

Beredskapssituasjonen ved norske overgrepsmottak 2011

Rapport nr. 3-2012

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin



Tittel	Beredskapssituasjonen ved norske overgrepsmottak 2011
Institusjon	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, Bergen
Ansvarlig	Forskningsleder Steinar Hunskår
Forfattere	Grethe E. Johnsen, forsker ph.d., spesialist i klinisk psykologi, Nklm, Steinar Hunskår, prof. dr. med., Nklm, Kjersti Alsaker, forsker dr. polit., Nklm, Helle Nesvold, forsker ph.d., overlege, Nklm, Signe M. Zachariassen, førstekonsulent, Nklm
ISBN	978-82-92970-48-5 (trykt) 978-82-92970-49-2 (pdf)
ISSN	1891-3474
Rapport	Nr. 3-2012
Tilgjengelighet	Pdf og trykt
Antall sider	18 sider pluss vedlegg
Publiseringsmåned	Mai 2012
Oppdragsgiver	Helsedirektoratet
Sitering	Johnsen GE, Hunskår S, Alsaker K, Nesvold H, Zachariassen SM. Beredskapssituasjonen ved norske overgrepsmottak 2011. Rapport nr. 3-2012. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, 2012

Helsedepartementet har etablert Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Senteret er organisert i Uni Research AS/Uni Helse og knyttet faglig til Forskningsgruppe for allmennmedisin, Universitetet i Bergen, og til Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom). Senteret skal gjennom forskning og fagutvikling og i samarbeid med andre fagmiljøer bidra til å bygge opp og formidle faglig kunnskap innen kommunal legevaktmedisin.

Nettadresse www.legevaktmedisin.no
Epost legevaktmedisin@uni.no
Telefon +47 55586500
Telefaks +47 55586130
Besøksadresse Kalfarveien 31, Paviljongen
Postadresse Kalfarveien 31
Postnummer 5018
Poststed Bergen

Forord

I 2011 ble det satt fokus på voldtekt i media her i landet. Særlig ble omfanget av overfallsvoldtekter omtalt, og tiltak for å forebygge og bekjempe denne type kriminalitet ble tatt opp. Etter hvert ble også helsetjenesten til de utsatte, og helsetjenestetilbudet ved landets overgrepsmottak belyst i media. Det kom bl.a. negative oppslag omkring tilgjengeligheten ved enkelte overgrepsmottak.

Denne rapporten beskriver resultater fra Nklms kartlegging av beredskapssituasjonen ved landets 23 overgrepsmottak. Kartleggingen ble gjennomført på bakgrunn av Helsedirektoratets anmodning den 11. november 2011. Den foreliggende rapporten bygger på den rapporten Nklm sendte til Helsedirektoratet den 15. desember 2011 som svar på deres forespørsel. Den foreliggende rapporten er også en oppfølging av vår statusrapport for mottakene i 2009 (Johnsen G., Alsaker K., og Hunskaar S. Overgrepsmottak i Norge 2009. Rapport nr. 2-2010. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2010).

Vi vil takke lederne ved landets overgrepsmottak for at de deltok i undersøkelsen.

Innhold

Forord.....	3
Innhold.....	4
Sammendrag.....	5
Bakgrunn.....	6
Materiale og metode.....	7
Resultater og vurderinger.....	7
Antall saker.....	7
Administrativ og faglig ledelse.....	8
Vaktordning og bemanning.....	9
Ventetid.....	11
Lokaliteter.....	13
Medisinsk og psykososial oppfølging.....	13
Kompetanse.....	14
Ledernes synspunkter på virksomheten.....	15
Samlet oppsummering og konklusjon.....	16
Referanser.....	18
Vedlegg.....	19

Sammendrag

Bakgrunn

Helsedirektoratet ba i november 2011 Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin om å gjennomføre en kartlegging av beredskapssituasjonen ved landets 23 overgrepsmottak. Bakgrunnen for henvendelsen var et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) om beredskapen ved overgrepsmottakene etter omfattende medieoppslag om overfallsvoldtekter, og om lang ventetid ved enkelte mottak.

Materiale og metode

Undersøkelsen ble gjennomført ved telefonintervju med ledelsen ved samtlige mottak.

Resultater

Det er for lite administrative og faglige ressurser knyttet til et flertall av mottakene. Beredskapssituasjonen er slik at en ved mange av landets mottak ikke har en kontinuerlig vaktordning og tjenesteplan. Nklm mener at det ikke lenger kan anses faglig forsvarlig å basere seg på frivillige, ubetalte ordninger, der en risikerer at en ikke får etablert en mottakssamtale og undersøkelse innen rimelig tid. En firedel har vaktordninger som gjør at pasienten kan gis umiddelbar undersøkelse og behandling.

Ventetiden for de fleste andre mottakene synes akseptabel. Mottakene har i stor grad tilfredsstillende lokaliteter. Sykepleierne ved mottakene har i stor grad gjennomført tilgjengelige kompetansetilbud. For legene hadde mottakene ikke samme kompetansekrav, og færre leger hadde gjennomført kurs.

Konklusjon

Det bør vurderes å gi sentrale føringer for hva som anses som nødvendig og tilstrekkelig kompetanse for arbeid i overgrepsmottak. Undersøkelsen avdekket synspunkter som indikerer at mange overgrepsmottak sliter med å holde virksomheten tilfredsstillende i gang, både faglig og økonomisk.

Bakgrunn for undersøkelsen

Arbeidet med å styrke helsetjenestetilbudet for volds- og voldtektsutsatte har pågått over en rekke år. Som oppfølging av St. prp nr.1 (2004-2005) ga Helse- og omsorgsdepartementet Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å gjennomføre tiltak som skulle bidra til å styrke helsetjenestetilbudet for personer som var utsatt for vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep. I 2004 kom rapporten "Organisering av helsetjenester til personer som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep" (1). I denne rapporten anbefalte Direktoratet at volds- og voldtektsmottak burde organiseres som interkommunale tjenester og med forsøksvis en mottaksfunksjon i hvert fylke. Det ble anbefalt at staten bidro med stimuleringsmidler til etableringen av mottaksfunksjonene, som for øvrig skulle finansieres av de kommuner som deltok i ordningen. Når det gjaldt kompetanse ble det anbefalt at mottakenes personell skulle ha både medisinskfaglig, rettsmedisinsk og psykologisk kompetanse. I 2007 kom Direktoratet med IS-1457 "Overgrepsmottak. Veileder for helsetjenesten" som er det sentrale fagdokumentet som er lagt til grunn for virksomheten ved mottakene.

Tiltak for overgrepsutsatte ble og gjennomgått i Justis- og politidepartementets Handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2008-2011) Vendepunkt og NOU 2008:4 Fra ord til handling (2, 3). I januar 2012 ble det lansert en ny handlingsplan mot vold i nære relasjoner (4) og Regjeringen besluttet i desember 2011 at det også skal utarbeides en egen handlingsplan mot voldtekt.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) er av Helsedirektoratet gitt ansvaret for kompetanseheving, fagutvikling og forskning knyttet til overgrepsmottakene. I 2009 kartla Nklm flere forhold ved overgrepsmottakene (5), og etter flere års arbeid med dette området har Nklm fått god oversikt over situasjonen for overgrepsmottakene. I Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt foreslår vi at overgrepsmottakene skal være en del av en ny forskrift for kommunal legevakt, og at dette tiltaket vil sikre en utvikling mot gode faglige og likeverdige tjenester for denne pasientgruppen (6). Nklm har således over tid uttrykt bekymring for at de nåværende organisatoriske og økonomiske rammene og vilkårene ikke har vært gode nok for at en får den faglige utviklingen i tilbudet som er ønsket.

Den 11. november 2011 ba Helsedirektoratet Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) om å gjennomføre en kartlegging av beredskapen ved landets overgrepsmottak. Bakgrunnen for henvendelsen var et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) om beredskapen ved overgrepsmottakene etter omfattende medieoppslag om overfallsvoldtekter, og om lang ventetid ved enkelte mottak. I HODs henvendelse ble det bedt om en snarlig kartlegging av samtlige av landets mottak, med fokus på følgende problemstillinger:

- Hvor mange/hvilke overgrepsmottak har døgnbemanning, jf. Anbefalingene i veileder IS-1457?
- Hva slags vaktordninger har mottakene – er de bemannet med kontinuerlig tilstedevakt og/eller har de bakvakt som kan tilkalles ved behov?
- Hvor lang ventetid har mottakene?
- Varierer ventetiden mye f eks i forhold til hverdag/helg, tid på døgnet?
- Er det slik at personer utsatt for seksuelle overgrep av og til blir sendt hjem og bedt om å komme tilbake dagen etter for en første undersøkelse?
- Har mottaket i tillegg til medisinsk personell, personell med kompetanse til å håndtere akutte psykososiale traumer?
- Har mottaket lokaliteter som ivaretar den overgrepsutsatte i ventetiden?

Det var ønskelig å få et bilde av situasjonen og konkretisering av manglende beredskap ved mottakene som kan gi grunnlag for administrative og økonomiske beregninger av kostnader i forhold til å få alle mottak opp på et akseptabelt beredskapsnivå.

Nklm sin vurdering av oppdraget

Nklm valgte umiddelbart å prioritere oppdraget. Vi betraktet oppdraget som en viktig oppdatering for status ved overgrepsmottakene, og som en nødvendig basis for å kunne utforme robuste ordninger for beredskap og drift ved mottakene. Fokus for vår kartlegging var å besvare HODs spørsmål, med relativt kortfattede vurderinger og tolkninger av resultater.

Vi oppfattet mandatet slik at rapporten ikke skulle komme med detaljerte og konkrete forslag til administrative og økonomiske tiltak, men levere fakta og bakgrunnsinformasjon som senere kunne brukes til slike vurderinger i forvaltningen.

I tillegg gir den foreliggende rapporten en oversikt over overgrepsmottakenes saksmengde for 2008 – 2011.

Materiale og metode

Kartleggingen av overgrepsmottakenes beredskap ble gjort ved telefonintervju. Intervjuene ble i hovedsak gjennomført med mottakenes administrative eller medisinskfaglige ledere. Intervjuene ble foretatt på grunnlag av en utarbeidet intervjuguide med lukkede og åpne spørsmål. Det var god anledning til å komme med utdypende forklaringer og tilleggsinformasjon for å gi et best mulig bilde av de lokale forholdene. All slik tilleggsinformasjon ble notert ned og brukt i rapporten der det er relevant.

Intervjuene ble foretatt i perioden 21. – 30. november 2011 av tre ansatte ved Nklm som alle arbeider med overgrepsmottak som saksfelt. Dataene ble bearbeidet og analysert ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS.

Alle landets 23 mottak deltok i undersøkelsen, slik at undersøkelsen gir en komplett beskrivelse av beredskapssituasjonen ved overgrepsmottakene i Norge per november 2011.

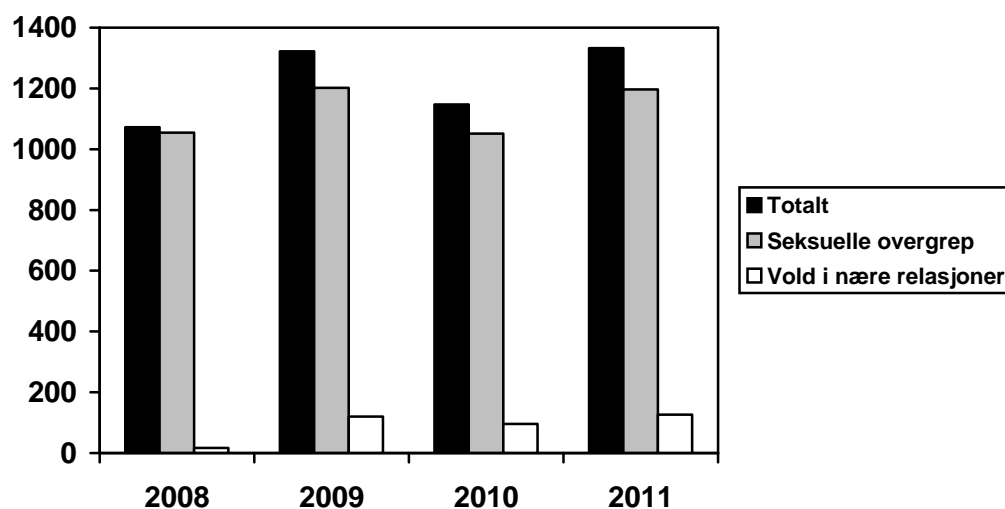
Oversikten over antall saker baserer seg på overgrepsmottakenes årlige innrapportering til Nklm.

Resultater og vurderinger

Antall saker

Nklm har siden 2008 kartlagt antall saker ved mottakene. Denne kartleggingen viser at det i 2008 var totalt 1072 saker, 2009 1322 saker, 2010 1147 saker og 2011 1333 saker (se figur 1). Kartleggingen viser videre at antallet henvendelser for vold i nære relasjoner totalt var 126 saker i 2011. Det var per 2011 kun 7 mottak som tok imot denne pasientgruppen. Ved de fleste overgrepsmottakene tas disse pasientene fortsatt imot ved ordinær legevakt.

Figur 1. Antall saker per år



Nklm sin vurdering

Antall pasienter som oppsøker mottakene varierer noe fra 2008 til 2011, der 2009 og 2011 er de årene som viser flest henvendelser. Antall mottak som gir et tilbud til personer utsatt for vold i nære relasjoner har ikke endret seg vesentlig siden 2009 da mottakene ble oppfordret til å ivareta denne funksjonen. Fra 2009 har ca. en tredel av mottakene hatt en spesialisert tjeneste til denne gruppen pasienter. Arbeidsområdet vold i nær relasjon er fortsatt ikke godt nok ivare tatt ved mange mottak. Det må settes særskilt fokus på fagutviklingsinnsats på dette området, samt kompetanseheving og implementering av prosedyrer i mottakene. De begrensede økonomiske rammene og mangelen på kontinuerlige vaktordninger kan også ha betydning for mottakenes vurdering av å utvide tilbudet til denne pasientgruppen.

Administrativ og faglig ledelse

Et overgrepsmottak skal ivareta overgrepsumsattes akutte behov for helsehjelp, innbefattende medisinsk og psykososial behandling, og dessuten rettsmedisinsk sporsikring og dokumentasjon. En slik oppgave krever en organisasjon som kan ivareta både administrative og faglige støttefunksjoner til det daglige arbeidet.

Undersøkelsen viser at alle overgrepsmottakene, med unntak av ett, formelt hadde både en administrativ og en medisinskfaglig leder. 12 av mottakene hadde stillingsbrøker som varierte fra 5 % til 100 % for administrativ leder, der 9 hadde under 50 % stilling, mens 10 av mottakene ikke hadde en spesifisert stillingsbrøk knyttet til denne ledelsesfunksjonen. Når det gjaldt medisinskfaglig ledelse hadde 11 av mottakene stillingsbrøker som varierte fra 5 % til 100 %, der 10 hadde under 50 % stilling, mens 11 av mottakene ikke hadde en spesifisert stillingsbrøk knyttet til denne ledelsesfunksjonen.

Nklm sin vurdering

For å kunne gi slik hjelp på en forsvarlig og god måte og i den akutte situasjonen, må et overgrepsmottak ha en beredskap for å kunne utføre helsehjelpen og det rettsmedisinske

arbeidet på kort varsel. Dette krever beredskapsordninger og administrative ressurser for planlegging og drift.

Det er vanskelig å tenke seg at selv de minste overgrepsmottakene skal ha mindre enn en halv stilling tilgjengelig for ledelsesoppgaver. For merkantile oppgaver kan samdrift med legevakten/akuttmottak og andre nærliggende etater sikkert fungere bra, men en så spesiell og høykompetent oppgave som et overgrepsmottak må ha spesifikk administrativ og faglig ledelse knyttet til virksomheten.

Resultatene indikerer klart at det er for lite administrative og faglige ressurser knyttet til et flertall av mottakene. Undersøkelsen vår gir ikke svar på hvordan ledelsen ved mottakene er organisert i linje og hvem de er underlagt, men vi har ikke fått indikasjoner på at det ligge store problemer knyttet til dette.

Vaktordning og bemanning

Fra tidligere kartlegginger er Nklm kjent med at vaktordningene som benyttes ved overgrepsmottakene for sykepleiere og leger er (1) tilstedevakt, (2) beredskapsvakt og/eller (3) ringeliste (liste over personell som ikke er pålagt å være tilgjengelige).

Noen mottak avlønner leger og sykepleiere per sak. God fremmøtebetaling kan være kombinert med frivillig ulønnet beredskap. Andre mottak betaler dem i tillegg for å være i beredskap, mens igjen andre mottak har ikke slike ordninger og interesserte og motiverte personer står frivillig på ringelisten.

Sykepleiere

Når det gjaldt sykepleiere rapporterte 9 overgrepsmottak (39 %) at de benyttet ringeliste, 4 mottak (17 %) benyttet beredskapsvakt og 2 mottak benyttet tilstedevakt (9 %). 6 mottak benyttet en vaktordning der en kombinerte tilstedevakt med beredskapsvakt eller ringeliste. 2 mottak rapporterte at de kombinerte beredskap og ringeliste.

Antall sykepleiere som inngikk i beredskapsordningen varierte fra 5-14 sykepleiere, og antallet som inngikk på mottakenes ringeliste varierte fra 5-25 sykepleiere. En listestørrelse på mellom 8 og 14 var hyppigst brukt. Det var i hovedsak sykepleiere fra legevakt eller gynekologiske avdelinger som inngikk i vaktordningene, men noen mottak rekrutterte sykepleiere til vaktlistene fra andre organisasjoner. Flere mottak fremhevet at sykepleiergruppen som inngikk i vaktordningen var stabile.

Leger

Når det gjaldt vaktordninger for leger rapporterte 9 mottak (39 %) at de brukte leger i tilstedevakt, 3 mottak hadde beredskapsvakt og 3 mottak benyttet ringeliste. Også når det gjaldt legenes vaktordning, var det mottak som rapporterte om en ordning med tilstedevakt kombinert med beredskapsvakt eller ringeliste. 4 mottak brukte tilstedevakt kombinert med beredskapsvakt, og ett mottak brukte leger i beredskap kombinert med ringeliste. 3 mottak benyttet beredskapsvakt kombinert med ringeliste. Ved ett mottak var det pasientens fastlege som ble tilkalt til mottaket for å behandle pasienten ved henvendelse på dagtid, mens tilstedevakt på legevakt hadde ansvaret for å behandle pasienten på kveld, natt og helligdag.

For leger i tilstedevakt, der en benyttet forvakt- og bakvaktordning var det ved 7 mottak forvakten som behandlet pasienten, mens 4 mottak oppga at begge sjikt av vaktleger ble benyttet avhengig av legens kompetanse innen overgrepsfeltet. Ett mottak benyttet kun

bakvakt. Ved mottak som benyttet ringeliste varierte antall leger som inngikk i ordningen fra 5 til 12. Det synes klart mer utfordrende å rekruttere leger til beredskapsordningene enn sykepleier.

Nklm sin vurdering

Overgrepsmottakenes vaktordninger er ulike, og det er fortsatt tre typer vaktordninger som benyttes. En del mottak bruker en kombinasjon av to ordninger. Alle mottak har sykepleiere og leger som kan tilkalles hele døgnet. Det er naturlig at med den store variasjonen i antall saker per år, må beredskapsordningene også bli ulike. For overgrepsmottak som ligger i store organisasjoner (store bylegevakter eller akuttmottak) er det naturlig at en benytter seg av leger og sykepleiere som allerede har tilstedevakt, så lenge disse har tilstrekkelig kompetanse. I slike organisasjoner er det også naturlig at vaktordningene varierer over døgnet.

Beredskapssituasjonen er likevel slik at en ved flere av landets mottak ikke har en kontinuerlig vaktordning og tjenesteplan. De store mottakene har sykepleiere og leger i tilstedevakt deler av eller hele døgnet og kan da tilby pasienten rask behandling. Mottak som har vaktordninger med ringeliste, må derimot belage seg på å ringe mange personer før en får fatt på medisinsk personell. Dette er et uforutsigbart og sårbart vaktsystem som gir lite trygghet for mottakene og de ansatte, samt dårligere service overfor pasientene.

Vi har fått klare indikasjoner på at det er vanskelig å opprettholde frivillige ringelister over tid. Nyrekruttering er vanskelig, da man gjerne har «brukt opp» de mest motiverte i første omgang, slik at når disse ønsker å gi seg av ulike grunner, er det få aktuelle tilbake som ønsker å inngå i frivillige ordninger.

Nklm mener at et overgrepsmottak må ha en stabil og forutsigbar vaktordning slik at enhver overgrepsutsatt som henvender seg til et mottak skal få kyndig hjelp innen rimelig tid. Dette betyr at en enten må basere seg på tilstedevakt eller på betalt beredskapsvakt av både sykepleier og lege. Volumet av saker og hvordan overgrepsmottaket er organisert i annen organisasjon må være bestemmende for modellen, og dette må bestemmes lokalt av den enkelte virksomhet.

Nklm anser at med de gjeldende politiske, forvaltningsmessige og faglige føringer og forventninger for respons og kvalitet for helsehjelp og rettsmedisinsk arbeid ved mottakene, bør det ikke lenger anses faglig forsvarlig å basere seg på frivillige, ubetalte ordninger der en risikerer at en ikke får etablert en mottakssamtale og undersøkelse innen rimelig tid. I verste fall kan tidstapet medføre ytterligere helseskade og tap av rettslige bevis.

Overgrepsmottak er offentlige tiltak, og må ha beredskapsordninger i samsvar med andre beredskapsordninger i helsetjenesten. Det bør være minst 6-8 sykepleiere og 6-8 leger i en slik vaktordning, ellers kan «vaktslitasjen» fort bli for stor, men det bør selvsagt kunne avtales hyppigere vakt for interesserte personer.

Rammen neste side viser et eksempel på hvordan et middelstort overgrepsmottak har organisert beredskapen sin.

Et eksempel på beredskapsordning fra et mellomstort overgrepsmottak

En lege og en sykepleier har døgnkontinuerlig hjemmevakt med en maksimal responstid på 90 minutter.

Sykepleierne er ansatt ved legevakten i deltidstillinger, og har vakt 2-3 døgn om gangen for at turnusen på legevakta skal gå opp. De har vakt på den ordinære legevakta samtidig som de har vakt på overgrepsmottaket. Alle har fått lagt til stillingen en stillingsprosent i samsvar med antall timer en har vakt ved overgrepsmottaket. Sykepleierne lønnes med samme timelønn som de har ved legevakten. Hjemmevakt, godtgjøres med $\frac{1}{4}$ av arbeidstiden. Ved utrykning gis 100 % overtid.

Legene har arbeidsavtale og har vakt 1 uke om gangen. De er fastleger eller fra spesialisthelsetjenesten, og er på sitt arbeid på dagtid, men med avtale med arbeidsgiver om at de kan forlate sitt arbeid dersom det er nødvendig. Fastlegene har også vakter på legevakten, men fritatt for nattevakter. På ettermiddagstid er det bakvakt som kan komme å ta legevaksarbeidet ved behov. Legen lønnes etter SFS 2305 (særavtale mellom KS og Den norske legeforening). Utrykning godtgjøres med honorar fra politiet, dersom saken anmeldes. Ved saker som ikke er anmeldt, sendes det regningskort til HELFO.

Overgrepsmottaket er samlokalisert med legevakta, og det faktureres ikke utgifter til husleie, strøm etc.

Budsjettet er ca. 1,8 millioner kroner i året, som i det vesentligste dekker beredskapsordningen. Ledelsen angir et stort behov om mer kurs og trening, men det er ikke økonomi til systematisk å høyne og å vedlikeholde kompetansen.

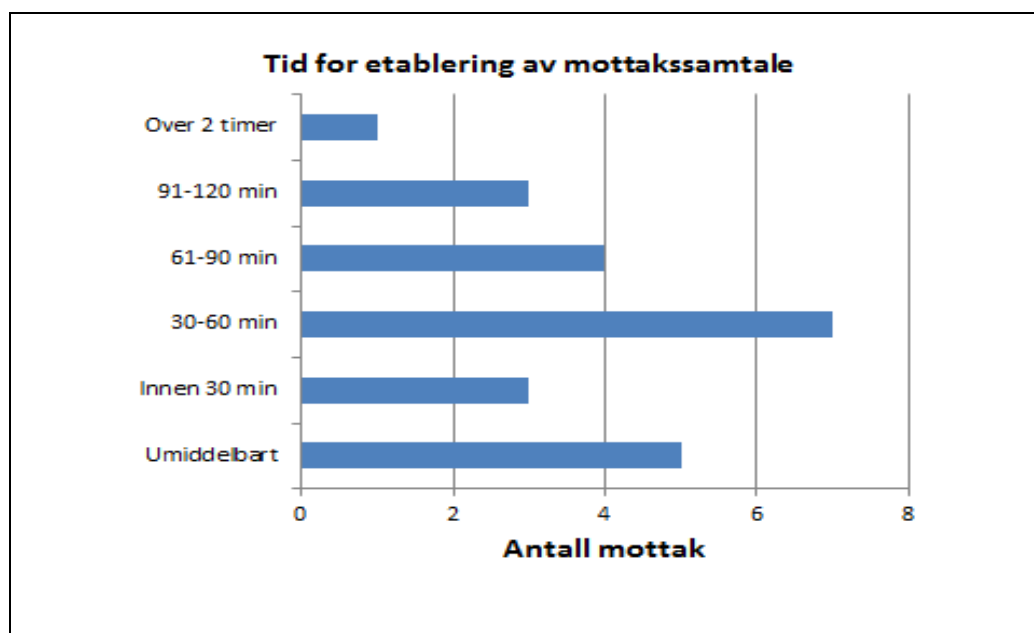
Ventetid

Mottakene har svart på hvor lang til det tar å etablere en mottakssamtale ved henholdsvis henvendelse på telefon og henvendelse direkte (ventetid). Ved flere av mottakene påpekte lederne at de ikke gjennomfører rutinemessig registrering av responstid fra melding om ny pasient til overgrepspersonellet er på plass. Resultatene vil derfor i stor grad å være basert på leders gjennomsnittlige inntrykk og erfaringer. Resultatene for ventetid for etablering av mottakssamtale er vist i figur 2.

En tredel av mottakene har vaktordninger som medfører at pasienten kan gis undersøkelse og behandling umiddelbart eller innen en halvtime. Ventetiden for de andre mottakene varierte, men to tredeler hadde etablert mottakssamtale innen en time og alle unntatt ett innen 2 timer på dagtid. For mottak som hadde beredskapsvakt eller vaktordning med ringeliste var ventetiden mellom 30 minutter til 2 timer. Denne responstiden var gjeldende hele døgnet. Noen mottak oppga at de i beredskapsavtalen hadde krav om at overgrepspersonalet skulle være på plass innen 90 minutter.

De fleste mottak oppga ingen forskjell i ventetid med hensyn til om henvendelsene kom på dagtid eller om natten. Bare 4 mottak oppga at ventetiden varierte med hensyn til når på døgnet henvendelsen kom. Men mottak med responstid på dagtid på 30 minutter kunne ha en responstid på 4-5 timer om natten. 3 mottak rapporterte at en kunne etablere en mottakssamtale umiddelbart både dag og natt. Ved noen mottak ble det vektlagt at når en brukte lege i tilstedevakt, måtte overgrepspasientene inngå i prioriteringen i forhold til andre akutte pasienter.

Figur 2. Tid for etablering av mottakssamtale



Kan pasienter bli sendt hjem uten undersøkelse?

4 av 23 mottak (17 %) oppga at det hadde forekommet at pasienter utsatt for seksuelle overgrep var blitt sendt hjem, og bedt om å komme tilbake dagen etter for den første undersøkelsen. Ett av disse mottakene presiserte at den akuttmedisinske tilstand alltid ble ivaretatt. Ett annet mottak nevnte at hjemsendelse kunne forekomme, men ikke i akutte saker. Ved andre mottak ble det rapportert om vansker med å prioritere disse pasientene fremfor andre akutte tilstander. Det kunne da bli gjort vurderinger om noe av den akutte sporsikringen kunne tas av sykepleier, og at pasienten kom tilbake dagen etter for sporsikring av lege. Det ble påpekt at det å be pasienten om å komme tilbake neste dag for sporsikring og undersøkelse av lege innebar risiko for å "miste" pasienten.

Ikke-akutte overgrepshenvendelser

13 mottak (57 %) oppga at de tar i mot pasienter som kommer en uke eller mer etter overgrepet. Dette er saker hvor det er for sent å gjøre rettsmedisinske undersøkelser. Disse sent presenterte pasientene får tilbud om samtale og henvisning videre ved behov. Resten av mottakene anmoder disse pasientene om å kontakte fastlegen.

Nklm sin vurdering

I undersøkelsen fremkommer det at det er variasjoner i hvor lang tid det tar å få etablert en mottakssituasjon, men at det i mindre grad er forskjeller i ventetid relatert til om henvendelsen skjer på hverdag eller helg, dag eller natt innen hvert mottak. Dette synes å henge sammen med at ringeliste er utbredt brukt ved mottakene, og at dette brukes gjennom hele døgnet. De fleste mottak oppga at pasientene henvendte seg på telefon, og ventetiden som oppgis er knyttet til tiden det tar å få overgrepsteamet på plass ved mottaket. Hvor lenge pasientene venter på mottaket vil avhenge av deres reiseavstand og hvorvidt de tilpasser fremmøte på mottaket etter teamets responstid.

I all hovedsak synes ventetiden på etablering av mottakssamtale å være akseptabel ved mottakene. En mottakssamtale er når pasienten undersøkes og behandles av personalet ved overgrepsmottaket. Det er vanskelig å sette rigide felles maksimaltider for slik etablering for alle mottak, gitt den norske geografien med lange avstander, også for tilkalt personale. Noen mottak hadde regler om oppmøtetid i beredskapsavtalen, oftest 90 minutter. Dette synes som en rimelig maksimal responstid i enkelte tilfeller, men bør igjen avtales lokalt.

Vi har ikke undersøkt hvor lenge *pasientene* må vente på mottakssamtalen. Slik ventetid utover 60 minutter etter at pasienten er ankommet mottaket bør likevel være unntakene, og ved all ventetid må det forutsettes at den overgrepsutsatte blir forsvarlig ivaretatt av annet personale i egnete lokaler (se nedenfor). Dette omfatter både omsorgsfull tilstedeværelse og faglig korrekte råd om hvordan en skal forholde seg i forhold til sikring av bevis og lignende.

Å sende hjem overgrepsutsatte som har henvendt seg i en akuttsituasjon, må i utgangspunktet anses uakseptabelt, og bør bare skje unntaksvis etter en totalvurdering av situasjonen der faglige og menneskelige hensyn må ivaretas nøye. Manglende kapasitet eller personell som årsak bør ikke forekomme.

Lokale forhold må avgjøre hvordan mottakene skal håndtere «gamle saker». I alle saker med behov for sporsikring og rettsmedisinske undersøkelser og senere erklæring, bør tilbudet gis ved overgrepsmottaket. Lokale forhold kan virke inn på håndtering av ”gamle saker”, men Helsedirektoratets veileder for overgrepsmottak presiserer at tilbudet skal gis uavhengig av tid siden overgrepet. En studie fra overgrepsmottaket i Oslo har vist at sent ankomne pasienter har samme behov for medisinsk og psykososial hjelp som akutte saker.

Lokaliteter

5 mottak rapporterte at de har egne venterom. 21 mottak rapporterte at de har egne skjermede oppholdsrom for overgrepspasienter. De fleste mottak oppga også at overgrepsutsatte pasienter umiddelbart får komme til disse oppholdsrommene, slik at de er skjermet fra andre pasienter. Alle mottak som oppga ventetid, rapporterte at vakthavende sykepleier ser til den utsatte i ventetiden frem til eget overgrepspersonell er på plass. Noen mottak har egne undersøkelsesrom som kun brukes til denne pasientgruppen, men de fleste benytter rom som er tilpasset formålet, men som også brukes til andre formål. Sporsikringshygiene ble ikke kartlagt.

Nklm sin vurdering

Resultatene viser at mottakene i stor grad har lokaliteter som ivaretar den overgrepsutsatte i ventetiden. Noen mottak hadde tilgang på seng som kunne benyttes dersom den utsatte var betydelig ruset eller svært sliten. Noen mottak beskrev at de hadde små rom og at pasientene kunne profitert på bedre lokaliteter.

Medisinsk og psykososial oppfølging

Når det gjelder medisinsk oppfølging rapporterer 11 mottak (48%) at det gis tilbud om dette ved mottaket, og 12 mottak (52%) henviser pasientene til fastlegen. 12 mottak (52%) oppgir at de tilbyr psykososial oppfølging, men 11 mottak (48%) ikke tilbyr dette. De fleste mottak som tilbyr psykososial oppfølging tilbyr dette både ved samtaler på mottaket og ved at de kontakter pasientene på telefon. Antall oppfølgingstimer varierer fra 1-10, og det er de store mottakene som gir tilbud om flest oppfølgingstimer.

Nklm sin vurdering

Antallet mottak som tilbyr medisinsk oppfølging er tilsvarende det Nklm kartla i 2009 (5), mens antall mottak som driver psykososial oppfølging har øket noe. Hvorvidt denne gruppen overgrepsutsatte får effektiv og tilstrekkelig oppfølgende behandling er ikke kartlagt. De største mottakene har laget ordninger for oppfølging. På mottaket i Oslo er det sosialkonsulenter ved Sosial Vaktjeneste (ved Oslo legevakt) som står for denne tjenesten og i andre mottak er dette organisert gjennom Livskrisehjelpen ved legevakten. Det er rimelig at noen mottak ikke driver lengre tids oppfølging på grunn av lavt pasientvolum og derav liten mulighet til å opparbeide seg erfaring og kompetanse. Det bør imidlertid være en klar målsetning om at mottaket skal samarbeide med pasientens fastlege og andre relevante hjelpeinstanser, og med spesialisthelsetjenesten ved behov, og sikre at pasienten får nødvendig oppfølging i tiden etter overgrepet.

Kompetanse

4 mottak rapporterte at andre yrkesgrupper enn sykepleiere og leger var tilknyttet mottaket. Dette gjelder primært de større mottakene, og sosionomer og psykiatriske sykepleiere er de yrkesgruppene som oppgis å være tilknyttet disse mottakene. Disse supplerende fagkompetansene brukes både i mottakssamtaler og ved psykososial oppfølging. Ved et mottak hadde en mulighet for tverrfaglige drøftelser med toksikolog og psykolog. Flere mottak oppga at det var sykepleiere med lang erfaring som inngikk i vaktordningene, og rapporterte at sykepleierne hadde videreutdanning innen psykiatri eller jordmorutdanning.

Kompetanse hos sykepleiere

Når det gjaldt mottakenes spesifikke kompetansekrav for sykepleiere, rapporterte 12 mottak at sykepleierne hadde intern opplæring og nasjonalt grunnkurs. 8 mottak oppga at sykepleierne i tillegg til dette også hadde nasjonale spesialkurs. Ett mottak oppga at kompetansen utelukkende var basert på intern opplæring og 2 mottak oppga at sykepleierne bare hadde grunnkurs.

Kompetanse hos leger

6 mottak oppga at de ikke har noen form for opplæringskrav for leger. 6 mottak hadde intern opplæring, 3 mottak hadde nasjonalt grunnkurs, 7 mottak hadde intern opplæring og nasjonalt grunnkurs, ett mottak hadde intern opplæring og nasjonalt grunnkurs og spesialkurs.

Nklm sin vurdering

De fleste mottak er bemannet med erfarne sykepleiere som har tilegnet seg spesifikk kompetanse på overgrepsområdet. Det fremkommer også at mottakene, særlig når det gjelder sykepleiere, har benyttet Nklms nasjonale grunnkurs. Disse kursene har Nklm arrangert siden 2008, da senteret fikk en koordinerende og kompetanseoppbyggende funksjon for overgrepsmottakene. Kursene vektlegger både psykologiske, sosiale og medisinske forhold ved denne type overgrep, og har i tillegg fokus på akutt psykososial ivaretagelse. Mottak som driver lengre tids oppfølging, har tilsatt sosionomer og psykiatriske sykepleiere med kompetanse på psykososial oppfølging. Undersøkelser viser at psykososial kriseintervensjon utført av helsepersonell med slik kompetanse, kan være tilstrekkelig, og at henvisning til spesialkompetanse (psykiater eller psykolog) da ikke er nødvendig. Pasienter med vedvarende etterreaksjoner (posttraumatisk stressforstyrrelse) og komorbide tilstander må henvises til spesialisthelsetjenesten.

Kompetansen hos legene synes variabel og mer tilfeldig. Det er ikke tilfredsstillende og kan neppe anses faglig forsvarlig å basere det helserelaterte og rettsmedisinske legearbeidet ved overgrepssaker på leger med kun basisutdanning og erfaring fra generell klinisk virksomhet, uansett fagområde. Overgrepssaker innebærer behov for både kommunikasjonsferdigheter og kliniske ferdigheter. Men for forsvarlig helsehjelp, og ikke minst for det rettsmedisinske arbeidet, kreves det også spesifikk kompetanse. Denne kompetansen bør være både reell og formell. Den rettsmedisinske kommisjon har uttrykt bekymring for kvaliteten på de rettsmedisinske uttalelsene fra flere av mottakene.

Nklm mener at mottakene må ha ansvar for minstekrav til kompetanse hos alt helsepersonell ved mottakene, minimum tilsvarende det som inngår i a) nasjonalt grunnkurs, b) lokal opplæring i prosedyrer og c) systematisk videreutdanning og vedlikehold av ferdigheter. For legene spesielt vil spesialkurs i rettsmedisin, opplæring i praktisk arbeid og skriving av legeerklæringer gi nødvendig kompetanse.

Det bør vurderes å gi sentrale føringer for hva som anses som nødvendig og tilstrekkelig kompetanse for arbeid i overgrepsmottak.

Ledernes synspunkter på virksomheten

Lederne ble spurt om hva de synes var vesentlig å få til forbedringer på. Det kom tydelige og sterke signaler på at mottakene sliter med beredskapsordningene, både personalmessig og økonomisk. Lederne angir at det er nødvendig med kontinuerlig beredskapsvakt og tjenesteplan.

I tillegg etterlyser lederne felles nasjonale faglige retningslinjer for virksomheten, og de støtter tiltakene som Nklm tidligere har kommet med i forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt (2009).

Utfordringer med finansieringen av mottakene ble fremhevet av mange. Det er ingen felles retningslinjer for hvordan finansieringen skal være, hvordan kommunenes andeler skal beregnes og hva som er et rimelig driftsnivå, gitt volumet av saker. Flere av lederne angir at økonomien egentlig er for dårlig til at tilbudet er levedyktig over tid med nåværende rammebetingelser.

Flertallet av mottakene har ikke økonomi til å gi tilfredsstillende faglig oppdatering og trening. Det er ikke økonomi til å drive betalt intern møte- og kursvirksomhet for sykepleiere og leger sammen. Det er for lite tid til planlegging, organisering og kvalitetsarbeid ved de små og mellomstore mottakene, mens de største er noe bedre stilt.

Nklm sin vurdering

Under intervjuene framkom en rekke synspunkter som indikerer at mange overgrepsmottak sliter med å holde virksomheten tilfredsstillende i gang, både faglig og økonomisk. Synspunktene samsvarer helt med det Nklm får fra mottakene gjennom de årlige ledersamlingene vi arrangerer.

Vi opplever lederne som engasjerte, motiverte og faglig interesserte personer som ønsker å gi et godt faglig tilbud til pasientene, utføre rettsmedisinsk arbeid av god kvalitet og tilby sine tilsatte økonomisk og arbeidsmessig akseptable vaktordninger.

Samlet oppsummering og konklusjon

Formålet med undersøkelsen var å kartlegge beredskapssituasjonen ved landets overgrepsmottak. Nklm har gjennomført telefonintervju med samtlige mottak, og mottakenes ledere beskriver at de har mange engasjerte, entusiastiske og dedikerte medarbeidere. Flertallet av ledere var opptatt av den usikre finansieringen og av at kommunene ikke er pålagt å opprette og drive overgrepsmottak.

Resultatene og Nklms vurderinger kan ellers oppsummeres slik:

- Det er for lite administrative og faglige ressurser knyttet til et flertall av mottakene.
- Beredskapssituasjonen er slik at en ved mange av landets mottak ikke har en kontinuerlig vaktordning og tjenesteplan. Nklm mener at en må basere seg på tilstedevakt eller på beredskapsvakt av både sykepleier og lege. Nklm anser at det ikke lenger bør anses faglig forsvarlig å basere seg på frivillige, ubetalte ordninger der en risikerer at en ikke får etablert en mottakssamtale og undersøkelse innen rimelig tid.
- En firedel har vaktordninger som gjør at pasienten kan gis umiddelbar undersøkelse og behandling. Ventetiden for de fleste andre mottakene varierte fra 30 minutter til 2 timer på dagtid, noe som stort sett synes akseptabelt. Responstider utover 60 minutter bør likevel være unntakene, og ved all ventetid må det forutsettes at den overgrepsutsatte blir forsvarlig ivaretatt av annet personale i egnede lokaler.
- Resultatene viser at mottakene i stor grad har lokaliteter som ivaretar den overgrepsutsatte i ventetiden og ved nødvendig undersøkelse.
- Sykepleierne ved mottakene har i stor grad hadde benyttet seg av Nklms nasjonale kurs, og de fleste mottak hadde både intern opplæring og Nklm kurs som kompetansekrav. For legene hadde mottakene ikke samme kompetansekrav, og færre leger hadde gjennomført nasjonale kurs. Det er ikke tilfredsstillende og kan neppe anses faglig forsvarlig å basere det helserelaterte og rettsmedisinske legearbeidet ved overgrepsaker på leger med kun basisutdanning og erfaring fra generell klinisk virksomhet, uansett fagområde.
- Det bør vurderes å gi sentrale føringer for hva som anses som nødvendig og tilstrekkelig kompetanse for arbeid i overgrepsmottak.
- Under intervjuene framkom en rekke synspunkter som indikerer at mange overgrepsmottak sliter med å holde virksomheten tilfredsstillende i gang, både faglig og økonomisk.

I Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt (2009) foreslår Nklm tiltak for å sikre en utvikling av gode faglige og likeverdige tjenester for denne pasientgruppen.

Vi foreslår blant annet at

- Det skal være (minst) ett overgrepsmottak i alle fylker, som skal ha særskilt kompetanse på medisinsk og rettsmedisinsk håndtering av personer utsatt for seksuelle overgrep og vold.
- Alle kommuner skal ha plikt til å inngå avtale med et mottak som skal gi et døgnkontinuerlig tilbud til kommunen sine innbyggere.
- Mottaket skal være integrert i en stasjonær legevakt, men skal ha egen administrativ og faglig ledelse underlagt legevaktordningen. Unntaksregler for alternative tilknytninger må vurderes, inkludert om det i enkelte fylke kan være ingen eller flere mottak.
- Mottaket skal ha kontinuerlig vaktordning og tjenesteplan for leger og sykepleiere. Det skal innføres minstekrav til kompetanse hos helsepersonell ved mottakene,

bestående av elementer som a) nasjonalt grunnkurs, b) lokal opplæring og c) systematisk videreutdanning og vedlikehold av ferdigheter.

- Det bør utarbeides en "Rettsmedisinsk normaltariff" for ytelser for utført rettsmedisinsk arbeid ved overgrepsmottak og legevakter, med utløsning av refusjon uavhengig av om saken blir politimeldt med det samme eller ikke.
- Staten yter støtte til en vertskommune i hvert fylke på kr 2 mill per år dersom mottaket oppfyller spesifiserte krav til organisering, vaktordninger, kompetanse, lokaler og utstyr.
- Nklm skal fremdeles ha en koordinerende rolle ovenfor overgrepsmottakene, samt sørge for kompetansehevingstiltak, fagutvikling og forskning. Det er behov for langsiktig arbeid, og vi foreslår en evaluering etter at bedre rammer og tiltak har blitt iverksatt.

Nklm mener fortsatt at tiltakene i handlingsplanen er sentrale å få gjennomført. Engasjerte og dedikerte medarbeidere er bra, men norske overgrepsmottak må sikres organisatoriske rammer som skaper forutsigbarhet og likeverdige helsetilbud på et høyt faglig nivå over hele landet.

Referanser

1. Organisering av helsetjenester til personer som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep. IS 1203. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2004.
2. Justis- og politidepartementet. Vendepunkt. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2008-2011. Oslo: Justis- og politidepartementet; 2007.
3. Norges offentlige utredninger. Fra ord til handling. Bekjempelse av voldtekt krever handling.: Justis- og politidepartementet. NOU 2008:4.
4. Justis- og beredskapsdepartementet. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2012. 2012.
5. Johnsen GE, Alsaker K, Hunskaar S. Overgrepsmottak i Norge 2009. Rapport nr 2-2010. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2010.
6. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. ...er hjelpe nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr. 1-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009.

Vedlegg

Intervjuguide

Intervjuundersøkelse overgrepsmottak – 2011

Navn på intervjuer:

Navn på overgrepsmottaket:

Navn og stilling på den som intervjues:

Tilknytningsform

Er mottaket lokalisert ved legevakt?

Hvis ikke, ved hvilket sykehus eller poliklinikk er det lokalisert?

Ledelse

Hvor stor stillingsbrøk har medisinskfaglig ansvarlig tilknyttet overgrepsmottaket?

Hvor stor stillingsbrøk har administrativ ansvarlig tilknyttet overgrepsmottaket?

Vaktordning

Hvordan er beredskapsordningen organisert (vaktordning)

Vaktordningen for sykepleiere

Bruker mottaket sykepleiere i tilstedevakt?

Er dette sykepleiere fra legevakt, gyn avdeling, eller annen tilknytning?

Er det forskjeller i vaktordning med hensyn til ukedag og helg, dag, kveld eller natt, eller helligdag?

Antall

Avlønning

Bruker mottaket beredskapsvakt?

Beskriv om disse sykepleierne er fra legevakt, gyn avdeling, gyn poliklinikk eller eventuelt annen tilknytning?

Antall

Avtale

Avlønningssystem (fremmøtetakst, timebetaling etc.)

Beredskapslønn

Er det forskjeller i vaktordningen med hensyn til ukedag og helg, dag, kveld eller natt?

Bruker mottaket ringeliste?

Beskriv om disse sykepleierne er fra legevakt, gyn avdeling eller har annen tilknytning?

Antall

Avtale

Avlønningssystem (fremmøtetakst, timebetaling etc.)

Er det forskjeller i vaktordning med hensyn til ukedag og helg, dag, kveld eller natt eller helligdag?

Vaktordning for leger:

Bruker mottaket leger i tilstedevakt?

Er dette leger fra legevakt, gyn avdeling, gyn poliklinikk, fastleger, eller oppgi eventuell annen tilknytning?

Er det vakthavende lege eller bakvakt?

Er det forskjeller i vaktordning med hensyn til ukedag og helg, dag, kveld eller natt eller helligdag?

Antall

Avlønning

Bruker mottaket beredskapsvakt?

Beskriv om disse legene er fra legevakt, gyn avdeling, gyn poliklinikk, fastleger eller oppgi eventuell annen tilknytning?

Antall

Avtale

Avlønningssystem (fremmøtetakst, timebetaling etc.)

Beredskapslønn

Er det forskjeller i vaktordning med hensyn til ukedag og helg, dag, kveld eller natt eller helligdag?

Bruker mottaket ringeliste?

Er legene på listen fra legevakt, gyn avdeling, gyn poliklinikk, fastleger eller oppgi eventuell annen tilknytning?

Antall

Avtale

Avlønningssystem (oppmøtetakst, timetakst etc)

Er det forskjeller i vaktordning med hensyn til ukedag og helg, dag, kveld eller natt eller helligdag?

Kompetanse

Hvilke kompetansekrav har dere for sykepleiere som er tilknyttet overgrepsmottaket (grunnkurs, spesialkurs, egen opplæring etc.)?

Hvor mange sykepleiere er tilknyttet mottaket uten dette kompetansekravet?

Hvilke kompetansekrav har dere for legene som er tilknyttet overgrepsmottaket (grunnkurs, spesialkurs, egen opplæring etc.)?

Hvor mange leger er tilknyttet mottaket uten dette kompetansekravet?

Annen kompetanse/yrkesgrupper

Er det andre yrkesgrupper som er fast tilknyttet overgrepsmottaket?
Hvis ja, hvilke?

Hva er deres funksjon?

Hvordan er deres vaktordning? (dag, kveld, natt, helg, helligdag)

Beredskap - ventetid

Hvor lang tid tar det vanligvis å etablere en mottakssamtale ved **akutte** henvendelser på telefon?

Spesifiser nedfor dersom det er ulikheter mht ukedag, helg, dag, kveld og natt?

Mandag til fredag

Dag

Kveld

Natt

Lørdag og søndag

Dag

Kveld

Natt

Hvor lang er gjennomsnittlig ventetid ved **direkte** henvendelser til mottaket i akutte saker?

Spesifiser nedfor dersom det er ulikheter mht ukedag, helg, dag, kveld og natt?

Mandag til fredag

Dag

Kveld

Natt

Lørdag og søndag

Dag

Kveld

Natt

Forekommer det at utsatte for seksuelle overgrep, som kommer akutt, blir sendt hjem og bedt om å komme tilbake dagen etter for en første undersøkelse?
(Dersom dette skjer beskriv hvilke type overgrep dette gjelder)

Hvor lang tid tar det å etablere en mottakssamtale ved vold i nær relasjon?

Spesifiser nedfor dersom det er ulikheter mht ukedag, helg, dag, kveld og natt?

Mandag til fredag

Dag

Kveld

Natt

Lørdag og søndag

Dag

Kveld

Natt

Har mottaket et tilbud til overgrepsutsatte der overgrepet har skjedd for en tid tilbake (fra en uke til noen mnd)?

Venterom

Har mottaket eget venterom?

Har mottaket et skjermet oppholdssted (med seng) (spesifiser)?

Hvilket tilsyn får den utsatte i ventetiden?

Lokaler

Undersøkelserom

Har mottaket eget rom tilpasset formålet?

Bruker vanlig konsultasjonsrom?

Oppfølging

Medisinsk oppfølging av pasienter:

Har dere **medisinsk** oppfølging ved overgrepsmottaket?

Hvem gir dette tilbudet (beskriv)?

Hvor mange oppfølgingstimer tilbys?

Psykososial oppfølging av pasienter:

Får pasientene tilbud om **psykososial** oppfølging på mottaket?

Hvordan foregår dette (telefon, oppmøte etc.)?

Hvis ja, hvor mange konsultasjoner gjennomsnittlig?

Hvilke type personell gir dette tilbudet (beskriv)?

Gis denne oppfølgingen ved livskrisehjelp eller sosial vaktjeneste?

Saker 2011

Antall henvendelser så langt i 2011:	Totalt:.....
	Seksuelle overgrep:
	Herav antall overfallsvoldtekter.....
	Vold i nære relasjoner.....

Finansiering:

Hvor mange kommuner dekker mottaket?

Hvor mange kommuner har dere avtaler med?

Hvor mange kommuner i deres distrikt har ikke avtale med dere?

Beskriv finansiering (fast tilskudd, kronebeløp pr innbygger, pr sak):

Mottakets synspunkter

Hva synes du er bra ved ditt mottak?

Hva ønsker du forbedringer på?

Hva er det mest presserende å få rettet opp i?

Tusen takk for bidraget