kan senke terskelen for å ta kontakt. God informasjonsflyt i saker partene samarbeider om er sentralt. Som vi tidvis har kunnet observere i denne undersøkelsen, kan de ulike helsetjenestene ha svært forskjellige oppfatninger av hverandres arbeid. Vi har for eksempel sett at flere av intervjupersonene oppfatter fastleger som særlig travle og lite engasjerte, samtidig som fastlegene vi har intervjuet gir et ganske annet inntrykk. Dette kan skyldes flere ting, og kan blant annet handle om at det er store variasjoner mellom personene i de ulike tjenestene. Fastlegene i denne undersøkelsen hadde et særlig engasjement for vold i nære relasjoner, og det er ikke sikkert at verken andre fastleger eller de andre helsearbeiderne vil kjenne igjen dette bildet. Man kan også spørre seg om forståelsen av hva som er «god tid» varierer noe mellom de ulike helse- og omsorgstjenestene, og kanskje også mellom tjenesteyteren og pasienten eller brukeren. Selv om fastlegen opplever at man får gjort mye i løpet av et kvarter, vil det samme tidsrommet kanskje oppleves knapt for den som skal åpne seg om egne voldsopplevelser. Uansett vil trolig bedre kommunikasjon og forståelse for hverandres ulike roller kunne bidra til å forenkle samarbeidet mellom tjenestene.

Alt i alt tyder mye på at personlig engasjement for problemstillingen har mye å si for hvordan helsearbeiderne i de kommunale helse- og omsorgstjenestene arbeider med vold i nære relasjoner. Helsearbeiderne er bevisste på at tid og tilgjengelighet gir pasienter og brukere en bedre opplevelse av hjelpeapparatet. Ansatte i de ulike tjenestene beskriver ulike eksempler på dette – fastlegene vi intervjuet sørger for raskt å sette opp ny time, og setter gjerne av en dobbelttime til problemstillinger som kan være vanskelig å snakke om. De ansatte i hjemmesykepleien er løsningsorienterte for å utnytte tiden godt i en travel arbeidshverdag. Helsesøstrene i skolehelsetjenesten prøver å være synlige for barna, og legger særlig vekt på å være tilgjengelige for barna etter undervisning om vold i nære relasjoner, som etter deres erfaring ofte medfører at barn forteller om egne opplevelser. Jordmødrene på sin side ser det å ha god tid som et av de fremste fortrinnene ved jordmorrollen, og holder fast ved dette i møte med de gravide kvinnene, selv om de ikke alltid selv har en opplevelse av å ha god tid.

Litteratur

Aakvaag, H. F., Thoresen, S., & Øverlien, C. (2016). Vold og overgrep mot barn og unge - definisjoner og typologisering. I C. Øverlien, M. I. Hauge & J. H. Schultz, (Red.), *Barn, vold og traumer: Møter med unge i utsatte livssituasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.

Barneombudet. (2013). *Helse på barns premisser: Barneombudets fagrapport.* Oslo: Barneombudet.

Buchbinder, E., & Eisikovits, Z. (2003). Battered women's entrapment in shame: A phenomenological study. *American Journal of Orthopsychiatry, 73*(4), 355-366. doi: 10.1037/0002-9432.73.4.355

Eide, K., & Damsgaard, H. L. (2012). Utfordringer i velferdsstatens yrker ; slik nyutdannede profesjonsutøvere ser det. *Fontene forskning : et tidsskrift fra Fellesorganisasjonen (FO), 1*(12), 69-81.

Engnes, K. (2008). *Å bygge reir i et minefelt. Hvordan opplever og erfarer den gravide seg selv og sitt nettverk når hun utsettes for vold av partner?* Masteroppgave, avdeling for helsefag. Drammen: Høgskolen i Buskerud.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245-258. doi: 10.1016/S0749-3797(98)00017-8

Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2012). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842

Grimstad, H. (2000). Violence against women and pregnancy outcome. (Doktoravhandling). Faculty of medicine, Norwegian University of science and technology, Trondheim.

Grøvdal, Y., Saur, R., & Skaalerud, A. R. (2014). *En velvillig og oppmerksom tilhører : mennesker som har vært utsatt for vold og deres møte med hjelpeapparatet og politiet* (Rapport 2/2014). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Haaland, T., Clausen, S. E., & Schei, B. (2005). *Vold i parforhold - ulike perspektiver : Resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge* (Rapport 3/2005). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Halvorsen, S., Killén, K., & Grøgaard, J. (2013). Hvorfor overser vi barnemishandling? *Tidsskrift for Den norske legeforening, 1*(133), 16-17.

Hamberg, K., Johansson, E. E., & Lindgren, G. (1999). 'I was always on guard' - an exploration of woman abuse in a group of women with musculoskeletal pain. *Family Practice, 16*(3), 238-244.

Hamberger, L. K, & Phelan, M. B. (2006). Domestic violence screening in medical and mental health care settings: Overcoming barriers to screening, identifying, and

helping partner violence victims. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 13*(3-4), 61-99. doi: 10.1300/J146v13n03_04

Heap, K. (2012). *Samtalen i eldreomsorgen: Kommunikasjon, minner, kriser, sorg* (4. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.

Helmers, A. B., & Dolonen, K. A. (2013). Helsesøstre slår alarm: *"*Vi rekker ikke følge opp de som sliter*". Tidsskriftet Sykepleien.* Hentet fra https://sykepleien.no/2013/02/vi-rekker-ikke-folge-opp-de-som-sliter

Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov av 24. juni 2011 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.v. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30.

Helsedirektoratet. (2009). *Håndbok om helse- og sosialtjenesten i kommunen*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen – hvordan avdekke vold*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2016). *Fastlegestatistikk. Utviklingstrekk og endringer i fastlegeordningen*. Hentet fra https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/fastlegestatistikk#fastlegestatistikk-2015

Helsepersonelloven. Lov av 2. juli 1964 om helsepersonell m.v. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64.

Henriksen, L. (2015). *Sexual violence, pregnancy and childbirth: Studies investigating the association of experienced sexual violence and outcomes in pregnancy and childbirth.* (no. 2001), Institute of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo.

Hjemdal, O. K., & Engnes, K. (2009). *Å spørre om vold ved svangerskapskontroll : rapport fra et forsøksprosjekt i fire kommuner* (Rapport 1/2009). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Hjemdal, O. K., & Juklestad, O. N. (2006). *En privatsak? : Eldres oppfatning av vold og overgrep og syn på å melde fra om overgrep* (Rapport 1/2006). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Hjemdal, O. K., Sogn, H., & Schau, L. (2012). *Vold, negative livshendelser og helse: En gjennomgang av data fra to regionale helseundersøkelser* (Rapport 1/2012). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress .

Hjemdal, O. K., & Stefansen, K. (2003). *Hjelpeapparatets rutiner for avdekking og registrering av vold: Rapport fra et delprosjekt under Regjeringens handlingsplan Vold mot kvinner* (Rapport 2003 nr 13). Oslo: Høgskolen i Oslo, Kompetansesenteret for voldsarbeid.

Isdal, P. (2000). *Meningen med volden*. Oslo: Kommuneforlaget.

Johnson, M. P. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and Family, 57*(2), 283-294. doi: 10.2307/353683

Johnson, M. P. (2008). *A typology of domestic violence: Intimate terrorism, violent resistance, and situational couple violence*. Boston: Northeastern University Press.

Jonassen, W. & Eidheim, F. (2001). *Den gode vilje. Mishandlede kvinners erfaringer med hjelpeapparatet* (Pluss-serie 1-2001). Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning.

Jonassen, W., & Sandmoe, A. (2012). *Overgrep mot eldre i Norge: Erfaringer og løsningsstrategier* (Rapport 3/2012). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Justis- og beredskapsdepartementet. (2013). *Et liv uten vold: Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014-2017.* Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet.

Kirkengen, A. L., & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Kirkengen, A. L. (2000). Innskrevet i kroppen. *Tidsskrift for Den norske legeforening, 13*(120), 1518-1522.

Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Leira, H. K. (2002). To skritt fram, ett tilbake og to nye skritt fram? Om motstand mot kunnskap om menns vold mot kvinner. I M. Råkil (Red.), *Menns vold mot kvinner. Behandlingserfaringer og kunnskapsstatus*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lukasse, M. (2011). *Childhood abuse: Pregnancy and childbirth.* (nr. 114), University of Tromsø, Faculty of Health Sciences, Department of Community Health, Tromsø.

Myhre, M. C. (2016). Helsepersonell i møte med barn og unge som har opplevdomsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep. I C. Øverlien, M. I. Hauge og J. H. Schultz (Red.), *Barn, vold og traumer: møter med unge i utsatte livssituasjoner.* Oslo: Universitetsforlaget.

O'Doherty, L, Hegarty, K, Ramsay, J, Davidson, L. L., Feder, G, & Taft, A.. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *The Cochrane database of systematic reviews, 7*, CD007007. doi: 10.1002/14651858.CD007007.pub3

Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Hukkelberg, S. S., & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn - blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 49*(3), 234-240.

Pape, H. (2003). Vold og krenkelser i unge menneskers parforhold. *Tidsskrift for Den norske legeforening, 123*(15), 2016-2020.

Pape, H., & Stefansen, K. (2004). *Den Skjulte volden? En undersøkelse av Oslobefolkningens utsatthet for trusler, vold og seksuelle overgrep* (Rapport 1/2004). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Sandmoe, A. (2011). *Older people at risk of being abused by someone close to them : A qualitative study of community care services in Norway and Australia.* (no. 1149), Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo.

Sandmoe, A., & Skraastad, M. (2013). *Vold i nære relasjoner: Kommunale tiltak for å hjelpe eldre som utsettes for overgrep - med fokus på hjemmetjenestens pasienter* (Rapport 7/2013). Porsgrunn: Senter for omsorgsforskning, Sør.

Schei, E. (2006). Skam i pasientrollen. I P. Gulbrandsen, P. Fugelli, G. H. Stang & B. Wilmar (Red.), *Skam i det medisinske rom.* Oslo: Gyldendal akademisk.

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet

Steinsvåg, P. Ø., & Heltne, U. (2011). *Barn som lever med vold i familien: Grunnlag for beskyttelse og hjelp*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sørbye, L. W., Grue, E. V., & Vetvik, E. (2009). *Kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre. Nyere norsk forskning relatert til helse- og sosialtjenesten* (Rapport 2009/5). Oslo: Diakonhjemmet høgskole.

Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2014). (Red). *Vold og voldtekt i Norge: En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv* (Rapport 1/2014). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Waldum-Grevbo, K. S., & Haugland, T. (2015). Hvor er helsesøster? En kartlegging av helsesøsterbemanningen i skolehelsetjenesten. *Tidsskriftet Sykepleien, 4*.

Walsh, K., Zwi, K., Woolfenden, S., & Shlonsky, A.. (2015). School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. *The Cochrane database of systematic reviews, 4*, CD004380. doi: 10.1002/14651858.CD004380.pub3

Wang, R. (2014). "Det følger jo ingen bruksanvisning med barna..." En kvalitativ studie av lærerens opplevelse av egen rolle i møte med barn som har opplevd vold og bor på krisesenter. Masteroppgave, Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet: Universitetet i Oslo.

World Health Organization. (2002). *World report on violence and health.* Geneva: WHO.

Øverlien, C., & Moen, L. H. (2016). *"Takk for at du spør!" : En oppfølgingsstudie om kunnskap om vold og seksuelle overgrep mot barn blant blivende barnevernspedagoger, grunnskolelærere og førskolelærere* (Rapport 3/2016). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Øverlien, C., & Sogn, H. (2007). *Kunnskap gir mot til å se og trygghet til å handle* (Rapport 3/2007). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Øverlien, C., Solli, M., & Johnsen, H. (2015). *Ungdom, vold og overgrep: Skolen som forebygger og hjelper*. Oslo: Universitetsforlaget.

Materie / trykk: 07 Media AS. 09.16. Omslag: Inger Sandved Anfinsen inger@illustratorene.no

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har gjennomført en kvalitativ undersøkelse av hvordan utvalgte kommunale helse- og omsorgstjenester arbeider med vold i nære relasjoner. Å bli utsatt for vold i nære relasjoner er forbundet med en rekke helseplager, likevel vet vi at få av dem som utsettes for vold forteller om dette til helsepersonell. Et viktig spørsmål blir derfor i hvilken grad ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er oppmerksomme på at menneskene de møter kan være utsatt for vold i nære relasjoner.

Jordmødre på helsestasjon, helsesøstre i skolehelsetjenesten, fastleger og ansatte i hjemmesykepleien er intervjuet om deres erfaringer fra arbeidet med vold. Temaer som berøres i denne rapporten er blant annet hvordan det jobbes for å finne ut om vold foregår, hva helsearbeiderne kan gjøre for dem som utsettes for vold, og hvordan de samarbeider med andre.

De ansatte forteller at dersom de selv bringer temaet på bane i møte med pasienten eller brukeren, og samtidig normaliserer reaksjoner, opplever de at terskelen for å fortelle om voldsutsatthet senkes. Å være tilgjengelig og ha tilstrekkelig med tid til pasienten synes å være viktig for et godt arbeid med vold i nære relasjoner, men flere av de ansatte forteller at dette kan være vanskelig å få til i en travel arbeidshverdag.

Undersøkelsen er gitt i oppdrag fra Helsedirektoratet, og inngår som tiltak 20 i «Et liv uten vold. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014–2017».

Besøksadresse: Gullhaugveien 1-3, 5 etg, 0484 Oslo
Postadresse: Pb 181 Nydalen, 0409 Oslo
Tlf.: +47 22 59 55 00
Faks: +47 22 59 55 01
e-post: postmottak@nkvts.no

ISBN 978-82-8122-107-9 (trykk)
ISBN 978-82-8122-108-6 (PDF)
ISSN 0809-9103
Rapporter kan lastes ned fra: http://www.nkvts.no