

Å få volden fram i lyset
Helsesøstres og fastlegers erfaringer fra arbeid rettet mot
voldsutsatte jenter og kvinner

Britt Bøen



Masteroppgave i psykososialt arbeid
-selvmord, rus, vold og traumer
Institutt for klinisk medisin
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2013

Å få volden fram i lyset
Helsesøstres og fastlegers erfaringer fra arbeid rettet mot
voldsutsatte jenter og kvinner

Britt Bøen



Masteroppgave i psykososialt arbeid
-selvmord, rus, vold og traumer
Institutt for klinisk medisin
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2013

© Britt Bøen

År 2013

Å få volden fram i lyset Helsesøstres og fastlegers erfaringer fra arbeid rettet mot voldsutsatte jenter og kvinner

Forfatter Britt Bøen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Vold er et stort samfunnsproblem. Svært mange utsettes for overgrep og vold i nære relasjoner. Vold kan gi betydelige helseproblemer av både fysisk og psykisk art. Dersom helseproblemene skal begrenses, må volden avdekkes og de voldsutsatte tilbys helsehjelp og nødvendige psykososiale tiltak. Det er kjent at mange voldsutsatte ikke søker hjelp.

Voldsutsatte som ofte har behov for sammensatte tjenester, er derfor særlig sårbare for svikt i samhandling. Samarbeid og samhandling i sosial- og helsetjenesten i Norge har lenge vært et problemområde.

Informantene i studien er helsesøstre og fastleger som befinner seg i første linje av hjelpeapparatet, og er blant de nærmeste til å avdekke vold og tilby helsehjelp. Studien søker kunnskap om helsepersonellens oppfatning av hva som er de viktigste aspektene i dette arbeidet, hvordan samarbeidet med andre fungerer og hvilke forbedringstiltak de mener kan gi bedre helhetlig helsehjelp og psykososiale tiltak for voldsutsatte jenter og kvinner.

Undersøkelsen er kvalitativ. Tre helsesøstre og tre fastleger er intervjuet, intervjuene er transkribert og analysert. Analysemetoden er inspirert av Kirsti Malteruds metodebeskrivelse av ”Systematisk tekstkondensering”.

Hovedfunnene er: Helsepersonellet mener at å avdekke vold er det viktigste skrittet for å kunne tilby helsehjelp. De mener at voldsutsatte jenter og kvinner er særlig sårbare og at avdekking best skjer i en tillitsfull relasjon. Helsepersonellens oppgaver er forebygging, avdekking, behandling, psykososialt arbeid og samarbeid med andre. Faglig skjønn og erfaring er vesentlig. Kompetanseheving for helsepersonellet, og tjenestetilbudet til voldsutsatte, synes å være person- og tjenestestedsavhengig. Manglende kommunikasjon og et fragmentert tjenestetilbud kan føre til at voldsutsatte jenter og kvinner ikke får dekket sitt behov for sikkerhet, god behandling og kontinuitet i tjenestene. Helsepersonellet anbefaler retningslinjer, forløpsplaner, myndighetsinitiert kompetanseheving og videreutvikling av samarbeid både lokalt i bydelen, med spesialisthelsetjenestene og andre.

Forord

Dette er tiden for å takke!

Først og fremst takk til veileder Wenche Jonassen og andre støttespillere på Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress.

Jeg vil også takke min arbeidsgiver ved Gunvor Orderud, Katrine Hippe og Annikken Eid på Søndre Oslo Distriktpsikiatriske senter som har gjort det både økonomisk og praktisk mulig for meg å gjennomføre masterstudiet Psykososialt arbeid ved Selvmord, rus, vold og traumer. Likeså takk til Anne Karin Elvebakk og Bibbi Høkeli ”som gjorde jobben” når jeg hadde studiefri.

Takk til alle som har hjulpet meg på forskjellig vis: Takk til Vigdis Lauvrak for hjelp med litteratursøk, takk til Henrik Synnestvedt og Lars Bragen som raskt bistod hver gang Reference manager eller andre datatekniske ting var tilsynelatende helt uforståelige. Takk til Anette Hannestad og medstudenter for faglige innspill.

Stor takk til Tom og Katarina som har levd med både masteroppgaven, bokstabler, forskningsrapporter, - og meg i denne tiden.

En særlig takk til helsesøstrene og fastlegene som raust delte av sine erfaringer!

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Begrepsavklaring og avgrensning	2
1.3.1	Hva er vold?	2
1.3.2	Målgruppen for studien	3
1.3.3	Samarbeid.....	4
1.4	Vold og helse	4
1.4.1	Vold i et folkehelseperspektiv	5
1.4.2	Vold og kvinnehelse.....	6
1.4.3	Voldsutsatte kvinner.....	9
1.4.4	Voldsutsatte kvinners behov for hjelp.....	10
1.4.5	Psykososialt arbeid.....	12
1.5	Helsepersonellens samfunnsoppdrag.....	13
1.6	Kvalitetskrav til helse- og sosialtjenester	15
1.7	Begrensninger.....	16
2	Metode.....	18
2.1	Kvalitativ studie.....	18
2.2	Formalia.....	19
2.3	Inklusjon av informanter	19
2.3.1	Valg av informanter	19
2.3.2	Hvor og hvordan finne informanter?.....	20
2.3.3	Informantene	21
2.4	Intervjuene	21
2.4.1	Semistrukturert forskningsintervju.....	22
2.4.2	Intervjusamtalene med helsepersonellet.....	22
2.4.3	Transkribering og gjennomlesning.....	23
2.5	Analysearbeidet	23
2.5.1	Hva handler dette om?.....	23
2.5.2	Hver enhet - sin farge – første koding.....	24
2.5.3	Fra enhet til kategori – og videre analyse	24

2.5.4	Drøfting	25
2.6	Etikk.....	25
2.7	Styrker og svakheter ved studien.....	26
2.7.1	Min forskerrolle i dette prosjektet.....	26
2.7.2	Gyldighet – overførbarhet	28
3	Helsepersonellens erfaringer fra møter med voldsutsatte kvinner	29
3.1	Relevans og hyppighet.....	29
3.2	Et godt forløp?	29
3.2.1	Å få volden fram i lyset.....	30
3.2.2	Behandlingstiltak.....	32
3.3	Et uforutsigbart system?	35
3.4	Helsepersonellens utfordringer.....	38
3.5	Forebyggende arbeid	40
3.6	Hvordan kan tiltak for voldsutsatte kvinner bli bedre?	40
4	Et kvalitativt godt tilbud?	43
4.1	Good Practice Indicator 1. Definitions of Domestic Violence.....	43
4.2	Good Practice Indicator 2. Monitoring and Screening- knowing the extent of the problem.....	44
4.3	Good Practice Indicator 3. Policies and Guidelines- guiding the work to be done... 50	
4.4	Good Practice Indicator 4. Safety Measures and Safety-oriented practice – safety from violence the underlying principle	53
4.5	Good Practice Indicator 5. Training – raising awareness, exploring values, developing skills.....	54
4.6	Good Practice Indicator 6. Evaluation –ensuring effective responses	56
4.7	Good practice Indicator 7. Multi Agency Co-ordination – working together	57
4.7.1	Samarbeid med andre – premisser for samarbeid	59
4.7.2	Samarbeid på organisasjonsnivå	60
4.7.3	Samarbeid på personnivå	64
4.8	Good Practice Indicator 8. Good practice with Women and Children – how to do it 68	
4.8.1	En tillitsfull relasjon	70
4.8.2	Faglig skjønn	71
4.8.3	Utsatte grupper	72

4.9	“...OG BEDRE SKAL DET BLI!” Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring I Sosial- og helsetjenesten (2005-2015)	73
4.9.1	Virkningsfulle tiltak	73
4.9.2	Trygge og sikre tjeneste	74
4.9.3	Involvere brukere og gi dem innflytelse	74
4.9.4	God samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet	75
4.9.5	God ressursutnyttelse	75
4.9.6	Tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling	76
5	Hovedfunn og anbefalinger	77
	Litteraturliste	79
	Vedlegg	89

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Svært mange mennesker utsettes for vold i nære relasjoner. Det antas at det er store mørketall. (NOU 31, 2003; Eide, 2012) I tillegg til at vold i mange tilfeller medfører stor lidelse for den enkelte voldsutsatte og deres nærmeste, anses denne type vold som et stort samfunnsproblem. I en samfunnsøkonomisk undersøkelse av vold i nære relasjoner, utført for myndighetene av Vista Analyse, fant man at årlige omkostninger for det norske samfunnet er mellom 4.5 og 6 milliarder kroner. (Rasmussen, Strøm, Sverdrup, & Vennemo, 2013)

Jeg har arbeidet med klinisk pasientarbeid i psykisk helsevern i Oslo fra 1988. I den tiden har jeg truffet utallige pasienter med ulike traumehistorier, ofte i tillegg til en annen psykisk lidelse. I mitt arbeid på psykiatrisk sykehus og psykiatrisk poliklinikk på distriktpspsykiatriske senter, treffer jeg sjelden pasienter som nylig har vært utsatt for overgrep eller vold. Det har undret meg. Jeg treffer dem oftere senere i livet når de har utviklet en psykisk lidelse. Min erfaring er at mange av dem aldri har fortalt noen om traumene. De har ikke blitt spurt om de har opplevd traumer eller vold, ikke følt at det var rom for å fortelle, vært redde eller skammet seg for meget til selv å ta initiativ. Når ingen vet, har de heller ikke kunnet få behandling eller annen hjelp.

Vold er skadelig, både for kvinnens egen helse, hennes barn og deres helse, og for samfunnet, som mister menneskelige og økonomiske ressurser grunnet helseproblemer og dødsfall. Det er i tillegg til å vite hva som er god behandling, viktig å vite hvilket helsetilbud som faktisk tilbys voldsutsatte kvinner.

I Norge har de aller fleste rett til fastlege. Helsestasjonstilbud og skolehelsetjeneste er et tilbud til alle barn og deres foreldre. Helsesøstre og fastleger befinner seg i første linje av hjelpeapparatet, og er de helsefaggruppene folk flest kommer i kontakt med. Jeg har vært nysgjerrig på å få vite hvordan disse faggruppene avdekker vold og overgrep mot jenter og kvinner. Hva er de viktigste aspektene i dette arbeidet? Likeså ønsker jeg kunnskap om hvordan de samarbeider med pasientene og med andre tjenesteytende instanser.

I følge Stortingsmelding 47: Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – i rett tid (St.meld 47, 2009), er det ikke nok samhandling mellom de ulike aktørene i helsevesenet. Det

beskrives ressurser og mangler, samt hvordan koordinering/samhandling kan gi oss et mer helhetlig helsevesen. Målet er nettopp at den enkelte skal få behandling på riktig omsorgsnivå og samhandling med andre hjelpeinstanser skal sikres og koordineres. Bydeler og kommuner har organisert seg ulikt med hensyn til tjenestetilbud til ulike grupper.

1.2 Problemstilling

Med utgangspunkt i kunnskapen om utbredelsen av vold og behovet for å videreutvikle hjelpeapparatet, vil jeg gjennom denne oppgaven belyse følgende problemstillinger:

1. Hva har helsepersonell i førstelinjetjenesten erfart at er de viktigste aspektene i sitt arbeid med voldsutsatte jenter og kvinner?
2. Hvordan opplever helsepersonellet at samarbeidet med andre hjelpeinstanser fungerer når de selv skal yte helsehjelp til voldsutsatte jenter og kvinner?
3. Hvilke forslag til forbedringer av behandlingstilbudet til voldsutsatte kvinner har helsepersonellet?

1.3 Begrepsavklaring og avgrensning

1.3.1 Hva er vold?

Det finnes ulike definisjoner av hva vold er. Synet på vold har endret seg meget. Historisk vet vi at vold mot kvinner var et privat forhold og intet problem. Traumeforståelsen har utviklet seg etter de store krigene forrige århundre. Etter at man fant tilsvarende traumesymptomer hos volds og overgrepsofsatte som hos mennesker utsatt for krig og katastrofer, og etter hvert ble klar over de helsemessige og samfunnsmessige konsekvenser, har behandling, forskning og utvikling på dette feltet økt. Det anses nå som en prioritert samfunnsoppgave. (Råkil, 2002)

Jeg har valgt å benytte Per Isdals definisjon av vold.

Vold er ”enhver handling rettet mot en annen person som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje, eller slutte å gjøre noe den vil.” (Råkil, 2002, s.17)

Begrepet vold i nære relasjoner brukes i offentlige rapporter om vold i hjemmet. Tidligere ble dette ofte benevnt familievold eller kvinnemishandling.

Vold er potensielt traumatiske hendelser. En potensielt traumatisk hendelse beskrives i diagnosesystemene som:

ICD-10 definerer det slik: ”belastende livshendelse eller situasjon (av kort eller lang varighet) av usedvanlig truende eller katastrofal art, som mest sannsynlig ville fremkalt sterkt ubehag hos de fleste.” (Helsedirektoratet, 2013)

Lars Weisæth (Dalgard & Weisæth, 2000) deler inn alvorlige stressbelastninger slik: objekttap (særlig tap av nærstående), ulykker, vold, katastrofer, krig, alvorlig sykdom, relasjonsproblemer, frihetstap, sosial skam, krenkelser og reproduktive problemer. Han presiserer at man må skille livskriser, normal sorg og tap fra hendelser som er av en slik karakter at de kan karakteriseres som potensielt traumatiske hendelser. Et voldsovergrep er usedvanlig truende, kan oppleves katastrofalt og kan karakteriseres som et traume. Det krenker ens opplevelse av egenverdi og truer opplevelsen av forutsigbarhet, trygghet og rettferdighet.

I ”Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer” (Helsedirektoratet & Avdeling psykisk helse og rus, 2011), påpekes det at de fleste akutte stressreaksjoner etter traumer er normale og de kan også være hensiktsmessige den første tiden. De fleste reaksjoner vil gradvis avta. De sentrale intervensjonsprinsippene er å sikre trygghet, berolige, skape mulighet for mestring, bidra til samhørighet, stimulere håp og å tilrettelegge for kontrollert reeksponering. I første fase anbefales ikke iverksettelse av psykoterapeutiske tiltak, men det anbefales såkalt avventende overvåkning og psykososiale tiltak.

Det er vanlig å skille mellom traumatiske hendelser som rammer den enkelte, eller en familie og kriser, ulykker og katastrofer som rammer større grupper av mennesker eller hele samfunn. Det er også vanlig å skille mellom traumatiske enkelthendelser og langvarig traumatisering.

1.3.2 Målgruppen for studien

Målgruppen for studien er helsepersonell som arbeider klinisk i førstelinjetjenesten og som har erfaring fra arbeid med voldsutsatte jenter og kvinner. Jeg har valgt å definere pasientgruppen voldsutsatte jenter og kvinner romslig fordi jeg også ønsker informasjon om

unge kvinner. I en undersøkelse av seksuell viktimisering av barn og ungdom i Norge, fant Pedersen og Aas at ved slutten av tenårene hadde 2,8 % av jentene opplevd alvorlige misbruk over tid. En annen gruppe på 7,6 % hadde opplevd alvorlige overgrep i løpet av barne- og ungdomstiden. (Pedersen & Aas, 1995)

Helsepersonellet har alle erfaringer fra helsestasjon for ungdom som tilbyr tjenester til ungdom fra 13 til 23 år. De fleste overgrepsmottak tar i mot jenter ned til 14 år. Hovedfokus i intervjuene, og dermed i denne oppgaven er helsepersonellens arbeid med både tenåringsjenter og voksne kvinner. Det er kjent at mange unge kvinner utsettes for vold.

Vold mot barn har alvorlige konsekvenser, men det er ikke i hovedfokus i denne studien.

1.3.3 Samarbeid

Samarbeid, samhandling og nettverksbygging er eksempler på begreper som beskriver koordinering av arbeid. Jeg har brukt ordet samarbeid under intervjuene fordi det er et begrep som favner videre enn ordet samhandling. Jeg bruker begrepet om samarbeid mellom pasient og helsepersonell, og om deres samarbeid med andre tjenesteytere fra offentlig sektor eller private organisasjoner. Samarbeid kan være alt fra en muntlig avtale om arbeidsfordeling hvor alle deretter gjør sin del av jobben, til store tverretatlige møter hvor brukere, ulike organisasjoner og tjenestesteder samles om en oppgave. Oppgaven kan være på organisasjonsnivå, eller et ansvarsgruppemøte for arbeid med individuell plan for enkelt pasient/bruker.

Samhandling beskrives slik i Stortingsmelding 47: "Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg i mellom for å nå et felles mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte." (St.meld 47, 2009)

1.4 Vold og helse

Jeg er selv helsepersonell. Min utdanning som sykepleier og senere som psykiatrisk sykepleier, var preget av folkehelseperspektivet. Dette er derfor den naturlige tilnærming for meg, også til dette feltet. Verdens helseorganisasjon har følgende helsedefinisjon: "Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og svakelighet" (Hummelvoll, 1992, s.21)

Folkehelseperspektivet er forskningsbasert og bygger på en rekke disipliner som inkluderer medisin, epidemiologi, sosiologi, psykologi, kriminologi, utdanning og økonomi.

Folkehelseperspektivet har som mål å fremme helse for hele befolkningen ved å forebygge helseproblemer og utvikle bedre omsorg og sikkerhet for alle.

(WHO World Health Organization, 2002)

1.4.1 Vold i et folkehelseperspektiv

Verdens helseorganisasjon erklærte i 1996 at vold er et ledende folkehelseproblem.

I 2002 kom Verdens helseorganisasjons rapport World report on Violence and Health. Her argumenterer man for hensiktsmessigheten med et folkehelseperspektiv på vold. Man bygger dette utsagnet på evidens. Vold kan forebygges. Verdens helseorganisasjon definerer vold slik:

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 high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation. (WHO World Health Organization, 2002, s.5)

Verdens helseorganisasjon definerer tre typer vold: Selvrettet vold, mellommenneskelig vold og kollektiv vold. Min studie fokuserer på mellommenneskelig vold. Mellommenneskelig vold kan deles i to undergrupper: Vold i familien og i nære relasjoner (der volden i det vesentlige utøves mellom familiemedlemmer og intime partnere, oftest i hjemmet) og vold i samfunnet hvor volden skjer mellom mennesker som ikke er i relasjon (der volden vanligvis ikke skjer i hjemmet). Vold kan være fysisk, psykisk, seksuelle eller involvere deprivasjon eller neglekt.

Vold må forstås i et helhetlig perspektiv. Verdens helseorganisasjon benytter en økologisk modell. I denne modellen ser man individet i forhold til seg selv og i samspill med andre i et samfunn påvirket av sosiale, kulturelle og samfunnsmessige faktorer.

(WHO World Health Organization, 2002)

1.4.2 Vold og kvinnehelse

WHO Multi-country-Study on Women's Health and Domestic Violence against women, er en verdensomspennende undersøkelse der man har spurt 24000 kvinner fra 15 ulike steder i verden, om deres voldserfaringer. Rapporten viser at det er stor ulikhet i prevalens mellom ulike land og kulturer, og internt i eget land/samme kultur. Det er for eksempel større fare for å bli utsatt for vold i landlige strøk. I undersøkelsen har man funnet en rekke faktorer som beskytter mot eller øker kvinnenes risiko for å bli utsatt for vold. Individuelle faktorer inkluderer kvinnens utdanningsnivå, hennes økonomiske autonomi, tidligere voldserfaringer, nivå av selvstendighet og sosialt nettverk. Likeså spiller hennes voldserfaringer fra egen familie under oppveksten inn. Faktorer ved partneren som betyr noe for kvinnenes risiko, er partnerens evne til å kommuniserer med henne, hans misbruk av alkohol og andre rusmidler, hvorvidt han var i arbeid, hans opplevelse av vold mellom egne foreldre og hvorvidt han var voldelig forhold til andre menn. Den aktuelle sosiale situasjonen spiller inn og det er av betydning på hvilket nivå det er ulikhet i det økonomiske nivå for menn og kvinner, nivået på kvinners autonomi og mulighet til å bevege seg i samfunnet, holdninger til kjønnsroller og vold mot kvinner, på hvilket nivå familie, naboer og venner vil intervensere i episoder med vold i hjemmet, nivået på vold mellom menn samt den sosiale kapasiteten.

Denne type studier kan ikke konkludere med at vold fører til eksplisitte helseproblemer, men man finner en sterk assosiasjon mellom vold og fysiske og psykiske symptomer på dårlig helse. (García-Moreno & World Health Organization, 2005)

I Norge er det de siste årene gjennomført flere undersøkelser der man har undersøkt ulike aspekter ved vold. Blant disse er den landsomfattende undersøkelsen "Vold i parforhold - ulike perspektiver" utført for Norsk institutt for by - og regionsforskning, NIBR-rapport 2005:3. (Haaland, Clausen, & Schei, 2005) Her finner man at mange mennesker utsettes for vold og traumer. For menn og kvinner i alderen 20-54 år har undersøkelsen blant annet vist at etter fylte 15 år har 2,6 prosent av menn og 9,2 prosent av kvinner blitt utsatt for en eller flere former for maktanvendelse med meget stort skadepotensial. I overkant av 27 prosent av de spurte kvinnene i en norsk landsdekkende undersøkelse, som hadde levd i parforhold noensinne, hadde opplevd vold i en eller flere former, fra tidligere eller nåværende partner. Vold anses som et alvorlig samfunnsproblem. Mange av dem som utsettes for vold og traumer får redusert livskvalitet, og helseproblemer av både psykisk og fysisk karakter. Psykiske reaksjoner som beskrives etter voldshendelser er skyldfølelse, frykt, sinne og håpløshet.

Videre finner man også søvnevansker, konsentrasjonsvansker, problemer med å utføre arbeid, nedsatt selvfølelse, opplevd håpløshet og depresjon. Eksempler på fysiske skader er blåmerker, kloremerker, stikkskader, brudd, tannskader, hjernerystelse og indre skader. Man finner også at i hver tredje hendelse med maktbruk, har barn vært vitne til hendelsen. (Haaland et al., 2005)

Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress har i år utgitt rapporten "Vold, negative livshendelser og helse". (Hjemdal, Sogn, & Schau, 2012)

Her har man gjennomgått data fra spørsmål om vold og seksuelle overgrep fra helseundersøkelsen i Oslo, HUBRO og helseundersøkelsen i Hordaland, HUSK. Dataene er så til spørsmål og fysisk og psykisk helse. Også i disse undersøkelsene finner man høye tall for forekomst av vold. Blant annet refereres det til at 36 prosent av kvinnene oppga at de noen gang var blitt utsatt for noen form for vold eller overgrep. Det beskrives sammenhenger mellom sosioøkonomiske vansker og vold, det å leve sammen med en med alkoholproblemer og vold, antall negative livshendelser og vold i tillegg til sammenhenger man ser mellom vold og helse. Det beskrives ingen kausale sammenhenger mellom vold og seksuelle overgrep og helseproblemer, men man finner sammenhenger mellom å være utsatt for vold og fysisk og psykisk helse. Man finner blant annet at dobbelt så mange av dem som har vært utsatt for overgrep som barn, i motsetning til som ikke har vært utsatt, skårer over grensen for psykiske plager. Man stiller spørsmål ved om det er volden som fører til psykiske plager, eller om de psykiske plagene gjør en mer utsatt for vold. Man finner at de som har vært utsatt for flere ulike typer overgrep, og har vært utsatt for overgrep både som barn og voksen, har størst andel av psykiske lidelser. Fysisk vold ser ut til å gi høyere angstnivå hos både menn og kvinner ved fysisk vold siste år. Hos kvinner ser en også sammenheng mellom voldsutsatthet og depresjon. Man finner sammenheng mellom flere somatiske plager og å ha vært utsatt for overgrep. Eksempler på dette er astma, hørsnue, fibromyalgi, kronisk bronkitt og angina. Antagelsen om at sykdomsrisiko er påvirket hos en som har vært utsatt for vold, er styrket fordi risikoen for å bli syk, øker dersom en har vært utsatt for flere voldsformer både som barn og voksen. Man finner et merforbruk av helsetjenester hos dem som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep. Man finner også et markant større forbruk av en rekke medisiner. (Hjemdal et al., 2012)

Solveig Dahl beskriver konsekvenser av voldtekt med et medisinsk blikk. Hun beskriver voldtekt som et traume, men som et traume som gir flere negative erfaringer, i tillegg til de

belastninger en finner ved andre voldstraumer. Erfaringene seksualofre får, vil i tillegg til å gi en trussel om skade/død, tap av egenkontroll, integritet og verdighet som mennesker, også gi en opplevelse av krenket intimitet. Seksuell krenkelse av intimsfæren påvirker en som seksuelt vesen, og ens opplevelse av kjærlighet, ømhet, nærhet og omsorg. Krenkelse kan gi ytterligere utrygghet og tillitssvekkelse dersom overgriper er en nærstående, en man har hatt tillitt til. (Dahl, 1993).

Kirkengen har gjennom sin forskning og beskrivelser vist hvordan ulike traumer og overgrep gir somatiske symptomer og kan gi livslange plager. (Kirkengen, 2009) I en studie fra 2006 viser Alsaker, Moen, Nordtvedt og Baste at en gruppe voldsutsatte kvinner som behersket norsk og hadde bodd minst en uke på et av krisesentrene i Norge, hadde lav helserelatert livskvalitet. De konkluderer med at helsearbeidere bør prioritere å utarbeide intervensjonsprogrammer for voldsutsatte kvinner. (Alsaker, Moen, Nortvedt, & Baste, 2006) Man finner i oppfølgingsstudier av den samme kvinnegruppen at livskvaliteten øker, men fortsetter å være redusert over tid selv om de forlater sin voldelige partner. De kvinnene som rapporterte mest alvorlig fysisk og psykisk vold i studiens start, oppnådde mindre økning i livskvalitet.(Alsaker, Moen, & Kristoffersen, 2008).

I en undersøkelse av mennesker som oppsøkte legevakt i en norsk by i forbindelse med en psykososial krise (hvorav å ha vært utsatt for vold kan være en av årsakene) fant man at pasientgruppen hadde lavere helserelatert livskvalitet og høyere nivå av symptomer på posttraumatisk stress sammenlignet med normalbefolkningen. (Senneseth, Alsaker, & Natvig, 2012)

Helsesøstrene er en viktig helseaktør i førstelinjetjenesten. Min erfaring er at helsesøstrene både fanger opp, kommer til og er ønsket av de unge. Dersom man kan forebygge vold og komme tidlig til, særlig til de yngre aldersgruppene, kan det gi store helsegevinster både for den enkelte og samfunnet. Mine intervju kandidater er sentralt plassert i førstelinjen. De besitter erfaring og kunnskap som både jeg og andre kan finne nyttig, når man skal tenke nye samhandlingsstrukturer og utarbeide behandlingslinjer for denne pasientgruppen.

I handlingsplanen "Retten til et liv uten vold" sies det at man har lite systematisk kunnskap om hvordan helsevesenet møter den gruppen pasienter. I 2003 tenkte man at tilbudet var mangelfullt utbygd.(NOU 31, 2003) Tilbudet er fortsatt ikke godt nok. (St.meld 15, 2013)

Jeg har ikke funnet undersøkelser der man ser helsetiltak for - og samarbeid om denne pasientgruppen, beskrevet fra primærhelsetjenestens synsvinkel. Nettopp i en tid der vårt lands neste store helsereform omtales som "Samhandlingsreformen", kan kanskje denne kunnskapen være nyttig. (St.meld 47, 2009)

1.4.3 Voldsutsatte kvinner

Det er ikke slik som en tidligere trodde, at volden rammer likt. Nyere undersøkelser viser en overhyppighet av voldserfaringer i grupper med lavere inntekt og utdanning, mennesker som lever i rusbelastede miljøer. Likevel er ikke voldsutsatte kvinner en ensartet gruppe, verken aldersmessig eller sosioøkonomisk.

Voldserfaringer springer fra enkelte trusler til systematisk mishandling og drapsforsøk.

Kvinnenes opplevelse, erfaringer og behov er derfor av svært ulik karakter. Allikevel vil man finne noen kjennetegn som en ofte ser hos voldsutsatte kvinner. Jeg har tidligere referert Dahls beskrivelse av hvordan voldtekt kan påvirke både fysisk, psykisk og seksuell helse.

Judith Herman sammenligner voldsutsatte kvinners og barns fangenskap i eget hjem, med fangenskap i fengsler, fangeleirer, religiøse sekter og bordeller. Hun beskriver likehetstrekk i hvordan kvinner underkastes tvangsmessig kontroll og at de ofte blir avhengig både økonomisk, sosial, psykisk og rettslig, - i tillegg til den fysiske makt som utøves. Herman beskriver hvordan total underkastelse oppnås ved de samme metoder både i mafia, terrorfengsler og overfor kvinner og barn ved vold i hjemmet. Metodene bygger på at man gjentatte ganger påfører et psykisk traume. Man skaper skrekk, hjelpeløshet og krenker ofrenes selvfølelse, gjør mennesker maktesløs og isolerer dem fra andre. Man etablerer en konstant angsttilstand av trusler, vold og uforutsigbarhet. Denne type maktutøvelse fører til at man ødelegger offerets autonomi og selvfølelse. En ytterligere krenkelse ved seksuell vold, er at gjerningsmannen ofte krever bekreftelse på at offeret er seksuelt tilfredstilt.

Disse voldshandlingene fører til ulike grader av fysisk og psykisk lidelse samt isolasjon.

Det er mange årsaker til at voldsofre blir i slike voldelige forhold. Det er fysiske og psykiske plager og de store emosjonelle krenkelsene, som kommer sammen med praktiske forhold som materielle og økonomiske behov, opplevelse av ensomhet, isolasjon og manglende evne til å

klare seg selv. I tillegg kommer eventuelle barns behov, En opplevelse av følelsesmessig kaos og smerte beskrives også.

Kvinner har fortalt hvordan det er å bli så dominert, isolert og truet at man mister selvfølelsen. Opplevelsen av å miste troen på egenverd beskrives som så psykisk nedbrytende og passiviserende, at apati og maktesløshet overtar. Over tid er gjerne isolasjonen og skrekken så stor, at den voldsutsatte opplever et brudd som større fare og en større umulighet enn å bli. Samtidig fremhever ofte kvinnene at det er ydmykelsen og skammen over dette i det hele tatt skjer, at de ikke hindrer det og at de ikke mestrer å forlate det, som negativt forsterkende. (Jonassen & Eidheim, 2001; Abrahams, 2007; Herman, 1995)

Begrepet "Battered women syndrome" benyttes i beskrivelsen av kvinner som har vært utsatt for vold i nære relasjoner over tid og utviklet ovenfor beskrevne symptomer.

Symptomkomplekset fører til at det ikke er lett å be om hjelp, verken følelsesmessig, praktisk eller sikkerhetsmessig. Det kan føre til at det utsatte ikke tenker at hun fortjener hjelp, at hjelp ikke finnes, at hun ikke tør be om hjelp og at hun kanskje også skjuler situasjonen av redsel eller skam. Det utfordrer helsevesenet og andre potensielle hjelpere. (Herman, 1995; Råkil, 2002)

Det er lettere å be om hjelp dersom man vet den finnes, lettere å ta i mot dersom noen bryr seg og spør med respekt og interesse. Samtidig er det slik at kvinnen må være klar for å samtale og ta i mot hjelp. (Abrahams, 2007)

1.4.4 Voldsutsatte kvinners behov for hjelp

Enhver voldsutsatt må møtes individuelt. Selv om det særskilte ved voldsutsatte kvinner nettopp er beskrevet, må dette ikke glemmes. Voldsutsatte kvinner er ingen ensartet gruppe. De er som folk flest. De har til felles at de har vært utsatt for vold.

Det er forskjell på enkelthendelser og langvarige voldelige forhold. Ved seksuelle overgrep kommer en forsterket integritetskrenkelse.

Litteratursøk i forkant av studien, der det ble søkt etter randomiserte, kontrollerte studier for å finne anbefalt behandling til voldsutsatte kvinner, ga intet entydig svar.

Solveig Dahl understreker den særlige sårbarheten som preger mennesker utsatt for voldtekt. I tillegg til krisereaksjon etter et traume, har de særlige eksistensielle forhold knyttet til at traumet ikke bare har gitt trussel om skade eller død, men også krenket intimsfæren, egenverdien og opplevelsen av omsorg og kjærlighet som er så grunnleggende. Dette krever særlig aktsomhet fra helsepersonellens side. (Dahl, 1993)

I 2007 utga sosial- og helsedirektoratet Veileder for overgrepsmottak. (Sosial- og helsedirektoratet, 2009) Her beskrives rammene for overgrepsmottak, lovverk, pasientgrupper, hva som må kartlegges/registreres, sporsikring, kontakt med rettsvesen/politi og de undersøkelser og behandling som skal tilbys. Det beskrives også hvem man skal henvise pasienten til for videre oppfølging. Veilederen beskriver omsorgstilbud pasienter trenger akutt og hvordan oppfølging av somatisk og psykisk helse må sees i sammenheng. Veilederen ble evaluert i 2012. Man kom da med ytterligere råd til kvalitetsforbedringer både med hensyn til målgruppe, kompetanse og kvalitet på tjenestene. (Eide, 2012)

Mål for helsepersonellet er å fremme kvinnens egen prosess slik at hun får kontroll og selvbestemmelse over eget liv, egen kropp og egen seksualitet. De fleste kvinnene trenger hjelp til å finne hensiktsmessige måter å mestre de psykiske og sosiale konsekvensene. Dermed er det viktig at det som har hendt integreres i pasientens egenoppfatning og virkelighet. Samtidig som en gir akutt krisehjelp og annen behandling i første fase, er gjenoppretting av trygghet det viktigste. Det er også en forutsetning for at videre traumbearbeiding kan finne sted. Veien tilbake til et normalt liv er hovedmålet. (Herman, 1995; Råkil, 2002; Anstorp, Benum, & Jakobsen, 2006; Dahl, 1993)

Hvilke behandlingsmetoder som er effektive, drøftes kontinuerlig. Undersøkelser som sammenligner ulike metoder av psykoterapi, og hva de har felles, har konkludert med at terapi nytter, at faktorer både ved terapeuten og pasienten er av betydning, og at gode resultater har det til felles at det er etablert en god behandlingsrelasjon. Terapeutens respektfullhet, omsorg, forståelse, bekymring og ivaretagelse var spesielt viktig. Behandlingen var særlig effektiv når disse positive faktorene og spesifikk behandling rettet mot det spesifikke problemet, forekom samtidig. (Asay & Lambert, 1999)

1.4.5 Psykososialt arbeid

Psykososialt arbeid er slik jeg selv forstår det, arbeid som fremmer psykisk helse, og som legger til grunn at mennesket også er et sosialt vesen, og må sees i sammenheng med sine omgivelser. Psykososialt arbeid er en relativ ny betegnelse og tilhører ikke et eget fagfelt. Mange faggrupper har kompetanse på psykososialt arbeid og utfører dette i kombinasjon med sin egen spesialkompetanse.

Psykososialt arbeid eller kanskje helst psykososiale tiltak eller intervensjoner, har som begrep eller en samlebetegnelse, særlig vært benyttet i beskrivelse av tiltak i forbindelse med hjelpeprogrammer for flyktninger og mennesker som har opplevd større kriser og katastrofer. Betegnelsen favner vidt. Statens helsetilsyn har beskrevet det slik:

Psykososialt arbeid er samlebetegnelsen for tilbud fra helse- og sosialtjenesten som er aktuelle for personer med psykiske problemer. Grunnlaget for å betrakte disse tilbudene under ett ligger i erkjennelsen av at det eksisterer et samspill mellom vår psykiske helse og de sosiale forholdene vi lever under... Psykososialt arbeid omfatter et spektrum av tjenester, fra forebyggende tiltak til psykiatrisk og medisinsk behandling. (Statens helsetilsyn, 2000,-s.12)

Dette begrunnes i en helhetstenkning der en tenker at mennesket er en del av en helhet, i tråd med en økologisk modell. Psykososialt arbeid blir således en del av helsepersonells arbeidsoppgaver.

Rapporten "et sinnsykt stort kjempeskille i livet" (Fladby, 2004), ble utgitt av sosial vakttjeneste ved Oslo legevakt i 2004. Her beskrives det hvordan man har kombinert fagkunnskap og innhentede brukererfaringer i videreutvikling av det psykososiale tilbudet til voldsutsatte. Tilbudet er traumefokusert og intervensjonene er inndelt etter behandlingsfaser over en periode som i alt utgjør 16 uker. Pasienter med behov for krisesenter får hjelp til dette og får et tilbud på legevakten parallelt. Pasienter henvises videre til sosialtjenesten, familiekontor og primærhelsetjenesten. Ved behov for somatisk eller psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, henvises det til slik behandling. Veilederen for overgrepsmottak gir sammen med denne, en helhetlig forståelse av den behandling og det psykososiale tilbudet man tenker kvinner trenger ved enkelte voldshendelser og vold i nære relasjoner. (Sosial- og helsedirektoratet, 2009)

1.5 Helsepersonellets samfunnsoppdrag

Helsepersonellets samfunnsrolle styrers av en rekke lover. Blant disse er Helsepersonell-loven (Helsepersonell-loven, 2001) Pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient-og brukerrettighetsloven, 2001), Helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012), Folkehelseloven (Folkehelseloven, 2012), Lov om sosiale tjenester i NAV (Lov om sosiale tjenester i NAV, 2010), Spesialisthelsetjenesteloven (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001), Helseforetaksloven (Helseforetaksloven, 2002), Barnevernsloven (Barnevernloven., 1993) og Psykisk helsevernloven. (Psykisk helsevernloven, 2001)

I tillegg kommer forskrifter, nasjonale retningslinjer og veiledere og andre offentlige føringer.

Helsesøstrene forholder seg i det daglige først og fremst til folkehelseloven (Folkehelseloven, 2012) og til veileder til forskrift om helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenestens. (Sosial- og helsedirektoratet, 2004)

I veilederen omtales helsestasjons – og skolehelsetjenesten som sentrale i folkehelsearbeidet. Folkehelsearbeidet skal arbeide med å svekke negative faktorer som kan medføre helserisiko, og det skal styrke positive faktorer som bidrar til bedre helse. Psykisk helse er et av satsningsområdene og det psykososiale arbeidet skal styrkes. Det er erfart at elever som kommer med ”banale fysiske plager”, oppsøker tjenesten fordi de egentlig har psykososiale vansker.

Tjenestene skal både ha en befolkningsrettet strategi og en høyrisikostrategi. Man anser tjenestenes personlige kontakt med alle småbarnsfamilier gunstig med hensyn til å kartlegge familier og barn med risikotilstander slik at forebygging kan iverksettes. Tjenestene skal drive både primær-, sekundær og tertiærforebyggende virksomhet.

Helsesøster har en sentral rolle i tjenesten. Hun har videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid, inklusive psykososialt arbeid. Arbeidet fordrer samarbeid og tverrfaglighet med hensyn til både utdanning og praktisk erfaring.

Helsesøster samarbeider med helsestasjonslege, skolelege og fastleger. Det er legene som har henvisningsrett til spesialisthelsetjenester. Videre samarbeides det om utarbeidelse og oppfølging av individuelle planer. Helsesøster deltar i helseundersøkelser både av generell

karakter og helt eller delvis målrettede. Screening inngår i dette arbeidet. Helsesøster har også konsultasjoner både individuelt og i gruppe. I individuelle konsultasjoner er helsepersonellens oppgave ”å identifisere elever som har behov for tettere oppfølging, henvisning til utredning og behandling.” (Sosial- og helsedirektoratet, 2004, s.27)

Andre hovedoppgaver for helsestasjon og skolehelsetjeneste er helseopplysning og informasjon, rådgiving og veiledning og tverrfaglig samarbeid. Det skal foreligge rutiner for samarbeid med fastlegene, kommunale tjenester, tannhelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten. Helsetjenesten må samarbeide med skolen om elevenes arbeids- og læringsmiljø. Skolehelsetjenesten skal være et lavterskeltilbud etter ”Åpen dør”- prinsippet.

Tjenestene er et godt utgangspunkt for tidlig identifisering og oppfølging av barn, unge og familier som har psykososiale vansker. Eksempler på slike problemer er ensomhet, mistroivsel, mishandling, overgrep, rusbruk, adferdsavvik m.m. (Sosial- og helsedirektoratet, 2004)

I stortingsmelding 15 (St.meld 15, 2013) påpekes helsestasjons- og skolehelsetjenestens rolle i forbygging og samarbeid om barn og familier der noen er utsatt for eller lever med vold. De kan fange opp voldsutsatte og medvirke til avdekking av vold hos gravide. Tjenestene skal ”bidra til at voldsutsatte får nødvendig hjelp.” (St.meld 15, 2013, s.77)

Arbeid med å revurdere forskriften for helsestasjons- og skolehelsetjenesten er i gang, og det vurderes hvilke krav som skal stilles til tjenestene med hensyn til vold. (St.meld 15, 2013)

I stortingsmelding 15 påpekes det at fastlegen ”møter mange pasienter utsatt for vold og følgetilstander av vold og har ansvar for diagnostikk, behandling og oppfølging.” (St.meld 15, 2013, 76) Fastlegens samarbeidsforpliktelser og henvisningsansvar bemerkes. Det understrekes at

...fastlegens kompetanse på området er av stor betydning for at voldsproblemer skal kunne avdekkes og at de berørte skal få nødvendig oppfølging. Kontinuitet i lege-pasientforhold legger til rette for utvikling av tillitsforhold som ofte er en forutsetning for at voldsproblematikk tas opp. (St.meld 15, 2013, s.76)

Kommunene har ansvar for å sikre befolkningen et tilbud om fastlege og tilgjengelighet til denne tjenesten. De er også ansvarlig for at andre kommunale legeoppgaver blir ivaretatt av fastlegene. Fastlegens arbeid styres av forskrift om fastlegeordning i kommunene. (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2012) Da intervjuene ble foretatt i 2011 og 2012, gjaldt forskrift av 14.april 2000. Denne nye forskriften ble innført 1. januar 2013.

Forskriften regulerer blant annet formål, kommunenes og fastlegens ansvar og definerer funksjons- og kvalitetskrav fastlegeavtaler og fastlegelister.

Fastlegen er ansvarlig for pasienter på egen liste. De skal dekke ”alle allmennlegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og rus for innbyggerne på listen dersom ikke annet er presisert...” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s.3)

Driften av virksomheten skal styres ”i tråd med oppdatert kunnskap og nasjonale faglige retningslinjer” Videre skal fastlegen søke å ha oversikt over innbyggerne på sin liste og drive oppsøkende virksomhet der lege får informasjon som tilsier behov. Legen skal ha en medisinsk koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere. Legen skal samarbeide med relevante tjenesteytere, medvirke til utarbeidelse av individuell plan og ha individrettet forebyggende virksomhet som en del av sin praksis.

Fastlegen skal henvise til spesialisthelsetjenesten og til andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Henvisningen skal være informativ slik at pasientene får god og forsvarlig behandling. Henvisningspraksisen skal styres av forskrifter og lokale samhandlingsavtaler som støtter riktig oppgavefordeling og god samhandling mellom behandlingsnivåene. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012)

1.6 Kvalitetskrav til helse- og sosialtjenester

Nasjonal strategiplan for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015) (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) beskriver seks kvalitetskrav som må ligge til grunn for å kjennetegne tjenester av god kvalitet. Tjenester av god kvalitet kjennetegnes ved at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse, samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt. (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.19)

Kvalitetsarbeid har de siste årene i det vesentlige foregått innenfor tre områder: helhetlige og effektive systemer, faglig/klinisk tilnærming og en mer brukerorientert retning. For å nå kvalitetsmålene, har Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet en veileder hvor praksisfeltets egne anbefalinger ligger til grunn. (Sosial- og helsedirektoratet, 2005)

I Norge er man i gang med å utarbeide kvalitetsindikatorer på enkelte fagfelt, men det er verken utarbeidet eller innført særskilte kvalitetsindikatorer for arbeid med mennesker som har vært utsatt for vold. I Storbritannia har en forskergruppe utarbeidet et forslag til kvalitetsindikatorer for målgruppen. Forskerne Humphreys, Hague, Hester, Mullender, Abrahams og Lowe (heretter kalt forskergruppen) har etter en større kartlegging og undersøkelse av det britiske tilbudet til utsatte for "Domestic violence", utarbeidet kvalitetsindikatorer: "Domestic Violence. Good practice Indicators". De har også lagt til grunn tidligere forskning og praksis.

Med "Good practice indicators", mener forskergruppen: "specific developments which are essential to good practice, that should be aspired to, and which can be used as parameters in evaluations." (Humphreys et al., 2000, s.23)

Indikatorene kan brukes til utvikling og ledelse av tjenester beregnet på voldsutsatte, men har også anbefalinger om tiltak til voldsutøvere som er en del av helhetsbildet, innenfor feltet "Domestic Violence." Selv om de sju første indikatorene omhandler strategiske og operasjonelle utfordringer, inkluderer forskerne også praktiske, operasjonelle aspekter. Den siste av indikatorene, henviser direkte til praksis og det konkrete arbeidet med kvinner og barn.

De åtte kvalitetsindikatorene er: The use of definition of domestic violence, The use of monitoring processes and screening, Good practice guidelines and domestic violence policies, Safety measures and safety-oriented practice, Training, Evaluation, Multi-agency integration and coordination and Specific working with women and children. Innenfor hver av disse indikatorene finnes det en rekke sub-indikatorer som til sammen tar sikte på å skape et helhetlig tilbud på alle nivåer.

1.7 Begrensninger

Voldsfeltet favner vidt. Det berører mange samfunnsområder. Denne oppgavens fokus er helsesøstres og fastlegers erfaringer og oppfatninger av eget arbeid med voldsutsatte jenter og kvinner. Jeg har valgt å drøfte oppgavens funn opp mot kvalitetsindikatorer. Det har gitt en overordnet og helhetlig ramme, men fører samtidig til at fordypning på andre områder må vike.

Jeg har derfor ikke fordypet meg i helsepersonellets mange roller og rollekonflikter (for eksempel både som pasientens hjelper og portåpner og samtidig som samfunnets portvokter og ressursforvalter), ei heller grenseoppgangene rundt taushetsplikt.

Informantene er helsesøstre og fastleger. Pasientgruppen er voldsutsatte tenåringsjenter og kvinner.

Barnevern, politi, familiekontorer, sosialsentre, krisesentre og andre, gjør et betydelig arbeid for voldsutsatte. Deres innsats og nye tiltak er i liten grad berørt og ikke drøftet i denne oppgaven.

2 Metode

Forskning har som formål å innhente vitenskapelig kunnskap. Kunnskap innhentes på flere måter, avhengig av hva slags kunnskap man søker. Det er måten man gjennomfører innhenting og bearbeidelse av materialet som bestemmer om den holder vitenskapelige mål. Hvis man ønsker å samle vitenskapelig kunnskap om noe som lett måles i antall, vil en velge kvantitativ metode. Eksempler på dette er insidens, prevalens, antall behandlede, effekt av ulike behandlingsformer og så videre. Hvis man derimot ønsker å lære mer om hvordan behandling kan oppleves, hvordan en virkelighet kan sees fra ulike perspektiver og at et fenomen dermed kan fremstå forskjellig ut fra ulike synsvinkler, vil en kvalitativ metode være et bedre valg.

2.1 Kvalitativ studie

Kirsti Malterud beskriver kvalitative metoder som ” forskningsstrategier for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres.” (Malterud, 2011, s.26)

Kvalitative studier kan frembringe kunnskap om nyanser og om mangfold.

Det er en forutsetning at man i kvalitative studier skal samle inn og bearbeide materialet på en samvittighetsfull og forpliktende måte, slik at materialet kan beskrives, analyseres, drøftes og presenteres. (Malterud, 2011)

Når det er snakk om kvalitativ forskning, er fenomenologi mer bestemt et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelsen av den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter. (Kvale, Brinkmann, & Anderssen, 2009, s.45)

Edmund Husserl grunnla fenomenologien som filosofi omtrent år 1900. Den er siden videreutviklet gjennom eksistensfilosofi, eksistensialisme og dialektisk tenkning fra å studere bevissthet og opplevelse til også å inkludere menneskers livsverden inkluderts menneskets kropp og handlinger i historisk perspektiv. I dag brukes fenomenologisk tilnærming for å

forstå fenomener innenfor sosiologisk, etnometodologiske, psykologiske og medisinske fagfelt. (Malterud, 2011; Kvale et al., 2009)

I mitt prosjekt søker jeg informasjon om fagpersoners kunnskaper, erfaringer, beskrivelser, vurderinger og råd. Gjennom innsamling av data og analyse av dette materialet, skal jeg søke å forstå de fenomener informantene beskriver. Informantenes materiale må forstås i en helhetlig setting. En kvalitativ metode bygget på hermeneutikk og fenomenologi er derfor valgt i denne studien.

Jeg vil gjennom mitt prosjekt finne ut hvilke erfaringer helsepersonell i førstelinjetjenesten har fått i sitt arbeid med jenter og kvinner som er utsatt for vold. Jeg ønsker også å vite hvem de samarbeider med, likeledes hvordan de tenker arbeidet og samarbeidet kan forbedres. Jeg ønsker å løfte frem informantenes egne beskrivelser av arbeidet sitt i forhold til målgruppen, hvilken hjelp de ønsker å gi og hvem de samarbeider med. Jeg ønsket å finne ut hvilken behandling voldsutsatte kvinner kan tilbys av helsepersonell i førstelinjetjenesten Studien egner seg derfor for kvalitativ analyse.

I studien intervjues helsepersonell. Gjennom å bli intervjuet kan det hende at den som blir intervjuet, blir mer bevisst sitt arbeid og lærer noe om muligheter både for egen utvikling, forbedring av behandling og samarbeid.

2.2 Formalia

Studiens prosjektbeskrivelse ble ferdigstilt i juni 2011. (Vedlegg 3) Den ble deretter godkjent av veileder og mitt studiested NKVTS. Det ble utarbeidet søknad til NSD og samtidig utarbeidet intervjuguide (Vedlegg 7) og ulike brev for å rekruttere informanter. (Vedlegg 4-6). Studien ble godkjent av personvernombudet NSD. (Vedlegg 1-2)

2.3 Inklusjon av informanter

2.3.1 Valg av informanter

Jeg valgte fastleger som informanter til denne undersøkelsen fordi de er den faggruppen som har ansvar for behandling av voldsutsatte kvinner på førstelinjenivå. Jeg bestemte meg også for å snakke med helsesøstre, fordi jeg i tillegg også ønsket fokus på det forebyggende

aspektet. Helsesøstrene treffer både store grupper med ungdommer uten spesielle helseproblemer, og ungdom som har det vanskelig helsemessig eller sosialt. Disse to faggruppene er etter min oppfatning, de to som det er lettest å komme i kontakt med for den enkelte pasient, og som skal yte tjenester til hele befolkningen.

Under inklusjonsarbeidet, ble jeg spurt av ledende helsesøster i en bydel, om min invitasjon også kunne gå også til jordmødre i førstelinjetjenesten. Jordmødre i førstelinje utfører helsekontroller av gravide og de ville kunne gi et ytterligere supplement til kunnskap på dette feltet. Det sa jeg ja til. Det var forøvrig ingen jordmødre som takket ja til å delta.

2.3.2 Hvor og hvordan finne informanter?

Jeg forsøkte å finne informanter fra en bydel i Oslo. Bydelen er en del av det området som betjenes av det distriktpspsykiatriske sentret jeg arbeider ved. Jeg kjenner bydelen godt og det vil være mulig for å bringe inn resultater fra undersøkelsen i videre arbeid på senteret. Ulempen er av etisk karakter. Forskning på egne mulige samarbeidspartnere kan føre til problematiske situasjoner og måtte drøftes med de som ble inkludert.

Bydelen har en ganske gjennomsnittelig populasjonsfordeling sammenlignet med gjennomsnittet i Norge. Jeg kontaktet bydelen og studerte deres nettsider. Jeg innhentet informasjon om de planer og prosjekter de har for psykisk helse og arbeid med barn. De opplyste at de ikke hadde noen spesielle prosjekter eller tiltak i forhold til målgruppen.

Jeg sendte i september 2011 en forespørsel som gikk parallelt til bydelsoverlege og bydelsdirektør (Vedlegg 4). Bydelsdirektøren er øverste arbeidsgiver for helsepersonell ansatt i bydelen. Bydelsoverlegen er bindeleddet mellom bydelen og fastlegene som alle driver egen virksomhet. Jeg fikk ingen tilbakemelding og ringte flere ganger til bydelens sentralbord uten å få snakke med de aktuelle personene. Jeg ble anbefalt å oppgi epost - adressen min. Jeg fikk da raskt svar fra bydelsdirektøren som anbefalte studien og videresendte anmodningen internt i bydelen.

To helsesøstre ble inkludert. Det viste seg at forespørselen via bydelsoverlegen ikke hadde nådd fastlegene. Jeg sendte derfor brev med forespørsel direkte til ni legekontorer i bydelen. Det kom et skriftlig avslag. Tiden gikk og jeg ble bekymret for om det ble mulig å gjennomføre undersøkelsen innenfor de tidsrammer jeg hadde.

Jeg bestemte meg for å utvide mitt utvalg til også å gjelde leger/helsesøstre som hadde arbeidet, eller arbeidet i samme sykehussektor som utgangsbydelen, og som dermed hadde kjennskap til mange av de samme spesialisthelsetjenestene.

Jeg tok direkte telefonisk kontakt med to fastleger som jeg hadde arbeidet sammen med for ca 15 år siden. En svarte ja til å delta i undersøkelsen.

Inspirert av responsen på direkte kontakt, kontaktet jeg ytterligere to tidligere kollegaer som hadde arbeidet i samme distrikt. De takket ja til å delta. Den siste informant ble kontaktet og inkludert etter anbefaling fra en av de andre informantene.

Jeg har truffet flere av informantene i faglig sammenheng tidligere. Jeg har ikke noe systematisk samarbeid med noen av dem og har aldri hatt privat kontakt.

2.3.3 Informantene

Jeg endte opp med tre fastleger og tre helsesøstre som informanter. Alle er kvinner. De tre fastlegene har valgt å ha minst et halvt år av sin spesialistutdanning i psykisk helsevern. To av disse fastlegene har meget lang erfaring som fastleger. En har kortere erfaring i allmennpraksis, men lengre erfaring fra psykisk helsevern.

Alle tre helsesøstre har alle svært lang og bred erfaring fra ulike helsesøstervirksomhet. Informantene arbeider i fire ulike bydeler som er tilknyttet tre ulike distriktpsikiatriske sentre.

2.4 Intervjuene

Samtalen er utgangspunktet for intervjuet. Mennesker omgås hverandre og samtalen er helt grunnleggende i vårt samspill. Det er gjennom samtalen vi kommuniserer om det praktiske i livet og om hverandre, hva vi føler, mener og synes. Et forskningsintervju er en utvidelse av hverdagssamtalen der forskeren forsøker å forstå verden sett fra intervjupersonenes side. Intervjusamtalene har en hensikt og struktur, de er spørrende og lytteorientert. Forskeren søker informantenes erfaringer og å forstå deres livsverden forut for vitenskapelige forklaringer. Kunnskapen som fremkommer avhenger av den sosiale situasjonen og at man aktivt sammen skaper kunnskap. Det er avhengig av forforståelse, stemning og forskerens evne til å skape en trygg situasjon der den intervjuede føler seg fri til å ytre seg. En god

intervjusamtale er en prosess. I boken ”Det kvalitative forskningsintervju” beskrives intervjuet som ”en aktiv kunnskapsproduksjonsprosess” der intervjueren og den intervjuede sammen produserer kunnskap. Forfatterne mener at det i et kvalitativt forskningsintervju ”skjer en samtalebasert erkjennelsesprosess som er intersubjektiv og sosial.” (Kvale et al., 2009, s.37)

Intervjuet preges av det aktuelle fagfelt og den eventuelle felles forståelse forskeren og den intervjuede har, av fagfeltet og hverandres posisjon. Selv om intervjusamtalen er preget av tosidig samtale, må en bemerke det særskilte ved forskerens makt, både i form av å stille spørsmål, definere funn og å anvende resultatet.

2.4.1 Semistrukturert forskningsintervju

Jeg valgte å utarbeide en semistrukturert guide fordi jeg ønsket å få informasjon om informantenes egne perspektiver på temaer fra deres daglige yrkesliv. Det var ønskelig å få informantenes beskrivelser av de aktuelle fenomenene og høre deres fortolkning av disse. En semistrukturert intervjuguide gir mulighet til å føre en åpen, nærmest dagligdags samtale og til å henlede på de aktuelle temaer. Intervjuet inkluderte også en sekvens der jeg ba informantene beskrive fenomenene i narrativ form, konkret i form av en god behandlingshistorie. (Kvale et al., 2009)

2.4.2 Intervjusamtalene med helsepersonellet

Informantene var forberedt på at intervjuet ville ta ca en time og at jeg ønsket å ta det opp på lydbånd. Tid og sted for intervjuene ble valgt av informanten. Fem av intervjuene foregikk på informantenes arbeidsplass, mens det siste intervjuet foregikk på mitt kontor ved den avdelingen jeg er ansatt.

Intervjuene ble gjennomført som planlagt. Før selve intervjuet startet, snakket vi kort om vold, hva det er eller kan være. Våre konkrete roller i helsevesenet ble også snakket om. Intervjuguiden ble fulgt. Hvis samtalen naturlig gled over i et annet relevant tema, lot jeg den gjøre det. Jeg gikk heller tilbake til guiden senere i intervjuet. Samtalene gled naturlig over fra et tema til det andre, fra det ene spørsmålet til det neste og i etterkant tenker jeg at guiden var godt bygget opp.

Intervjuene varte fra ca 45 minuttet til 75 minutter. Personlig stil i måten å fortelle på, og hvor mange eksempler informantene trakk inn, var det som varierte. Informantene ble oppfordret til å komme med eksempler for å få frem deres erfaringer.

2.4.3 Transkribering og gjennomlesning.

Hvert intervju ble transkribert like i etterkant av intervjuene. Under transkriberingen ble setningene gjort meningsbærende. Det ble laget hele setninger. Pauser og småord er ikke med i de endelige utskriftene av materialet.

Materialet ble deretter på nytt gjennomlyttet samtidig som den transkriberte teksten ble gjennomlest. Jeg opplevde at lydopptak av intervjuet stemte godt med det transkriberte materialet. Ved senere gjennomlesning opplevde jeg at ”jeg hørte informantens stemme”. Intervjuene ble merket med bokstavene fra A til F og sidenummerert slik at informasjonen og originaluttalelsene kunne kontrolleres senere i analysearbeidet.

2.5 Analysearbeidet

Analyseprosessen er inspirert av Systematisk tekstanalyse. Metoden er valgt fordi den er et redskap for tverrgående analyse og den egner seg til utvikling av beskrivelser.

Metoden bygger på Giorgis fenomenologiske analyse og Grounded Theory og er videreutviklet av Malterud. Giorgis analyse er en prosedyre ”der analysen gjennomføres i fire trinn: 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsbærende enheter, 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene, og 4) å sammenfatte betydningen av dette.” (Malterud, 2011)

2.5.1 Hva handler dette om?

Intervjuguiden har allerede i utgangspunktet gitt temaer og enkelte kategorier. Jeg leste gjennom materialet først for å kvalitetssikre transkriberingen og deretter for å få et helhetsinntrykk og inntrykk av hva det handler om, hvilke temaer finnes her.

Det store spørsmålet er: Hvordan sortere dette materialet uten ”å miste noe vesentlig” og uten å gå seg vill i detaljer?

2.5.2 Hver enhet - sin farge – første koding

Noen temaer var tydelige allerede fra start av. De var gitt ut fra det jeg hadde spurt om i intervjuguiden. Eksempler på dette er spørsmål om behandling, samarbeid, kvinnens bidrag og spørsmål om retningslinjer. Jeg leste intervjuene på jakt etter flere meningsbærende enheter, eller sagt på annen måte, tekst som på noen måte kunne belyse mine kodegrupper. Det ble mange ni enheter som fikk hver sin fargekode:

Relevans- erfaring – hyppighet/Avdekke vold. Stikkord: kjennetegn- helseproblemer – komme selv- overrasket? Ditt viktigste bidrag/ Henvist fra – til – samarbeid/ Profesjon – plass i systemet – rolle/ Oppdatering – læring veiledning /Behandling: akutt - pågående – etter lang tid/ Henvist til/ Retningslinjer – prosedyrer/ Kvinnenes bidrag.

Konkret samlet jeg enhetene i kodegrupper ved å opprettet en datafil for hver kategori. Jeg gjennomførte samtidig en ny seleksjon og valgte jeg bort uttalelser som ikke tilførte noe nytt.

Malterud beskriver kodeprosessen for systematisk dekontekstualisering. Kodet tekst hentes ut fra helheten og plasseres sammen med beslektede tekstelementer.(Malterud, 2011)

2.5.3 Fra enhet til kategori – og videre analyse

I utgangspunktet hadde jeg to hovedtemaer. Hva gjør informantene? og Hvem samarbeidet de med? Datamaterialet ble gjennomgått for å finne hovedkategorier. Jeg utførte dette arbeidet ved å skrive ut hver enkelt enhetsfil slik at jeg fikk dem i papirform. Jeg gikk igjennom papirutgaven og markerte med blyant uttalelser eller beskrivelser som jeg mente enten var utvidende eller berikende, eller som var representative for det alle informantene uttrykte. Sitatene ble klippet inn i nye datafiler i nye kategorier. De fleste falt naturlig inn i fire hovedkategorier: Hvordan kom informantene i kontakt med kvinnene? Hvilken behandling gir de? Hvem samarbeider de med og hvordan fungerer det? Forbedringsmuligheter?

På dette tidspunktet i analyseprosessen ble det ble nødvendig å skille ut ”henvist fra” fra sin opprinnelige kategori for at å kunne sorteres innefor en av de fire kategoriene. De ble deretter sammenfattet. Enkelte avsnitt passet inn i flere kategorier. I følge Malterud (Malterud, 2011) kan det bety for vide kategorier eller indikere noe annet. Etter gjennomgang av materialet på nytt, ser jeg at det særlig er der informantene beskriver handling, det kodes i flere kategorier. Jeg vurderer at det er et funn, informantene gjør flere ting på en gang, samtidig som

kategoriene er for vide. Jeg gikk systematisk gjennom funnoversikten og plukket ut de viktigste utsagnene. Disse ble formulert i meningsfulle setninger. Det ble i alt 50 utsagn som igjen ble kategorisert i fem nye kategorier med arbeidstitler:

- Et godt forløp?
- Hva kan bli bedre?
- Hjelperens utfordringer
- Et uforutsigbart system?
- Forebyggende arbeid

Funnene presenteres i eget kapittel i oppgaven under de fem kategoriene etter en innledning.

2.5.4 Drøfting

Jeg har ønsket å måle funnene mot kvalitetsindikatorer. I mangel på norske indikatorer på dette feltet, har jeg valgt å systematisere og analysere funnene sortert etter forskergruppens utkast til ”Gode praksisindikatorer” (Humphreys et al., 2000). Jeg ønsket å se funnene i lys av relevant forskningslitteratur innhentet både ved systematisk søk, egne søk og anbefalinger fra fagpersoner, og å drøfte funnene opp mot helsepolitiske dokumenter. Dette gjøres innenfor hver enkelt av de åtte indikatorene.

Til slutt sees studien i lys av kvalitetsindikatorer presentert i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helsetjenesten (2005-2015) (Sosial- og helsedirektoratet, 2005)

2.6 Etikk

Studien er godkjent av Personvernombudet NSD (Vedlegg 1). Det er godkjent forlengelse av oppbevaringstid fordi prosjektet tok lengre tid enn forventet (Vedlegg 2).

Deres krav til personvern er fulgt. Personopplysninger som lydopptak og andre data, er oppbevart etter forskriftene. Hensynet til anonymisering er ivaretatt.

Informantene undertegnet erklæring der de ga samtykke til å delta. De var orientert om prosjektet, hva deltagelse ville innebære og om at de når som helst kunne trekke seg fra studien (Vedlegg 6).

2.7 Styrker og svakheter ved studien

Hvordan en kvalitativ studies reliabilitet og validitet vurderes, er stadig til debatt. Hvorvidt mitt arbeid er til å stole på, er relevant og om det har en overførbarhet, er avhengig av flere faktorer. Gjennom å beskrive min forskerrolle og å være konkret i beskrivelsene av selve arbeidet gjennom hele prosessen, søker jeg å gi innsyn i hva dette temaet handler om, hvorfor jeg har søkt mer kunnskap og hvordan intervjuene og analysen er utført. Jeg vil først si noe om min forskerrolle, deretter om overføringsverdi.

2.7.1 Min forskerrolle i dette prosjektet

Informantene og jeg har felles fagfelt: Helse, medisin, sykepleie og behandling. Vi har også til felles at vi på hver vår kant av behandlingsnettverket, treffer voldsutsatte kvinner. Informantene, helsepersonellet treffer dem på jobb i førstelinjetjenesten, mens jeg treffer voldsutsatte kvinner på psykiatrisk legevakt og på psykiatrisk poliklinikk.

Sykepleiere og leger har i tillegg til akademisk kunnskap, også et håndverksfag der mye såkalt "taus kunnskap" overføres fra mester til elev og mellom faggrupper i sykehus. Vi har alle truffet svært mange pasienter, i ulike faser av livet, med ulike tilstander og på ulike steder i behandlingsapparatet. Vi er vant til å kartlegge ved å observere og å innhente anamnesetiske opplysninger.

Det særlige behovet for sensitivitet i samtaleform og væremåte, knyttet til avdekking og behandling av mennesker utsatt for traumer, og vold i særdeleshet (beskrives senere i oppgaven), forekommer meg som både uttalt men også som forforstått under intervjuene.

Vi har noe felles, men også noe som skiller. Jeg arbeider i spesialisthelsetjenesten. Kan det bety at informantene kan føle seg bundet til ikke å si det de mener? Eller kan det kanskje bety at de nettopp vil komme med innspill, for at jeg skal være budbringer?

Et annet spørsmål er, om jeg er så nært dette feltet, at jeg ikke ser hva studien virkelig dreier seg om?

Samtidig er det slik at å forstå, vite hva noe består av, og prøve å se det i en helhet, som er det kvalitative forskningsintervjuets mål, er avhengig av forståelse for fagfeltet. (Malterud, 2011)

Nielsen og Repstad (Nielsen & Repstad, 2012) skriver om forskning i egen organisasjon. De beskriver ”den rene forskerrolle” i samfunnsvitenskapen, som en fiksjon. Forskeren vil alltid defineres som en fagperson, et medmenneske, usympatisk eller god likt, uavhengig om man arbeider i samme organisasjon eller ikke kjenner hverandre.

Jeg arbeider ikke i samme organisasjon som informantene, men vi befinner oss i det samme behandlingssystemet. Innspill til refleksjon fant jeg hos Nielsen og Repstad. (Nielsen & Repstad, 2012). Fordelen med å forske på eget fagfelt er det er engasjerende, det er noe jeg ønsker for pasientene mine og meg selv. Jeg ser svakheter i behandling og samspill som jeg ikke forstår årsaken til, og lurere på hva som kan gjøres bedre. Om et slikt engasjement er positivt, avhenger av at man arbeider mot et felles mål. Jeg opplever at vi arbeider for et felles mål, nemlig god behandling og bedre samhandling. Engasjementet kunne vært negativt, hvis man på forhånd hadde søkt spesielle svar og har en fastlåst forforståelse.

Jeg kjenner godt til de ytre rammene for behandlingsskjedene og kan mye om ulike behandlingstilbud, hva de står for og hvordan man kan benytte dem. Det er en fordel. Samtidig befinner informantene seg i fire ulike bydeler og tilhører tre ulike sykehussektorer, så fordelen av å ha oversikt over hele organisasjonen, har jeg ikke. Jeg kan språket, det såkalte ”stammespråket”. Det er en fordel, men ulempen er altså at ting blir underforstått, eller underkommunisert. Det kan gå begge veier, at jeg tror de intervjuede kan og vet, eller at de tror jeg kan og vet.

Råd fra Nielsen og Repstad (Nielsen & Repstad, 2012) på dette området er: Vær bevisst på egne motiver, personlige og karrieremessige og egen forforståelse. Sett funnene inn i en teoretisk forståelse. Still spørsmål ved alt og særlig der en finner gehør for egen oppfatning, diskuter, snakk med andre, overvei grundig ulike alternative forståelser, bruk gjerne objektive indikatorer.

Det er ikke uvanlig at ulike forskere ser ulike ting i det samme materialet. Jeg ser det jeg ser, med min bakgrunn, min forforståelse og i kraft av å være den personen jeg er. Jeg har forsøkt

å være meg fallgruvene bevisst, og tenker at særlig på feltet ”taus kunnskap” og forventet kunnskap hos den andre eller hos meg, er det er mest sannsynlig at noe har glippet. Valget om å ha et folkehelseperspektiv er et bevisst valg, selv om det altså gir meg en veldig nærhet til stoffet.

Refleksjon over prosjektet og kanskje mest en bekymring om jeg virkelig så det jeg burde eller skulle se, har gitt begrepet ”tvil” en ny dimensjon for meg. I en andaktsbok fant jeg Størksens refleksjoner om tro og tvil overført til dagligliv og forskningsarbeid. Han skriver blant annet at man bør ha respekt for tvil som metodisk verktøy. Tvilen overvåker det man tror på. Underveis er det fristende å gi opp, ”men så er det dette ukjente der fremme et sted. Til slutt graver man frem ny kunnskap som har ligget under lag på lag med tvil”.(Størksen, 2005)

2.7.2 Gyldighet – overførbarhet

Malterud (Malterud, 2011) skriver at når alt kommer til alt, er gyldigheten av kunnskap avhengig av om noen kan bruke den til noe. Vil mitt prosjekt komme noen til nytte?

Det er det først og fremst opp til andre, til de som kan ønske eller har bruk for denne kunnskapen, å vurdere. Jeg har forsøkt å gi et tilstandsbilde slik at informantenes erfaringer og anbefalinger sees i lys av kunnskap. Funnene er systematisert og drøftet mot kvalitetsindikatorer. Dersom dette kan sies å være dekkende for situasjonen andre steder, eller gi andre innspill eller ideer, kan kunnskapen kanskje komme til nytte.

Andenæs (Andenæs, 2000) har skrevet om ringvirkninger og gjenbruk av resultater fra en kvalitativ undersøkelse. Hun skriver at arbeidet med generalisering ligger i to spørsmål som først kan besvares etter at undersøkelsen er utført. Første spørsmål, dreier seg om resultatene, deres form og innhold. Andre spørsmål dreier seg om mottakerne av resultatene. Det må diskuteres hva resultatene kan føre en til. Hun avslutter kapitelet med å skrive:

Å tydeliggjøre resultatene, deretter argumentere for deres troverdighet og endelig lage presentasjoner der en tar hensyn til de eksisterende diskurser på feltet, vil øke sjansen for at både tilstandsbilder og forståelsesmodeller treffer mottakerne, og kan tas i bruk. At de oppleves som relevante - og kan generaliseres. (Andenæs, 2000, s.318)

3 Helsepersonellets erfaringer fra møter med voldsutsatte kvinner

I dette kapitlet presenteres studiens funn. Innledningen, relevans og hyppighet, dreier seg om hvilken erfaring helsepersonellet har med problemstillingen. De neste avsnittene inneholder funnene sortert innefor de fem hovedkategoriene.

3.1 Relevans og hyppighet

Helsesøstre anslår at de treffer voldsutsatte kvinner fra 1-6 ganger i året. Det avhenger av hvilken arbeidssituasjon/hvilket tilbud de til enhver tid er tilknyttet. Helsesøster på barnetrinnet treffer voldsutsatte barn. De faller utenfor aldersgruppene for denne studien. Samtidig opplyser informantene at de blir oppmerksom på, og fanger opp voldsutsatte mødre via deres barn. Helsesøstre på ungdomstrinnet og på videregående skole treffer voldsutsatt ungdom. Gjennom helsestasjon for ungdom kommer både helsesøstre og fastleger i kontakt med voldsutsatt ungdom. En av informantene følger opp barn og familien i en barneverninstitusjon. Informanten anslår at omtrent halvparten av kvinnene der har vært voldsutsatt, og at det er en av årsakene til at de mottar et sammensatt psykososialt tilbud.

Fastlegene i utvalget opplyser at de treffer voldsutsatte kvinner 1-3 ganger i måneden, altså hyppigere enn helsesøstre. Helsepersonellet opplever ikke dette som en dagligdags problemstilling. De opplever oftest at jentene/kvinnene har vært utsatt for lettere vold og enkeltepisoder.

3.2 Et godt forløp?

Forløp defineres som ”den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse – og omsorgstjenestene. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov.” (St.meld 47, 2009, s.15)

De voldsutsatte kvinnenes viktigste bidrag er, i følge helsepersonellet, å forteller om volden, få volden ut av det skjulte, ta i mot hjelp og å stå i den vanskelige prosessen.

3.2.1 Å få volden fram i lyset

Et godt forløp for voldsutsatte pasienter er helt avhengig av at volden avdekkes.

Helsepersonellet sier at dette kan være vanskelig. ”Man kan jo ikke se det på folk,” sier en av fastlegene. De forteller at de stort sett er avhengig av at kvinnene selv tar kontakt for å fortelle om vold, selv om de også blir orientert om voldsutsatte kvinner via andre.

Helsepersonellet opplever seg som tilgjengelig og de mener det er særlig viktig for å komme i kontakt med denne pasientgruppen. Helsesøstre tilstreber å ha en åpen dør.

Helsepersonellet opplyser at de oftest blir oppmerksom på vold og overgrep ved at jentene og kvinnene selv tar kontakt med dem. Kvinnene kommer både for å dokumentere volden, for å få hjelp med fysiske og psykiske plager og for å bli henvist/fulgt videre.

Kvinnene forteller både om helt aktuelle og tidligere voldserfaringer. Dette gjelder både direkte etter overgrep og der overgrep pågår over tid. Det er ikke alltid et tema helt i begynnelsen, men et tema som kommer opp når man blir bedre kjent. En samtale om P-piller og seksualitet, kan gi innpass for å snakke om ulike hendelser i livet. En av helsesøstre opplever at det er et økende antall som kommer for å snakke om vanskelige ting. En helsesøster forteller at det ikke alltid er slik at den som tar kontakt kommer fordi de opplever seg som voldsutsatt, men mer fordi de opplever at noe i livet er ubehagelig som de vil snakke om. Unge kvinner kan være usikre på om de har gjort noe galt, og om volden de har vært utsatt for dermed kan være deres skyld. De finner ofte forklaringer på hvorfor det skjer, og da ofte ting som de kunne gjort annerledes. Helsesøster forteller:

Det kan også være jenter som forteller om kjærester som bruker både fysisk og psykisk makt. Og trusler, ja, de blir «bundet» i en frykt for at kjæresten skal bruke fysisk makt. Det er ikke så mange som har blitt direkte slått, men det er mer dytting, brå bevegelser og lignende. Maktbruk generelt.

De blir gjort oppmerksom på noen voldsutsatte kvinner via skole, sosialkontor, barnevern og pårørende. Svært sjelden blir de orientert om de voldsutsatte kvinnene via overgrepsmottak eller krisesenter. En av helsesøstrene forteller at det kommer en del anonyme henvendelser. Det er av og til vanskelig å spore opp hvem det gjelder, og at det i noen tilfeller ikke lar seg avdekke – på tross av ”detektivvirksomhet”.

Skolene henviser elever i varierende grad. Ulikhet i skolens kultur, oppfattes av informantene som viktigste årsak til dette. To av helsesøstrene forteller at de stadig får elever henvist av lærere og at lærere søker råd/veiledning ved psykososiale eller helsemessige vansker. En av helsesøstrene får aldri bekymringsmeldinger fra skolen om enkeltelever. Det er skolens ledelse som har uttrykt at de ikke vil ha slikt samarbeid. Det har hittil ikke lyktes helsesøsteren å endre denne tradisjonen.

Når helsepersonellet har fått informasjonen indirekte eller fanger opp et signal som gir dem mistanke om vold/overgrep, bringer de selv temaet inn i samtalen. Helsepersonellet oppfatter det ikke som ubehagelig å spørre om vold. Informantene tror heller ikke at pasientene generelt misliker å bli spurt om vold. Det kommer an på måten man spør på. De opplever imidlertid at de ikke alltid får svar. De opplever oftere benektelse enn bekreftelse. Dette kan skyldes at de spør mange som ikke er voldsutsatt, men også at enkelte voldsutsatte er for redde, ikke klarer eller ikke er rede til å fortelle om vold.

Både fastlegene og helsesøstrene tilstreber å skape en trygg samtalesituasjon, vise interesse, lytte, ha tid og stille både åpne og lukkede spørsmål. Målet er å skape en tillitsfull relasjon. De legger til rette for å snakke om hvordan man har det, følelser og hendelser i livet. De mener det er grunnlaget for all kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell, men spesifiserer at dette er særlig viktig for pasienter som er i en sårbar situasjon. Særlig gjelder dette voldsutsatte som informantene har erfart, ofte er preget av skam, skyldfølelse og lav selvtillitt. Informantene er spurt om hva som gir dem mistanke om at noen er utsatt for vold, hva de ser etter og hva de har erfart kan være indikasjoner på vold.

Helsepersonellet er generelt opptatt av hvordan elevene/pasientene har det. De spør først generelt. En helsesøster forteller:

Jeg har veldig magesfølelse for hvordan personer tar kontakt med meg. Jeg bruker tid på det, jeg ser folk i øynene, og spør hvordan de har det, og om det har skjedd noe spesielt siden sist. Disse spørsmålene stiller jeg alltid i begynnelsen av samtalen, og ikke mot slutten.

Informantene forteller at de stiller spørsmål når de ser skader de ikke finner en god forklaring på. Det kan være ”blåveiser”, blåmerker, sår, vridningsskader eller brudd. De stiller spørsmål når noen kommer med solbriller på en overskyet dag.

Helsepersonellet er særskilt oppmerksomme på følgende plager når de skal avdekke vold: Skader uten god forklaring, muskel/skjelettplager, ulike smertetilstander, underlivsplager, generell misnøye, nedsatt konsentrasjon, initiativløshet og ved symptomer på angst, depresjon, spiseproblematikk og rusmisbruk. Likeså er de oppmerksomme på forsøk på å kamuflere, skjule skader og ved forespørsel om sykmeldinger uten god forklaring.

Informantene mener man må være oppmerksomme på særskilte gruppers spesielle behov og nevner innvandrerkvinner og kvinner i en vanskelig psykososial situasjon.

Helsepersonellet beskriver vold i nære relasjoner som skambelagt og isolerende. De strekker seg for å nå kvinnen, inviterer alltid tilbake, tar selv initiativ til ny kontakt og tar gjentatt kontakt dersom det er nødvendig. En av informantene forteller at hun i tillegg til ny avtale, alltid avtaler at hun skal ringe i løpet av et par dager etter avdekking av vold.

3.2.2 Behandlingstiltak

Behandlingstiltakene helsepersonellet iverksetter for voldsutsatte kvinner bygger på relasjon, og samtalen er hovedverktøyet.

Innholdet i behandlingen styres av kvinnens tilstand og behov. Helsepersonellet arbeider både forebyggende, med akutte tilstander og med tilstander som vedvarer og har vedvart over tid. De befinner seg altså mange steder i forløpet og tiltakene endres deretter.

Informantene forteller at de alltid først tenker behov for akutt hjelp og sikkerhet. De kartlegger deretter behov før de forsøker å finne fleksible, gode løsninger på pasientens problemer.

Informantene opplyser at de aller fleste som er utsatt for alvorlig vold eller overgrep, som oppsøker helsevesenet umiddelbart etter hendelsen, oppsøker overgrepsmottaket, allmennlegevakt eller fraktes i ambulanse til sykehus. Noen oppsøker politiet direkte og blir derfra hjulpet til legevakten. Fastleger har erfaring med legevaktstjeneste og to av dem forteller at de både i den sammenheng og i egen praksis, har opplevd at kvinner kommer for å dokumentere vold. De beskriver da det de ser. En av legene har tenkt at hun burde hatt et kamera på kontoret for å kunne dokumentere bedre. En fastlege forteller at når hun får kontakt med en voldsutsatt kvinne i legevaktssammenheng, sender hun alltid informasjon til pasientens egen fastlege fordi hun vil sikre at kvinnen får oppfølging. Helsesøstre har erfaring med å følge pasienten til legevakten/overgrepsmottak for medisinsk behandling og sporsikring.

Jeg har hatt jenter som har kommet og fortalt at det skjedde dagen før. Da tar jeg dem med på voldtekstmottaket for å sikre spor, og enkelte saker har blitt anmeldt. Da har jeg noen ganger fulgt dem opp igjennom hele saken. Man må passe på at de får hjelpen de skal ha, så de ikke ramler ut av systemet. Ofte har de vært over 18 år, og da er det jo helt opp til dem.

Dersom kvinnen oppsøker legen en tid etter et seksuelt overgrep, og ikke har vært til medisinsk behandling, tar fastlegene de nødvendige prøver med hensyn til smittsomme sykdommer og iverksetter profylaktisk behandling.

Informantene er samstemte i hva de tilbyr. Etter vurdering av tiltak ved behov for akutt legehjelp/medisinsk behandling, er det sikkerhet for den utsatte og eventuelle barn, som kommer først. Det kan være behov for krisesenter, politi og/eller barnevern. Dersom det ikke er barn involvert, er videre tiltak avhengig av kvinnen. Informantene sier de oppmuntrer til, motiverer for og rettleider voldsutsatte kvinner til å oppsøke hjelpetiltak og ta i mot aktuelle tilbud. Informantene bruker mye tid på motivasjon og støtte.

I første fase opplyser informantene at de starter dialog om hva som har skjedd for å finne ut hva dette handler om. De tar hensyn til alder på fornærmede og type vold/overgrep. De kartlegger, lytter, hører på historien og forsøker å motivere uten å presse for meget. De inviterer alltid tilbake til samtale.

Mange ganger er det lettere å tenke konstruktivt neste dag, sier en av informantene. En mener at det viktigste er å henvise eller sørge for at det blir henvist, slik at aktuelle instanser bringes inn. En annen sier at når trygghet og sikker bolig er etablert, er det viktig å lage en langsiktig plan og tilby oppfølgingssamtaler. De fleste av informantene mener disse bør skje hos noen med spesialkompetanse, enten ved distriktpspsykiatrisk senter, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, privatpraktiserende psykolog eller ved selvhjelpsorganisasjoner som Dixi (DIXI Ressursenter for voldtatte, 2013)

De fleste av informantene tilbyr et parallelt tilbud. Enkelte voldsutsatte ønsker ikke å bli henvist videre, får avslag på henvisning til spesialistbehandling eller er misfornøyd med spesialisthelsetjenesten. Da tilbyr informantene samtalebehandling. Flere av informantene uttrykker at de gjør ”det beste ut av det”, og de tenker at enhver god samtale har terapeutisk effekt. Helsepersonellet gir også behandling mens pasienten venter på tilbud i spesialisthelsetjenesten, som ofte har lang ventetid. Ventetid på 2-3 måneder er for lang tid for denne pasientgruppen, mener de.

Samtalene er ofte ”her og nå – orientert” med formål å lindre plager, forstå symptomene, avdekke hva som hemmer den voldsutsatte i livet, fokusere på den utsattes ressurser slik at vedkommende klarer dagliglivet. Fokuset er håp og fremtid, og målet er et normalt liv.

Samtalene kan også være fokusert på mer eksistensielle spørsmål. En av informantene sier at det viktigste helsepersonell kan gi, er sin tid og være en samtalepartner. Informantene mener at denne typen traumer tar lang tid å bearbeide og tålmodighet kreves.

Helsesøstrene har opplæring i ulike metoder. I denne sammenhengen trekker de frem ”Utviklingsfremmende samtaler” en systematisk samtalem metode som de benytter generelt og som de mener gir gunstig effekt også i forhold til denne problematikken. (NAPHA., 2012)

Informantene opplever at voldsutsatte ofte har dårlige selvfølelse, nedsatt selvtillitt, behov for hjelp til å se andre muligheter, trenger hjelp til å tenke annerledes om seg selv og egen verdi. De trenger hjelp slik at de kan bli sterkere, og de må få en opplevelse av at de kan klare seg selv, før de kan endre livene sine. Informantene opplever særlig at kvinner som har vært vant til å leve i langvarige voldelige forhold, trenger denne type hjelp. Informantene opplyser at de ser at vold og overgrep ofte kan føre til relasjonelle vansker både generelt og i kjærlighetsforhold. Dette ser de særlig der volden har pågått over tid.

Personellet tilbyr medisinsk behandling, psykososiale tiltak og etablerer samarbeid med andre. Videre avdekker helsepersonellet behov for andre tjenester enn dem de selv kan gi (i kommunene og spesialisthelsetjenesten) og de henviser til dem.

Behandlingshistoriene helsepersonellet forteller, viser bredden og kompleksiteten i praksis. De kjennetegnes av relasjon, psykososial støtte, samarbeid, fleksibilitet og kontinuitet over lang tid.

Helsepersonellet ønsker seg retningslinjer og behandlingslinjer for hvordan de selv best kan hjelpe voldsutsatte kvinner. Behandlingslinjene bør inkludere alle tiltaksnivåer, mener de.

Helsepersonellet trekker frem både geografisk, praktisk og emosjonell nærhet som deres vesentligste fordel. Helsesøstrenes fremhever kombinasjon av regulære helsekontroller og ”den åpne dørs politikk” og det at hun samtidig markedsfører sine tjenester både ved kontrollene og i skolen. Noen ganger stikker elever innom flere ganger før de tør be om hjelp, ”...akkurat som de må sjekk om vi er til å stole på”, sier en helsesøster.

Helsepersonellet mener at de har generell tillit i befolkningen. De mener imidlertid at individuell tillit må bygges over tid. Helsepersonellet mener også at taushetsplikten og at de av befolkningen generelt oppfattes som til å stole på og ”ufarlige”, gjør dem lettere å komme til dem.

Helsepersonellet mener også at det er en stor fordel at de kan gi et sammensatt og fleksibelt tilbud gjennom hele forløp. De tenker at deres eget viktigste bidrag er egen kunnskap og erfaring.

Helsepersonellet opplever at det både er interessant og utfordrende for dem selv er å klare å oppnå kontakt og etablere en relasjon. Flere informanter understreker betydningen av erfaring og kjennskap til behandlingsapparatet som vesentlig.

3.3 Et uforutsigbart system?

Alle informantene har mange samarbeidspartnere. Helsesøstrene har samarbeid som en daglig arbeidsform og har et stort samarbeidsnettverk, betydelig større enn legene. Informantene

henviser til og samarbeider med både offentlige tjenester og ulike private aktører. Samleliste over samarbeidspartnere ligger vedlagt (Vedlegg 8).

Informantene opplever ganske ofte at samarbeid er personavhengig og tjenestestedsavhengig.

Fastlegene opplever å bli glemt av andre tjenestesteder ved ansvarsgruppemøter. De blir sjelden innkalt og får sjelden referat selv om de skal behandle pasienten videre. Både helsesøstrene og fastlegene opplyser at de generelt får for lite tilbakemelding og epikriser.

Helsepersonellet mener at det er for høy terskel, for lang ventetid til - og for dårlig kommunikasjon med spesialisthelsetjenestene, i sær voksenpsykiatri. Helsepersonellet forteller at de kan henvise voldsutsatte til somatisk oppfølging, men at det ikke finnes det samme tilbudet for psykiske lidelser. De opplever da at de blir sittende med pasienten som etter deres mening, skulle hatt annen behandling. Dette fører også til redusert kapasitet hos dem selv. Helsepersonellet ønsker at psykisk helsevern skal være mer tilgjengelig for voldsutsatte. De opplever at disse pasientene "ikke er syke nok" til akutt behandling, og at de må vente altfor lenge på behandling. Det oppleves som et tankekors at DPS ikke har akutte timer til de av pasientene som ikke er akutt suicidale eller akutt psykotiske. Helsepersonellet ønsker seg "noe på halvveien" mellom det akutte og de regulære henvisningsrutinene.

Helsepersonellet opplever at enkelte andre etater som arbeider etter andre retningslinjer og har andre tradisjoner, gir lite informasjon eller ikke ønsker informasjonsutveksling, ofte begrunnet i taushetsplikt. De etatene som hyppigst nevnes er skoleverket, politiet og barnevernet. Samarbeid med barnevern oppleves som svært variert og at det er person - og tjenestestedsavhengig. Helsepersonellet opplever at de gir informasjon men får lite tilbake. De har opplevd at barnevernet ikke går inn i saker der helsepersonellet mener det er alvorlig vold. De opplever at det særlig er forbedringspotensial når det gjelder kommunikasjon. De ønsker at barnevernet i større grad prioriterer saker der det er behov for hjelpetiltak i hjemmet. Nå har de en opplevelse av at det bare er kapasitet til å prioritere saker der det er behov for omsorgsoverdragelse. Informantene opplever det vanskelig å motivere kvinnene til selv å ta søke hjelp fra barnevernet fordi helsepersonellet ikke kan vite om kvinnene vil få hjelp.

Informantene opplever at politiet stort sett tar ansvar i saker, dog ikke alltid. Det er også slik at selv om politiet er behjelpelige, og den utsatte får voldsalarm, har informantene erfart at det

fortsatt kan være fare for trussel og vold fra overgriper. Politiet er der ikke døgnet rundt og kvinnene må leve med en restfare, beskriver informantene.

Systematisk samarbeid med institusjoner, sentre, enkeltterapeuter og andre ulike instanser har ført til at informantene har utvidet samarbeidet med akkurat disse instansene. De oppgir at dette er fordi de da kjenner personen/institusjonen og kan ringe direkte, vet hva de skal be om, føler at de er i dialog og opplever effekt av samarbeidet. Enkeltkontakter de får via pasientsamarbeid, og som de opplever at gir pasientene god behandling, etablerer de gjerne et mer systematisk samarbeid med.

I ulike sammenhenger deltar flere av informantene i prosjekter og arbeidsgrupper av mer kortvarig karakter. Dette kan også føre til samarbeid i konkrete pasientsaker. Slikt samarbeid med både offentlige og private terapeuter, kan vedvare over tid, og være gjensidig fruktbart lenge etter at prosjektperioden er over. Informantene opplyser at uformelle kontakter og halvprivate nettverk, tidligere samarbeidspartnere, også kan ha denne effekten at de lettere tar kontakt. De synes det er lettere å søke råd og henvise pasienter.

Systematisk formelt samarbeid fremheves som særlig fruktbart. Vissheten om at hun kan drøfte med- og henvise til BUP, gjør at hun kan gå inn i vanskelige saker, forteller en helsesøster. En annen helsesøster, som arbeider i en bydel med et samarbeidsprosjekt, lav terskel for drøfting, henvisning og veiledning, opplever at dette fører til at alle kan yte sitt beste, på sitt fagområde. Den samme effekten beskrives i de bydelene hvor man har familieterapeut, psykolog eller annen veiledningstjeneste tilsluttet bydelens helsetjeneste eller på helsestasjon for ungdom. Informantene fremhever at egen praksis både i barne -og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri gjør det lettere å initiere samarbeid, ettersom de kjenner språket og kommunikasjonslinjene.

To av informantene skiller seg ut ved å ha mindre systematisk samarbeid, mindre kommunikasjon og veiledning fra andre tjenester. Disse to ser ut til å ha funnet andre henvisningslinjer enn de andre. De synes å ha et hyppigere samarbeid med fysioterapeuter, behandlere som utfører psykomotorisk behandling, private terapeuter og frisklivssenter. En av legene benytter særlig slike tilbud til minoritetskvinner som hun opplever at velger å bli i voldelige forhold. Hun forsøker å gi dem egenstyrke, hjelp til å bli somatisk styrke og etablere kontakt med andre. Hun bruker for øvrig alltid kvinnelig tolk.

Flere informanter understreker betydningen av deres egen erfaring med og kjennskap til behandlingsapparatet som vesentlig.

Informantene har erfaring med bruk av individuell plan, men ingen av dem har benyttet individuell plan til voldsutsatte kvinner. Individuell plan er en rettighet i pasient- og brukerrettighetsloven, og gjelder for alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Helsedirektoratet har utarbeidet veileder for individuell plan. Planen skal beskrive behov, tiltak og hensikt og skal angi et helhetlig tjenestetilbud. Det er den enkelte tjenesteyter som skal gi tilbud om individuell plan dersom det er behov. Det velges en koordinator for planen, oftest den av tjenesteyterne som har hovedansvaret for pasienten. (Helsedirektoratet & Avdeling minoritetshelse, 2010; Pasient-og brukerrettighetsloven, 2001)

Helsepersonellet opplever at de ikke blir tatt på alvor og ikke blir respektert når de ikke får informasjon og deres vurderinger overprøves.

3.4 Helsepersonellens utfordringer

Informantene har lang erfaring, videreutdanning, spesialistkompetanse og oppdateringskurs. De beskriver alle en aktiv interesse for mer kunnskap om kvinnehelse og vold.

Helsepersonellet har på tross av dette, uttrykt bekymring for egen kompetanse, at de ikke kan nok og de lurer på om det de gjør er godt nok. De opplever seg ikke som eksperter på feltet.

Helsepersonellet opplever at det som både interessant og faglig utfordrende å oppnå kontakt og etablere en relasjon. En stor utfordring for helsepersonellet, er de situasjonene der helsepersonellet føler at de ikke helt får kontakt med den voldsutsatte, der den voldsutsatte ikke klarer å ta i mot hjelp, og når de voldsutsatte kvinnene forblir i mishandlingsforhold.

En annen stor utfordring for helsepersonellet er å holde ut i behandlingsrelasjonen der kvinnene lider og ikke har det bra. Det å kjenne på andres smerte, og at man må tåle at livet ikke blir helt bra for en del av kvinnene, selv flere år etter at mishandlingen tok slutt.

Helsepersonellet søker selv kurs og faglig oppdatering. Bare en av informantene har systematisk kursing på egen arbeidsplass. Informantene søker kunnskap via fagblader,

generell presse, interne kurs, kurs i regi av fagforeninger og andre. De opplyser at de lærer mye av formelle og uformelle drøftingsinstanser og av veiledningsgrupper. I forhold til denne målgruppen, benytter helsesøstrene oftest kurs fra Alternativ til vold, incestsenter og selvhjelpsorganisasjonen Dixie. Det finnes også kurs i ungdomshelse som favner noe videre, men som også er aktuell i denne sammenhengen. Fastlegene søker oppdateringskurs i kvinnehelse, kurs i mellommenneskelig kommunikasjon og kurs som fokuserer på helhetstenkning.

Alle informantene har god erfaring med veiledning. Fem av de seks informantene har tilbud om regelmessig veiledning. 4 av disse 5 er svært fornøyd med dette. En opplever at tilbudet er for generelt og lite dyptgående (og ønsker mer). En av informantene har ikke veiledning nå, men har hatt det tidligere og savner det. Helsepersonellet fremhever fordelene ved arbeidsfelleskap som gir mulighet for å drøfte saker, både av akutt karakter og mer sammensatte situasjoner, med kolleger og med andre. Samtidig er det slik i det daglige, at det er den enkeltes egen kunnskap og erfaring som er vesentligst.

Informantene arbeider i stor grad alene. Samarbeid blir derfor også preget av deres personlige stil, prioritering og erfaring. En fastlege sier at det nok er mange individualister som ønsker å arbeide alene som er fastleger. Selv mener hun at man må ta del i nettverk og ”ikke sitte på hver sin tue.” Flere informanter understreker betydningen av egen erfaring og kjenneskap til behandlingsapparatet som vesentlig.

Helsepersonellets samarbeid med andre krever at den voldsutsatte ønsker det og gir tillatelse. Helsepersonellet melder saker til barnevernet slik de er pålagt etter barnevernslovens paragraf 6-4. (Barnevernloven., 1993)

Informantene ønsker seg prosedyrer, maler og retningslinjer for eget arbeid. Dette gjelder både de somatiske og psykiske aspekter ved arbeidet. I tillegg ønsker de opplæring og utstyr til dokumentasjon utover det skriftlige, blant annet bildedokumentasjon.

Informantene ønsker oversikt over hvem som arbeider i dette feltet, hva de enkelte tjenestestedene tilbyr og hvordan de kan komme i kontakt. Informantene ønsker seg lavere terskel for å drøfte saker uformelt og formelt. De ønsker å bli kjent med behandlingsnettverket slik at de vet hvem de skal kontakte, og de ønsker å bli kjent med konkrete personer hos samarbeidspartnere.

De ønsker formelle samarbeidsstrukturer og felles retningslinjer med konkrete forslag til hvordan de kan hjelpe en voldsutsatt kvinne.

3.5 Forebyggende arbeid

Helsesøstrene har særlig fokus på forebyggende arbeid og gjennomfører spesielle tiltak for å forebygge vold og overgrep. Eksempler på dette kan være å samtale med barn om kropp, grenser og følelser, generelt å skape rom for samtale om følelser/hendelser og forberedelse på russetidens ufordringer. En helsesøster har bøker for alle aldersgrupper strategisk plassert og kan ta utgangspunkt i disse, en annen helsesøster oppsøker alle klassene før russetiden med informasjon og råd om hvordan russen kan beskytte seg selv og hverandre.

Helsesøstrenes beskriver fordelene ved kombinasjonen av regulære helsekontroller og den åpne dørs politikk. Dette gjør helsesøster synlig som tilgjengelig for barna/ungdommene og som en trygg person. Helsesøstrene markedsfører tjenestene sine ved kontrollene og i møte med elevene i skolen. Allerede ved helsekontrollene settes standard for hva som kan snakkes om av følelser, hendelser i livet og ulike bekymringer. Denne erfaringen gjør det lettere å søke helsesøster for samtale, mener helsesøstrene.

3.6 Hvordan kan tiltak for voldsutsatte kvinner bli bedre?

Informantene ble spurt om hva de tenkte kunne bli bedre i eget og andres behandlingstilbud til voldsutsatte. De kommer med en rekke forslag.

- Informantene ønsker seg prosedyrer, maler og retningslinjer for eget arbeid. Dette gjelder både de somatiske og psykiske aspekter ved arbeidet. I tillegg ønsker de opplæring og utstyr til dokumentasjon utover det skriftlige, blant annet billedokumentasjon.

- Helsepersonellet ønsker økt kompetanse på feltet og ønsker at opplæring og kompetanseheving skal tilbys av myndighetene. Slik det er nå, er for meget overlatt til den enkeltes initiativ og nærmeste overordnedes prioritering.
- De ønsker formelle samarbeidsstrukturer og felles retningslinjer med konkrete forslag til hvordan de kan hjelpe en voldsutsatt kvinne.
- Informantene ønsker oversikt over hvem som arbeider i dette feltet, hva de enkelte tjenestestedene tilbyr og hvordan de kan komme i kontakt.
- Informantene ønsker seg lavere terskel for å drøfte saker uformelt og formelt. De ønsker å bli kjent med behandlingsnettverket slik at de vet hvem de skal kontakte, og de ønsker å bli kjent med konkrete personer hos samarbeidspartnere.
- Helsepersonellet ønsker at psykisk helsevern skal være mer tilgjengelig for voldsutsatte. De opplever at dersom pasientene "ikke er syke nok" til akutt behandling, at de må vente altfor lenge på behandling. Det oppleves som et tankekors at DPS ikke har akutte timer til pasientene som ikke er akutt suicidale eller akutt psykotiske. Helsepersonellet ønsker seg "noe på halvveien" mellom det akutte og de regulære henvisningsrutinene.
- En informant foreslår at man i større grad kunne starte med en felles time hos privatpraktiserende terapeuter eller på DPS. Da kan man sammen lage en felles strategi for oppfølgingen.
- En informant ønsker at kvinnen skal møte personer som har erfaring med å behandle voldsutsatte. Hun opplever at det ofte er tilfeldig hvem de voldsutsatte kvinnene møter på DPS.
- Informantene ønsker mer telefonkontakt og samarbeidsmøter med alle instanser som behandler pasienten, slik at de slipper å bli orientert gjennom pasienten. De ønsker et mer formalisert samarbeid med skole, DPS, BUP og barnevern.
- Helsepersonellet ønsker å blir sett på som en samarbeidspartner for barnevernet. De har ingen konkrete forslag til hvordan dette kan bli bedre.

En av informantene setter temaet inn i et større perspektiv:

Jeg vil bare si at det er kjempefint at dette kommer opp. Jeg støtter jo forskning på kvinnehelse, det er kjempeviktig. Det å sette fokus på vold som foregår i det stille, så det blir mer ufarligjort og lettere for pasientene å snakke om det. Man ser jo kjendiser som står frem med kreft for å løfte det frem i lyset, og sånn burde det vært innenfor vold også.

4 Et kvalitativt godt tilbud?

I denne studien har jeg intervjuet helsepersonell i førstelinjetjeneste. De har beskrevet sitt arbeid med den enkelte jente/kvinne og innenfor hvilke rammer de utfører arbeidet, enten de arbeider alene eller samarbeider med andre. De har beskrevet vellykkede forløp, men også hva som kompliserer arbeidet deres, hva som er til hinder for god hjelp og hvordan de tror det kan bli bedre.

Helsepersonellens erfaringer, ønsker og anbefalinger må sees i en større sammenheng. De drøftes derfor opp mot en forskergruppes forslag til praksisindikatorer for god praksis (Humphreys et al., 2000) og kvalitetsindikatorer for helse- og sosialtjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Ved hver av praksisindikatorerne kommer først en beskrivelse av indikatoren, deretter de aktuelle funn som belyses og drøftes opp mot retningslinjer, handlingsplaner og relevant forskning. Det arter seg noe ulikt fra indikator til indikator fordi de omhandler forskjellige sider av problemområdet, og som min undersøkelse berører i varierende grad.

Til slutt i kapitlet, sees funnene i lys av de mål som er satt av helsemyndighetene i "Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial og helsetjenesten (2005 – 2015)". (Sosial- og helsedirektoratet, 2005)

Hovedfunn og avsluttende kommentarer finnes i det siste kapitlet.

4.1 Good Practice Indicator 1. Definitions of Domestic Violence.

I følge forskerne Humphrey, Hague, Hester, Mullender, Abrahams og Lowe, heretter kalt forskergruppen (Humphreys et al., 2000) er det behov for felles forståelse av hva "Domestic Violence" er, dersom man skal utvikle, etablere og tilby tjenester til voldsutsatte. Deres sub-indikatorer peker på at forståelsen av vold i nære relasjoner, må bygge på erkjennelse både av mangfoldet og det kjønns spesifikke, samtidig som ulike typer av misbruk må inkluderes. De

påpeker også at forståelsen må inkludere kjennskapen til hvordan makt og kontroll preger feltet.

Fokus på vold i nære relasjoner har fått økt fokus de siste årene. Verdens helseorganisasjon betegner vold i nære relasjoner som er ledende samfunnsproblem. (García-Moreno & World Health Organization, 2005) I Norge har man på samfunnsnivå en målsetning om å redusere vold og konsekvensene av vold. Eksempler på dette er utredninger som Rett til et liv uten vold (NOU 31, 2003), Handlingsplaner mot vold (Justis- og politidepartementet, 2007; Justis- og beredskapsdepartementet, 2011) og Stortingsmelding 15. Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner (St.meld 15, 2013) som kom i mars 2013.

I denne oppgaven har jeg referert til Isdals voldsdefinisjon som ligger min forståelse nærmest, og som jeg oppfatter som allment akseptert som gjeldende blant norsk helsepersonell. Det er også denne definisjonen man referer til i Stortingsmelding 15.

Det synes derfor som man på samfunnsnivå i Norge og i de førende dokumenter på feltet: Stortingsmeldinger, handlingsplaner og lovgiving, viser en samordnet politikk både med hensyn til helse- og sosialpolitikk og justispolitikk.

Dersom politikken intensjoner skal nå den enkelte voldsutsatte kvinne, må de føres helt ned til det enkelte hjelpetilbud. Informantene i min studie har konkret beskrevet hva de oppfatter som vold. De har en klar oppfatning av maktfaktorene og kjønnsperspektivet. De beskriver også hvordan kulturforskjeller virker inn. Det er en svakhet i denne studien er at jeg ikke drøftet dette grundigere med informantene, da vi i innledningen av intervjuene snakket om hva helsepersonellet oppfatter som vold, kjønn og makt, der for øvrig flere av informantene refererte til Isdals voldsdefinisjon. (Råkil, 2002; St.meld 15, 2013)

4.2 Good Practice Indicator 2. Monitoring and Screening- knowing the extent of the problem.

Forskergruppen (Humphreys et al., 2000) anbefaler at man bruker systematisk utarbeidede instrumenter eller datainnsamlingsskjemaer, når man skal undersøke om mennesker er utsatt for vold. De mener man bør spørre alle som søker tjenester og at man rutinemessig

dokumenterer informasjonen. Dette for å få systematisk oversikt og kunne sammenholde gammel og ny informasjon.

Forskergruppen anbefaler spørreskjemaer der man nærmer seg problemstillingen med konkrete enkeltspørsmål. De foreslår at man tilnærmer seg generelt og deretter spør etter enkeltkomponenter som ofte inngår ved vold i nære relasjoner (å bli skreket til, fysisk angrep, trusler, frykt, uønsket sex, følelse av ydmykelse).

De anbefaler opplæring og veiledning av personellet slik at de nærmer seg problemstillingen på en sensitiv måte og forstår når i forløpet de skal spørre. Systematisk screening som gjentas i et forløp, gir et signal om at man tar problemstillingen på alvor, og vil samtidig øke oppmerksomhet og forståelse for problemstillingen hos ansatte og klienter. Forskergruppen påpeker at det må være tilrettelagt for å kunne handle når man avdekker vold. Nødvendige hjelpetiltak må derfor være tilgjengelige.

Helsepersonellet i min undersøkelse:

- Mener at “Å få volden fram i lyset” slik at det kan snakkes om, og kvinnen kan få hjelp, er det viktigste i arbeidet for voldsutsatte.
- Spør ikke systematisk alle pasienter om vold. De spør der de vet, tror eller det er noe som vekker mistanke. De er kjent med fysiske, psykiske og adferdsmessige symptomer på vold og overgrep. De ser spesifikt etter både synlige og usynlige kliniske kjennetegn på at pasienten er utsatt for vold. De er oppmerksomme på særskilte gruppers utsatthet.
- Oppfatter det ikke som ubehagelig å spørre om vold, men opplever det som lettere å stille spørsmål om vanskelig problematikk, når man vet man kan få støtte og hjelp hos kollegaer og andre samarbeidspartnere.
- Tror ikke at pasientene generelt misliker å bli spurt om vold. Det kommer an på måten man spør på.
- Opplever at de ikke alltid får svar. De opplever oftere benektelse enn bekreftelse. De mener at enkelte voldsutsatte er for redde, ikke klarer eller er rede til å fortelle om vold.

- Legger særlig vekt på at samtale om vanskelige problemstillinger og følelser er avhengig av helsepersonellens tilrettelegging, omsorg i måten en spør på, prioritering av tid og evne til å forstå på en respektfull måte.

Helsepersonellet anbefaler:

- Retningslinjer for arbeid med voldsutsatte.
- Økt oppdatering og opplæring på dette feltet. Det gjelder både avdekking og dokumentasjon.
- Veiledning
- Kompetanseheving initiert og tilbudt av myndighetene.

I utredningen, Rett til et liv uten vold slår man fast at ”identifikasjon av voldsutsatte er første skritt i prosessen mot å forebygge ny vold”. (NOU 31, 2003, s.114)

Fra forskningslitteratur er det kjent at mange voldsutsatte kvinner ikke blir spurt om de har vært eller er utsatt for vold. I utredningen Rett til et liv uten vold fra 2003, mener man at det er et udekket behov for å avdekke vold og at det er en av grunnene til at voldsutsatte kvinner og barn får for liten bistand. Det anbefales derfor at man spør ved mistanke om vold. (NOU 31, 2003)

I en australsk studie publisert i 2011, har man spurt kvinner som har brutt ut av voldelige forhold, om deres oppfatning av screening for å avdekke vold fra partner. Kvinnene opplevde screeningen som en verdifull hjelp på veien ut av voldelige forhold. Det påpekes at det å bli spurt, ga dem forståelse og begreper om det de var utsatt for, og ga dem hjelp til å se en sammenheng. (Spangaro, Zwi, & Poulos, 2011)

I en norsk undersøkelse fra 2009, ved Hjemdal og Engnes, ”Å spørre om vold ved svangerskapskontroll” (Hjemdal & Engnes, 2009), ble gravide kvinner systematisk spurt om vold under svangerskap av jordmødre ved helsekontroll. Kvinnene ble spurt om både fysisk, psykisk og seksuell vold. De ble spurt om de følte seg redde, eller om de bekymret seg for barnas sikkerhet. Undersøkelsen viste at hele 92 prosent av kvinnene opplevde det å bli spurt som positivt eller greit. Svært få ønsket ikke å svare, eller opplevde det som ubehagelig. Det

var en større andel av kvinnene som hadde rapportert om vold eller andre belastninger, som opplevde det ubehagelig å bli spurt.

Jordmødrene opplevde at ved å spørre om vold, fikk de også snakket om andre problemer og belastninger. De fikk bedre kontakt og allianse. Jordmødrene var entydig positive til prosjektet ved dets avslutning, selv om noen hadde vært skeptiske i begynnelsen. Hjemdal og Engnes anbefaler at screening innføres som allment tiltak i svangerskapsomsorgen. Det forutsettes opplæring av helsepersonellet, ordninger for faglig støtte og veiledning samt at de voldsutsatte kvinnene sikres hjelp og oppfølging.

På bakgrunn av denne kunnskapen og annen nyere forskning, anbefales det i Stortingsmelding 15. (St.meld 15, 2013) at rutinemessige spørsmål/bruk av screeningverktøy for å avdekke vold, skal innføres i svangerskapskontrollen. Det vil bli innpasset i reviderte retningslinjer for svangerskapskontrollen.

I en undersøkelse publisert i 2008, utført av Thoresen og Jacobsen, (Thoresen & Øverlien, 2009) har en forsøkt å finne svar på hvorfor det kan være vanskelig å svare på spørsmål om vold, seksuelle overgrep og andre traumatiske hendelser. Slik kunnskap kan være nyttig i utviklingen av gode screeningsinstrumenter for forskning og utredning. Forskerne legger til grunn at spørsmål på dette feltet generelt er akseptert av de deltagende kvinnene, men at det er underrapportering på feltet. Man har sett at flere svarer ja på spørsmål om de har vært utsatt for vold og overgrep, når spørsmålene er av spesifikk karakter. Forskerne finner at det store flertallet av informantene (uavhengig av om de har vært utsatt for vold/traumer eller ikke), stiller seg positive til at slike spørsmål stilles. Forskerne finner at det er vanskeligere å svare på spørsmål om vold og seksuelt misbruk enn om andre potensielt traumatiske hendelser. Informantene som har vært utsatt for vold/traumer, synes også å ha større vanskeligheter med å svare ”ja” på spørsmålene. Årsakene til dette, synes å kunne være faktorer knyttet til hendelsen, den voldsutsatte og overgriper. Forskerne retter fokus på kompleksiteten i denne problematikken. De mener at man må arbeide videre med hvordan man formulerer spørsmål ved forskning og utredning, likeså hvordan man konkret definerer og måler vold og seksuelle overgrep.

En av helsesøstrene begrunner sitt standpunkt om ikke å spørre alle som kommer innom, om vold, med at de fleste ungdommene kommer for å snakke om enkle problemstillinger, slå av en prat, kanskje for å bli kjent. Hun har erfart at dersom helsesøster spør for meget, om for

mange ting og for systematisk, ryktes dette fort blant ungdommene og kan virke mot sin hensikt. Det handler altså om å vurdere den konkrete situasjon ved tilnærming til ungdommene.

For å avdekke vold, må en være tilgjengelig. Helsepersonellet opplever seg som tilgjengelige. De mener at de har unike muligheter i kraft av sin funksjon. Det er vanlig å gå til fastlegen og helsesøster treffer alle barn og deres foreldre ved helsekontroller. I boken *Mishandling og seksuelle overgrep* fra 1992, skriver Ellen Rygh om primærlegens faglige rolle i forhold til målgruppen. Hun vektlegger rollen som sentral fordi primærlegene sitter inne med omfattende kunnskap om både familiene og samfunnet. Hun mener at man i rollen som helsestasjonslege sammen med helsesøster får en naturlig og ikke-stigmatiserende rolle. Hun beskriver fastlegens rolle som lett tilgjengelig, utredende selv eller ved henvisning til andre og koordinerende i et tverrfaglig team. (Bang & Hydle, 1992)

For den gruppen av voldsutsatte kvinnene som blir kontrollert av voldsutøvere, og derfor lever isolert og treffer få andre, kan møte med fastlege og helsesøster gi mulighet til kontakt og hjelp. Dette problemkomplekset er beskrevet i en undersøkelse publisert i 1998. (McCauley, Yurk, Jenckes, & Ford, 1998a) Der undersøkte man hva kvinner som var i behandling eller på krisesenter, hadde av medisinske vansker, deres oppfatning av hva som påvirket deres vei ut av et overgrepshold, og klinikernes påvirkning av disse forholdene. Kvinnene beskrev at partnerne hindret dem i å oppsøke hjelp, og de var selv redde for konsekvenser ved et brudd. De anførte konsekvenser både på grunn av partnerens reaksjon, forholdene for barna og hva andre mennesker ville mene. De var preget av skam, benektelse og redsel. De brukte tid på å bli klare til å ta bruddet. De var også redde for at klinikerne skulle beskyldte og dømme dem for overgrepet. Kvinnene mente de ble påvirket i negativ retning, i forhold til å avbryte et overgrepshold, hvis de oppfattet helsepersonellet som lite omsorgsfulle, for opptatt, ikke tok seg god nok tid (presset på), var ukomfortable med problemområdet eller virket mest opptatt av penger. De var også redd for taushetsbrudd i forhold til familiemedlemmer. Kvinnene mente at helsepersonell kunne påvirke dem til å diskutere overgrep og sin situasjon, ved å være omsorgsfulle, beskyttende, var lette å snakke med og tilbød oppfølging. Forskerne konkluderer med at holdningene og adferden til klinikere kunne virke både fremmende og være barriere mot kvinnenes avslutning av overgrepshold. (McCauley, Yurk, Jenckes, & Ford, 1998b)

I en norsk undersøkelse utført av og publisert på fagtidsskriftet Sykepleiens nettsider, (Helmers & Dolonen, 2013) har man spurt landets helsesøstre om deres oppgaver og prioriteringer. Undersøkelsen viser blant annet at helsesøstre prioriterer mellom svært mange oppgaver og de rekker ikke å følge opp alle som har behov. De er tilbakeholdne med å stille spørsmål når de av tidsmangel vet at de ikke kan følge opp svaret. Man må altså både ha tid og et tilgjengelig tilbud, for å kunne være en god hjelper.

Å avdekke vold er første skritt på vei ut av vold. Det er alle enige om, og det er stilt spørsmål om ikke dette i seg selv, bør sees på som et mål. Å avdekke vold er komplisert og krever kunnskap, kompetanse og håndlag.

En diskusjon dreier seg om hvorvidt alle som oppsøker helsetjenestene skal utredes systematisk. Det er mye som taler for at utredning foretatt av kyndig personell, ikke er støtende for de fleste som spørres. Det kan virke som det er de som trenger spørsmålene mest, som føler størst ubehag. Vi vet at vold i nære relasjoner er et felt fylt av frykt, skam og skyld. Brukere opplyser at det var den utstrakte hånden, spørsmålet og opplevelsen av interesse, at noen brydde seg, som ga dem mulighet til å se seg selv, situasjonen og starte prosessen med å bryte ut.

Helsepersonellet i min undersøkelse opplevde ikke det å spørre om vold som vanskelig. Det vanskelige lå i å få gjort det på en god nok måte, og ha relevant tilbud til de voldsutsatte i etterkant. Jordmødrene i undersøkelsen til Hjemdal og Engnes (Hjemdal & Engnes, 2009) syntes også dette gikk greit etter opplæring og med erfaring. Det synes ikke å være noen grunn til ikke å spørre alle som kommer til helsekontroll ved svangerskap om vold. Det synes også som dette blir innført som praksis med nye retningslinjer som i følge Stortingsmelding 15., er under utarbeidelse. (St.meld 15, 2013)

En helsesøster som skal følge en person over tid, kartlegger og samler data som en del av sitt arbeid. Helsesøster har ikke systematisk samtale med hver enkelt elev i ungdomskole og videregående skole, men følger de som ber om hjelp. Det er derfor en viktig påpekning når en helsesøster sier at man ikke må overøse alle som kommer med screening, men gjøre faglige vurderinger i hvert enkelt tilfelle. Fastlegens anamnese inneholder spørsmål om de fleste helseaspekter. Det er merkelig om ikke spørsmål om alvorlige hendelser i livet, inngår som standardspørsmål. Det samme gjelder selvsagt spesialisthelsetjenestens anamnese og kartlegging.

Forskergruppen (Humphreys et al., 2000) anbefaler at man spør både ved oppstart og underveis i et forløp. Tillit, erkjennelse og endringer i voldsrelasjonen kan endre benektelse til bekreftelse. Helsepersonellet i min undersøkelse uttaler også at erkjennelse og bekreftelse på vold, ikke er det første temaet i et forløp. Dette underbygger dermed anbefalingen om å spørre etter vold flere ganger i et forløp.

Hvordan spørsmål skal stilles for å få korrekt informasjon, er fortsatt et spørsmål som bør utforskes. Dette temaet berører definisjon av vold, selve spørsmålets innhold og helsepersonellens holdninger, handlinger og kompetanse.

Stortingsmelding 15. anbefaler både nye retningslinjer og kompetansehevingstiltak. Dette beskrives også under de andre praksisindikatorerne.

4.3 Good Practice Indicator 3. Policies and Guidelines- guiding the work to be done

Forskergruppen (Humphreys et al., 2000) påpeker behovet for retningslinjer både på nasjonalt og lokalt nivå. For det enkelte tjenestested trenger man praktiske guidelines. Forskergruppen mener innholdet i slike retningslinjer må rette seg mot å informere, rettlede og standardisere med ”God praksis” som mål. Sub - indikatorer for god praksis er, i følge forskerne:

- sikkerhet og konfidensialitet
- krisesenter og lignende tiltak må ha en sentral plass i tilbudet
- forståelsen av å gi et rettferdig og likeverdig tilbud med forståelse for ulikhet
- felles strategi utover det enkelte tjenestested slik at de enkelte tjenestesteders retningslinjer er samstemte med og innpasset i et større, lokalt nettverk.
- Det må utarbeides en rekke konkrete enkeltplaner/guidelines for ulike behov. Det kan være særskilte planer for tilpasset hjelp til ulike grupper ut fra deres behov som for eksempel særlig sårbare grupper, barn, overgripere, hele familier o.s.v. Det må inngå retningslinjer og rutiner for henvisning. De lokale retningslinjene bør også inneholde sikkerhetstiltak for personellet, informasjon til klienter og samarbeidspartnere og

detaljerte, konkrete guidelines for personellet som arbeider i frontlinjen, med pasientene.

Forskergruppen anbefaler at man samarbeider med andre og bygger på kunnskap fra andre som allerede har utviklet retningslinjer og etablert gode tiltak. Når man først har etablert en visjon og strategi, må man sørge for at hele organisasjonen/tjenestestedet involveres slik at den kan virke i praksis.

Det påpekes at det kan bli konflikt mellom en detaljert, konkret utspørringsprosedyre og personellets behov for diskresjon, konfidensialitet og sensitivitet i sitt møte med klientene. Dette må løses ved veiledning og skjønn. Samtidig påpekes det at gode guidelines/prosedyrer ofte er utviklet over tid og er vel funderte og utprøvde.

Helsepersonellet i min studie anbefaler

- Generelle retningslinjer for vold i nære relasjoner
- Forløpsplaner og retningslinjer for samarbeid
- Prosedyrer, maler og retningslinjer for eget arbeid. Dette gjelder både de somatiske og psykiske aspekter ved arbeidet.

I Norge er det helsedirektoratet som er de eneste med mandat til å utvikle, formidle og vedlikehold nasjonale faglige retningslinjer og veiledere. Retningslinjene skal sikre at helse- og omsorgstjenestene har god kvalitet, gjør riktige prioriteringer, ikke har uønsket variasjon i tjenestene, løser samhandlingsutfordringer og tilbyr helhetlige pasientforløp. Innholdet i retningslinjene er systematisk utviklede faglige anbefalinger som etablerer en nasjonal standard for utredning, behandling og oppfølging av pasientgrupper, brukergrupper eller diagnosegrupper. (Helsedirektoratet, 2011a)

I Norge har vi ingen særskilte retningslinjer for vold i nære relasjoner. Helsedirektoratet har utgitt flere retningslinjer og veiledere som gir kunnskap om utredning og behandling av voldsutsatte, selv om ikke hele feltet dekkes. Eksempler er: Veileder for overgrepsmottak, (Sosial- og helsedirektoratet, 2009) Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer, (Helsedirektoratet & Avdeling psykisk helse og rus, 2011), Retningslinjer for

diagnostisering og behandling av depresjon hos voksne i primær- og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2009)

Justis – og politidepartementet utga i 2008: Vold i nære relasjoner. Veileder for utvikling av kommunale handlingsplaner (Justis - og politidepartementet, 2008) som grundig beskriver hvordan slike planer lages og bør inneholde.

Forebygging og bekjempelse av vold er komplisert. Det beskrives også i Stortingsmelding nr 15. (St.meld 15, 2013) Behovet for økt kompetanse for å forebygge, avdekke, behandle og samhandle på feltet er nevnt. Det er derfor blant annet planlagt en ny veileder for helse- og omsorgstjenestenes arbeid med vold i nære relasjoner og å revidere veilederen for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer, slik at den vil ivareta voldsfeltet bedre.

Hensikten med strategi – og retningslinjer er å sikre standardisert god praksis og å ha en strategi som sikrer informasjon om tjenestenes prioriteringer og innhold i forhold til klienter og omverdenen generelt. Helsepersonellet i undersøkelsen påpeker mangel på retningslinjer for arbeid med voldsutsatte. I enkelte av tjenestestedene finnes det klare retningslinjer for arbeid med voldsutsatte barn, men ingen av bydelene har utarbeidet lokal strategi/retningslinjer for ”vold i nære relasjoner”. Helsepersonellet har spesifikt ønsket seg offentlige retningslinjer, lokale planer for arbeid og konkret informasjon om lokalt og sentralt baserte tjenesteytere.

Et eksempel på en slik praktisk guideline er den irske: Domestic Violence A Guide for General Practice. (Kenny & ni Riain, 2008) Den er rettet mot leger i allmennpraksis og det de kaller Practice nurses. Guiden inneholder både faglig oppdatering på feltet, kunnskapsbasert praksis og helt grunnleggende beskrivelser av praksis. Den inneholder screeningskjemaer, prosedyrer og lister over samhandlingspartnere.

Et eksempel på en norsk kommunal handlingsplan som gir konkret oversikt og mulige forløp i voldssaker, er Drammen kommunes veileder ”Vold i nære relasjoner – hva gjør vi?” (Drammen kommune, 2008) Veilederens innhold er først og fremst myntet på voldssituasjoner der barn/unge er involvert. Oslo legevakts ”et sinnssykt stort kjempeskille i livet” (Fladby, 2004) er et eksempel på hvordan man etter evaluering av egne tjenester, utarbeidet en intern rapport om hvordan den psykososiale tjenesten skal utføres. Rapporten beskriver det psykososiale arbeidet som utføres på legevakten. Den er et supplement til

veilederen for overgrepsmottak samtidig som den utdyper og spesifiserer det psykososiale arbeidet på en grundigere måte.

Det er mange kunnskapskilder. Det fordrer at den enkelte søker kunnskap både bredt og spesifikt. Det skal helsepersonell. Det fremkommer i denne studien at helsepersonell som søker kunnskap, og er interessert i problemstillingen, fortsatt føler seg usikre og ønsker retningslinjer. Retningslinjer kan også avklare hvem som skal samarbeide med hvem i disse sakene.

Retningslinjer og prosedyrer er nødvendige i vårt helsevesen. Samtidig er det verdt å vurdere hvor detaljstyrt vårt helsevesen skal være. Per Fugelli problematiserer dette. Han mener at byråkrati og politiske føringer kan komme i konflikt med allmennlegens autonomi til å handle på lag med pasienten. (Fugelli, 2001)

I en artikkel i Sykepleien skriver Ole Berg (Berg, 2012) at det er en fare for at sykepleiere og omsorgsarbeidere blir samlebåndsarbeidere som er redde for å gjøre feil. Han skriver at ”Det som kalles forløp, eller ”clinical patchways” eller ”samhandling”, er den ovenfra styrte samordning. Forløpene, eller kliniske stier, eller omsorgsstier, er en slags virtuelle samlebånd”, mener Berg. Selv om Berg nok setter dette på spissen, er det et varsko: Søket etter kunnskap og standardiserte prosedyrer kan kollidere med fleksibilitet, personlig integritet og det faglige skjønn som jo nettopp er det man trenger i klinikken.

4.4 Good Practice Indicator 4. Safety Measures and Safety-oriented practice – safety from violence the underlying principle

Forskergruppen (Humphreys et al., 2000) inkluderer både sikkerhetsplanlegging og trening av personellet, ned til minste detalj, og prosedyre under denne indikatoren. De påpeker betydningen av ulike tiltak for ulike typer situasjoner som må være kjent, planlagt og lagt til rette for. Dette inkluderer kjennskap til, samarbeid og samhandling med andre tjenester som kan bistå.

Helsepersonellet i undersøkelsen var alle samstemte:

- Sikkerheten må komme først.

Helsepersonellet har i undersøkelsen beskrevet det de opplever som mest vesentlig i sitt arbeid med voldsutsatte jenter og kvinner. De prioriterer sikkerhet først, dernest en vurdering av hva de selv og eventuelt andre skal bidra med, avhengig av situasjonen. De har beskrevet kontakt med eller henvisning til politi, barnevern, krisesenter sosialtjeneste, annen helsetjeneste og en rekke ulike tiltak. En av helsepersonellens forbedringsforslag er nettopp:

- Et mer systematisk samarbeid med politi, barnevern, krisesenter og andre relevante aktører i kommunen, fordi det i tillegg til god behandling, vil kunne sikre de voldsutsatte, som er første prioritet.

Helsepersonellet i min undersøkelse er helt samstemt med Humphrey et al: Sikkerhet må komme først. Alle informantene påpekte dette på det sterkeste De samarbeider med politi, barnevern og anbefaler krisesenter.

I politiets veileder ”Vold i nære relasjoner” (Politidirektoratet, 2008) beskrives politiets arbeid. Det påpekes at man alltid må vurdere sikkerhetsaspektet ved vold i nære relasjoner. Videre beskrives behovet for å ha kunnskap om dette, og viktigheten av å etablere en sikkerhetsplan og samarbeid med blant annet helsepersonell, sosialtjenester og barnevern.

4.5 Good Practice Indicator 5. Training – raising awareness, exploring values, developing skills

Forskergruppen (Humphreys et al., 2000) hevder at trening er nøkkelen til effektivitet i tiltakene mot vold i nære relasjoner. Gjennom trening utvikler medarbeiderne økt oppmerksomhet og kyndighet i å avdekke vold og å finne gode tiltak. Det anbefales en kombinasjon av å trene mange ansatte i grunnleggende forståelse, gjenkjenning av tegn på vold og de viktigste intervensjonene, kombinert med spesialistkurs for noen ansatte med særlig fokus på spesialområder knyttet til lovverk, særlig sårbare grupper som for eksempel funksjonshemmede og barn. Det anbefales videre at man utvikler programmer som ”ruller og går” for å fange opp nye ansatte og oppdatere de andre. Systematisk oppdatering med samme strategi og som er integrert i organisasjonens daglig virke, er effektivt. Det anbefales trening som inkluderer hele strategien og som inkluderer erfaringer fra kvinneorganisasjoner og andre som representerer brukerne. Kvinner som har overlevd vold, har kunnskap og kompetanse. I Norge vil dette tilsvare krisesenterbevegelsen, krisesentersekretariatet, selvhjelpsorganisasjoner og forskere som har spurt brukerne.

Helsepersonellet opplyser at:

- De selv tar initiativ til og søker oppdatering på dette fagfeltet. En av informantene får systematisk oppdatering via arbeidsgiver.
- Kompetanseheving og kurs er særlig tilbudt av fagforeninger, krisesenter, selvhjelpsorganisasjoner og stiftelsen Alternativ til vold.
- Tilbud om veiledning er tjenestestedsavhengig. Veiledningen er av varierende art og kvalitet.

Helsepersonellet anbefaler:

- Kurs og systematiske kompetansehevingstiltak initiert og gjennomført etter pålegg fra myndighetene.
- Systematisk veiledning.

Helsepersonell har ansvar for å holde seg faglig oppdatert. (Helsepersonell-loven, 2001) Det påhviler også arbeidsgiver og samfunnet å tilrettelegge for at personell utdannes og skoleres slik at de er kompetente. (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012; Helseforetaksloven, 2002)

Helsepersonellet er på linje med forskergruppen som mener at oppdatering på dette feltet må være systematisk. I Stortingsmelding 15 (St.meld 15, 2013) er man opptatt av at lokal kompetanse styrkes. En ønsker blant annet å kartlegge kommunale helse- og omsorgstjenesters arbeid med vold i nære relasjoner, å styrke fastlegens rolle i forebygging, avdekking og oppfølging av utsatte og utøvere av vold i nære relasjoner, og å styrke helsestasjonens og skolehelsetjenestens arbeid med vold i nære relasjoner. Man vil også styrke RVTS, Regionale kompetansesentre om vold, traumatisk stress og for selvmordsforebyggings mulighet til å tilføre kompetansen og gi veiledning.

Helsepersonellet har god erfaring med veiledning. Veiledning er alt fra hverdagslige råd til kollegiale råd og faglig veiledning I denne sammenhengen ønsker helsepersonellet mer systematisk veiledning, ofte kalt supervisjon. Dette kjennetegnes ved at det pågår over tid, er systematisk, dreier seg om yrkesfaglige forhold og at veilederen har kompetanse.

Helsepersonellet er utdannet med veiledning som en del av det pedagogiske opplegget i praksis, såkalt mesterlære. Veiledning i yrkessammenheng oppmuntrer til refleksjon over

handlinger for å utvide handlingskompetansen. Disse metodene utfyller hverandre. Ved veiledning overføres kompetanse, felles refleksjon fører til kunnskapsutvikling, man utvider eget repertoar for refleksjon og ikke minst: ”taus” eller ”inneforstått kunnskap” overføres og blir en del av håndverket eller håndlaget til den enkelte. (Lauvås & Handal, 2000)

I Stortingsmelding 15. (NOU 31, 2003) foreslås det også styrking av helsepersonellens grunnutdanninger og spesialistutdanninger på feltet.

Øvelse gjør mester er et gammelt norsk ordspråk, - og det gjelder også i denne sammenhengen. Skal man mestre akutte situasjoner, må man øve. Det viser seg også at de som øver, ikke bare mestrer arbeidet bedre, de lever også bedre med de følelsesmessige opplevelsene de får underveis. Informantene uttrykte at det å stå i en situasjon der de ikke kunne hjelpe, enten fordi hjelpen ikke fantes, de følte seg utilstrekkelige eller den voldsutsatte takket nei til tilbud eller ble værende i voldelige forhold, som utfordrende. Det dreier seg ikke bare om det å arbeide med traumer, men også om å tilrettelegge arbeidssituasjonen. Planlegging av dagen, kurs- og kompetanseheving, faglig veiledning og kollegial støtte og samarbeid, er beskyttelsesfaktorer. (Lund, 2006)

Det er vanskelig å identifisere vold. Det er konklusjonen i en amerikansk undersøkelse fra 1999, der personell som er trent og har erfaring med å avdekke vold, har beskrevet utfordringene i dette arbeidet. I tillegg til at det er vanskelig å identifisere, beskrives det som utfordrende for personellet at mange blir i voldelige forhold selv om volden identifiseres og de tilbyr hjelp. Personellet rapporterte om ”utbrenthet” og forskerne påpeker at å avdekke vold bør oppfattes som et mål i seg selv, ettersom det er første ledd i en prosess. (Gerbert, Caspers, Bronstone, Moe, & Abercrombie, 1999)

4.6 Good Practice Indicator 6. Evaluation – ensuring effective responses

Forskergruppen (Humphreys et al., 2000) understreker betydningen av behov for evaluering av prosjekter og programmer. Målet med evaluering er god, effektiv praksis. Det påpekes at innenfor dette feltet er dette særlig viktig. Ineffektive programmer for de voldsutsatte og for

overgriperne, kan inngi falske håp, gi falsk trygghet og føre til økt utsatthet og sette de voldsutsatte sin sikkerhet på spill.

Det anbefales uavhengige evalueringer med respons tilbake til programmene som kan forbedre seg. Det vektlegges særlig behovet for å søke brukernes erfaringer.

I handlingsplaner mot vold (Justis- og beredskapsdepartementet, 2011) og i Stortingsmelding 15. (St.meld 15, 2013) beskrives gradvis utviklingen på feltet. Man initierer norsk forskning, oppdaterer planer og reviderer lover og forskrifter. Samhandlingsreformen og oppdatering av blant annet folkehelseloven, er eksempler på dette. Konkrete eksempler på evaluering av tilbud og veiledere er ”Den gode vilje” (Jonassen & Eidheim, 2001), ”Overgrep mot eldre i Norge. Erfaringer og løsningsstrategier” (Jonassen & Eidheim, 2001) og evaluering av veileder for overgrepsmottak. (Eide, 2012)

Krisesenterbevegelsen har systematisk samlet inn informasjon som er tilgjengelig på deres nettside. (Norsk krisesenterforbund, 2013)

Jeg har ingen opplysninger om informantene har deltatt i noen form for evaluering av sitt arbeid på dette feltet. Det er heller ikke spurt etter. En av informantene deltok i et samhandlingsprosjekt med både opplæring, veiledning og plan for ekstern evaluering. Dette var ikke rettet spesifikt med hensyn til voldsutsatte.

4.7 Good practice Indicator 7. Multi Agency Co-ordination – working together

Denne indikatoren innebærer ifølge forskergruppen (Humphreys et al., 2000), samarbeid og samhandling på tvers av tjenestesteder og organisasjoner. Det foreslås et forum for utarbeidelse av konkrete samarbeidslinjer, kommunikasjonsavtaler og etablering av samarbeid i enkeltsaker. Prosedyrer som sikrer konfidensialitet, tillatelser og taushetsplikt må være på plass. Avklaring av rutiner for respons/tilbakemeldinger må avtales slik at det gir kontinuitet for den utsatte. Forskergruppen legger vekt på at både lokale og sentrale myndigheter må legge til rette for og bevilge ressurser til å oppnå samhandling. Også på dette punkt, understreker forskergruppen at brukernes erfaringer må tillegges vekt.

Helsepersonellet mener at:

- Gruppen voldsutsatte jenter og kvinner har behov for sammensatte tjenester.
- Tjenestetilbudet er varierende. Det er person og tjenestestedsavhengig.
- Det er vanskelig å vite hvem i bydelene som har ansvar for hva.
- Det er uenighet om hvem som skal behandle pasientene.
- Kommunikasjonen mellom tjenestene er varierende. Også dette er person- og tjenestestedsavhengig.
- Taushetsplikten anføres som hinder for samarbeid.

Helsepersonellet har erfart at:

- Deres egne erfaringer med ulike tjenester er nødvendige for å hjelpe pasientene. De etablerer til dels egne nettverk av tjenesteytere.
- Godt samarbeid og felles prosjekter på ulike områder fører til økt samarbeid også på dette feltet.
- Der det er gode samarbeidsrutiner, oppleves arbeidet med kompliserte saker som enklere og tryggere.

Helsepersonellet anbefaler:

- Felles retningslinjer og behandlingslinjer som inkluderer alle tiltaksnivåer.
- Felles samarbeidsstrukturer og rutiner.
- Utarbeidelse av oversikter over hvem som utfører tjenester på dette feltet, hva de ulike tjenestestedene tilbyr og hvordan man kommer i kontakt.
- Lavere terskel for både formell og uformell kontakt.
- Konkret samarbeid i enkeltsaker. Gjelder både utredning, behandling og generell kommunikasjon.

Informantenes beskrivelser avdekker manglende kommunikasjon, informasjonsutveksling, samarbeid og samhandling. Jeg har derfor valgt å se grundigere på dette feltet og diskuterer derfor premisser for samarbeid og samarbeid på organisasjonsnivå og personnivå i egne avsnitt.

4.7.1 Samarbeid med andre – premisser for samarbeid

Helsesøstre og fastleger har ulike funksjoner i helsevesenet. Helsesøstrenes arbeid har hovedfokus på forebyggende arbeid, mens fastlegen har et behandlende, utredende og henvisende hovedfokus. De har alle behov for samhandling med resten av hjelpeapparatet. I arbeidet med voldsutsatte kvinner har de mange sammenfallende erfaringer, selv om deres arbeidsoppgaver kan være ulike.

Informantene i denne undersøkelsen ønsker mer samhandling. I stortingsmelding nr 47, trekkes det manglende samarbeidet i helsevesenet frem som svært utfordrende. Allerede i meldingens forord, hevder daværende helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hansen at ”Manglende samhandling er den viktigste grunnen til syke eldre, at syke mennesker med kroniske lidelser, rusproblemer og psykiske lidelser lett blir tapere i dagens helse-Norge.” (St.meld 47, 2009, forord)

Senere i meldingen fremgår det at selv om de enkelte tjenestene er gode, kan pasientene få et bedre helsetilbud dersom de får: ”Rett behandling - på rett sted – til rett tid.”.

Informantene i denne undersøkelsen har pekt på at et godt behandlingstilbud til voldsutsatte kvinner, er avhengig av at også det øvrige tjenestetilbudet fungerer. Det opplever ikke informantene at det gjør. Dette beskrives også i Stortingsmelding 47, (St.meld 47, 2009) hvor man oppfatter at oppsplitting av ansvar og oppgavefordelingen, fører til ”del - tjenester”. Dette gjelder mellom stat og kommune, innenfor kommunene og i statlige etater. Man hevder at det ikke er utviklet systemer som er rettet mot pasientenes samlede behov. Det uttales også at barrierene for å motta tjenestene for den voldsutsatte og at barrierene mellom tjenestene kan oppleves uoverstigelige. Dette skaper unødig belastning for pasienter og pårørende.

Voldsutsatte kvinner er i så måte en særskilt utsatt gruppe, fordi en del av dem har behov for tjenester fra mange aktører innenfor ulike tjenestesystemer.

Kan helsepersonellets utfordringer i samarbeid med andre i sitt arbeid med voldsutsatte kvinner, skyldes at helt grunnleggende premisser for samarbeid ikke er til stede?

Et godt samarbeid krever samarbeid på flere nivåer i helsevesenet og sosialtjenesten.

4.7.2 Samarbeid på organisasjonsnivå

Harald Knudsen skriver om samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. Han mener at hovedspørsmålet i offentlig sektor er hvordan man kan oppnå mer ressursutnyttelse. Han mener at ved å søke bedre samarbeid og økt samhandling kan man få bedre kompetanse, bedre kapasitet og bedre tilbud til dem som skal motta tjenestene.

Helt grunnleggende for samarbeid, er at aktørene må ha en forståelse av at det er nyttig, være villig til å delta, og ha tillitt til de andre aktørene. Knudsen beskriver premisser som må være til stede for å etablere et godt samarbeid. Første premiss er det han kaller domenekapabilitet. Med det menes at det må avklares hvilket domene den enkelte aktør/organisasjon skal forvalte. Det handler om hvilken rolle de ulike aktørene/organisasjonene skal spille. For voldsutsatte kvinner og deres hjelpere, betyr dette at det må være avklart hvem som skal yte helsehjelp, sosialhjelp eller andre tjenester. Det er ikke uvanlig at det er overlappende domener og oppgave må fordeles. Forståelsen av at samarbeid er nyttig, er en forutsetning for at det inngås samarbeid på området.

Helsepersonellet opplever at voldsutsatte kvinner tilbys for sjelden, for liten og for sen hjelp av spesialisthelsetjenesten. Satt på spissen: Helsepersonellet opplever at deres kompetanse ikke strekker til, og at pasienten ville få bedre hjelp av andre instanser eller på et annet omsorgsnivå. Samtidig opplever de at andre, for eksempel kommunale tjenester eller spesialisthelsetjenesten, er uenige i dette, og avslår anmodning/henvisning fordi de forholder seg til sin oppfatning og myndighetspålagte prioriteringer. Det kan synes som det i praksis ikke er avklart hvem som skal tilby hvilke tjenester til voldsutsatte kvinner.

Andre premisser for samarbeid er i følge Knudsen, at de ulike partene har ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet. Det handler om at ulike tjenestesteder må ha en felles forståelse av hva som er god terapi, gode behandlingsformer og de må ha respekt for andre aktører, det aktørene står for og deres arbeid. Koordinering av et kombinert behandlingstilbud

krever dermed at tilbudet samordnes, samt at det ligger respekt og sympati for andres ideologi og arbeid til grunn for dette.

Helsepersonellet i denne studien har beskrevet gode behandlingsforløp for voldsutsatte kvinner der samarbeidet har vært godt, og de opplever et respektfullt samarbeid mot felles mål. Det er heller ikke uvanlig at de opplever at de ikke blir respektert, deres vurderinger overprøves av barnevern og spesialisthelsetjenesten, de tas ikke med på råd og gis ikke informasjon. Samtidig stiller de selv spørsmål ved de andre tjenestenes ideologi, kompetanse og ønske om samarbeid. Det synes derfor ikke som det er konsensus om hvilken behandling voldsutsatte kvinner skal ha. Dersom det ikke er det, hva skal til for å få en felles ideologisk forståelse og gjensidig respekt for alle aktørene på feltet?

Det tredje, nødvendige premiss for samarbeid, er i følge Knudsen mandatkompatibilitet. Det betyr at noen tar initiativ til en felles konsensus om samarbeid. Det vil si, at det skal samarbeides, hva det skal samarbeides om og hvordan. Dette kan initieres av den enkelte aktør, en større enhet eller av myndighetene. Myndighetene kan gjøre dette i form av lovverk, pålegg, faglige anbefalinger eller ved andre insentiver (for eksempel økonomiske) for å oppnå de ønskede mål. Å gi et mandat er ikke i seg selv nok, det må nedfelles i konkret verdiforankring, samhandling og i de daglige arbeidsrutinene. Samhandlingsreformens mål er nettopp en forbedring på dette området.

Dersom en skal legge helsepersonellens erfaringer til grunn, er det hittil ikke systematikk i samarbeid. Om en ser dem i sammenhengen med Knudsens premisser for samarbeid, synes det som det verken er domenekapabilitet, ideologisk og kvalitetsmessig kapabilitet eller mandatkapabilitet når det gjelder samordnede tjenester til voldsutsatte.

Problemstillingen er også beskrevet i en rapport fra helsedirektoratet i 2011 (Helsedirektoratet, 2011b) der en søker å synliggjøre kompetansebehovene og vurderer de aktuelle utfordringene som må møtes, for å kunne realisere samhandlingsreformen som har folkehelse som mål. Rapporten trekker frem behov for klar forankring, klart mandat, felles mål, kunnskap og respekt for andres profesjoner og roller, avklaring av roller, forventninger og praktiske oppgaver samt at samarbeidet må være av betydning for deltagerne.

Ine Lea har i sin masteroppgave i samfunnssikkerhet fra 2010, (Lea, 2010) vurdert tilbudet de ulike aktørene i samfunnet ga voldsutsatte kvinner i Stavanger. Hun konkluderte med at det

kan synes som systemet håndterer vold mot kvinner som enkelttilfeller. Hvert tilfelle er som en ny krise. Lea mener at dette kan skyldes at det at kvinner utsettes for vold og trenger bistand, ikke oppfattes som en krise på aggregert nivå i samfunnet og dermed ikke blir gitt politisk prioritert. Hun tenker at dette kan henge sammen med at god forebygging ”ikke synes” og er vanskelig å argumentere for. Hun argumenterer også for at de særlige kjennetegn man finner hos voldsutsatte kvinner (skam, isolasjon, avmakt og redusert helse), gjør dem ”mer usynlige” og at de derfor heller ikke blir synlige i samfunnsdebatten. Lea argumenterer for at det bør utføres en konsekvensanalyse på samfunnsnivå av hva det koster å ha et mangelfullt tilbud til voldsutsatte kvinner. Hun mener at det vil være agendasettene. Hun viser til at en slik analyse også er foreslått i ”Retten til et liv uten vold”. (NOU 31, 2003)

Denne analysen er utført og ferdigstilt i desember 2012, og viser at vold har en betydelig samfunnsomkostning også økonomisk. (Rasmussen et al., 2013)

Slik jeg forstår Lea, finner hun at det hittil ikke har vært en overordnet prioritert samfunnsoppgave å forebygge vold og å etablere et helhetlig behandlingstilbud til voldsutsatte kvinner. Informantene i min studie, opplever på samme måte som Lea, at enkelttilbudene finnes, de kan også være svært gode, men det er tilfeldig og det er ikke er en systematisk helhet i tilbudet.

Helsepersonellet beskriver at det fragmenterte tjenestetilbudet viser seg ved at pasienten selv, eller helsepersonellet må etablere kontakt med, søke behandling og andre hjelpetilbud ved hver enkelt hendelse, for hver enkelt voldsutsatt kvinne. Man kan ikke på forhånd vite om det nødvendige behovet vil bli dekket. Man vet ikke om kvinnen vil bli tilbudt psykososiale tjenester eller behandling fra andre tjenestesteder. Flere av informantene har opplevd at de ikke vet hva de kan tilby pasienten, utover det de selv kan gi og det tilbud de klarer å etablere sammen med sitt eget ”selvetablerte nettverk”.

Samtidig som det kan synes som det i praksis ikke er et systematisk, helhetlig behandlingstilbud for voldsutsatte kvinner, må det påpekes at det på overordnet nivå, både internasjonalt og i Norge, har vært et økende fokus på tilbud til voldsutsatte kvinner og hvordan dette kan etableres. Det har kommet rapporter og konkrete anbefalinger fra verdens helseorganisasjon. (WHO, 2002; WHO, 2012). Norske myndigheter har utgitt både rapporter og retningslinjer i forhold til helse (NOU 31, 2003), juridiske aspekter (Justis - og

politidepartementet, 2008) og veileder for overgrepsmottak.(Sosial- og helsedirektoratet, 2009)

Informantene beskriver at noen voldsutsatte kvinner får gode og sammensatte hjelpetilbud. De peker selv på at dette varierer fra bydel til bydel. En av informantene arbeider i en bydel der man har et prosjekt som systematiserer samhandling og koordinering av tjenester. Hun opplyser at hun ikke har opplevelsen av fragmenterte tjenester og at tilbudet også til voldsutsatte kvinner, er helhetlig. En av de andre informantene rapporterer tilsvarende erfaring fra tiden hun arbeidet i en annen, mindre kommune. Der kjente man hverandre, det var lett å ta kontakt og koordinering av tjenestene gikk lettere. Det som kjennetegnet bydeler/kommuner som ga sammensatte tilbud, er ifølge mine informanter, at de samarbeider, er tilgjengelige, er fleksible, gir mulighet for å drøfte saker og til å følge den voldsutsatte sammen over tid.

Oppsummert kan man si at det kan synes som mange tjenestesteder yter tjenester til voldsutsatte kvinner, og det er mulighet for gode behandlingsforløp. Det som derimot mangler, er en sammenhengende politikk og gjennomføring på alle nivåer, helt fra ledelse på overordnet nivå og ned til konkret pasient/klientarbeidet. Det bør iverksettes tiltak slik at nødvendige domeneavklaringer finner sted og at det blir ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet Samtidig må det sørges for at noen har ansvar for koordinering av tjenestene.

Samhandlingsreformen er et skritt på veien til et mer samordnet helsevesen. Reformen er i seg selv ikke nok. Det fordres at den implementeres i de enkelte helseregioner, sykehus og kommuner. Det er en stor reform som er innført og som det arbeides videre med.

Rapporten ”Samhandlingsreformen og ny folkehelselov” (Helsedirektoratet, 2011b) ser på utfordringene på alle samfunnsnivåer, men trekker spesielt frem kommunenes ansvar. Etter den nye folkehelseloven (Folkehelseloven, 2012) som ble iverksatt i 2012, legges ansvaret for folkehelse til kommunene og ikke kun til helsetjenesten. Helsestasjon - og skolehelsetjeneste trekkes frem, begrunnet i det helhetlige perspektivet og oppgaven å drive utstrakt tverrfaglig arbeid som særlig er sentralt i arbeidet med ”å forbygge psykiske plager og i håndtering av sammensatte sosiale problemer.” (Helsedirektoratet, 2011b, s.17)

Man bør være særskilt oppmerksom på utsatte grupper ved endring av arbeidsoppgaver og reformer. Når flere vil ha de samme oppgavene, eller når særskilt kompliserte oppgaver skal

løses kan det være fare for at det oppstår ”gråsoner”, det vil si at enkelte oppgaver ikke blir fordelt eller prioritert. Det kan skyldes at oppgavene er for diffuse eller at de er vanskelige å dele opp. Dette har man sett ved behov for sammensatte sosial tjenester og omsorg. (Jacobsen, 2012)

Det kan også tenkes at enkelte vegrer seg for noen oppgaver, og at det dermed oppstår gråsoner. Voldsutsatte kvinner kan være en slik utsatt gruppe.

4.7.3 Samarbeid på personnivå

Samarbeid er noe man må investere i, og skal det lykkes, krever det tilrettelegging og koordinering både på overordnet organisasjonsnivå og på person- og tjenestenivå.

Helsepersonellet i studien beskriver samarbeid som person - og tjenestestedsavhengig. Det fører til gode behandlingsforløp for noen voldsutsatte kvinner, og til det motsatte for andre. Helsepersonellet har fortalt at de har personlige nettverk med andre tjenesteytere for å etablere forløp for sine pasienter. Personlige initiativ og arbeidsrutiner finnes altså, men slik helsepersonellet beskriver dette, er det for voldsutsatte kvinner i de aktuelle bydelene, ikke nedfelt i formelle rutiner og arbeidsredskaper.

Helsepersonellet har beskrevet hvordan kjennskap, kontakt og annet samarbeid både med offentlige og private aktører, genererer mer samarbeid, mer kunnskapsutveksling, muligheter for å drøfte saker og konkret samarbeid i enkeltsaker. Helsepersonellet ønsker at dette i tillegg til å bli mer systematisert på overordnet organisasjonsnivå, må systematiseres lokalt i egen bydel, i forhold til de tjenestesteder og organisasjoner som er naturlige samarbeidspartnere og med spesialisthelsetjenesten. I en kvantitativ studie ”Felles innsats eller solospill” (Ødegård & Willumsen, 2011), har man funnet at relasjonelle forhold som fremmer samarbeid, er respekt, likeverdighet, god dialog og felles innsats. Helsepersonellet i min undersøkelse har påpekt mye av det samme. I de sakene der det ikke oppnås samarbeid, har de erfart at de føler mangel på respekt, at de ikke tas på alvor og manglende dialog. Dette fører til at de arbeider alene. De ønsker også avklarte roller, mer dialog og å lære mer. Ødegård og Willumsen har funnet at planlegging som fremmer samarbeid er god møteledelse, felles mål, å dele kunnskap og klare roller. De anbefaler blant annet at tjenesteytere får opplæring i samarbeid og prosesser som fører til godt samarbeid.

Helsepersonellet ønsker konkret oversikt over tjenestesteder og ansvarlige personer, kjennskap til personene de skal samarbeide med, og planer for pasientforløp for å kunne gi et bedre tilbud. Dialog, å snakke sammen, bli kjent og vite hvem de andre er, er grunnlag for ethvert samarbeid og burde være en ledelsesoppgave å iverksette. Det kan kanskje synes som om ingen opplever at det er deres mandat?

Kommuner og bydeler har valgt ulike måter å møte samhandlingsreformens utfordringer på. Gode forslag finnes. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeids nettside (NAPHA, 2013) gir en rekke beskrivelser av gode metoder og samhandlingstiltak. De har nylig utgitt et hefte med tittel ”Ni suksesshistorier - Samhandling om psykisk helse”. (NAPHA., 2012) Her finner man tips om gode løsninger for individuell plan og pasientforløp, beskrivelse av metoden Motiverende samtaler (som helsesøstrene refererte til) og beskrivelse av hvordan tett kontakt har ført til bedre samhandling. I bydel Bjerke ligger Oslo kommunes utviklingscenter for hjemmetjenester. På deres hjemmeside (Oslo Kommune, 2013) kan man lese om hvordan de har utviklet informasjonsmapper for samhandling, gjennomført brukerundersøkelser og arbeider med behandlingslinjer.

I samhandlingsreformen er gode pasientforløp et hovedmål. Man er opptatt av at beslutningssystemene må endres slik at man kan få helhetlige systemer som gir gode pasientforløp. Man tenker seg at gode pasientforløp må bli en felles referanseramme for alle aktører. I evalueringen av veileder for overgrepsmottak (Eide, 2012) problematiseres dette. Det er diskusjoner om hvem som skal stå for oppfølging etter vold og overgrep og hvor omfattende den bør være. Betydningen av fastlegen trekkes frem, men det er erfart at fastlegen ikke er en garanti for god oppfølging. Helsepersonellet har foreslått å utvikle forløpsplaner. Det støttes i evalueringen. Det foreslås å skissere flere mulige forløp tilpasset den enkelte voldsutsattes behov. Evalueringen bekrefter også helsepersonellens behov for lokalt tilpassede planer hvor hvem som skal tilby hva, er anført. Behovet for kontinuitet er påpekt av helsepersonellet i min undersøkelse og uttrykt av brukerne både i Jonassen og Eidheims undersøkelse (Jonassen & Eidheim, 2001) og i evalueringen. Lokalt tilpassende samarbeidsavtaler og forløpsplaner kan løse noe, men kommunikasjon mellom tjenestestedene er avgjørende i den enkelte pasientsak. Det er i overgangene mellom tjenestestedene behandlingen glipper, uttrykkes det i evalueringen. Der stilles det spørsmål om oppfølgingstilbudet bør være av oppsøkende karakter. Helsepersonellet beskriver at de tar ansvar for kontakt etter å ha avdekket vold og andre traumer, derimot opplever de

kommunikasjonssvikt fra overgrepsmottak, krisesenter, spesialisthelsetjeneste, barnevern og andre tjenester. Dette kan føre til manglende behandling og sette voldsutsatte i sikkerhetsfare dersom de blir værende i voldelige forhold.

I Samhandlingsreformen (St.meld 47, 2009) ser man for seg en viktigere rolle for kommunene. Prinsippet BEON – det beste, effektive omsorgsnivå, skal være styrende for helhetlige pasientforløp. Det fremheves at de ulike faggruppens særskilte fortrinn må utnyttes i samhandling til pasientens beste. (St.meld 47, 2009)

Planer for pasientforløp må utvikles lokalt og representanter for brukere og aktuelle aktører må delta. Det er et omfattende arbeid. Lokale forløpsplaner kan utvikles uavhengig av om det foreligger offentlige retningslinjer. Samtidig vil en kunne tenke seg at retningslinjer og lokale forløpsplaner vil utfylle hverandre.

Planer kan ikke løse alle samarbeidsvansker, selv om de kan gi en retning, og man har noe konkret å forholde seg til. Samarbeid handler også om utøvernes holdninger og handlinger. Hvordan et samarbeid integreres, avhenger av motivasjon og vilje til samarbeid. Målet med samarbeid er integrerte tjenester til den enkelte. I tillegg til kvalitetsfaktorer, må også den enkelte aktør la seg bli en del av et slikt nettverk. Samarbeid på tvers av organisasjoner og profesjoner på personnivå er vanskelig. De enkelte tjenesteyterne i praksisfeltet har kanskje ikke de samme intensjoner som overordnede myndigheter eller ledelsen. Spenningen mellom interesser og motsetninger på overordnet nivå, kan komme til å speiles helt ned i den enkelte pasientsak. (Willumsen, 2009)

Det kan også være at den enkelte aktør ikke ønsker å avgi makt eller frihet til selv å regulere sitt arbeid, og dermed trekker seg unna. En av informantene i studien trekker frem at mange fastleger har valgt denne jobben nettopp fordi det er selvstendig, og de selv er individualister. Hun trekker samtidig frem at helsevesenets forandringer krever et økende samspill og uttaler at det ikke nytter ”å bare sitte på sin egen tue.” Selv om det i mange sammenhenger er nok med fastlegens tjenester, eller bare behov for tiltak fra et tjenestested av gangen, blir helsevesenet stadig mer mangfoldig og spesialisert. Flere pasienter trenger samtidig innsats fra flere. Man har erfart at felles innsats gir bedre kvalitet og bedre forløp for pasienter i mange ulike sammenhenger. (St.meld 47, 2009)

Myndighetene ønsker å videreutvikle legetjenestene i kommunene. De økte oppgavene kommunene får, fører også til endring av fastlegens oppgaver. I tillegg til styrking av allmennmedisinsk kompetanse generelt og spesielt, er det særlig knyttet til pasientforløp og samhandling en tenker endringene bør komme. Det er innført ny fastlegeforskrift (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) fra 1. januar 2013. Her stilles det krav til fastlegene og det defineres også hvilke oppgaver de skal eller kan ha, og hvilke rammevilkår både lovmessig og økonomisk som legges til grunn. Samtidig defineres kommunenes ansvar for kvalitet i de helhetlige helsetjenester. Jeg oppfatter det som særlig interessant å se at det er definert at det er kommunenes ansvar å tilrettelegge for samarbeid. Kommunene skal tilrettelegge både for samarbeid mellom kommunene og fastlegen, og for samarbeid mellom fastlegen og de ulike tjenesteyterne innen kommunen, slik at resultatet blir hensiktsmessige og godt integrerte helse – og omsorgstjenester. Tilretteleggeransvaret gjelder også for samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten.

Fastlegen skal på sin side ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med relevante tjenesteytere. Fastlegen skal også medvirke til at det utarbeides individuell plan og at pasienter med behov for langvarige – og koordinerte tjenester får en koordinator i kommunen.

Individuell plan er et praktisk verktøy som kan gi god samhandling i enkeltsaker og som kan gi brukeren både oversikt og deltagelse i egen behandling. Det forutsettes selvsagt at det benyttes og at det brukes etter hensikten. Alle informantene i undersøkelsen kjente til individuell plan. Individuell plan hadde vært benyttet i forhold til andre pasienter med sammensatte behov, men ingen av informantene hadde benyttet dette i forhold til voldsutsatte kvinner. Her har helsearbeiderne et redskap de selv kan benytte og i samarbeid med pasienten inkludere andre tjenesteytere. En slik plan forplikter de ulike tjenestestedene og gir den utsatte oversikt over mål og tiltak som konkrete personer fra tjenestestedene skal bidra i forhold til.

I en masteroppgave fra 2008 har Kirstie Elisabet Indresøvdde studert psykososialt arbeid avgrenset til individuell plan og ansvarsgruppemøte for pasienter over 18 år, knyttet til psykiatri og rus på førstelinjenivå. Hun finner at det er lite fokus på praktisk tilrettelegging av ansvarsgrupper og individuell plan. Hun finner noe variasjon i ulike etater. Hun mener utfordringene er manglende felles forståelse for hva psykososialt arbeid er, uavklarte roller mellom fastlege og koordinator, manglende kompetanse i å benytte planen og manglende

metoder for felles rutiner og maler innad i bydelen. Hennes informanter var positive til planen og så forbedringsområder innenfor det psykososiale området. (Indresøvd, 2008)

Dette bekrefter både muligheten som ligger i å benytte individuell plan, men likeså behovet for opplæring i å bruke dette redskapet. Det kreves også en lojalitet til å utføre, evaluere og samhandle. Indresøvdets funn fra 2008 synes således tildels fortsatt å være gjeldende.

I veilederen for overgrepsmottak (Sosial- og helsedirektoratet, 2009) anbefales det etablering av individuell plan for de av pasientene som har behov for sammensatte tjenester etter seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner. Det er ikke alle voldsutsatte kvinner som har behov for langvarige, sammensatte tjenester og det er etter min oppfatning, også et spørsmål om kjønn. Det tar tid å etablere en individuell plan og mange voldsutsatte kvinner trenger raskt hjelp, kanskje fra flere samtidig i en krisesituasjon som for eksempel ved et oppbrudd fra et voldelig forhold.. Det er ikke sikkert hun vil trenge sammensatte tjenester over tid, selv om hun trenger dem, der og da.

Likevel kan det altså se ut til at det er et underforbruk av verktøyet for gruppen voldsutsatte kvinner. Evaluering av veileder for overgrepsmottak (Eide, 2012) og stortingsmelding 15 (St.meld 15, 2013) anbefaler at man i større grad bruker verktøyet individuell plan.

Taushetsplikten inngir tillitt og fortrolighet. Den kan også hindre kommunikasjon mellom helsepersonell og andre tjenesteytere. Konflikt mellom taushetsplikt, opplysningsplikt og hindringer for godt samarbeid og gode pasientforløp, er velkjente problemstillinger. Det beskrives også i Stortingsmelding 15. Det har pågått et tverrdepartementalt arbeid for å kartlegge praksis rundt taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt. En stadig pågående debatt om disse vanskelige tingene er nødvendig for å sikre god helsehjelp og gode forløp. (St.meld 15, 2013)

4.8 Good Practice Indicator 8. Good practice with Women and Children – how to do it

De første indikatorene fokuserer på strategier og standardisert praksis på organisasjons- og tjenestestedsnivå. Denne indikatoren fokuserer på faktorer i det enkelte møtet, det generelle,

men også spesifikke for denne målgruppens behov. Oppmerksomhet, lydhørhet og sensitivitet for både de uttrykte og usagte behov i møte med brukeren og et særlig fokus på barnas behov. Samtidig må en søke ressurser hos kvinnene og barna med mål å styrke dem. Også her er det viktig med fokus på sårbare grupper og å ha en ikke-diskriminerende praksis. Systematisert utredning og praksis som jevnlig evalueres, nevnes som sub-indikatorer.

Forskergruppen (Humphreys et al., 2000) understreker disse sub-indikatorene som spesielt viktige:

- Personellet må mestre en aksepterende og sensitiv tilnærming.
- Tilbud om - og praktisk gjennomføring av effektive intervensjoner, raskt og på et ikke-dømmende sett.
- Til grunn må det ligge forsterkning av sikkerhet for kvinner og barn som opplever vold.
- Utvikling av særskilte tiltak for utsatte grupper.

Helsepersonellet har beskrevet voldsutsatte kvinners behov for støtte, hjelp til selvinnsikt og til å se egen styrke og muligheter. De oppfatter sin oppgave å være tilgjengelige, både menneskelig og konkret, evne å avdekke vold og vurdere kvinnens behov, ha kunnskap om hvordan man kan hjelpe og tilby medisinsk behandling, psykososial støtte, henvise videre til andre instanser og å samarbeide med disse. De trekker frem kontinuitet, fleksibilitet som nødvendig i disse sakene og de fremhever at av det de selv kan bidra med er deres egen kunnskap og erfaring det aller mest vesentlige.

Helsepersonellet jeg har intervjuet, har kommet med noen konkrete anbefalinger til arbeid med voldsutsatte jenter og kvinner. De har først og fremst pekt på behovet for at volden blir avdekket. Dette er utdypet under praksisindikator 2. Deretter følger behov for sikkerhet, se praksisindikator 4. Behovet for samarbeid og samhandling beskrives under praksisindikator 7. Helsepersonellet har ønsket seg retningslinjer. Det er beskrevet under kvalitetsindikator 3.

Helsepersonellet bygger sitt eget arbeid med voldsutsatte på det de har beskrevet som en tillitsfull relasjon. Støtte i samtale, samtalebehandling over tid og arbeid med å etablere andre

tiltak i samarbeid med andre, bygger på denne relasjonen. De bruker sitt faglige skjønn i dette arbeidet.

Jeg har valgt å utdype begrepene ”En tillitsfull relasjon” og ”Faglig skjønn” fordi alle informantene trakk dette frem som grunnleggende i tilnærming generelt, og spesielt i møte med voldsutsatte og andre med personlige problemer. Dette er etter min oppfatning, en annen måte å beskrive sub-indikatoren ”En aksepterende, sensitiv tilnærming” på. En annen av sub-indikatorene, utvikling av særskilte tiltak for utsatte grupper, utdypes også i et eget avsnitt.

4.8.1 En tillitsfull relasjon

Informantene legger vekt på å få kontakt og skape en tillitsfull relasjon slik at eleven eller pasienten skal føle trygghet. Dette er rammen for å snakke om vanskelige ting. Samtalen er deres hovedintervensjon. Helsepersonellet har erfart at mange elever/pasienter må komme flere ganger, bli kjent, vurdere om helsepersonellet er til å stole på, før de kan fortelle.

Betydningen av tillit er grunnleggende både i lege - pasientforhold og i all sykepleietjeneste. Tillit er en del av det faglige skjønn som tidligere er beskrevet. Per Fugelli (Fugelli, 2001) beskriver i en artikkel, tillitt som ”menneskets følelse av at andres godhet, ærlighet og dyktighet er til å stole på.”. Han beskriver at sykdom og lidelse fører til at pasienten mister tillit til kroppen, funksjonsevnen og fremtiden. Han beskriver tillit som motsetningen til det angstfylte. Han skriver: ”Tillit er for allmennmedisin som blod for kroppen.”. Videre skriver han, at fagets vitale funksjoner vil svikte uten tillit. Han mener at tilliten gjør det mulig for allmennpraktikeren å være både en personlig lege og være portvakt til det han kaller ”medisinens babelske tårn”.

Helsepersonellet forteller at de skaper tillitsfulle relasjoner ved å vise interesse, lytte og stille både åpne og lukkede spørsmål. Ytre rammer som ro, tid og mulighet for å samtale alene, tilstrebes. Innholdet i kontakten, hvilke temaer og på hvilken måte helsepersonellet leder samtalen, beskrives som viktig. De legger til rette for å snakke om hvordan man har det, følelser og hendelser i livet.

Helsepersonellet beskriver det å etablere en relasjon som en prosess. Det gjelder for alle, men helsepersonellet opplever at voldsutsatte er mer engstelige og kan trenge lengre tid på å oppnå

tillit. Helsepersonellet mener dette kan skyldes redsel, skam og den manglende selvtillit, opplevelsen av å ikke strekke til, at de voldsutsatte tror ”det er deres feil” og at de kanskje fortjener det. De fleste voldsutsatte kvinnene helsepersonellet treffer, har vært utsatt for enkeltepisoder, kortere forhold preget av vold eller forhold der volden er sjelden, men maktbalansen skjev og det er frykten for mulig ny vold som preger relasjonen. De fleste kvinnene har ikke så alvorlige livssituasjoner at de har utviklet ”the battered syndrom”, men helsepersonellet opplever at voldsutsatte kvinner generelt preges av skam, og at volden de har vært utsatt for, gjør noe med deres tillit til andre mennesker. Dette utfordrer hjelperen. Helsepersonellet ser på dette både som vanskelig og interessant, og forteller at det at det stimulerer dem til å yte sitt ytterste for å oppnå tillit og etablere en relasjon. Et aspekt som forvansker etablering av tillit, er at mange voldsutsatte kvinner lever i reell fare. Mistenksomhet og påpasselighet kan være en nødvendig overlevelsesstrategi. (Herman, 1995)

Helsepersonellet beskriver alle at de har erfart, merket, har sett eller kjent. En forteller at hun bruker magefølelsen. Det kan også defineres som faglig skjønn.

4.8.2 Faglig skjønn

I en artikkelsamling med tittel ”Den omtenkssomme sykepleier” defineres faglig skjønn. ”Faglig skjønn er en form for viten der kunnskap er omdannet til viten gjennom kjennskap” (Meyer, 1993, s. 63) Det har lang tradisjon i de praktiske yrkene hvor man finner både sykepleiere og leger. Utdanningene bygger på teoretisk kunnskap og praktisk dannelse i en elev - mestertradisjon. Utvikling av faglig skjønn skjer i refleksjon over møter med andre mennesker, veiledning og opplæring i å stille seg åpen slik at en kan møte det andre mennesket med medfølelse, barmhjertighet, tillitt og ærlighet samtidig som man bruker fagkunnskap i handling. Faglig skjønn er en praktisk moralsk handlingsklokskap som gir en mulighet til å møte pasientens helhetlige situasjon og handle sammen med pasienten, i spennet mellom lidelse og livsmot som nettopp er helseprofesjonenes oppgave. (Meyer, 1993)

Alle informantene i denne undersøkelsen er erfarne og har arbeidet klinisk lenge. Når de fanger opp ”noe” i atmosfæren i rommet, får mistanke om for eksempel vold, og handler ved å spørre, iverksette tiltak, handler altså dette om å bruke sitt faglige skjønn som er mye mer enn fagkunnskap. Handlingskompetansen innebærer mer enn medisinske prosedyrer, det inkluderer også vårt språk, vår balanse av nærhet og avstand, tidsbruk, sanselig forståelse, bruk av hender og håndlag i det vi gjør.

Det er i vårt daglige arbeid, sanser og språk, det faglige skjønnnet kommer til uttrykk i våre valg av hva som er det gode. Dette kan ikke nedfelles i regler, retningslinjer og faste begreper, det er nettopp evnen til å se og handle godt i hver enkelt situasjon. (Meyer, 1993)

4.8.3 Utsatte grupper

Helsepersonellet har rapportert årvåkenhet med hensyn til vold hos elever/pasienten som synes å ha psykososiale vansker. Likeså er de oppmerksomme på mennesker med minoritetsbakgrunn.

Anna Luise Kirkengen (Kirkengen, 2009) har gjennom sitt forskningsarbeid beskrevet hvordan krenkelser inkludert vold og overgrep, kan manifestere seg i helseplager og sykdom. En av informantene beskriver at hun særlig ser kroppslige plager hos kvinner fra ikke-vestlige land. Hun beskrev hvordan hun ved bruk av tid, tolk, trygge omgivelser søker informasjon slik at hun kan tilby hjelp. Hun forteller at disse kvinnene har særskilte vansker på grunn av kulturforskjeller, språkvansker, manglende integrering i det norske samfunnet og de store familiemessige, nettverksmessige og sosiale utfordringene disse kvinnene må møte ved et brudd med en voldsutøvende ektefelle. Dette feltet er beskrevet i en veileder fra 2008 (Skogøy, 2008), for arbeid med voldsutsatte kvinner med minoritetsbakgrunn og korrelerer med min informants erfaringer. Veilederen understreker kvinnenes særskilte behov for at hjelperen er en systemoversetter. En systemoversetter eller tolk på hvordan både den norske kultur og kvinnens kultur fører til at mennesker oppfatter og tolker ting forskjellig, og dermed løser situasjoner på ulikt vis. Min informant beskriver hvordan hun i tillegg til konkret medisinsk behandling, opprettholder kontakt, orienterer som samfunnet, psykososiale rettigheter, Nav, barnevern etc. Hun opplever at de fleste kvinnene blir i forholdet. Hun opplever dette som tungt. Hun ser sin oppgave som oppmerksom samtalepartner, en kontinuitet. Hun forsøker å styrke kvinnene både under selv konsultasjonene og ved å iverksette tiltak som kan styrke deres helse på annet vis. Informanten har fokus på somatiske helseproblemer og forteller at hun henviser til et "Frisklivssenter" i håp om at dette både skal hjelpe på kvinnens livsstil, somatiske helse og også styrke dem i troen på seg selv, slik at de lettere setter grenser. Informanten min uttrykker også det Kirkengen beskriver: Det dilemmaet det er når krenkelser er "innskrevet i kroppen", og at tradisjonell medisinsk tenkning kommer til kort. Kirkengens undersøkelser viser hvordan skjulte seksuelle krenkelser fra barndommen blir kroppsliggjort.

4.9 “...OG BEDRE SKAL DET BLI!” Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring I Sosial- og helsetjenesten (2005-2015)

Strategiens mål er at sosial- og helsetjenester skal ha god kvalitet og dette utdypes i seks elementer. (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) For å nå disse målene, tenker en seg handlingsplaner som har som siktemål å styrke brukere og utøvere, forbedre ledelse og organisasjon, styrke forbedringskunnskapens plass i utdanningen og å følge med og evaluere tjenestene.

Disse faktorene er i større eller mindre grad allerede berørt i denne oppgaven gjennom informantenes beskrivelser og drøftelsen mot kvalitetsindikatorerne tidligere i dette kapitlet.

Jeg vil allikevel se studiens funn opp mot strategiens elementer, - eller kvalitetsindikatorer om man vil, fordi dette er strategien som i dag er gjeldende for tjenestene helsepersonell skal tilby.

4.9.1 Virkningsfulle tiltak

”God kvalitet forutsetter at beslutninger om behandling, forebygging, pleie, omsorg og sosiale tjenester baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak.” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.21)

Informantene i denne studien har vist interesse for feltet voldsutsatte jenter og kvinner. Det er derfor de er informanter i denne studien. De kan ikke sies å være representative for førstelinjetjenesten generelt. Det man derimot kan si, er at de har beskrevet at det er mulig å yte tjenester og etablere gode pasientforløp, grunnet på egen kompetanse og i en praksis som er kunnskapsbasert.

Det bekymringsfulle er at de i stor grad selv må ta initiativ til kompetanseheving. Hva med dem som ikke søker denne kompetansen?

Denne studien er ikke egnet til å vurdere eller evaluere hvor virkningsfulle tjenester er.

4.9.2 Trygge og sikre tjeneste

”God kvalitet forutsetter at sannsynligheten for feil og uheldige hendelser er redusert til et minimum” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.22)

Denne undersøkelsen har ikke stilt spørsmål som kan gi svar på hvorvidt det foregår systematisk kvalitetssikring og vurdering av uheldige enkelthendelser for å forbedre tjenestene.

Det denne undersøkelsen derimot gir svar på, er helsepersonellens prioriteringer i enkeltsaker. De opplyser at de prioriterer denne pasientgruppen. Det er i tråd med myndighetenes føringer, fordi vold er et ledende helseproblem. De prioriterer også å redde liv, sikkerhet, behandling og forebygging. Forebygging er særlig beskrevet av helsesøstrene, der de beskriver konkret arbeid med voldsforebygging.

Helsepersonellet har i sin beskrivelse av taushetsplikten beskrevet hvordan dette kan hindre god informasjonsflyt. Dette kan sammen med manglende tilgjengelighet og samhandling, komme til å føre til fare for pasientene i form av at de ikke får den sikkerhet (de kan være i livsfare) og de nødvendige tjenester.

4.9.3 Involvere brukere og gi dem innflytelse

”God kvalitet forutsetter at brukerens og pasientens erfaringer og synspunkter påvirker tjenestene.” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.23)

Dette forutsetter at brukerne både skal kunne medvirke i planlegging av tjenestene på alle nivåer. På dette feltet er det kvinnebevegelsen, brukerne og deres støttespillere som har gått foran for å bygge tjenester, skaffe kunnskap og spre kunnskap. (Sosial- og helsedirektoratet, 2005)

Brukermedvirkning er ”i tiden” og brukerne er ved sine organisasjoner, inkludert i arbeid med offentlige planer og retningslinjer.

Brukernes erfaringer er innhentet i forskning. Et eksempel på dette er undersøkelsen ”Den gode vilje” (Jonassen & Eidheim, 2001) der en har spurt etter mishandlede kvinners erfaringer med hjelpeapparatet. Det skal utføres en brukerundersøkelse av voldsutsattes erfaringer med

overgrepsmottak i kjølevannet av evalueringen av veilederen for overgrepsmottak. (Eide, 2012)

Hvorvidt helsepersonellet på tjenestestedsnivå inkluderer brukerne, kan denne studien ikke gi svar på. Det helsepersonellet derimot beskriver, er at de på individnivå er opptatt av å hjelpe den enkelte bruker til å få innsikt i sin egen situasjon, slik at de sammen kan arbeide for en bedret helse for brukeren. De beskriver anerkjennelse og respekt for den enkelte bruker, også der de tror at brukerens valg, ikke er til det helsemessige beste for vedkommende.

4.9.4 God samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet

”God kvalitet forutsetter at tiltakene er samordnet og preget av kontinuitet.” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.24)

På dette feltet har helsepersonellet beskrevet at samarbeid og samhandling er preget av den enkelte utøver og det enkelte tjenestested. Enkelte steder er tjenestene preget av god samhandling og kontinuitet, mens det på andre er helt fraværende. Helsepersonellet har beskrevet at de etablerer private nettverk (med offentlige aktører) for å sikre denne pasientgruppen tjenester.

Informantene beskriver også at det er uenighet om ansvar, oppgavefordeling og samordning både for pasientgruppen generelt og i enkeltsaker. Dette gjelder både på langs i tiltakskjeden og på tvers av tjenestetyper og nivåer.

4.9.5 God ressursutnyttelse

”God kvalitet forutsetter at ressursene er utnyttet på en slik måte at brukeren og samfunnet får mest mulig gevinst”. (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 24)

Helsepersonellet opplever at de ofte ”er rett person” for voldsutsatte kvinner og at de er tilgjengelig for dem. Denne studien er ikke designet for å måle om voldsutsatte jenter og kvinner får tjenester på rett sted, på rett måte og til rett tid. Det fremkommer allikevel noen data på området. Helsepersonellet er på linje med såkalt ”best practice” og myndighetenes beskrivelser av hva pasientgruppen trenger. Det de påpeker som mangler, er uenighet om hva

som er rett sted på hvilket tidspunkt. Så lenge det er uklarhet om mulighet for gode pasientforløp, samhandling og kontinuitet i tjenestene, er tjenestene ineffektive og kan dermed ikke generelt sies å være av god kvalitet. Samtidig må det påpekes at helsepersonellet også beskriver vellykkede, gode forløp, men det er altså ikke en selvfølge.

4.9.6 Tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling

”God kvalitet forutsetter at ressursene i det samlede tjenestetilbudet er tilgjengelig og fordelt slik at alle har samme mulighet for å oppnå et godt resultat.” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 25)

Helsepersonellens behov for å etablere nettverk av kontakter for å kunne tilby sine pasienter et tilfredsstillende helsetilbud, indikerer at tjenestene ikke er tilgjengelige for alle. Helsepersonellet har erfaring fra ulike bydeler og kommuner, de har samarbeidet med ulike barnevernstjenester og spesialisthelsetjenester i ulike områder av landet. De beskriver at tjenestene er avhengig av tjenestested og person. Tjenestene helsepersonellet søker for sine elever/pasienter, finnes ikke alltid, eller tjenesten tilbys ikke begrunnet i uenighet om behov eller av kapasitetshensyn. Helsepersonellet opplever at dette særlig er gjeldende for voldsutsatte og mennesker med psykiske lidelser.

Dersom informantenes opplysninger er korrekte, er tjenester for denne pasientgruppen ikke nødvendigvis tilgjengelige, og de er ikke rettferdig fordelt. Det kan virke tilfeldig om pasientene får god behandling. Det synes avhengig av at de kommer til en helsesøster eller fastlege som både tilbyr egne tjenester og som benytter eget nettverk av tjenesteytere for å gi et sammensatt tilbud, der de regulære tjenestene svikter.

5 Hovedfunn og anbefalinger

I denne undersøkelsen har jeg spurt helsesøstre og fastleger om deres erfaringer fra arbeid med voldsutsatte jenter og kvinner. På bakgrunn av resultatene, sett i lys av kvalitetsindikatorer og relevant litteratur, har jeg kommet frem til hovedfunn og anbefalinger.

- “Å få volden fram i lyset” er det første og viktigste skrittet i en prosess. Helsepersonell i førstelinjetjenesten kan og bør ha en sentral rolle i dette arbeidet.
- Helsepersonellet beskriver kjennskap til kunnskapsbasert praksis og hvordan de benytter denne i sitt arbeid med voldsutsatte jenter og kvinner. Arbeidet består av forebygging, avdekking, behandling, psykososialt arbeid og samarbeid med andre tjenesteytere.
- Kompetanseheving er person- og tjenestestedsavhengig.
- Tilbud til voldsutsatte jenter og kvinner er person – og tjenestestedsavhengig. Tjenestetilbudet er avhengig av at helsepersonellet påtar seg koordinatorrolle og til dels etablerer forløp via eget nettverk av private - og offentlige tjenesteytere.
- Manglende kommunikasjon og et fragmentert tjenestetilbud kan føre til at voldsutsatte ikke får dekket behov for sikkerhet og god behandling.
- Mangel på avklaring av hvem som har hovedansvaret for denne pasientgruppen i ulike behandlingsfaser, kan føre til at voldsutsatte jenter og kvinner ”faller i en gråsoner.”

Målene i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten er at tjenestene skal være virkningsfulle, trygge og sikre, involvere brukerne og gi dem innflytelse, ha god samhandling og kontinuitet i tjenestetilbudet og ha god ressursutnyttelse. På noen områder synes det særlig behov for kvalitetsforbedring, dersom målene skal nås. Tjenestene er ikke trygge og sikre nok, det er ikke kontinuitet i tjenestene og samhandlingen er ikke god nok. Behandlingen er person- og tjenestestedsavhengig og er dermed ikke rettferdig fordelt. Dette gir ineffektive tjenester og dårlig ressursutnyttelse.

Denne studien har vist at helsesøstre og fastleger ikke alltid kan gi voldsutsatte jenter og kvinner det helsetilbudet de ønsker å gi. De har påpekt mangler og anbefalt forbedringer.

Det synes som det særlig er behov for retningslinjer, forløpsplaner, videreutvikling av samarbeid og samhandling, myndighetsinitiert kompetanseheving i førstelinjetjenesten, systematisk veiledning og netteverksbygging lokalt,

Norske myndigheter iverksetter stadig tiltak, noe både Stortingsmelding 15., Stortingsmelding 47. og helsedirektoratets utvikling av retningslinjer og veivisere, viser.

God individuell behandling vil allikevel alltid avhenge av det enkelte helsepersonells håndlag, faglige skjønn og erfaringer som er en forutsetning for at den voldsutsatte kan føle trygghet til å gå inn i en tillitsfull relasjon, der vold kan avdekkes, traumer kan bearbeides og de nødvendige psykososiale tiltak kan iverksettes.

Litteraturliste

Reference List

Abrahams, H. (2007). *Supporting Women after domestic violence: loss, trauma and recovery*. Jessica Kingsley Publishers.

Alsaker, K., Moen, B. E., & Kristoffersen, K. (2008). Health-related quality of life among abused women one year after leaving a violent partner. *Social Indicators Research*, 86, 497-509.

Alsaker, K., Moen, B. E., Nortvedt, M. W., & Baste, V. (2006). Low health-related quality of life among abused women. *Quality of life research*, 15, 959-965.

Andenæs, A. (2000). Generalisering: Om ringvirkninger og gjenbruk av resultater fra en kvalitativ undersøkelse. In H.Haavind (Ed.), *Kjønn og fortolkende metode. Metodiske muligheter i kvalitativ forskning* (pp. 287-318). Gyldedal Akademisk.

Anstorp, T., Benum, K., & Jakobsen, M. (2006). *Dissosiasjon og relasjonstraumer*. Oslo: Universitetsforl.

Asay, T. P. & Lambert, M. J. (1999). The Empirical Case for the Common Factors in Therapy: Quantitative findings. In M.A.Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy* (pp. 23-55). American Psychological Association.

Bang, L. & Hydle, I. (1992). *Mishandling og seksuelle overgrep: legens faglige oppgaver i helse og rettsvesenet*. Oslo: TANO.

Barnevernloven. (1993). *Lov om barnevernstjenester*. Trådte i kraft 1. januar 1993. siste endret 1. august 2012.

Berg, O. (2012). På leting etter identitet. *Sykepleien*, 10/2012, 76-84.

Dahl, S. (1993). *Rape: a hazard to health*. Scandinavian University Press Oslo.

Dalgard, O. S. & Weisæth, L. (2000). *Psykisk helse: risikofaktorer og forebyggende arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.

DIXI Ressursenter for voldtatte (2013). DIXI Ressursenter for voldtatte. Retrieved 20-4-2013, from <http://www.dixi.no/>

Drammen kommune (2008). *Veileder ved vold i nære relasjoner* Drammen kommune.

Eide, A. K. (2012). *"Det beste må ikke bli det godes fiende!" En evaluering av overgrepsmottakene* Nordlandsforskning.

Fladby, B. (2004). Et sinnsykt stort kjempeskille i livet. Utvikling av tilbud til personer utsatt for seksuelle overgrep-en behovs-og tiltaksanalyse [A wild change in life. Analysing the acute needs of sexually violated and suggestions for improved services]. *Sosial vaktjeneste, Oslo kommunale legevakt, OsloNorway*.

Folkehelseloven (2012). *Lov om folkehelsearbeid*. Trådte i kraft 1 januar 2012.

Fugelli, P. (2001). Hva er tillit? *Tidsskrift for den Norske lægeforening*, 121, 3621-3624.

García-Moreno, C. & World Health Organization (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva: World Health Organization.

Gerbert, B., Caspers, N., Bronstone, A., Moe, J., & Abercrombie, P. (1999). A qualitative analysis of how physicians with expertise in domestic violence approach the identification of victims. *Annals of Internal Medicine*, 131, 578.

Haaland, T., Clausen, S. E., & Schei, B. (2005). *Vold i parforhold - ulike perspektiver: resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge*. (2005:3 ed.) Oslo: NIBR.

Helmers, A. K. B. and Dolonen, K. A. (2013). "Vi rekker ikke å følge opp de som sliter". Retrieved 8-4-2013, from <http://www.sykepleien.no/nyhet/1125063/dette-svarer-helsesostrene-til-sykepleien>

Helse- og omsorgsdepartementet (2012). Forskrift om fastlegeordning i kommunene. Retrieved 20-4-2013, from <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/xo-20120829-0842.html>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2012). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Trådte i kraft 1 januar 2012, 1 juli 2012, når Kongen bestemmer.

Helsedirektoratet (28-12-2009). Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjensten. Retrieved 13-4-2013, from <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primar-og-spesialisthelsetjenesten/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet (2-12-2011a). Retrieved 13-4-2013a, from <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/nasjonale-retningslinjer/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet (2011b). *Samhandlingsreformen og ny folkehelseslov: Behov for "samfunnskompetanse" i kurs og utdanningstilbud* (Rep. No. IS-1931). Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2013). Helsedirektoratet medisinske kodeverk ICD-10. Retrieved 20-4-2013, from <http://finnkode.kith.no/#|icd10|ICD10SysDel|2613495|flow>

Helsedirektoratet & Avdeling minoritetshelse, o. r. (2010). *Individuell plan 2010 veileder til forskrift om individuell plan*. Oslo: Helsedirektoratet, Avdeling minoritetshelse og rehabilitering.

Helsedirektoratet & Avdeling psykisk helse og rus (2011). *Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helseforetaksloven (2002). *Lov om helseforetak. Trådte i kraft 1 januar 2002. Sist endret 24 juni 2011*.

Helsepersonell-loven (2001). *Lov om helsepersonell. Trådte i kraft 1 januar 2001. Siste endret 1 januar 2012*.

Herman, J. L. (1995). *I voldens kølvand*. København: Hans Reitzels Forlag.

Hjemdal, O. K. & Engnes, K. (2009). *Å spørre om vold ved svangerskapskontroll. Rapport fra et forsøksprosjekt i fire kommuner* (Rep. No. 01/2009). Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress A/S.

Hjemdal, O. K., Sogn, H., & Schau, L. (2012). *Vold, negative livshendelser og helse. En gjennomgang av data fra to regionale helseundersøkelser* (Rep. No. 1/2012.). Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress.

Hummelvoll, J. K. (1992). *Helt - ikke stykkevis og delt*. (vols. 4. utg.) [Oslo]: Gyldendal.

Humphreys, C., Hester, M., Hague, G., Mullender, A., Abrahams, H., & Lowe, P. (2000). *From good intentions to good practice*. Policy Press Bristol.

Indresøvd, K. E. (2008). *Utfordringer i psykososialt koordineringsarbeid. En studie om bruk og administrasjon av IP og Ansvarsgrupper* Masteroppgave. Universitetet i Oslo.

Jacobsen, D. I. (2012). Hvorfor er samarbeid så vanskelig? In P.Repstad (Ed.), *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i teori og praksis* (2 ed., pp. 75-114). Universitetsforlaget AS, Oslo.

Jonassen, W. & Eidheim, F. (2001). *Den gode vilje: mishandlede kvinners erfaringer med hjelpeapparatet*. (1-2001 ed.) Oslo: NIBR.

Justis - og politidepartementet (2007). *Handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2008-2011)*.

Justis - og politidepartementet (2008). *Vold i nære relasjoner Veileder for utvikling av kommunale handlingsplaner* Justis - og politidepartementet.

Justis- og beredskapsdepartementet. (2011). *Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2012*.

Ref Type: Unenacted Bill/Resolution

Kenny, N. & ni Riain, A. (2008). *Domestic violence: a guide for general practice*
ICGP.

Kirkengen, A. L. (2009). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. (vols. 2. utg.) Oslo:
Universitetsforl.

Kvale, S., Brinkmann, S., & Anderssen, T. M. (2009). *Det kvalitative
forskningsintervju*. (vols. 2. utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.

Lauvås, P. & Handal, G. (2000). *Veiledning og praktisk yrkesteori*. (vols. [Rev. utg.]
Oslo: Cappelen akademisk.

Lea, I. (2010). *Håndteres vold mot kvinner i nære relasjoner som en pågående krise?:
en analyse av systemet iverksatt rundt voldsutsatte kvinner i Stavanger. Masteroppgave*.
University of Stavanger, Norway.

Lov om sosiale tjenester i NAV (2010). *Lov om sosiale tjenester i arbeids- og
velferdsforvaltningen. Trådte i kraft 1 januar 2010. Siste endret 17 desember 2010*.

Lund, E. C. (2006). Terapeutens møte med sterkt traumatiserte mennesker. In
T.Anstorp, K. Benum, & M. Jakobsen (Eds.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrasjon
av det splittede jeg* (pp. 247-261). Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. (vols. 3.
utg.) Oslo: Universitetsforl.

McCauley, J., Yurk, R. A., Jenckes, M. W., & Ford, D. E. (1998a). Inside Γ
PandoraΓÇÖs boxΓÇÖ. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 549-555.

McCauley, J., Yurk, R. A., Jenckes, M. W., & Ford, D. E. (1998b). Inside Pandora's box. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 549-555.

Meyer, K. (1993). Nyanser og utfordringer i det faglige skjønn. In K.Martinsen (Ed.), *Den omtenkssomme sykepleier* (TANO AS.

NAPHA (2013). *NAPHA* NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.

NAPHA. (2012). *Ni suksesshistorier - samhandling om psykisk helse* Nasjonalt kompetansesenter for psykiak helsearbeid.

Nielsen, J. C. R. & Repstad, P. (2012). Fra nærhet til distanse og tilbake igjen. Om å analysere sin egen organisasjon. In P.Repstad (Ed.), *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i teori og praksis* (2 ed., pp. 234-253). Universitetsforlaget AS, Oslo.

Norsk krisesenterforbund (2013). Norsk krisesenterforbund NOK. Retrieved 20-4-2013, from <http://www.norskkrisesenterforbund.no/>

NOU 31 (2003). *Retten til et liv uten vold: menns vold mot kvinner i nære relasjoner : utredning avgitt fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 29. august 2001 : avgitt til Justis- og politidepartementet 4. desember 2003*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Ødegård, A. & Willumsen, E. (2011). *Felles innsats eller solospill?* (2011:46 ed.) Molde: Høgskolen.

Oslo Kommune (2013). Utviklingscenter for hjemmetjenster, bydel Bjerke. Retrieved 24-4-2013, from http://www.bydel-bjerke.oslo.kommune.no/utviklingscenter_for_hjemmetjenster/

Pasient-og brukerrettighetsloven (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter. Trådte i kraft 1 januar 2001. Sist endret 24 juni 2011.*

Pedersen, W. & Aas, H. (1995). Sexual victimization in Norwegian children and adolescents Victims, offenders, assaults. *Scandinavian journal of public health*, 23, 173-178.

Politidirektoratet (2008). *Vold i nære relasjoner. Veileder* Politidirektoratet.

Psykisk helsevernloven (2001). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Trådte i kraft 1. januar 2001, 1 juli 2001, 1. januar 2002. Sist endret 1. januar 2012.*

Råkil, M. (2002). *Menns vold mot kvinner*. Oslo: Universitetsforl.

Rasmussen, I., Strøm, S., Sverdrup, S., & Vennemo, H. (2013). *Samfunnsøkonomiske kostnader av vold i nære relasjoner* (Rep. No. 2012/41). Vista Analyse AS.

Senneseth, M., Alsaker, K., & Natvig, G. K. (2012). Health-related quality of life and post-traumatic stress disorder symptoms in accident and emergency attenders suffering from psychosocial crises: a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 402-413.

Skogøy, E. (2008). *Arbeid med voldsutsatte kvinner med minoritetsbakgrunn*
Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress a/s.

Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjensten. Veileder* (Rep. No. IS-1154). Sosial- og helsedirektoratet.

Sosial- og helsedirektoratet (2005). *...OG BEDRE SKAL DET BLI! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjensten (2005-2015)* (Rep. No. IS-1162). Sosial- og helsedirektoratet.

Sosial- og helsedirektoratet (2009). *Overgrepsmottak. Veileder for helsetjenesten* (Rep. No. IS-1457). Oslo.

Spangaro, J. M., Zwi, A. B., & Poulos, R. G. (2011). "Persist. persist.": A qualitative study of women's decisions to disclose and their perceptions of the impact of routine screening for intimate partner violence. *Psychology of Violence, 1*, 150.

Spesialisthelsetjensteloven (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten. Trådte i kraft 1 januar 2001. Sist endret 24 juni 2011.*

St.meld 15 (2013). *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner : Det handler om å leve* Oslo: Det kongelige justis- og beredskapsdepartement.

St.meld 47 (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted -i rett tid* (Rep. No. 47). Det kongelige helse og omsorgsdepartement.

Statens helsetilsyn (2000). *Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser.* (Rep. No. 2-2000).

Størksen, J. (2005). *Du er mer enn du tror. 10 søndagsandakter for voksen.* Forlaget Press.

Thoresen, S. & Øverlien, C. (2009). Trauma Victim: Yes or No? *Violence Against Women, 15*, 699-719.

WHO (2002). *The World report on violence and health* WHO.

WHO. (2012). Mental health and psychosocial support for conflict-related sexual violence: principles and interventions. WHO.

Ref Type: Pamphlet

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

WHO.

Willumsen, E. (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid*. Oslo: Universitetsforl.

Vedlegg 1.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Wenche Jonassen
Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
Kirkeveien 166, Bygning 48
0407 OSLO

Vår dato: 04.10.2011

Vår ref: 27957 / 3 / KS

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 08.09.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

27957	<i>Sambhandling og kompetanse i møtet med mennesker som er eller har vært utsatt for vold</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Wenche Jonassen</i>
<i>Student</i>	<i>Britt Bøen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.12.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Katrine Utaaker Segadal

Kontaktperson: Katrine Utaaker Segadal tlf: 55 58 35 42
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Britt Bøen, Knud Øyens vei 18 B, 1166 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 92 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

Vedlegg 2.

Fra: Marie Schildmann

Til: britt.boen@studmed.uio.no, wenche.jonassen@nkvts.unirand.no

Tittel: [Prosjektnr: 27957. Samhandling og kompetanse i møtet med mennesker som er eller har vært utsatt for vold](#)

Dato: 2013-01-21 14:26

Hei

Jeg viser til endringsmelding på prosjektet 'Samhandling og kompetanse i møtet med mennesker som er eller har vært utsatt for vold', mottatt den 29.11.2012. Vi registrerer at ny dato for prosjektslutt er 30.06.2013. Dere vil da motta en ny statushenvendelse.

--

Vennlig hilsen
Marie S. Schildmann
Seniorrådgiver

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
(Norwegian Social Science Data Services)
Personvernombud for forskning
Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 31 52

Tlf. sentral: (+47) 55 58 21 17

Faks: (+47) 55 58 96 50

Email: marie.schildmann@nsd.uib.no

Internettadresse www.nsd.uib.no/personvern

Vedlegg 3

PROSJEKTSKISSE

TEMA: Samhandling og kompetanse i møtet med mennesker som er eller har vært utsatt for vold og traumer.

TITTEL: Vold og helse. Omsorg for voldsutsatte kvinner.

STUDENT: Kandidatnummer 43.

VEILEDER: Wenche Jonassen, NKVTS

OPPSUMMERING: Studien samler informasjon fra helsepersonell i førstelinjetjeneste om helsetilbudet til kvinner i alderen 14- 67 år som er eller som har vært, utsatt for vold. Studien søker også informasjon om hvordan helsepersonell og andre tjenesteytere samhandler for å møte denne pasientgruppens behov. Undersøkelsen er utført ved tekstanalyse av semistrukturerte intervjuer av helsepersonell i førstelinjetjenesten i en sektor av Oslo.

HVORFOR PROSJEKTET BØR GJENNOMFØRES: Mange mennesker utsettes for vold og traumer. Dette anses som et alvorlig samfunnsproblem (WHO World Health Organization, 2002) og senest nå i vår la Europarådet frem sin strategiplan på området. (Council of Europe, 2011) Vi vet at mange av dem som utsettes for vold og traumer får redusert livskvalitet og får helseproblemer av både somatisk og psykisk karakter. (Kirkengen, 2009) Vi har retningslinjer for overgrepsmottak (Sosial- og helsedirektoratet, 2009) og norsk forskning på dette fagfeltet. {Dahl, 1993 8 /id; Nesvold, 2005 12 /id} Sosialtjenestens ivaretagelse av mennesker utsatt for vold er også undersøkt. (Saur, 2007).

Helsepersonell møter kvinner i alle aldre og arbeider med forebygging, avdekking og behandling i akutt fase og gjennom langsiktige forløp. I Norge er fastlegen den enkeltes første og viktigste kontakt med helsevesenet. For mange er også helsesøster

og helsepersonell i hjemmebaserte tjenester nære helsetjenesteytere. Helsepersonell har allsidig kompetanse på både somatiske og psykososiale forhold samtidig som arbeid i førstelinje gir dem nærhet til brukere/pasienter. Dette prosjektet søker å løfte frem deres erfaringer og kunnskaper, deres vurdering av behov for tjenester og samhandling på dette feltet.

Samhandlingsreformen er vår neste store helsereform og samhandling mellom tjenestesteder i første- og andrelinje skal forbedres. I den sammenheng er det formålstjenlig å ha kunnskap om hvilke kvalitetsforbedringer helsepersonell anbefaler for å forebygge og avdekke vold, samt hvordan de mener at et samlet tjenestetilbud best kan tilby god omsorg for voldsutsatte kvinner.

MÅL: Studiens formål er å få frem eksempler på god praksis, og den gjennomføres for å få kunnskap om helsepersonells oppfatninger av følgende problemstillinger:

- Hvilke behov for behandling har kvinner som har vært utsatt for vold?
- Hvilken behandling kan helsepersonellet selv tilby?
- Hvilke andre tjenestetilbud mener helsepersonell at de voldsutsatte kvinnene bør få?
- Hvilken bistand får kvinnene i dag i andre deler av helse- og sosialtjenesten?
- Hvordan samarbeider tjenestestedene i dag?
- Opplever helsepersonellet at pasienter med voldsproblematikk blir prioritert på de ulike tjenestestedene?
- Er et utvidet samarbeid ønskelig? Og er det noe som er til hinder for dette?
- Kan samhandlingsreformen føre til et bedre tilbud til denne gruppen pasienter?

METODE: Semistrukturerte intervjuer med helsepersonell i førstelinjetjeneste i en sektor av Oslo.

Tekstanalyse for å systematisere deres kunnskap om ulike temaområder knyttet til de behov mennesker som er utsatt for vold har. (Kvale & Brinkmann, 2009)

Tidsplan:

- | | |
|---------------------------------|-------------|
| • Prosjektskisse- eksamen | juni 2011 |
| • Litteratursøk | juni 2011 |
| • Utarbeidelse av intervjuguide | august 2011 |

- Søke tillatelse fra NSD august 2011
- Forespørre aktuelle deltagere august 2011
- Gjennomføre intervjuer september/oktober 2011
- Transkribere intervjuer november/desember 2011
- Analyse januar/februar 2011
- Oppgaveskriving eller artikkel mai 2011

Reference List

Council of Europe (11-5-2011). Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence.

<http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/HTML/DomesticViolence.htm>

Dahl, S. (1993). *Rape: a hazard to health*. Scandinavian University Press Oslo.

Kirkengen, A. L. (2009). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. (vols. 2. utg.) Oslo: Universitetsforl.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitative forskningsintervju*. (vols. 2. oppl. [i.e. 2. utg.]) Lund: Studentlitteratur.

Nesvold, H., Worm, A. M., Vala, U., & Agnarsdóttir, G. (2005). Different Nordic facilities for victims of sexual assault: a comparative study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 84, 177-183.

Saur, R. (2007). *Møte med familievold i sosialtjenesten: Sosialarbeiderens forståelse og handlemøter*.

Sosial- og helsedirektoratet. (2009).

http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00017/IS-1457_17481a.pdf.

Overgrepsmottak. Veileder for helsetjenesten. Oslo.

Ref Type: Generic

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

Vedlegg 4.

Britt Bøen

Knud Øyens vei 18 b

1166 Oslo

britt.boen@studmed.uio.no

Telefon 917 63 940

Oslo Kommune

Bydel

Bydelsdirektør

Bydelsoverlege

0000 Oslo

Ljan 4.9.11

Jeg er masterstudent ved Universitetet i Oslo på studiet "Psykososialt arbeid - selvmord, rus, vold og traumer". Jeg spesialiserer meg i fagdelen "vold og traumer" og har fordypningsundervisning ved NKVTS, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. NKVTS har akseptert mitt prosjekt og min veileder er Forsker II Wenche Jonassen, NKVTS. wenche.jonassen@nkvts.unirand.no

Tema for min masteroppgave er: "Samhandling og kompetanse i møtet med mennesker som er eller har vært utsatt for vold og traumer. Tittel på prosjektet mitt er "Vold og Helse. Omsorg for voldsutsatte kvinner".

Studien søker å samle informasjon fra helsepersonell i førstelinjetjenesten om helsetilbudet til kvinner i alderen 14-67 år som er eller har vært utsatt for vold. Studien søker også informasjon om hvordan helsepersonell og andre tjenesteytere samhandler for å møte denne pasientgruppens behov. Undersøkelsen utføres ved innholdsanalyse av semistrukturerte intervjuer av helsepersonell i en bydel i Oslo.

Jeg har valgt å intervju helsepersonell i bydel fordi jeg gjennom mange år ha vært ansatt ved det lokale DPS og er kjent med bydelens strukturer. Bydelen har både en variert bebyggelse og en aldersmessig variert befolkning.

Jeg er på jakt etter "Den gode praksis". Det er tidligere gjort undersøkelser av tilbudet som gis ved legevakt, krisesentre og i sosialtjenesten. Som psykiatrisk sykepleier er jeg opptatt av legers og sykepleieres særskilte kompetanse i møtet med voldsutsatte kvinner. Jeg ønsker å beskrive allmennlevers og helsesøstres kliniske erfaringer. Jeg tror at de gode klinikerens erfaringer er en forutsetning for videreutvikling av fag og kompetanse.

Jeg ønsker derfor å spørre fastleger på de lokale legesentrene og helsesøstre ansatt ibydel om de ønsker å delta med sine erfaringer.

Undersøkelsen søker generelle erfaringer og det spørres ikke etter noen taushetsbelagte opplysninger. Informantene vil også bli anonymisert i det skriftlige materialet.

Intervjuene planlegges høsten 2011. De vil ta fra 1 ½ time og vil finne sted der hvor det er mest praktisk for informantene.

Det er søkt NSD om tillatelse og deres anbefalinger og retningslinjer vil bli fulgt.

Jeg vil ta kontakt med dere over telefon for å avtale hvordan undersøkelsen kan gjennomføres i deres bydel.

Vennlig hilsen

Vedlegg 5.

Britt Bøen
Knud Øyens vei 18 b
1166 Oslo
britt.boen@studmed.uio.no
mob 91763940

Ljan 28.11.11.

Til allmennlegene/fastlegene i ... bydel.

Jeg er masterstudent og søker fastleger i .. bydel som vil snakke med meg om kvinner og vold.

For en tid tilbake sendte jeg en forespørsel (se vedlegg) via bydelsoverlege/bydelsdirektør som meddelte meg at denne var videresendt med anbefaling om deltagelse. Jeg har i ettertid skjønt at forespørselen ikke har nådd dere.

Kort om prosjektet mitt:

Jeg ønsker å snakke med HELSEPERSONELL som arbeider i i førstelinjetjenesten, om hvordan de behandler kvinner som har vært utsatt for vold eller som man mistenker har vært utsatt for vold.

Det har vært fokusert på sosialtjeneste, krisesentre o.s.v., men få har snakket med fastleger, helsesøstre og jordmødre i førstelinjetjenesten. Jeg tenker at kvinner som utsettes for vold, får mange helseproblemer og at det er "hos dere" de er og at dere kan mye om dette.

Jeg ønsker å få kjennskap til deres erfaringer, hvem dere samarbeider med og hvem dere kunne ønsket å samarbeide med.

Intervjuet tar ca 1 time. Jeg kommer til dere til avtalt tid.

Mail meg: britt.boen@studmed.uio.no eller ring 91763940.

Jeg håper en eller flere av dere vil hjelpe meg!

Vennlig hilsen

Vedlegg 6.

Britt Bøen

Knud Øyens vei 18 b

1166 Oslo

britt.boen@studmed.uio.no

Telefon 917 63 940

Kjære allmennlege/helsesøster

Jeg er masterstudent ved Universitetet i Oslo på studiet "Psykososialt arbeid - selvmord, rus, vold og traumer". Jeg spesialiserer meg i fagdelen "vold og traumer" og har fordypningsundervisning ved NKVTS, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. NKVTS har akseptert mitt prosjekt og min veileder er Forsker II Wenche Jonassen, NKVTS. wenche.jonassen@nkvts.unirand.no

Tema for min masteroppgave er: "Samhandling og kompetanse i møtet med mennesker som er eller har vært utsatt for vold og traumer. Tittel på prosjektet mitt er "Vold og Helse. Omsorg for voldsutsatte kvinner".

Studien søker å samle informasjon fra helsepersonell i førstelinjetjenesten om helsetilbudet til kvinner i alderen 14-67 år som er eller har vært utsatt for vold. Studien søker også informasjon om hvordan helsepersonell og andre tjenesteytere samhandler for å møte denne pasientgruppens behov. Undersøkelsen utføres ved innholdsanalyse av semistrukturerte intervjuer av helsepersonell i en bydel i Oslo.

Jeg har valgt å intervju helsepersonell i .. bydel.

Jeg er på jakt etter "Den gode praksis". Det er tidligere gjort undersøkelser av tilbudet som gis ved legevakt, krisesentre og i sosialtjenesten. Som psykiatrisk sykepleier er jeg opptatt av legers og sykepleieres særskilte kompetanse i møtet med voldsutsatte kvinner. Jeg ønsker å beskrive allmennlegers og helsesøstres kliniske erfaringer. Jeg tror at de gode klinikerens erfaringer er en forutsetning for videreutvikling av fag og kompetanse.

Undersøkelsen søker generelle erfaringer – din kompetanse- og det spørres ikke etter noen taushetsbelagte opplysninger. Informantene vil også bli anonymisert i det skriftlige materialet.

Intervjuene planlegges høsten 2011. De vil ta fra 1 ½ time og vil finne sted der hvor det er mest praktisk for informanten. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2012.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 91763940 eller sende en e-post til britt.boen@studmed.uio.no. Du kan også kontakte min veileder Wenche Jonassen ved NKVTS.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Jeg vil ta kontakt med deg over telefon for å høre om du ønsker å dele din kompetanse og dine erfaringer ved å delta i mitt prosjekt.

Vennlig hilsen

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien: "Samhandling og kompetanse i møtet med mennesker som er eller har vært utsatt for vold og traumer og ønsker å stille på intervju.

Signatur Telefonnummer

Vedlegg 7.

INTERVJUGUIDE KVALITATIVT INTERVJU Britt Bøen

Spørsmål til helsepersonell i førstelinjetjeneste: fastleger og helsesøstre

Tema: Kvinner som er utsatt for vold-helseproblemer- helsetjenester-samarbeid

1. Treffer du ofte kvinner som du **kjenner til at er eller har vært utsatt for vold?**
(daglig, ukentlig, månedlig, noen ganger i året....)

2. Hvordan har du fått kjennskap til deres voldserfaringer?
(henvist, stod i journal fra før, de fortalte det, avdekket av deg.....)

Henvist fra hvem? Var pasienten allerede kjent hos deg? Ble du overrasket?

Samarbeidet med henviser tidligere? Fått henvisninger?

Hva tror du var årsaken til at du fikk denne informasjonen?

Hvis kvinnen tok initiativet- eller du avdekket volden... , hadde dere kjent hverandre lenge?

Var det andre ting du hadde stusset over? Eller andre tegn/observasjoner knyttet til opplevelser, helse livsstil hos kvinnen som ledet deg på sporet?

3. Hva slags helseproblemer opplever du at de voldsutsatte har? Annerledes enn andre?
Psykososiale problemer? Rus? Tidligere voldserfaringer? Overgrep?
4. Hvilke ting synes du er aller viktigst /hva prioriterer du når du blir klar over at kvinnen er utsatt for vold? Forskjell på type vold?
(relasjoner/akutt skade, profylakse som lid, ny avtale...)
SIKKERHET

5. Viktigst ved tidligere vold?

6. Hvis du skal tenke på et godt behandlingsforløp – hva var ditt viktigste bidrag? Hva gjorde du? Hva er din profesjons fordel? Og det at du har førstelinjestilling.

DEN GODE HISTORIEN

7. Hva var kvinnenens viktigste bidrag i eget forløp?

8. Samarbeidet du med noen andre? Hvem?
(forslag etter hvert- lage min egen liste avkrysning, spare tid: pårørende, politi, legevakt...)

9. Var det andre du ønsket å samarbeide med?
10. Gikk samarbeidet bra? Hva gjorde det godt? Ble dere hindret? Hva hindret?
(mest mulig info...)
11. Ville du ha samarbeidet med andre? HVEM?
Hva var til hinder?
12. Ble det opprettet individuell plan? Fungerte? Hvorfor ikke? Pleier dere å bruke det?
KOORDINATOR- hvem. Og hvem koordinerer uten IP?
13. Har bydelen egne retningslinjer for hvordan dere skal hjelpe eller samarbeide om voldsutsatt kvinner?
14. Eget tjenestested retningslinjer/prosedyrer?
15. Har du hørt om samarbeidsrutiner fra andre steder?
16. Hvor henter du kunnskapen din om feltet?
17. Hva synes du er mest interessant? Og utfordrende i dette arbeidet?
18. Søker du støtte fra andre? Får du veiledning?
19. Hva kan bli bedre:
 - På ditt eget felt
 - i samarbeidet
 - hos samarbeidspartnerne
 - ønsket rådgiving/veiledning/sparringspartnere i dette arbeidet?
 - Eventuelt: Hvem burde organisere et koordinert tilbud – hvis du ser behov for dette?
20. Hvilke forventninger har du til samhandlingsreformen i forhold til dette feltet?

Vedlegg 8.

LISTE OVER SAMARBEIDSPARTNERE

- Pårørende
- Annet nettverk
- Overgriper, dennes fastlege/behandler
- krisesenter
- Fastlege
- Helsesøster (på helsestasjon, skole, helsestasjon for unge)
- Legevakt (hvem: sosial vaktjeneste, psykiatrisk vaktjeneste, allmenn legevakt, akutteam)
- Overgrepsmottak
- Nav sosial
- Nav trygd
- Bydelshelsetjenester (hjemmebaserte, psykisk helsevern, rusmiddelkonsulent, oppsøkende tjenester)
- Familievernkontor
- Somatisk sykehus (hvem)
- Distriktpsikiatrisk senter (hvem: akutteam, poliklinikk, avlastningsavdeling, ruspoliklinikk...)eller psykiatrisk sykehus
- Familievernkontor
- Barnevern
- Politi
- Andre i rettsvesenet (bistandsadvokat/fri rettshjelp)
- Dixi ressursenter
- Incestsenter
- Kompetansesenter som RVTS NKVTS ATV
- Ungdomsledere
- Prest (andre)
- Frivillige organisasjoner
- Andre