

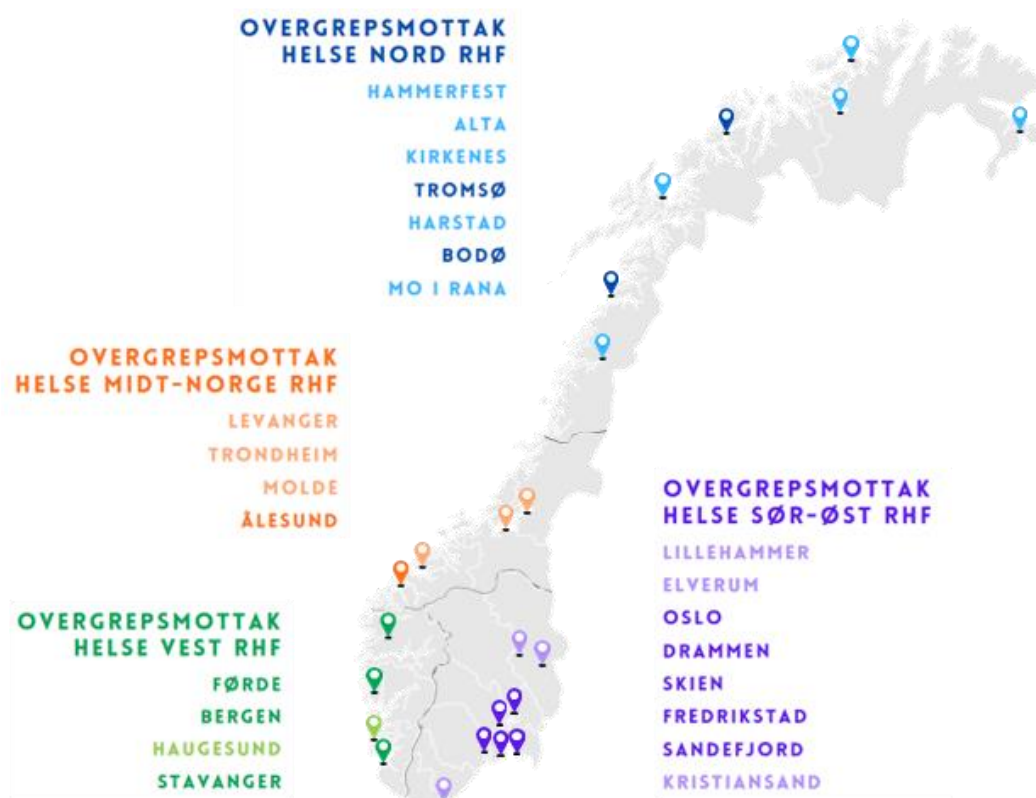


# Overgrepsmottak 2023

Status etter innføring av Nasjonal faglig retningslinje for kvalitet og kompetanse i overgrepsmottak

Grethe E. Johnsen  
Gerd Jorunn Møller Delaveris  
Dina Midttun  
Jorun Seim Tennebekk

Rapport nr. 2-2024  
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin



**Prosjekttittel:** Overgrepsmottak 2023. Status etter innføring av Nasjonal faglig retningslinje for kvalitet og kompetanse i overgrepsmottak

**Institusjon:** Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, Bergen

**Rapportnummer:** 2-2024

**ISBN:** 978-82-8408-339-1

**ISSN:** 1891-3474

**Antall sider:** 37, pluss vedlegg

**Publiseringsmåned:** Mai 2024

**Oppdragsgiver:** Helsedirektoratet

**Sitering:** Johnsen GE, Delaveris GJM, Midttun D, Tennebekk JS. Overgrepsmottak 2023. Status etter innføring av Nasjonal faglig retningslinje for kvalitet og kompetanse i overgrepsmottak. Rapport nr. 2-2024. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2024

**Bildetekst og kreditering:** Kart på forside og side 11 i rapport, Lisa Marie Haraldseide, NKLM

# Innhold

Forord.....	5
1. Sammendrag .....	6
1.1. Bakgrunn .....	6
1.2. Metode .....	6
1.3. Resultater .....	6
1.4. Konklusjon .....	7
2. Innledning.....	8
3. Materiale og metode.....	10
4. Resultater og vurderinger .....	11
4.1. Organisering, ledelse og finansiering .....	11
4.1.1. Organisering i helsetjenesten.....	11
4.1.2. Ledelse.....	12
4.1.2.1. Medisinskfaglig ledelse.....	12
4.1.2.2. Administrativ ledelse .....	13
4.1.3. Økonomi .....	14
4.1.4. Beredskap og tilgjengelighet .....	16
4.1.4.1. Ulike typer beredskap og tilgjengelighet.....	16
4.1.4.2. Beredskapsordninger for leger.....	16
4.1.4.3. Beredskap for sykepleiere .....	17
4.1.4.4. Turnover og stabilitet av helsepersonellet ved overgrepsmottak .....	17
4.1.5. Lokaler og utstyr .....	18
4.1.6. Pasienter .....	18
4.1.6.1. Kjønn.....	19
4.1.6.2. Tilbud til mindreårige .....	20
4.2. Spesielle forhold ved tilbudet .....	20
4.2.1. Sene henvendelser .....	20
4.2.2. Digitale overgrep .....	21
4.2.3. Pårørende .....	22
4.2.4. Vold i nær relasjon .....	22
4.2.5. Undersøkelse av mistenkte .....	23
4.2.6. Ambulant funksjon .....	23
4.3. Profilering og utadrettet virksomhet .....	23
4.4. Faglig kompetanse, opplæring og veiledning.....	25
4.4.1. Krav til opplæring og innhold .....	25

4.4.2.	Gjennomføring av opplæring, kompetanseheving og samarbeid.....	25
4.5.	Sakkyndighet, samhandling med politi og rettsvesen.....	27
4.5.1.	Dokumentasjon og lagring.....	27
4.5.2.	Oppdragsgiver og mandat i straffesaker .....	29
4.5.3.	Kvalifikasjonskrav for sakkyndige .....	30
4.5.4.	Oppmøte i retten.....	30
4.6.	Medisinsk og psykososial oppfølging .....	31
5.	Anbefalinger .....	34
6.	Konklusjon .....	35
7.	Referanser .....	36

## Forord

I juli 2021 publiserte Helsedirektoratet Nasjonal faglig retningslinje for kvalitet og kompetanse i overgrepsmottak. Denne retningslinjen kom bl.a. som en følge av at både Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) og Nordlandsforskning hadde dokumentert utfordringer ved overgrepsmottakene relatert til bl.a. manglende juridisk forankring, ulik og usikker finansiering, lite tilfredsstillende vaktordninger og beredskap, og ulik kompetanse og oppfølging av pasientene.

Nasjonale faglige retningslinjer for kvalitet og kompetanse i overgrepsmottak har en rekke faglige anbefalinger for å sikre god kvalitet og hindre uønsket variasjon i tjenesten.

NKLM har undersøkt forholdene ved alle landets 23 overgrepsmottak for å kartlegge hvordan status er ved overgrepsmottakene etter at helseforetakene har fått klare retningslinjer for tjenesten.

Vi retter en stor takk til lederne ved overgrepsmottakene for de konstruktive innspill og svar vi har fått i denne undersøkelsen. NKLM opplever at lederne ved mottakene har et stort engasjement og er svært dedikerte til denne tjenesten.

# 1. Sammendrag

## 1.1. Bakgrunn

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) har gjentatte ganger og over tid dokumentert vesentlige utfordringer knyttet til overgrepsmottakene. Disse utfordringene har vært relatert til manglende finansiering, lite tilfredsstillende vaktordninger og beredskap, ulik kompetanse og oppfølging av pasientene. Helsedirektoratet lanserte i juli 2021 Nasjonal faglig retningslinje for kvalitet og kompetanse i overgrepsmottak, et normerende produkt for god faglig kvalitet og tilgjengelighet av tjenestene ved overgrepsmottakene. NKLM legger gjeldende retningslinje til grunn som referanseramme for kvalitet i mottakene.

## 1.2. Metode

Høsten 2023 foretok NKLM en kartlegging av status for overgrepsmottakene og innføring av retningslinjen. Kartleggingen ble gjennomført ved digitale videointervju med ledelsen ved samtlige 23 overgrepsmottak.

## 1.3. Resultater

Om lag halvparten (11 av 23) av overgrepsmottakene er lokalisert ved legevakt, med ulike avtaler med helseforetak (HF) eller regionale helseforetak (RHF). Alle overgrepsmottak tilbyr undersøkelse til alle kjønn og det praktiseres nedre aldersgrense for undersøkelse av barn på 14 år ved flertallet av overgrepsmottakene.

Alle overgrepsmottak, bortsett fra det i Oslo, har todelt ledelse med en lege som faglig ansvarlig og sykepleier som administrativ leder eller koordinator.

Den nærmeste ledelsen ved flertallet av overgrepsmottakene rapporterer liten mulighet for påvirkning av mottakets økonomi. Flertallet opplever at finansiering av overgrepsmottakene ikke er tilstrekkelig for forpliktelsene de har etter Nasjonal faglig retningslinje for kvalitet og kompetanse i overgrepsmottak. Formalisert og tilstrekkelig kompetanseutvikling, tilfredsstillende rekruttering og bemanning, samt mulighet til å gjøre overgrepsmottaket kjent i befolkningen, er krav som rapporteres vanskelig og dels umulige å oppfylle grunnet manglende økonomiske midler.

Det er ikke en felles ordning for hvordan overgrepsmottakene finansieres. Mottakenes finansieringsmodeller og beredskapslønn til leger og sykepleiere er svært varierende og rapporteres ulikt for hvert mottak. Budsjett og bruk av innsatsstyrt finansiering med diagnosetakster og salærtakster varierer.

For å opprettholde beredskap praktiserer et stort antall overgrepsmottak (uforpliktende) ringeliste og derav økt risiko for manglende tilgjengelighet av nødvendig personell. Både ved tilstedevakt og ringeliste rapporteres risiko for samtidighetskonflikter som igjen kan medføre forsinkelse i mottak av overgrepsutsatte. Ved flere overgrepsmottak er det et svært høyt antall leger som deler på beredskap for akuttgangundersøkelse. Bemanningen ved overgrepsmottakene er generelt stabil, men det rapporteres dels høy turnover blant leger som er i utdanningsstilling.

De fleste overgrepsmottak oppgir å praktisere interne krav om at personellet skal ha gjennomført NKLM sitt grunnkurs, og de fleste sykepleierne og flertallet av legene har gjennomført dette. Kun hver fjerde lege har formell, kursbasert kompetanse i rettsmedisinsk relevant sakkynndigarbeid.

Samtlige overgrepsmottak rapporterer at de har en ordning for henvisning til videre medisinsk og psykososial oppfølging etter akuttundersøkelse. Kun en fjerdedel av overgrepsmottakene har

rutinemessig tilbud om medisinske oppfølging, og halvparten har tilbud om psykososial oppfølging. Organisering, tilbud og varighet av den medisinske og psykososiale oppfølgingen varierer i svært stor grad. Videre tyder mye på at mange overgrepsmottak ikke er dimensjonert for å drive medisinsk og psykososial oppfølging, både mht. tilgang på helsepersonell og egnede lokaler for oppfølging.

#### 1.4. Konklusjon

Den foreliggende kartleggingsundersøkelsen viser at overgrepsmottakenes beredskap og tjenester ikke er vesentlig endret siden NKLM gjennomførte sin forrige kartleggingsundersøkelse i 2017. Som det fremkommer i undersøkelsen rapporterer flertallet av mottakene at finansiering av overgrepsmottakene fra helseforetakene ikke er tilstrekkelig for å oppfylle de normerende faglige anbefalingene i retningslinjen.

## 2. Innledning

Overgrepsmottakene tilbyr akutt psykososial ivaretagelse, medisinsk og rettsmedisinsk undersøkelse, behandling og oppfølging av ungdom og voksne utsatt for seksuelle overgrep. Siden 2016 har overgrepsmottakene vært organisert i spesialisthelsetjenesten, etter Stortingets beslutning (1, 2).

Historisk har det vært en vanskelig og tidkrevende prosess å etablere et akutt helsetjenestetilbud med god kvalitet og tilstrekkelig beredskap til overgrepsutsatte, siden de første overgrepsmottakene ble etablert fra 1980-tallet.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) har gjentatte ganger dokumentert vesentlige utfordringer knyttet til overgrepsmottakene. Dette har knyttet seg til manglende felles retningslinjer for bemanning, vaktordninger og finansiering, samt manglende rettsmedisinsk kompetanse og medisinsk og psykososial oppfølging (3, 4, 5, 6). NKLM sin dokumentasjon er gjort både før og etter Stortingets omorganisering av overgrepsmottakene fra kommunehelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten fra 2016.

Nordlandsforskning konkluderte tilsvarende i sin evalueringsrapport i 2012, og presiserte at de økonomiske vilkårene medførte at mange overgrepsmottak hadde vansker med å yte tilstrekkelig kvalitet (7).

Det har vært et sterkt politisk engasjement for å se på hvordan samfunnet best kan ivareta de som har vært utsatt for voldtekt og seksuelle overgrep. Både Opptrappingsplanen mot vold og overgrep fra 2016 for perioden 2017-2021 og Handlingsplan mot voldtekt 2019 – 2022 vektla overgrepsmottakenes rolle i akutt bistand til overgrepsutsatte, samt at robuste kommunale overgrepsmottak skulle videreføres (8, 9).

Handlingsplanen for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner – 2017 (Frihet fra vold 2021-2024) understrekte også betydningen av overgrepsmottakene (10). Her ble det anbefalt at det medisinske, rettsmedisinske og psykososiale akuttilbudet til voksne utsatt for vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep skulle kartlegges. Videre skulle det utarbeides nasjonale kliniske prosedyrer for det psykososiale, medisinske og rettsmedisinske tilbudet.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ga i 2016 oppdrag til Helsedirektoratet om å utarbeide å utarbeide et normerende dokument om helsetjenestetilbud til voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep. Dette skulle utformes som Nasjonal faglig retningslinje for kvalitet og kompetanse i overgrepsmottak (retningslinjen). Helsedirektoratet satt ned en arbeidsgruppe bestående av interne og eksterne fagpersoner for dette arbeidet, i tillegg til at en ekstern referansegruppe ble oppnevnt. Retningslinjen ble sendt på en bred høringsrunde, og ble publisert i juli 2021 (11).

Den 8. mars 2024 leverte Voldtektsutvalget utredningen «Voldtekt – et utløst samfunnsproblem» (12). Utvalget fremhever at voldtekt som samfunns- og folkehelseproblem er underkommunisert. Dette problemet er også i liten grad prioritert i fordelingen av offentlige midler. Utvalget peker også på at helsetjenestetilbudet ved overgrepsmottakene har for stor variasjon i tilbudet, og at de har mangler knyttet til psykososial oppfølging og rettsmedisinske tjenester.

Ved NKLM har vi sett det som en viktig oppgave å følge med hvordan tjenestene ved overgrepsmottakene utvikler seg. Til tross for omorganisering og politiske handlingsplaner viser tidligere undersøkelser at utfordringene og problemer knyttet til manglende beredskap, kompetanse og psykososial oppfølging ikke er blitt løst.



NKLM foretok forrige kartleggingsundersøkelse etter overgrepsmottakenes omorganisering til spesialisthelsetjenesten. NKLM ser på innføringen av den nye retningslinjen i 2021 som en viktig faglig normering for overgrepsmottakene. Retningslinjen er viktig for tjenesten og tydeliggjør ansvarsforhold, organisering, samhandling og kompetanse. NKLM har på sine lederseminarer for overgrepsmottakene arbeidet med hvordan mottakene kan følge opp retningslinjens anbefalinger, men har erfart at det er utfordringer med å følge disse innen eksisterende rammer. Når det nå er gått noen år er det derfor naturlig at det gjøres en kartlegging av hvordan retningslinjen er fulgt opp i mottakene, og på denne måten skaffer oss innsikt i hva som er løst og hva som fortsatt er utfordringsbildet.

### 3. Materiale og metode

Høsten 2023 gjennomførte faggruppe for overgrepsmottak ved NKLM strukturerte intervjuer med ledelsen av samtlige 23 overgrepsmottak. Intervjuene ble gjennomført som digitale videointervju, og tok utgangspunkt i en veiledende intervjuguide som ga mulighet til relativt frie svar. Intervjuguiden finnes som vedlegg til rapporten (vedlegg 1). Undersøkelsen har tatt sikte på å få frem kvalitative beskrivelser av overgrepsmottakene, men også kvantitative aspekter er beskrevet. Tre forskere har gjennomført intervjuene. I tillegg er det etterspurt skriftlige tilbakemeldinger på spesifikke spørsmål om gjennomførte kurs og om antall nye saker/pasienter i 2023. På oppdrag fra Voldtekstutvalget (13) har vi i tillegg stilt spørsmål om noen spesifikke tjenestetilbud.

Følgende områder ble kartlagt i intervjuene:

- Organisering i eller med avtale med spesialisthelsetjenesten
- Ledelse
- Økonomi
- Beredskap og tilgjengelighet
- Lokaler og utstyr
- Dokumentasjon og lagring
- Antall pasienter
- Tilbud til alle kjønn
- Tilbud til mindreårige
- Sene henvendelser
- Digitale overgrep
- Tilbud til pårørende
- Tilbud til personer utsatt for vold i nær relasjon
- Undersøkelse av mistenkte
- Ambulant funksjon
- Profilerings og utadrettet virksomhet
- Faglig kompetanse, opplæring og veiledning
- Sakkyndighet, samhandling med politi og rettsvesen
- Medisinsk og psykososial oppfølging

## 4. Resultater og vurderinger

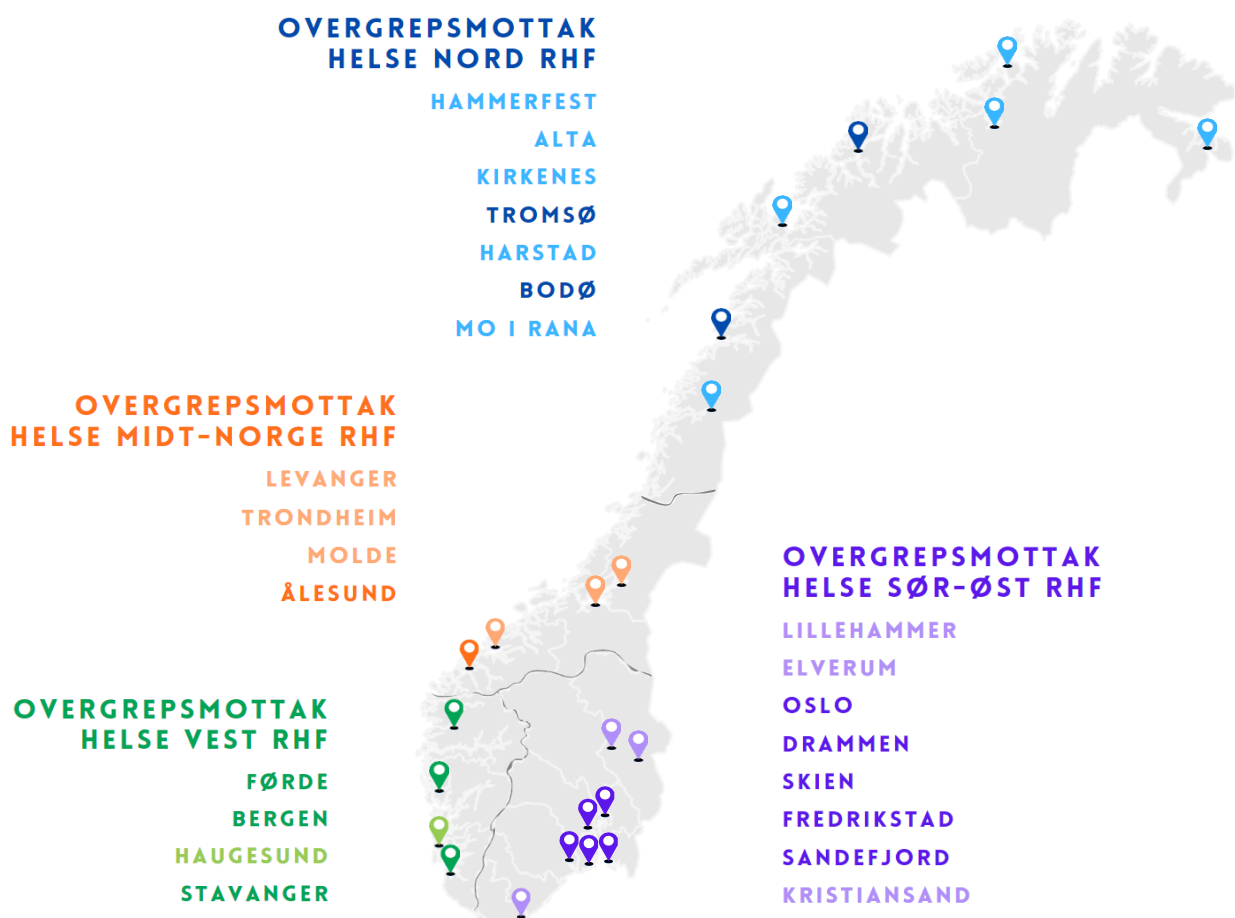
### 4.1. Organisering, ledelse og finansiering

#### 4.1.1. Organisering i helsetjenesten

Samtlige overgrepsmottak er forankret i helseforetak eller regionalt helseforetak. Av 23 overgrepsmottak nasjonalt, er tolv lokalisert på sykehus. Syv av disse har tilknytning eller er organisert til gynekologisk avdeling/klinikk ev. kvinne/barn-klinikk, fire på akuttmottak og ett mottak på en kirurgisk poliklinikk. Av øvrige mottak er elleve lokalisert på kommunal legevakt eller helsehus. Overgrepsmottaket i Oslo har avtale med regionalt helseforetak (Helse Sør-Øst) og betjener en større befolkning enn Oslo kommune. To helseforetak (Finnmarkssykehuset HF og Sykehuset Innlandet HF) har ansvar for flere enn ett overgrepsmottak.

Kommunale legevakter/helsehus har egne avtaler med det ansvarlige helseforetak/regionale helseforetak. Alle overgrepsmottak har ulike betingelser i avtalene med helseforetaket. Varighet av avtale, oppsigelsestid, økonomisk finansieringsmodell, forankringsnivå i helseforetaket besvares i nedenstående kapitler om økonomi, ledelse og beredskap.

Figur 1. Kart med oversikt over overgrepsmottakenes plassering i landet



Kartet (figur 1) er interaktivt og viser de enkelte overgrepsmottakene. Overgrepsmottak markert med mørk farge er lokalisert på legevakt/helsehus. Overgrepsmottak markert med lys farge er lokalisert på sykehus.

#### 4.1.2. Ledelse

Kartleggingsundersøkelsen viser at det er stor variasjon i hvor i helseforetaket ansvaret for overgrepsmottaket er plassert. De ulike helseforetakene som har ansvar for overgrepsmottak, er av ulik størrelse og intern organisering. Samtlige overgrepsmottak oppgir at ansvaret for overgrepsmottaket er forankret på relativt høyt administrativt nivå i helseforetaket, dvs. avdelingsnivå, klinikknivå eller sentraladministrasjonsnivå. Det varierer om det er direkte dialog i form av samarbeidsmøter og budsjettmøter mellom overgrepsmottakets ledelse og det øverste ansvarlige nivået i foretaket. De fleste oppgir at det i praksis er liten mulighet for lokal administrativt ansvarlig leder ved overgrepsmottaket å påvirke ressursene (økonomien) til mottaket.

Samtlige overgrepsmottak har etablert både medisinsk fagansvarlig og administrativ ledelse for driften av overgrepsmottaket. Medisinskfaglig leder er alltid en lege. Administrativ leder er sykepleier av profesjon for samtlige overgrepsmottak med unntak av Oslo. I Oslo er administrativ og faglig leder en full stilling og besittes av en lege. I Oslo er det i tillegg etablert et samarbeid om psykososial ivaretagelse og innkomstsamtale med enhet Psykososial akuttjeneste som fysisk er plassert på Legevakten.

Administrativ og medisinskfaglig ledelse på overgrepsmottakene har ulik organisatorisk tilhørighet, dvs. er ansatt på ulike avdelinger, eller arbeider i hhv. kommuner og sykehus. Når man ser på alle overgrepsmottak under ett, viser kartleggingsundersøkelsen at det ikke har vært økt ressurstilførsel de siste årene til administrativ eller faglig ledelse. De fleste overgrepsmottak har ikke opplevd endring etter lansering av retningslinjen. Enkelte har fått økte ressurser og andre rapporterer at de i praksis har fått reduserte ressurser de siste årene.

##### 4.1.2.1. Medisinskfaglig ledelse

Sytten mottak har en definert stillingsprosent avsatt til medisinskfaglig leder. Stillingsprosenten varierer, men oppgis hyppigst fra 10-20 %, i Oslo 100 %. Det er kun landets største overgrepsmottak hvor administrativ og medisinskfaglig leder er en full stilling og besittes av en lege. Seks overgrepsmottak oppgir at de ikke har definert stillingsprosent avsatt til medisinskfaglig leder, og fem av disse er lokalisert på sykehus.

Det varierer om medisinskfaglig ansvarlig har annet formelt lederansvar for enten legevakt, enhet eller avdeling på sykehus. Ved ett overgrepsmottak lokalisert på sykehus lå medisinskfaglig ledelse midlertidig på medisinsk direktørnivå. Halvparten (seks av tolv) av de medisinskfaglige lederne for overgrepsmottak på sykehus har annet formelt lederansvar på ulike nivåer eller funksjonsgruppe på sykehuset. Tre overgrepsmottak lokalisert på sykehus har medisinsk ansvarlige leger som har sin hovedstilling utenfor sykehuset (kommuneoverleger, allmennlege). Disse er ansatt i deltidsstilling ved sykehuset. For overgrepsmottak lokalisert på legevakt/helsehus har fem av elleve medisinskfaglige ledere formelt lederansvar for legevakten/helsehuset i tillegg til overgrepsmottaket. I Oslo har leder fullt lederansvar for overgrepsmottaket i tillegg til å delta i legevaktens ledergruppe. For de resterende fem overgrepsmottakene lokalisert på legevakt/helsehus har den medisinskfaglig ansvarlige sin hovedstilling utenfor selve overgrepsmottaket.

Det kommer imidlertid ikke godt nok frem av denne kartleggingen i hvilken grad medisinskfaglig ledelse har tidligere erfaring fra arbeid på overgrepsmottak og/eller deltar regelmessig i akuttarbeidet ved overgrepsmottaket. Organisasjonstilhørigheten og nivåplassering i både sykehus og på legevakt/helsehus tyder på at det medisinskfaglige ansvaret flere steder er plassert hos

fagpersoner som ikke eller i liten grad aktivt arbeider/har arbeidet med akuttundersøkelser eller direkte pasientkontakt i overgrepsmottaket.

Spesialitet i allmenntillegmedisin er den hyppigst forekommende spesialitet på medisinskfaglig ledere totalt sett (10 av 23). Denne spesialiteten dominerer ved legevaktlokaliserte overgrepsmottak, men inkluderer også medisinskfaglige ledere for to sykehuslokaliserte overgrepsmottak. Gynekologi og fødselshjelp er den hyppigste legespesialiteten for medisinskfaglig ledere på sykehus (syv ledere), hvorav to gynekologer er ansvarlige for overgrepsmottak som er lokalisert i akuttmottak. Andre spesialiteter som anestesilogi og arbeidsmedisin, samfunnsmedisin og akutt- og mottaksmedisin er representert blant de medisinske fagansvarlige. Noen ledere har flere legespesialiteter.

### **NKLM sin vurdering**

NKLM registrerer at overgrepsmottakene er ulikt organisert. Det er tilfredsstillende at samtlige overgrepsmottak har medisinskfaglig leder, men kartleggingen gir grunnlag for bekymring for at det flere steder er betydelig organisatorisk avstand mellom medisinskfaglig leder og de legene og sykepleierne som arbeider i overgrepsmottaket. NKLM anbefaler at medisinskfaglig leder er nært tilknyttet driften ved overgrepsmottaket, og selv innehar tilstrekkelig kompetanse og praktisk erfaring i faglig arbeid på overgrepsmottak i henhold til retningslinjen. Arbeid ved overgrepsmottak og spesielt det rettsmedisinske grunn- og etterarbeidet krever spesifikk kompetanse gjennom opplæring og erfaring med behov for tett supervisjon og kontinuerlig faglig veiledning og kvalitetsforbedring. Egen kompetanse hos medisinskfaglig leder ansees ekstra viktig når det ikke er formaliserte rammer for konkret kompetanse og læringskrav for arbeid ved overgrepsmottak. Dessuten er stillingene som medisinskfaglig leder ved mange overgrepsmottak så små at det er vanskelig å følge opp den faglige kvaliteten.

#### 4.1.2.2. Administrativ ledelse

De administrative lederne ved overgrepsmottakene er utdannet sykepleiere, foruten overgrepsmottaket i Oslo. Stillingsprosent viet administrasjon er oppgitt for 18 av 23 mottak og varierer fra 20-100 %. Samtlige overgrepsmottak organisert på legevakt/helsehus rapporterer definerte ressurser i form av stillingsbrøk for administrativ leder. Syv av tolv overgrepsmottak på sykehus oppgir slik stillingsbrøk for administrativ leder. De administrative lederne er generelt organisert relativt tett på selve driften, enten med praktisk lederansvar, koordinering av drift og eventuelt også deltakelse i det faglige, praktiske arbeidet med akuttundersøkelser og etterarbeid. Kartleggingen gir ikke klare nok svar på fordeling og variasjon i aktiviteter og ansvar for den enkelte administrative leder til at vi kan kategorisere disse. Eksempelvis varierer det om de har personalansvar, kun koordineringsansvar, om de har formelt ansvar også for legene eller kun sykepleierne, og om/hvor mye faglig ansvar de har. Noen overgrepsmottak rapporterer at administrativ leder tar ansvar for opplæring av hele helsepersonellgruppen, dvs. at de også gir opplæring og faglig støtte til legene. Det er en betydelig andel administrativt arbeid i forbindelse med overgrepssundersøkelser, med blant annet for- og etterarbeid med registreringer, rutiner for oppfølging, lagring av spor og utlevering av dokumenter og spormateriale. Dette koordineres og utføres ofte av administrativ leder.

Tolv overgrepsmottak oppgir tilstrekkelig tid for administrativ leder til å utføre oppgavene sine. Ni av tolv som oppgir at de har tilstrekkelig med administrative lederressurser er lokalisert på legevakt. Elleve overgrepsmottak oppgir at det er for lite ressurser til administrasjon og ni av disse er lokalisert på sykehus.

### NKLM sin vurdering

NKLM registrerer at administrativ leder i stor grad er organisert nær den faktiske driften av overgrepsmottaket, noe som ansees viktig. NKLM mener det er viktig at administrativ leder, som oftest er sykepleier, ikke blir satt i en posisjon der de i praksis også må påta seg faglig ansvar som tilligger medisinsk faglig ansvarlig lege. De medisinsk faglige ansvarlige må få rammer og ressurser til å oppfylle fagansvaret de har. NKLM er bekymret for at det rapporteres liten mulighet for administrativ leder til å påvirke drift og ressurser til overgrepsmottaket.

#### 4.1.3. Økonomi

Overgrepsmottakets økonomi er oftest inkludert i generelt budsjett for vedkommende enhet/avdeling der mottaket er tilknyttet. Budsjett besluttes høyere i systemet enn administrativ nivå for overgrepsmottaket. Et mindretall av lederne på administrativt nivå oppgir at de har mulighet til å påvirke økonomien i avtalen eller budsjettet til overgrepsmottaket.

Flertallet opplever at finansiering av deres overgrepsmottak fra helseforetaket ikke er tilstrekkelig for forpliktelsene de har i henhold til retningslinjen. Spesielt krav om kompetanseutvikling, tilfredsstillende rekruttering og bemanning, samt mulighet til å gjøre overgrepsmottaket kjent i befolkningen lider av manglende økonomiske midler. Få rapporterer at det er tilkommet økte økonomiske midler i budsjettet til å oppfylle forpliktelsene i retningslinjen etter at denne ble innført.

Det er ingen overgrepsmottak som er organisert helt likt når det gjelder hvordan økonomien er fordelt. Det gjelder hvordan budsjett, finansieringsmodell, avlønning av personell og bruk av refusjons- eller gebyrtakster fra det offentlige (DRG/HELFO/politiet) er lagt opp. De aller fleste overgrepsmottak lokalisert på sykehus oppgir at de har et budsjett som enten er inkludert i helseforetakets eller gjeldende avdelings generelle budsjett. For overgrepsmottak lokalisert på legevakt er budsjettet bygget opp rundt en form for rammefinansiering/grunnfinansiering som er basert på et forventet antall pasienter (referert til tidligere tall, en slags forventningskalkyle eller eksempelvis etter optelling fra fjorårets konsultasjonstall). Hvor mye av budsjettet som baserer seg på variabel stykkpris per oppdrag eller har en grunnfinansieringsramme gir ikke undersøkelsen godt nok grunnlag for å beskrive i detalj. Kartleggingsundersøkelsen viser imidlertid klart at budsjettene i hovedsak dekker lønns- og beredskapskostandene for personell. Lokaler, utstyr, strøm, renhold og forbruksmateriell blir ikke problematisert som kostnadsbyrde, og få overgrepsmottak oppgir at de har separate avtaler eller budsjett for lokaler, strøm, renhold og liknende.

Ved de overgrepsmottakene som har en beredskapsordning ytes en form for beredskapslønn og utrykningstillegg for både leger og sykepleier. Det varierer hvordan både fast og variabel del av avlønning er bygget opp både internt mellom sykehusene og mellom legevaktene. Ved ringeliste er det i all hovedsak et enkeltbeløp som ytes som lønn til begge profesjoner, med ulikt beløp til de to profesjoner. Det er stor variasjon mellom overgrepsmottakene, uavhengig av hvor det er lokalisert.

Ved tilstedevakt er lønn for arbeid med overgrepssaker oftest innbakt i ordinær lønnsordning for generell vakt.

Rettsmedisinsk etterarbeid finansieres i hovedsak gjennom arbeidsgiver i ordinære arbeidstid og/eller ekstra honorar til den sakkyndige i tilfeller der det er rettsmedisinsk etterarbeid (erklæring). Et mindretall av overgrepsmottakene oppgir at de fakturerer den såkalte «polititaksten» i henhold til salærforskriften (14) for undersøkelse ved overgrep når/hvis det blir en politianmeldelse av en sak, dvs. etter paragraf to punkt e i denne forskriften. Blant de overgrepsmottakene som bruker denne taksten varierer det om det er overgrepsmottaket eller den sakkyndige som mottar denne taksten. Fast honorar per undersøkelse inkluderer oftest rettsmedisinsk etterarbeid i form av rettsmedisinske erklæring etc. når og hvis det blir aktuelt. Oppmøte i retten finansieres i all hovedsak av arbeidsgiver.

I salærforskriften åpnes det for en timesats for medgått tid til å utarbeide en klinisk rettsmedisinsk legeerklæring. Flere overgrepsmottak rapporterer at de vegrer seg for å bruke denne, av bekymring for at dette da blir så kostbart at politiet ender med å ikke be om legeerklæringer i alle anmeldte saker.

Politiet bidrar med sporsikringsmateriell (sporsikringspinner, skjemaer, sporsikringsposer etc.) til samtlige overgrepsmottak. Dette er tilsvarende utstyr som politiet selv benytter for sporsikring fra kropp. Flere overgrepsmottak har fått kamera av sitt lokale politidistrikt. Øvrig materiell som engangsutstyr, klær og annet mindre utstyr som benyttes til rettsmedisinsk dokumentasjon (eks. linjal, fargeskalaer, lyskilder, beskyttelsesutstyr for sporsikring etc.) finansieres av mottakene selv.

### **NKLM sin vurdering**

NKLM ser alvorlig på den rapporterte økonomiske usikkerheten og variasjonen i finansiering av tjenestene ved overgrepsmottakene. I takstsystemene for hhv. sykehus og primærhelsetjeneste finnes takster som kan passe til en overgrepssundersøkelse, men overgrepsmottakene forteller om ulik praksis og uavklarte føringer på om- og hvordan disse skal brukes. NKLM erfarer at det fortsatt er uavklart fra myndighetenes side hvordan man praktisk kan benytte refusjonstakster for kliniske tjenester og prosedyrer innen rammen av innsatsstyrt finansiering. Overgrepsmottakene har ulik organisering og pasientjournalssystemer, samt at takstsystemet ikke er tilpasset aktiviteten ved overgrepsmottak. Stabile takster for hver av de ulike elementene i overgrepssundersøkelsen og mulig etterarbeid vil trygge de økonomiske rammene for tjenestene. Det er store variasjoner i tidsbruk og hvor mye etterarbeid det er i hver enkelt sak. Differensierte takster som ellers er i bruk i innsatsstyrt finansiering i helsevesenet synes hensiktsmessig for at overgrepsmottakene skal kunne få riktig betalt for tjenestene.

Overgrepsmottakene er pålagt å tilby psykososial oppfølging, men det er stor usikkerhet rundt og praksis på om denne tjenesten kan tilbys gratis for pasientene. Unntaket er medisinsk oppfølging av allmennfarlig smittsom sykdom, herunder seksuelt overførbare infeksjoner. NKLM er av den oppfatning at det er viktig for pasientgruppen å ha tilgang til gratis psykososial oppfølging. Det er store samfunnskostnader hvis pasienter utsatt for seksuelle overgrep faller ut av skole og arbeidsliv og potensielt bli behandlingstrengende i spesialisthelsetjenesten.

Salærforskriften oppgis benyttet svært ulikt. Her ligger det muligheter for refusjon til institusjon som igjen kan benyttes til å dekke utgifter til lønn. Salærforskriftens takster gir begrenset, men noe mulighet til differensiering av refusjon i henhold til innsats i saker der anmeldelse foreligger. Salærtakst kan ikke benyttes i tilfeller der det ikke er politianmeldelse. NKLM mener at det er avsatt altfor lite ressurser til sakkyndigarbeidet, særlig når det gjelder kompetanseutvikling, kvalitetssikring og avlønning. Tidsbruk ved rettsmedisinske erklæringer er lett å undervurdere. NKLM mener at justissektoren som bruker av de rettsmedisinske tjenestene, bør være med å betale for å opprettholde overgrepsmottakene som døgnåpent, lavterskel helse- og rettsmedisinsk tilbud, samt de eksplisitte rettsmedisinske produktene de etterspør i straffesaker. Helsetjenestetilbudet ved overgrepsmottak er grunnlaget for de rettsmedisinske arbeidet og vurderingene som justissiden senere er brukere av. Det er derfor naturlig at justissektoren bidrar til tjenestetilbud og tar mer av kostnadene ved alt rettsmedisinsk arbeid. NKLM mener at det økonomiske grunnlaget for å sikre rettsmedisinske tjenester av god kvalitet og tilgjengelighet, er avhengig av økt og forenklet finansiering og bedre samarbeid mellom helse- og justissektoren.

#### 4.1.4. Beredskap og tilgjengelighet

##### 4.1.4.1. Ulike typer beredskap og tilgjengelighet av helsepersonell

NKLM har undersøkt og definert tre ulike former for beredskap for både leger og sykepleiere som arbeider med akuttberedskap og akuttundersøkelser på overgrepsmottak:

*Tilstedevakt* tilsvarer at legen har annet arbeid og er til stede på eller i nærheten av overgrepsmottaket uavhengig av om det er pasienter eller ikke ved mottaket.

*Beredskapsvakt* forutsetter at det er en ordning med avtalt beredskapsplikt der legen forplikter seg å stille på overgrepsmottaket ved behov. Slik beredskapsvakt gjelder for en begrenset periode om gangen.

*Ringeliste* er en frivillig ordning der man juridisk uforpliktende setter seg opp på en liste over frivillige som kan ringes til ved behov for personell til overgrepsmottaket. Den som har ansvar for å koordinere bemanningen til den enkelte konsultasjon ringer nedover listen til man finner noen villige. Dersom man ikke får tak i noen som har anledning, blir undersøkelsen som oftest utsatt til det er mulig å skaffe noen som kan stille.

##### 4.1.4.2. Beredskapsordninger for leger

Tabell 1. Oversikt over vaktordninger for leger etter overgrepsmottakets lokalisasjon

Lokalisasjon	Tilstedevakt (12)	Beredskapsvakt (10)	Ringeliste (8)	Kombinasjoner av ordninger
Sykehus (12)	8	2	4	2
Legevakt/helsehus (11)	4	9	4	6

Det varierer mellom overgrepsmottakene hvor mange leger som er ansatt og hvilken spesialitet de har. For overgrepsmottakene på sykehus er det som hovedregel leger i spesialisering (LIS 2-leger) som har vaktberedskapen med en mindre andel av overlegene som faglig bakvakt per telefon og/eller at overlegen kan rykke ut for å dekke opp kliniske oppgaver for andre pasientgrupper som legen har ansvar for. Overlegene har da relevant spesialitet mht. hvor overgrepsmottakene er tilknyttet (gynekologi, akuttmottak og kirurgi). Det er flere legevaktlokaliserte enn sykehuslokaliserte overgrepsmottak som har variasjon i legespesialiteter som inngår i vakt. Flere helseforetak har kommuneoverlege og allmennleger i aktiv tjeneste. Antall leger som er tilknyttet ett og samme mottaks akuttberedskap varierer fra 4 til >30 leger.

Ved tilstedevakt på sykehus/legevakt er det alltid andre plikter som kan komme samtidig og forsinke akuttundersøkelsen på overgrepsmottaket. Når det gjelder ringelister, så er disse uforpliktende for oppmøte og fritidsaktiviteter, familieforpliktelser og annen jobb kommer i konflikt med mulighet til å delta. Noen overgrepsmottak oppgir at det nesten utelukkende foretas akuttundersøkelser på ettermiddag/kveld da det er lettest å få tak i helsepersonell utenfor ordinær arbeidstid (ringeliste).



#### 4.1.4.3. Beredskap for sykepleiere

Tabell 2. Oversikt over vaktordninger for sykepleiere etter overgrepsmottakets lokalisasjon

Lokalisasjon	Tilstedevakt (6)	Beredskapsvakt (13)	Ringeliste (9)	Kombinasjoner av ordninger
Sykehus (12)	2	5	7	2
Legevakt/helsehus (11)	4	8	2	3

Sykepleierne er i høyere andel enn legene ansatt der overgrepsmottaket er lokalisert (sykehus eller legevakt/helsehus). Undersøkelsen gir ikke nok grunnlag for generell oversikt over sykepleiernes spesialitet. For sykepleiere oppgis samtidighetskonflikt for tilstedevakt og ringeliste på samme måte som for legene, men noen overgrepsmottak oppgir at ringelister generelt fungerte bedre/mer stabilt for sykepleierne enn legene.

De overgrepsmottak som ikke har tilstedevakt opererer med en offisiell eller praksisbasert utrykningstid for lege og/eller sykepleier. Det varierer i hvilken grad utrykningstiden er helt klart definert. Den lengste utrykningstiden som er oppgitt i denne kartleggingen er to timer, med en time som den hyppigst definerte.

#### 4.1.4.4. Turnover og stabilitet av helsepersonellet ved overgrepsmottak

Stabiliteten av bemanningen er relativt god på overgrepsmottakene og de rapporterer til dels liten, men varierende, grad av utskiftning (turnover) av personell. Alle overgrepsmottak rapporterer høy stabilitet og lav utskiftningsfrekvens for sykepleierne. Flertallet av overgrepsmottakene (14 av 23) oppgir at de har stabil legebemanning. Tretten overgrepsmottak beskriver høy utskiftningsfrekvens av leger, men tre av disse gjelder kun for leger i spesialisering (LIS). Åtte mottak oppgir at de mener at formelle rammer som tellende kurs, tellende tjeneste og etablering av rettsmedisinsk legespesialitet vil være fordel for rekrutteringen av leger. Nesten like mange (syv) overgrepsmottak mente at slike forhold har liten betydning. Åtte overgrepsmottak var usikre eller har ikke svart.

#### NKLM sin vurdering

I Handlingsplan mot voldtekt 2019 – 2022 (9) er det beskrevet at samtlige overgrepsmottak har beredskapsvakt med fagpersonell tilgjengelig hele døgnet, men at vekten er organisert på ulike måter. Vår kartlegging viser imidlertid at dette ikke stemmer i praksis. Overgrepsmottak er pliktige til å ha kompetent personell tilgjengelig hele døgnet. Det er generelt utfordrende å bemanne overgrepsmottak som har stor variasjon i henvendelser og relativt få henvendelser årlig. NKLM erfarer at det er mange overgrepsmottak som ikke ser en annen mulighet enn ringeliste fordi det er for dyrt og at det legger for mye beslag på fritiden med beredskapsvakter der det sjelden skjer utrykning. Det bør likevel undersøkes mulighet for former for forpliktende beredskap slik at man er sikret å oppfylle krav til tilgjengelighet. Ringeliste uten forpliktelser til oppmøte er ikke et tilstrekkelig godt nok system for sikker tilgjengelighet av personell.

Samtidighetsproblematikk ved tilstedevakt som sykehuslege eller legevaktlege er et problem som er aktuelt alle steder der slike ordninger praktiseres. NKLM mener slik ordning likevel må kunne praktiseres. Samtidighetskonflikt kan håndteres ved bakvaksordninger for tilsvarende personell som enten kan ta seg av overgrepsmottakoppgaver eller de andre sammenfallende oppgavene ved sykehuset.

NKLM anser at det er viktig å sørge for gode nok beredskapsordninger som inkluderer leger og sykepleiere som får tilstrekkelig opplæring og erfaring i overgrepssarbeid. Noen mottak inkluderer mange leger og/eller sykepleiere i forhold til antall pasienter slik at helsepersonellet ikke får tilstrekkelig erfaring. Det blir derfor utfordrende å sørge for nødvendig grunnkompetanse for det enkelte helsepersonell fordi oppgavene skjer sjelden for hver enkelt medarbeider. NKLM mener at fordeling av så spesialiserte oppgaver ikke bør tilligge store grupper av leger eller sykepleiere, men legges til en stor nok gruppe motivert personell som får tilstrekkelig opplæring, erfaring og godtgjørelse for oppgavene.

#### 4.1.5. Lokaler og utstyr

Samtlige overgrepsmottak har avklarte rutiner for hvordan pasienten tas imot og hvordan de skjermes. Det er i liten grad skjermet inngangsparti til overgrepsmottakene. De rapporterer ulike løsninger for hvordan pasienter blir tatt imot og raskt skjermet for andre pasienter når de er ankommet bygningen. Samtlige overgrepsmottak oppgir at de er oppmerksomme på behov for skjerming og at de gjør tiltak som å følge pasienten videre til et mer skjermet rom/del av lokalet ved adkomst.

Noen mottak rapporterer om samtidig bruk av lokalet/rommet til annen aktivitet slik at en del tid går med til å rengjøre rommet før bruk for overgrepssundersøkelser. En del mottak rapporterer at det er toalett og dusj på undersøkelsesrommet mens andre oppgir at dette deles av andre pasienter og/eller ligger i lokaler med andre pasienter.

Generelt er overgrepsmottakene fornøyde med hvordan undersøkelsesrommene er utstyrt. De færreste har avansert utstyr som kolposkop. Bruk av slike instrumenter oppgis å følge ordinær opplæring for leger i spesialisering i gynekologi og ikke spesielt relatert til overgrepssundersøkelse. Samtlige overgrepsmottak har fotografiapparat for dokumentasjon av skader og funn, samt identifisering av hvem som er undersøkt. Ved enkelte mottak har politiet gitt noe opplæring i fotografering, men ingen overgrepsmottak oppgir krav eller tilbud om systematisk og kvalitetssikret opplæring i fotodokumentasjon.

Noen overgrepsmottak oppgir for liten fysisk plass til sikker lagring av spormateriale (sporpinne, klær og gjenstander sikret ved undersøkelsen).

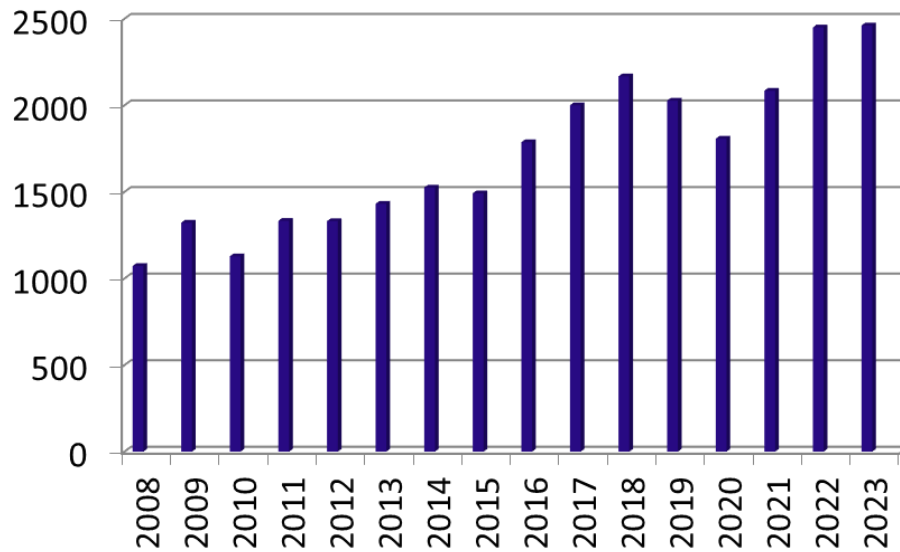
#### **NKLM sin vurdering**

NKLM mener at det er tilfredsstillende at alle overgrepsmottak har rutine for rask skjerming av pasientene, men det er åpenbart store forskjeller i hvordan lokalene er utformet. Det er viktig at lokaler og utstyr legger til rette for muligheter til sikker og skjermet undersøkelse med gode nok forhold for optimalisert sporsikring, skadedokumentasjon og reduserer belastning på pasienten. Tilpassede lokaler for sikker lagring av sikret spormateriale er essensielt for å ivareta beviskjeden og rettssikkerheten (jf. avsnitt 8).

#### 4.1.6. Pasienter

Det har vært en generell økning av henvendelser til overgrepsmottakene, 72 % økning siste ti år, (siden 2013), se figur 2. Det har vært en økning i antall konsultasjoner på overgrepsmottak de siste årene, unntatt tiden rundt koronapandemien.

Figur 2. Utvikling av antall pasienter i overgrepsmottakene over år (2008 – 2023)



Det er stor variasjon i antall nye saker/pasienter mellom de ulike mottakene, hvor de fleste mottar færre enn 50 per år, se figur 3.

Figur 3. Antall saker per år fordelt på antall overgrepsmottak



#### 4.1.6.1. Kjønn

Samtlige overgrepsmottak oppgir at de har tilbud til alle kjønn.

#### 4.1.6.2. Tilbud til mindreårige

De aller fleste overgrepsmottakene tar imot barn ned til 14 år, noen har varierende praksis mellom 14-16 år. Ett overgrepsmottak oppgir at menn under 18 år og kvinner under 16 år henvises til barneavdeling. Alle har en nedre aldersgrense på 14 år eller over, selv om undersøkelse ved spesielle omstendigheter også kan forekomme for yngre. Det er svært varierende om det er reelt samarbeid med aktuelle barneavdeling, og tre overgrepsmottak rapporterer at barneavdeling ikke vil ta imot barn dersom det ikke foreligger politianmeldelse. Det er i all hovedsak samme helseforetak som har ansvar for vold og overgrepshåndtering av barn som overgrepsmottak for unge og voksne. Flere rapporterer likevel at de henviser barn til undersøkelse ved andre helseforetak og med relativ lang reisevei.

Ett overgrepsmottak oppgir systematisk samarbeid med barnehusene og flere overgrepsmottak oppgir sporadisk samarbeid med barnehusene. De aller fleste rapporterer at dette håndteres av aktuelle barneavdeling.

#### **NKLM sin vurdering**

NKLM mener det er svært alvorlig at noen barneavdelinger ikke tar imot barn for akuttundersøkelse ved mistanke om seksuelle overgrep uten at det foreligger politianmeldelse. Dette gir i praksis et manglende tilbud om selvhenvising og rask bistand til barn under 14 år som mistenkes utsatt for overgrep. Dette er en rettsikkerhetssvikt. Det er barneavdelingene som har ansvar for undersøkelse og klinisk rettsmedisinsk ivaretagelse av barn (1, 8). NKLM mener det er viktig med god avtale mellom overgrepsmottaket og nærmeste barneavdeling.

NKLM registrerer at det i praksis er 14 års aldersgrense for mottak av barn ved overgrepsmottak. Dette krever ekstra kompetanse hos helsepersonellet som håndterer pasienten da det er særs viktig hvordan man skal håndtere taushetsplikt, involvering av foresatte og potensielt barnevernstjenesten. Håndtering av mindreårige krever tilleggskompetanse i saksbehandling, juss og etikk. De fleste 14-åringene vil medisinsk sett ha nådd en pubertetsgrad som muliggjør undersøkelse på ordinært overgrepsmottak rent medisinsk-teknisk, så NKLM ser ingen vesentlige faglig betenkeligheter med at overgrepsmottakene som hovedregel tar imot pasienter ned til 14 år for akuttundersøkelse, og samarbeider med barneavdeling ved behov. Retningslinjer for god kvalitet i all håndtering av mindreårige bør inkluderes i en klinisk veileder for overgrepsmottak. Kompetanse mht. håndtering og psykososial oppfølging som er tilpasset mindreårige må foreligge ved overgrepsmottakene.

## 4.2. Spesielle forhold ved tilbudet

### 4.2.1. Sene henvendelser

Seks av 23 overgrepsmottak oppgir at de ikke tilbyr medisinsk oppfølging ved mottaket til de som henvender seg etter en uke. De har i stedet som rutine å hjelpe pasienten med å kontakte fastlegen som får ansvar for somatisk og psykisk oppfølging. Av disse tilbyr ett overgrepsmottak samtaler ved behov. For de pasientene som ikke har fastlege/fastlege i nærheten, nevner fire mottak at de kan gjøre unntak og ta inn pasienten allikevel. Blant de seks overgrepsmottakene som ikke har rutinetilbud ved sen henvendelse er fire lokalisert på sykehus og to på legevakt/helsehus.

Av de øvrige overgrepsmottakene (17) som har et rutinetilbud til de som kommer senere enn en uke, setter de fleste opp time til et avtalt tidspunkt (ikke akutt innkalling av beredskapsteam). Alle disse tilbyr samtale med sykepleier for støtte og kartlegging av behov og ev. henvisning videre. Noen tilbyr også medisinske prøver/legetime på mottaket, men dette er nok ikke spesifikt spurt om til alle overgrepsmottakene. Noen passer på å dokumentere skader/funn som fortsatt er synlige etter en uke.

### **NKLM sin vurdering**

Det er ikke tilfredsstillende at nesten ett av fire overgrepsmottak ikke har et tilbud til de som henvender seg senere enn en uke. Det kan synes som om noen færre overgrepsmottak lokalisert på sykehus tar imot disse pasientene (fire av seks). Som nevnt i retningslinjen skal den overgrepsutsattes første kontakt med hjelpeapparatet anses som en akutt henvendelse. Hjelpebehovet skal kartlegges og videre hjelpetilbud vurderes. Dette bør gjelde uavhengig av hvor lang tid som er gått siden overgrepet. De fleste har behov for en akutt psykososial kartlegging og rådgiving. Behovet for medisinsk og rettsmedisinsk undersøkelse vil variere dersom det har gått lengre tid enn en uke siden hendelsen. Man må huske på at personen fortsatt kan ha medisinske og rettsmedisinske behov som må ivaretas, f.eks. komplikasjoner etter fysiske skader eller infeksjoner. Det viktigste er at personen som henvender seg ikke blir avvist, men lyttes til og hjelpes til rett instans på rett tidspunkt. For mange vil rådgiving på telefon med avtale om time hos fastlege eller lignende kunne være forsvarlig og nok. Det er behov for en oppdatert, mer detaljert klinisk veileder enn retningslinjen for å sette føringer for dette.

#### 4.2.2. Digitale overgrep

Det varierte en del i intervjuene med de forskjellige overgrepsmottakene hvor detaljert de svarte og hvilke oppfølgingsspørsmål som ble stilt.

Kun ett av 23 overgrepsmottak har ikke svart på spørsmålet om digitale overgrep. En av tre overgrepsmottak svarer at de har hatt henvendelser fra pasienter om digitale overgrep. Tilsvarende oppgir to av tre overgrepsmottak at de ikke har hatt henvendelser fra pasienter om digitale overgrep. Omtrent samme andel svarer at de tar imot/ville tatt imot personer utsatt for digitale overgrep, og at de har tilbud om samtale/rådgiving.

I et par av samtalene ble det tatt opp at skadedokumentasjon kan være aktuelt også for denne gruppen (f.eks. der personen er bedt om å gjøre handlinger på seg selv). Noen overgrepsmottak har en plan for hvor de vil henvise pasienter utsatt for digitale overgrep (fastlege eller Nok-senter<sup>1</sup>). Noen få mottak svarer at de ikke har noen plan eller spesielle tiltak for denne gruppen.

### **NKLM sin vurdering**

Det er positivt at mange av overgrepsmottakene tar imot personer som henvender seg etter digitale overgrep til samtale/rådgiving, men dette burde vært på plass hos alle. Forskning har vist at seksuell vold inkludert i den digitale arenaen omfatter et bredt spekter av omstendigheter og handlinger, som bør forstås i et kontinuum (15, 16). Forskningen er i større grad rettet mot barn og unge, men digital seksuell vold kan ramme i alle aldre og befolkningsgrupper. Omstendigheter og handlinger omfatter bildebaserte seksuelle overgrep, digital blotting, seksuelle henvendelser til barn/unge fra voksne i digitale/sosiale medier, grooming, fysiske seksuelle overgrep initiert via digitale medier, seksuell utpressing via digitale medier, deling av digitalt overgrepsmateriale, og direkteoverførte bestillingsovergrep. Nylig er det også rapportert seksuelle overgrep innen online-gaming, der avataren utsettes for overgrep av andre spillere (17). De psykososiale skadevirkningene av digitale overgrep kan være vel så alvorlige som etter fysiske overgrep. Det er derfor viktig at disse personene identifiseres, og tilbys kompetent hjelp. NKLM mener det er behov for økt kompetanse og profilering ved overgrepsmottakene om digital seksuell vold. Prosedyrer for håndtering av digitale og virtuelle overgrep bør inkluderes i klinisk veileder for overgrepsmottak.

---

<sup>1</sup> Nok sentrene er et lavterskel hjelpetilbud og en fagressurs om seksuelle overgrep, med sentre i hele landet. [www.noksentrene.no](http://www.noksentrene.no)

#### 4.2.3. Pårørende

De fleste (17 av 23) overgrepsmottak oppgir at de har mulighet for å snakke med og ivareta pårørende. I hovedsak har de ikke en spesifikk rutine for dette, men gjør det etter behov og forespørsel fra pasient eller pårørende. De fleste tilbyr en samtale enten på telefon eller i forbindelse med pasientens konsultasjon. Kun et par overgrepsmottak tilbyr gjentatte samtaler med pårørende, de fleste hjelper de videre til fastlege eller Nok-senter. Oftest har pårørende behov for praktisk informasjon f.eks. om rutiner for oppfølging, anmeldelse og bistandsadvokat. En del gir psykoedukasjon (opplæring og kunnskap) om normalreaksjoner ved overgrep og hvordan hjelpe den overgrepsutsatte. Noen har skriftlig materiale de pårørende kan lese. Seks overgrepsmottak oppga at de ikke hadde noe tilbud til pårørende.

#### **NKLM sin vurdering**

Det er positivt at de fleste overgrepsmottakene har mulighet til samtale, rådgiving og ivaretagelse av pårørende, enten ved overgrepsmottaket, eller ved at de blir hjulpet til annen instans. Ivaretagelse og oppfølging av overgrepsutsatte omfatter også pårørende, og god støtte fra de nærmeste vil være viktig for pasientens helsetilstand etter overgrep. Alle pårørende har rett til generell veiledning og informasjon når de henvender seg til helse- og omsorgstjenesten. I den grad pasienten samtykker har nærmeste pårørende også rett til mer spesifikk informasjon (18). Dette ble påpekt ved den forrige kartleggingsundersøkelsen (2017), men situasjonen fremstår nærmest uendret i dag. Denne type ivaretagelse og rådgiving trenger ikke være omfattende, men er svært viktig for å forebygge ettervirkninger og sikre god krisehåndtering hos pårørende. NKLM mener planer for informasjon og rådgiving til pårørende, inkludert balansegang mht. taushetsplikt, bør inngå i en oppdatert, mer detaljert klinisk veileder enn retningslinjen, for å sette føringer for dette.

#### 4.2.4. Vold i nær relasjon

Et fåtall av overgrepsmottakene undersøker personer utsatt for vold i nære relasjoner, der det ikke er oppgitt seksuell vold, som del av det ordinære tilbudet. Denne undersøkelsen finansieres av kommunen. Ved seksuell vold i nær relasjon tas disse selvsagt imot ved alle overgrepsmottakene. De fleste oppgir at personer utsatt for vold i nær relasjon tas imot på legevakt, skadepoliklinikk eller akuttmottak på sykehus. Enkelte oppgir at de har hatt faglig dialog og bistand til legevakt som undersøker relasjonsvoldsaker. Flere oppgir at det brukes rettsmedisinsk protokoll for relasjonsvold. Det er til dels samme personell som utfører undersøkelsen, som både jobber på legevakt og på overgrepsmottak. Det er imidlertid store mørketall, og de fleste som opplever relasjonsvold kommer ikke til hverken overgrepsmottak eller legevakt (19).

#### **NKLM sin vurdering**

Det er fortsatt et stort udekket behov for pasientgruppen utsatt for vold i nær relasjon, særlig mht. rettsmedisinske tjenester. Myndighetene har gjennom handlingsplanen «Frihet fra vold - Regjeringens handlingsplan for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner 2021–2024» satt som mål at det skal «a) Gjennomføres en kartlegging av det medisinske, rettsmedisinske og psykososiale akuttilbudet til voksne utsatt for vold i nære relasjoner, herunder også seksuelle overgrep. b) Vurderes hvordan voksne utsatt for vold i nære relasjoner kan få et godt og likeverdig akuttilbud, herunder overgrepsmottakenes rolle i tilbudet til personer utsatt for vold i nære relasjoner. c) Utarbeides nasjonale kliniske prosedyrer for psykososialt, medisinsk og rettsmedisinsk tilbud til voksne utsatt for seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner» (Tiltak 27 i handlingsplanen) (10). NKLM stiller seg positiv til disse tiltakene, men ser ennå ikke at disse er iverksatt. NKLM har gjennom år påpekt det udekkede behovet for pasientgruppen. Det er en betydelig faglig overlapp mht. helsepersonellens kompetanse og pasientenes behov innen både relasjonsvold og seksuell vold, der overgrepsmottakene har et godt utgangspunkt for å bidra.

#### 4.2.5. Undersøkelse av mistenkte

Det er 19 overgrepsmottak som oppgir at mistenkte ikke undersøkes på overgrepsmottaket. Med unntak av i Oslo der politiet bruker egne leger/rettsmedisinere, undersøkes mistenkte på legevakt. Fire av overgrepsmottakene oppgir at de undersøker mistenkte og at de har rutiner for ivaretagelse av sporhygiene i disse sakene. Tre overgrepsmottak legger spontant til at de gir veiledning til politiet og legevaktpersonellet som utfører mistenktundersøkelsen, enten muntlig per sak, eller ved å ha hjulpet med utarbeidelse av skriftlige rutiner.

##### **NKLM sin vurdering**

Undersøkelse av mistenkte er ikke en del av overgrepsmottakenes ordinære ansvarsområde. Det er imidlertid positivt at den klinisk rettsmedisinske kompetansen, som utenfor de store byene i hovedsak finnes ved overgrepsmottakene, kan komme det lokale politiet og rettssikkerheten til gode. For forsvarlig gjennomføring av undersøkelse av mistenkt er det nødvendig med sporhygieniske tiltak for å hindre oversmitte av biologisk materiale og andre spor fra fornærmet til mistenkt og motsatt. Slik oversmitte kan skje via lokaler, utstyr eller personell. Vel så viktig er også å skjerme den fornærmede fra å møte på en mistenkt gjerningsperson i lokalene til overgrepsmottaket. For å sikre forsvarlig kvalitet og korrekt lovanvendelse ved undersøkelse av mistenkte, bør noe informasjon og prosedyrer for mistenktundersøkelse også inngå i en klinisk veileder for overgrepsmottak.

#### 4.2.6. Ambulant funksjon

Ambulant tjeneste innebærer at helsepersonellet utfører hele eller deler av sine vanlige tjenester utenfor overgrepsmottakets lokaler, fortrinnsvis på sykehus, sykehjem og institusjon. Elleve overgrepsmottak har rutiner og mulighet for ambulant funksjon, syv har ingen slik mulighet eller tilbud. Fem overgrepsmottak opplyser at de delvis har slik mulighet. Sistnevnte er overgrepsmottak som er lokalisert på sykehus og har mulighet til å rykke ut til undersøkelser andre steder på selve sykehusområdet, men de kan ikke forlate sin øvrige vakt og har i realiteten en meget begrenset mulighet for utrykning.

##### **NKLM sin vurdering**

Det er best forhold for undersøkelse, sporsikring og ivaretagelse av pasientene på selve overgrepsmottaket. Så langt det er mulig bør pasienten komme dit for best mulig og tilrettelagt undersøkelse. NKLM mener overgrepsmottakene likevel bør ha en rutine for å kunne rykke ut til institusjoner der det av ulike grunner ikke er mulig å få pasienten til overgrepsmottaket. En slik funksjon vil øke rettsikkerheten og imøtekomme krav om likeverdig tjeneste og rettssikkerhet for alle. Ved utrykning til institusjon der helsepersonellet oppsøker pasienten, er det viktig å avklare informert samtykke fra den som skal undersøkes eller eventuelt dennes verge. Hvordan situasjoner med redusert eller manglende samtykkekompetanse skal håndteres, kan være etisk og juridisk utfordrende. Prosedyre for ambulant undersøkelse generelt og ved samtykkeutfordringer spesielt, bør inngå i en klinisk veileder for helsepersonell på overgrepsmottak.

### 4.3. Profiling og utadrettet virksomhet

Overgrepsmottakets tilbud skal iht. retningslinjen gjøres kjent for befolkningen. Ingen av overgrepsmottakene har eget budsjett for profiling, utadrettet virksomhet og kommunikasjon. De som setter av tid til dette tar av driftsmidler.

Alle overgrepsmottakene har kontaktinformasjon på nettsiden til sykehuset eller kommunen/legevakten der overgrepsmottaket ligger, og er omtalt på den Nasjonale veiviseren ved vold og overgrep – [dinutvei.no](http://dinutvei.no).

Omtrent to tredjedeler av overgrepsmottakene oppgir at de informerer befolkningen indirekte via andre i hjelpeapparatet. Dette kan være fastleger, helsestasjoner, legevakt, krisesentre, Nok-sentre<sup>2</sup>, ambulansetjenesten, distriktpsikiatriske sentre i spesialisthelsetjenesten (DPS) og ulike sykehusavdelinger. Informasjonen varierer i format, enten via skriftlig informasjon (plakater, brosjyrer, digitale planser til venterom, visittkort) til muntlig formidling i fagmøter med ansatte i hjelpeapparatet eller studenter i relevante fag (medisin, sykepleie, paramedic, politi). Noen overgrepsmottak har faste/regelmessige fagmøter og undervisning, andre forteller at de har hatt det mer sporadisk, når de blir invitert inn.

Litt over halvparten av overgrepsmottakene forteller også at de har eller har hatt målrettet informasjon om tilbudet til ungdom og videregående skoler, inkludert russen. De samarbeider oftest med politi, skolehelsetjeneste, helsestasjon for ungdom eller Nok-sentrene. Noen av disse overgrepsmottakene hadde slike målrettet informasjonstiltak før, men ikke de siste årene pga. kapasitetsproblemer. Et par av overgrepsmottakene har laget visittkort til utdeling blant russen og på helsestasjon for ungdom. Et overgrepsmottak delte også ut visittkort i forbindelse med Pride. Et par overgrepsmottak hang opp plakater eller sendte ut skriftlig informasjon til videregående skoler og helsestasjoner.

Omtrent en tredel av overgrepsmottakene oppgir at de stiller opp i allmenne medier på forespørsel og benytter anledningen til å informere om tilbudet. Det varierer hvor ofte de blir forespurt og effekten er vanskelig å måle.

Seks overgrepsmottak oppgir at de har brukt sosiale medier på et eller annet vis. Tre av disse har tidligere laget video om tilbudet som er blitt delt på sosiale medier av kommunen og av samarbeidspartnere. Tre overgrepsmottak oppgir at de har en Facebook-side, hvor kun ett overgrepsmottak bruker denne aktivt.

### **NKLM sin vurdering**

NKLM er bekymret for at det ikke er avsatt ressurser til å gjøre tilbudet tilstrekkelig kjent i befolkningen. Det virker som om overgrepsmottakene som arbeider med profilering gjør dette på tross av, og ikke på grunn av adekvate rammebetingelser. Mulighetene til nødvendig profilering er ikke forbedret siden NKLM sin forrige kartlegging i 2017, selv om dette er et eksplisitt krav i retningslinjen.

Befolkningsundersøkelser har vist at kun et fåtall av overgrepsutsatte oppsøker hjelp (19), og dette kan ha mange årsaker. Befolkningsundersøkelser og annen forskning har også vist at dette dels kan skyldes at de ikke kjenner til tilbudet, eller ikke forstår at tilbudet også er for dem. Selv hos de som er kjent med tilbudet, kan barrieren for å oppsøke hjelp være høy. Vanlige psykologiske virkninger hos den utsatte, men også reaksjoner fra omgivelsene spiller inn. Overgrepsmottakene må derfor få avsatt tid og ressurser til kontinuerlig utadrettet virksomhet. Med dette kan de sørge for å innfri kravene i retningslinjen og bidra til å senke terskelen for å oppsøke hjelp og ivareta de overgrepsutsatte. Profileringen må rettes til alle kjønn og alle aldersgrupper, både direkte til befolkningen, men også via samarbeidende aktører. Relevante samarbeidspartnere er for eksempel helsesykepleiere, skoler og andre utdanningsinstitusjoner, fastleger, oppsøkende behandlingsteam og krisesentre etc. NKLM har tidligere utarbeidet brosjyrer på flere språk med informasjon om seksuelle overgrep, relasjonsvold og hva tilbudet ved et overgrepsmottak er, og som kan lastes ned fra våre nettsider. Tilbakemeldinger fra profesjonelle aktører innen kommunikasjon med bred erfaring i å nå ut til unge, tyder på at informasjon om seksuelle overgrep, hjelpetilbud og rettigheter,

---

<sup>2</sup> Nok sentrene er et lavterskel hjelpetilbud og en fagressurs om seksuelle overgrep, med sentre i hele landet. [www.noksentrene.no](http://www.noksentrene.no)



inkludert tilbudet på overgrepsmottakene i større grad bør formidles på plattformer der unge er, dvs. sosiale medier (20).

## 4.4. Faglig kompetanse, opplæring og veiledning

### 4.4.1. Krav til opplæring og innhold

De fleste overgrepsmottak oppgir at de har interne krav om gjennomført NKLM grunnkurs før oppstart i vakt. Noen få oppgir at de kun har krav om NKLM grunnkurs for sykepleierne og noen få overgrepsmottak har kun krav om intern opplæring for alle. De fleste kombinerer krav om NKLM grunnkurs og intern opplæring. Den interne grunnopplæringen inneholder oftest praktisk gjennomgang av rom, utstyr og prosedyrer, følgevakter med erfarent personell og veiledning i utfylling av dokumentasjon før/etter undersøkelsen. De to største overgrepsmottakene har pga. sin størrelse og drift, en annen modell for kompetanse og veiledning, som i hovedsak svarer til hovedinnholdet i NKLM grunnkurs og praktisk intern opplæring.

### 4.4.2. Gjennomføring av opplæring, kompetanseheving og samarbeid

I kartleggingsundersøkelsen har vi spurt på vegne av Voldtekstutvalget om antall aktive leger og sykepleiere som har fullført ulike kurs. Med aktive leger og sykepleiere mener vi de som per i dag jobber ved overgrepsmottaket (13). Ikke alle overgrepsmottakene har svart på alle spørsmål og noen har oppgitt ca. tall. Tallene må derfor tolkes med forsiktighet og kan ikke gjengis i detalj, men gir innsikt i store trekk om tendenser og størrelsesordener.

Av aktive sykepleier har de fleste fullført NKLM grunnkurs eller tilsvarende. Tilsvarende har omtrent to tredeler av aktive leger fullført slikt kurs. For å utøve klinisk rettsmedisinsk sakkyndighet er det anbefalt, primært for leger å gjennomføre påbygning til NKLM grunnkurs (såkalt nivå A). Påbyggingskursene er på såkalt nivå B og C (21). Imidlertid oppga overgrepsmottakene at kun omtrent en av ti aktive leger har fullført kurs i strafferett og straffeprosess for rettsmedisinske sakkyndige (B-kurs) (Domstoladministrasjonens kurs for sakkyndige). Kun en av fire aktive leger har kurs i klinisk rettsmedisin i praksis ved seksualovergrep (C-kurs).

Sammenligner man leger ved overgrepsmottak lokalisert på legevakt/helsehus med de som er lokalisert på sykehus, virker det som flere aktive leger ved overgrepsmottak på legevakt/helsehus har fullført grunnkurs, B-kurs og C-kurs enn leger på sykehus. For sykepleierne på hhv. overgrepsmottak på legevakt/helsehus versus sykehus fremstår andelen mer likt fordelt.

I kartleggingsundersøkelsen spurte vi også om kontinuerlig kompetansearbeid. Dette kan være fagmøter både internt og med samarbeidspartnere (som f.eks. andre overgrepsmottak, kritesenter, Nok-senter, skolehelsetjeneste og politi). Nesten alle oppgir at de har en eller annen form for fagmøter, men hyppigheten varierte fra ukentlig til ca. to til fem - per år. Enkelte overgrepsmottak har kun sporadiske fagmøter f.eks. etter innmeldte behov. Færre enn halvparten har fagmøter med andre overgrepsmottak. Siden 2022 er det etablert nettverk for samarbeid mellom ledelsen ved overgrepsmottakene i hver helseregion. Ikke alle regioner har kommet like langt i den praktiske implementeringen, men flere oppgir fordeler av samarbeidet, særlig mht. kompetanse og erfaringsutveksling for kvalitetsarbeid og effektivisering.

Omtrent halvparten av overgrepsmottakene oppgir at de har samarbeidsmøter med andre deler av hjelpeapparatet og de fleste hadde samarbeidsmøter med politiet. For mange var dette en kombinasjon av tverrfaglige fagmøter/fagdager med dialog om samhandling og praktiske rutiner. Enkelte oppga at de kun hadde administrative samarbeidsmøter.

I kartleggingsundersøkelsen forteller overgrepsmottakene om flere utfordringer mht. kurs og fagmøter. Kun ca. ett av fire overgrepsmottak oppgir at kompetansebygging ligger i budsjett. Selv der budsjett dekker reiser og kursavgift eller dette dekkes via NKLM, legeföreningen eller andre stipend, får mange ikke fri fra arbeidsgiver for å dra på kurs. For leger som er selvstendig næringsdrivende innebærer fravær til kurs og faglig oppdatering et inntektstap. Personell ved overgrepsmottak som mottar fast honorar per sak får ofte beskjed om at honoraret er så høyt at det burde dekke utgifter og fri til å dra på kurs. Vårt inntrykk er at særlig leger ikke prioriterer interne møter eller kurs som ikke er obligatorisk eller tellende for spesialistutdanning. Selv om kurs/fagdag arrangeres og bekostes av andre (f.eks. politi, regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging - RVTS) får ikke ansatte ved overgrepsmottaket kurspermisjon fra jobb. Dette medfører at det er få som møter opp, noe som overgrepsmottakene rapporterer at undergraver det tverrfaglige samarbeidet.

### **NKLM sin vurdering**

NKLM er alvorlig bekymret for mangelen på kontinuerlig kompetansearbeid ved overgrepsmottakene, og for at dette går ut over et likeverdig tilbud til pasientene og rettsikkerheten. Selv om retningslinjen stiller krav til kompetanse innen psykososial ivaretagelse, medisinsk og rettsmedisinsk undersøkelse og behandling, stiller den ingen spesifikke krav til hvilke lærings- og kompetanseaktiviteter som skal oppfylle kravene. De regionale helseforetakene er ansvarlige for å sikre at retningslinjens kompetansekrav oppfylles.

Gjennom kartleggingen erfarer NKLM at det er en todelt barriere for kompetansehevingen. På den ene siden mangel på ressurser og finansiering for alle helsepersonellgruppene ved overgrepsmottakene. På den andre siden manglende faglig uttelling innen det eksisterende spesialistsystemet der spesifikke formelle krav svares ut læringsmål. For eksempel vil leger i spesialisering eller under resertifisering primært prioritere kurs og læringsaktiviteter som gir uttelling i deres valgte spesialitet. Vår erfaring er at en undervurderer hvor krevende det er å bygge opp god klinisk rettsmedisinsk kompetanse og praksis, som innebærer både formelle utdanningsaktiviteter og løpende faglig supervisjon og veiledning i tjenesten.

Noen få overgrepsmottak oppgir at retningslinjen har hjulpet dem i implementeringen av interne kompetansekrav, men de fleste oppgir ingen forbedring etter 2021.

NKLM har hatt rettsmedisinfaglig representant i Helsedirektoratets ekspertgruppe for utredning av organisering og avgrensning av en eventuell fremtidig legespesialitet i rettsmedisin, kontinuerlig fra 2022 (22). Det ble avholdt telefonmøter om slutføring av det skriftlige arbeidet, som til slutt ble avbrutt av Helse- og omsorgsdepartementet. Ekspertgruppen mottok offisiell beskjed i mars 2023. I februar 2024 ga departementet ny beskjed om at utredningsarbeidet om spesialitet i rettsmedisin skal gjenopptas (23). Status per i dag er dermed at rettsmedisin fortsatt ikke er egen medisinsk spesialitet og at klinisk rettsmedisinsk kompetanse inngår i svært begrenset grad i eksisterende legespesialistutdanninger. I utredningen ble også behovet for formell kompetanseoppbygging i klinisk rettsmedisin for leger i andre spesialiteter og andre helsepersonellgrupper ved overgrepsmottakene påpekt, herunder sykepleierne. NKLM erfarer at den nyetablerte master i klinisk rettsmedisinsk sykepleie som Voldtekstutvalget fremhever, er tilpasset den ordinære spesialiseringsordningen for sykepleierne. Imidlertid er akademisk grad/master ikke tilpasset dagens legespesialistutdanning.

## 4.5. Sakkyndighet, samhandling med politi og rettsvesen

Når det blir straffesak eller etterforskning etter et overgrep etterspør politiet oftest bevismateriale og dokumentasjon fra overgrepsmottaket. Overgrepsmottakene tilbyr å sikre bevis og dokumentasjon til alle pasienter som henvender seg innen tidsrammen det er mulig, uavhengig av om saken er anmeldt eller ikke. Før noe av det som overgrepsmottaket har av dokumentasjon og spor kan utleveres til politiet, må det alltid innhentes skriftlig fritak fra taushetsplikten og samtykkeerklæring fra den fornærmede part i saken. Det er flere typer dokumentasjon eller potensielt bevismateriale som kan belyse saken. Det varierer i stor grad hvilken type dokumentasjon som politiet etterspør fra overgrepsmottakene, og i hvilken grad det etterspørres og gis sakkyndig erklæring. Diagnostikk, behandling, oppfølging av symptomer og dokumentasjon av funn er ikke i seg selv sakkyndig dokumentasjon og vurdering, men er del av tilbudet og informasjonsinnsamlingen ved overgrepsmottak. Politiet etterspør hyppig overgrepsmottakene om informasjon som ikke regnes som sakkyndige vurderinger.

### 4.5.1. Dokumentasjon og lagring

De fleste overgrepsmottak bruker Rettsmedisinsk protokoll<sup>3</sup> eller en lokal tilpasset variant av denne, for dokumentasjon fra den første akuttundersøkelsen.

Rettsmedisinsk protokoll er utformet som et skjema med rubrikker for hvilke opplysninger som skal innhentes fra pasienten og for alle delene av den akutte undersøkelsen. Protokollen er et systematisk verktøy for å sikre best mulig undersøkelse og dokumentasjon fra undersøkelsen av pasienten. Den inkluderer medisinsk diagnostikk og behandling, statusvurdering av fysisk og psykisk tilstand samt dokumentasjon av rettsmedisinske undersøkelser, funn og sporsikring, inkludert rusmiddelanalyser. Rettsmedisinsk protokoll gir begrenset rom for vurderinger av skadetyper og skademekanismer.

Samtlige overgrepsmottak benytter også skissetegninger<sup>4</sup> for dokumentasjon av funn på kropp og kroppsåpninger. Alle overgrepsmottakene bruker i tillegg mulighet for digital fotografering av funn på kropp. Det varierer om overgrepsmottakene fotodokumenterer funn på genitale/intime områder eller om dette kun tegnes på skisse og beskrives skriftlig.

Ved akuttundersøkelse innen en uke etter hendelsen kan det være aktuelt å sikre sporpinner med biologisk materiale/andre spor fra kroppen. Klær og gjenstander kan også sikres ved akuttundersøkelse eller senere (så lenge uvasket) og oppbevares ved overgrepsmottaket. Alt materiale som overgrepsmottakene sikrer og oppbevarer er loggført på politiets standardiserte nasjonale skjema for oversikt sikrede spor<sup>5</sup>. Loggføringen av sporsikring i dette skjemaet utføres ved alle overgrepsmottakene uavhengig av om saken er anmeldt eller ikke.

Overgrepsmottakene har plikt til å føre pasientjournal på lik linje med andre deler av helsetjenesten (24). Det gjelder for alt som defineres som medisinsk diagnostikk og behandling i konsultasjonen. Det varierer mellom overgrepsmottakene hvor mye som dokumenteres i løpende elektronisk pasientjournal i tillegg til i Rettsmedisinsk protokoll, fra full dokumentasjon av undersøkelsen, til kun

---

<sup>3</sup> Rettsmedisinsk protokoll for undersøkelse av pasient som angir seksuelt overgrep og Rettsmedisinsk protokoll for undersøkelse av pasient som angir vold i nær relasjon er arbeidsverktøy utviklet i regi av NKLM som hjelpemiddel for dokumentasjon ved undersøkelsen av pasienter etter hhv. seksuelle overgrep og relasjonsvold. Rettsmedisinsk protokoll er tilgjengelig via NKLM sine nettsider.

<sup>4</sup> NKLM og tegner K. Toverud har utarbeidet standardiserte skisser til bruk ved overgrepsmottakene, som er tilgjengelige via NKLM sine nettsider

<sup>5</sup> Politiets skjema "Retningslinjer for sporsikring og prøvetaking hos menn/kvinner" brukes nasjonalt og er tilgjengelig via NKLM sine nettsider.

et kort notat om at pasienten har vært til undersøkelse og ev. informasjon av viktighet for pasientbehandling videre. Dette gjenspeiler at noe av informasjonen/dokumentasjonen fra en akuttundersøkelse på overgrepsmottak er innhentet for annet formål enn helsehjelp (rettsmedisinsk), mens andre deler er helseinformasjon (medisinsk). Lagring og oppbevaring av denne ulike type informasjonen har ulike regler i lov og forskrift (11, 25, 26). Det kompliserer at det ofte er en viss overlapp mellom formålet med ulike typer dokumentasjon. For eksempel kan skader på kroppen både være behandlingstrengende, (dvs. dokumentasjon av disse har også et medisinsk formål), samt at denne informasjonen er relevant å dokumentere for rettsapparatet, (dvs. rettsmedisinsk formål). Detaljeringsgrad av informasjonen og hva som dokumenteres er ikke alltid sammenfallende for de to formålene. De fleste overgrepsmottak nedtegner og oppbevarer den rettsmedisinske relevante informasjonen i deres variant av den rettsmedisinske protokollen, på kroppsskisser, fotografier og på politiets sporsikringsskjema. Overgrepsmottakene oppgir stor variasjon i hvordan denne dokumentasjonen lagres.

Ved noen av overgrepsmottakene lagres Rettsmedisinsk protokoll direkte digitalt på eget skjermet område, andre har den inne i elektronisk pasientjournal på skjermet område. Noen overgrepsmottak lagrer papirdokumentasjon (rettsmedisinsk protokoll, skisser, skjema for sporsikring etc.) i papirarkiv, mens andre skanner det inn i ettetid til sikkert område eller i elektronisk pasientjournal.

Flere overgrepsmottak oppgir kompatibilitetsproblemer mellom skjemaene/verktøyene som er anbefalt og deres eksisterende digitale systemer, enten elektronisk pasientjournal eller andre sikre lagringsområder. Dette gjør rettsmedisinsk protokoll mer tungvint å bruke og lagre.

Gjennom kartleggingsundersøkelsen fremkommer også at det er stor variasjon i hvordan digitale fotografier fra undersøkelsen lagres ved overgrepsmottakene. Ved noen overgrepsmottak legges minnekort fra kamera eller minnepinne med foto i papirarkivet eller sammen med sikret spormateriale. Andre steder legger man foto over fra kamera-minnebrikke til sikkert område der det lagres videre. Enkelte bruker CD/DVD. Det er også variabelt hvor lenge foto oppbevares. For anmeldte saker innen tre måneder utleverer noen foto til politiet sammen med spormaterialet. Andre utleverer foto sammen med en legeerklæring. Noen makulerer foto samtidig med at spormaterialet destrueres, dersom saken ikke er anmeldt innen tre måneder. I praksis holder en del mottak på dette noe lengre, men lagringskapasitet er en utfordring.

### **NKLM sin vurdering**

Det er positivt at samtlige overgrepsmottak bruker en eller annen form av de anbefalte nasjonale verktøy og skjemaer som er utviklet for bruk ved akuttundersøkelsen (rettsmedisinsk protokoll, sporsikringsskjema).

Det er imidlertid uklart hvordan ulike regler for arkivering kan anvendes på den dokumentasjonen som innhentes. Det vil si at det ikke er klare retningslinjer eller regler for om informasjonen regnes som helseopplysninger, rettsmedisinsk dokumentasjon og materiale innhentet for annet formål enn helse, eller en kombinasjon. For overgrepsmottakene er det viktig at verktøyene som er laget for å sikre god behandling og dokumentasjon er tilgjengelige og brukervennlige og at IKT-systemene understøtter dette.

NKLM er bekymret for manglende lovregulering/forskrift og fastsatte tidsrammer for lagring av biologisk materiale, fotodokumentasjon og annen rettsmedisinsk dokumentasjon (f.eks. skisser), som ikke inngår i vanlig pasientjournal. Vi finner at dette skaper utfordringer for tjenestene og kan gå ut over rettsikkerheten. I praksis destrueres sikret materiale ved overgrepsmottak tidligst etter tre måneder, dersom saken ikke er politianmeldt. Mange overgrepsutsatte kan bruke mye lenger tid på å bestemme seg for å anmelde. Da vil noen overgrepsmottak rutinemessig ha destruert spormateriale og fotodokumentasjon før pasienten har bestemt seg for å anmelde eller ikke.

Helsedirektoratet og Politidirektoratet har anbefalt til Helse- og omsorgsdepartementet at oppbevaringstiden for sporsikringsmateriale er to år. Denne anbefalingen er ikke ferdigbehandlet i Helse- og omsorgsdepartementet (11). NKLM stiller seg bak behovet for å få avklart dette snarest. Vi vil også fremheve behovet for snarlig forskriftsfestede regler for lagring av annet biologisk materiale sikret i saker som ikke er politianmeldt, versus anmeldte saker, som f.eks. prøver til rettsstoksikologiske analyser, og lagring av rettsmedisinske prøveresultater, skisser og fotodokumentasjon. I tillegg til å styrke rettsikkerheten, vil dette ha praktiske implikasjoner for dimensjonering av lagringskapasiteten ved overgrepsmottakene.

#### 4.5.2. Oppdragsgiver og mandat i straffesaker

Det er vanligvis politiet eller påtalemakten som anmoder om dokumentasjon fra overgrepsmottakene i straffesaker. Det er stor variasjon i type dokumentasjon som politiet/påtalemakten ber om fra overgrepsmottakene: Pasientjournalutskrift, rettsmedisinsk protokoll<sup>6</sup>, rettsstoksikologiske analysesvar, samt sikret og loggført spormateriale er eksempler på bevismateriale som overgrepsmottakene besitter.

Politi og påtalemyndighet kan be om en sakkyndig klinisk rettsmedisinsk erklæring som innebærer et spesifikt oppdrag (mandat) fra politiet. Politiet ber da om sakkyndig vurdering av medisinsk og rettsmedisinsk informasjon formulert som ett eller flere spørsmål og/eller oppgaver. I Norge er det utelukkende leger som skriver slike sakkyndige klinisk rettsmedisinske legeerklæringer fra overgrepsmottak. Som oftest ønsker politiet vurdering av informasjon som overgrepsmottakene allerede besitter. Politiet ønsker dette vurdert opp mot eksempelvis tidspunkter, hendelsesforløp, oppkomstmekanismer av skader og funn mv.

Litt under halvparten av overgrepsmottakene oppgir at de som regel får anmodning om sakkyndig rettsmedisinsk legeerklæring med spesifisert mandat når politiet ber om informasjon til bruk i straffesak.

Et par mottak får anmodning fra politiet om kun journalutskrift, men kan en sjelden gang bli bedt om legeerklæring med spesifisert mandat eller om rettsmedisinsk protokoll. Fem mottak oppgir at de oftest blir bedt om Rettsmedisinsk protokoll, men et par sier de i senere tid har fått noen anmodninger om legeerklæring med spesifisert mandat. Tre mottak får som regel anmodning om legeerklæring med et generelt mandat uten liste med spørsmål. Et par mottak får anmodning om kun «Dokumentasjon» eller «Dokumentasjon fra legeundersøkelsen, prøvesvar og spormateriale». Ett mottak oppgir at hvis de en sjelden gang får anmodning med spesifisert mandat, så ber politiet spesifikt om at det er undersøkende lege som skal skrive den.

Selv om de per i dag får et spesifisert mandat, oppgir flere overgrepsmottak at de ikke har kapasitet eller kompetanse til å utarbeide en klinisk rettsmedisinsk legeerklæring og gir i stedet ut Rettsmedisinsk protokoll. Ved noen overgrepsmottak utgis en bearbeidet/renskrevet versjon av Rettsmedisinsk protokoll til politiet og flere av overgrepsmottakene oppgir fast supervisjon/veiledning av utfylling protokollen før utlevering.

De fleste overgrepsmottakene som gir klinisk rettsmedisinsk erklæring, oppgir at dette gjøres av medisinsk faglig ansvarlig lege eller annen lege med sakkyndig erfaring. Noen få overgrepsmottak (tre til fire) oppgir å ha fast supervisjon/fagfelle vurdering/gjennomlesning av erklæring før utlevering til

---

<sup>6</sup> Rettsmedisinsk protokoll for undersøkelse av pasient som angir seksuelt overgrep og Rettsmedisinsk protokoll for undersøkelse av pasient som angir vold i nær relasjon er arbeidsverktøy utviklet i regi av NKLM som hjelpemiddel for dokumentasjon ved undersøkelsen av pasienter etter hhv. seksuelle overgrep og relasjonsvold. Rettsmedisinsk protokoll er tilgjengelig via NKLM sine nettsider.

politiet. Kun et par overgrepsmottak praktiserer at også supervisor signerer og dermed tar medansvar for erklæringen.

Flere av overgrepsmottakene oppgir at hvis de skulle få et spesifisert mandat for å skrive klinisk rettsmedisinsk erklæring, har de ikke ressurser til å kunne gjøre det med antall ansatte per i dag.

Overlevering av dokumentasjon til politiet praktiseres svært ulikt mellom overgrepsmottakene. Det rapporteres om både personlig overlevering til legitimerede polititjenestepersoner, regulær postgang, via sikre digitale systemer som Altinn eller kombinasjoner av disse.

#### 4.5.3. Kvalifikasjonskrav for sakkyndige

Det varierer mellom overgrepsmottakene om de har interne krav eller mer uformell kompetanseanbefaling for de legene som skal skrive klinisk rettsmedisinske legeerklæringer. De fleste oppgir at legen har grunnkurs for overgrepsmottak. Ca. litt over halvparten har C-kurs og ca. litt færre enn halvparten har B-kurs. De fleste overgrepsmottakene oppgir mangel på tid og/eller leger med rett kompetanse til å utøve rettsmedisinsk sakkyndighet.

#### 4.5.4. Oppmøte i retten

De fleste overgrepsmottakene oppgir at det er sjelden de blir innkalt for oppmøte i retten. Her er det også stor variasjon. Det største overgrepsmottaket møter i retten ca. 20-25 per år. Tre mottak angir rettsoppmøte tre til syv ganger per år. Resten oppgir fra en gang årlig til en til to ganger årlig. Det er sjelden sykepleiere kalles inn i retten, og da kalles de inn som vitner. Det rapporteres likevel at sykepleier kan bli bedt om å gjøre sakkyndige vurderinger eller redegjøre for legens sakkyndige vurderinger i den rettsmedisinske legeerklæringen.

#### **NKLM sin vurdering vedrørende punkt 4.5.2 til 4.5.4**

NKLM er bekymret for konsekvensene for rettsikkerheten for overgrepsutsatte av flere grunner.

Det er svært ulik praksis i ulike politidistrikt mht. hvordan oppdragsgiver (politiet) innhenter dokumentasjon og hva overgrepsmottakene faktisk utleverer. Vi ser med bekymring på at det både etterspørres dokumentasjon av svært ulik kvalitet og at det utleveres dokumentasjon av ulik kvalitet/innhold – samt at det ikke alltid er overensstemmelse mellom det som etterspørres og det som utleveres.

Det er også stor variasjon i kvaliteten på oppdraget i form av mandatet som gis. Hvis politiet ikke skriver et mandat med spesifiserte spørsmål, er det uklart hva som faktisk skal redegjøres eller vurderes i den sakkyndige erklæringen og hva det skal vurderes opp mot. Potensielt går politiet glipp av vurderinger som ville belyse straffesaken bedre.

NKLM anser at standardisering av både det som gjøres på overgrepsmottak (undersøkelse, dokumentasjon og sporsikring) samt det som leveres til politiet i etterkant (klinisk rettsmedisinsk legeerklæring) er svært viktig for kvaliteten og rettsikkerheten. Rettsmedisinsk protokoll for undersøkelse, Nasjonal mal for sakkyndige klinisk rettsmedisinske legeerklæringer, sporsikringsprosedyrer mv. er svært viktige verktøy som er med på å sikre tilstrekkelig informasjon og kvalitet på dokumentasjonen som skal benyttes i etterforskning og rettsbehandling. Fra politi og påtalemyndighetenes side er det viktig at de fortsetter arbeidet med å utbedre mandatene de sender overgrepsmottakene. Det er deres ansvar å gi den sakkyndige et mandat som tydeliggjør hva som faktisk er oppdraget (27). NKLM mener det er viktig at det nasjonale fagmiljøet for overgrepsmottak arbeider sammen med Politidirektorat, Riksadvokaten og Den rettsmedisinske kommisjon, om mulighet for mer standardiserte mandater som er egnet til å belyse overgreps sakene på best mulig måte.

NKLM er bekymret for at enkelte overgrepsmottak beskriver at kapasiteten og/eller kompetansen til å skrive sakkyndige klinisk rettsmedisinske legeerklæringer er for lav. Det er de regionale helseforetakenes ansvar å korrigere dette slik at de kan levere tjenester og kvalitet i henhold til retningslinjen (11).

NKLM mener at rettsmedisinsk protokoll er mindre hensiktsmessig til bruk i rettsbehandling enn en systematisk oppsatt sakkyndig legeerklæring i fritekst. I rettsmedisinsk protokoll vil det kun være begrenset vurdering av skadetyper og skademekanismer og betydningen av negative funn (fravær av skader) kommenteres oftest ikke. En utfylt rettsmedisinsk protokoll er likevel bedre og mer målrettet presentert enn pasientjournal, til bruk i etterforskning og rettsbehandling. Pasientjournaler er skrevet for behandlingsformål og verken oppsett eller innhold er lagt til rette for at politiet enkelt kan trekke ut relevant og korrekt informasjon til bruk i straffesak. Informasjonen som er innhentet er først og fremst for behandlingsformål og inneholder kun et ekstrakt av hva som har fremkommet/blitt observert under konsultasjonene. Detaljeringsgraden kan variere. Samtalene mellom helsepersonellet og pasienten er ikke avhør. Pasientjournal fra overgrepsmottak kan inneholde sensitiv informasjon som ikke er relevant for straffesaken, men kun for helsehjelpen. Journalen inneholder ikke sakkyndige vurderinger. Grunnet blant annet disse forholdene mener NKLM at pasientjournal fra overgrepsmottak alene ikke er egnet til bruk i rettsapparatet, og til dels kommer i konflikt med helsepersonellets taushetsplikt (jf. avsnitt 4.5).

NKLM er bekymret for at relativt få fagpersoner fra overgrepsmottakene innkalles i retten som vitner eller sakkyndige vitner. Legger vi Den rettsmedisinske kommisjon sine årsrapporter til grunn (28), så tyder det på at andel rettsoppmøter i forhold til sakkyndige erklæringer er svært lav. NKLM kjenner ikke til det reelle antall overgrepssaker som blir behandlet i retten i den enkelte domstol eller om det er variasjon i bruk av vitner og sakkyndige vitner mellom ulike domstoler.

Videre ser NKLM med bekymring på at sykepleierne fra overgrepsmottakene kan bli satt i en svært vanskelig og uakseptabel situasjon av retten, i de tilfeller de blir bedt om å gå ut over egen kompetanse og ansvarsområde. Helsepersonell skal kun forholde seg til hva de selv har sett, hørt og gjort når de er innkalt i retten som vitner og ikke som sakkyndige/sakkyndige vitner.

## 4.6. Medisinsk og psykososial oppfølging

Resultatene fra denne kartleggingen viser at ca. en fjerdedel av overgrepsmottakene har rutinemessig tilbud om medisinsk oppfølging. De andre overgrepsmottakene henviser pasienten til fastlege for medisinsk oppfølging. Noen overgrepsmottak gjør unntak for pasienter uten lokal fastlege, og gir oppfølging for disse. Primært er det sykepleier som står for denne oppfølgingen.

Ca. halvparten av overgrepsmottakene har tilbud om psykososial oppfølging. Oppfølgingen blir gitt både per telefon og ved oppmøte. Noen gir kun oppfølging per telefon. Ved ca. en fjerdedel av overgrepsmottakene er det sykepleiere som gir psykososial oppfølging, mens ca. en fjerdedel har andre fagpersoner med spesialkompetanse som gir dette (psykolog, psykiatrisk sykepleier eller sosionom). Varigheten på oppfølgingen varierer, de fleste tilbyr en til tre oppfølgingsamtaler. Det er få overgrepsmottak som har utarbeidet skriftlige prosedyrer på innholdet i den psykososiale oppfølgingen, og de rapporterer lite bruk av validerte screeninginstrument for innhenting av posttraumatiske eller andre psykiske symptomer. De rapporterte lite bruk av videobaserte programmer for at oppfølging kan gjennomføres digitalt.

De fleste overgrepsmottak som har psykososial oppfølging oppgir positive erfaringer med dette. De som ikke har tilbud om psykososial oppfølging ved overgrepsmottaket, henviser direkte til Nok-

sentre<sup>7</sup>, fastlege, psykisk helseteam i kommunene eller helseforetak. Flere overgrepsmottak beskriver at de får avslag på henvisning av pasientene til psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten.

### **NKLM sin vurdering**

NKLM er bekymret for overgrepsmottakenes mulighet til å tilby medisinsk og psykososial oppfølging etter akuttundersøkelsen. Mye tyder på at mange overgrepsmottak ikke er dimensjonert for å drive medisinsk og psykososial oppfølging, både mht. tilgang på helsepersonell og egnede lokaler for oppfølging.

Intensjonen i retningslinjen om et helhetlig medisinsk og psykososialt oppfølgingstilbud der pasienten møter et sted som er rustet til å ta imot overgrepsutsatte er god. På denne måten kan en forebygge og redusere risikoen for langvarige helseplager. Forskning viser at det også er barrierer for overgrepsutsatte i å ta imot oppfølging (29). Prinsippet om proaktiv og aktiv oppfølging av disse pasienten må praktiseres. Det å møte et kjent sted med en proaktiv tilnærming til opphenting i tilfellene der pasienten unngår oppmøte/kontakt, er en fordel.

I tillegg mener NKLM at den psykososiale oppfølgingen ved overgrepsmottakene bør være fritatt for egenandel. Dette er viktig av flere grunner. For det første kan overgrepsutsatte være vanskelig å motivere for oppfølging. Dette henger sammen med at traumereaksjoner er sammensatte og ofte fører til unngåelsesatferd. Overgrepsutsatte unngår ofte å snakke om det de har vært utsatt for, da det blir for ubehagelig og de vil helst glemme det som har skjedd. For det andre er pasientgruppen hovedsakelig ungdom og unge voksne, gjerne skolelever, studenter og/eller lavinntektsgrupper. For det tredje bygger den psykososiale oppfølgingen på prinsipper om forebygging. Oppfølgingen kan ikke sidestilles med tradisjonell poliklinisk behandling som f.eks. gis innen psykisk helsevern, men snarere med virksomheten som drives ved de psykososiale kriseteamene. Oppfølgingen inkluderer stabiliseringsintervensjoner, kriseintervensjoner, hjelp til mestring av posttraumatiske symptomer, monitorering og vurdering av videre hjelpebehov og behov for behandling. I all hovedsak handler det om å understøtte tilhelingsprosesser og mestring i etterkant av overgrepet, og gjennom disse intervensjonene å forebygge at den utsatte utvikler vedvarende psykiske plager i form av posttraumatisk stressforstyrrelse, andre angsttilstander, depresjon, rusproblemer o.l.

Overgrepsmottakene må ha skriftlige rutiner både på innholdet i oppfølgingen og hvordan man skal sikre aktiv innhenting, sikre at pasienten ringes opp igjen, og at man ikke gir opp, når de har samtykket til dette. Overgangene mellom akuttundersøkelse og oppfølging er sårbare, og dersom overgrepsmottaket har gitt ansvaret til andre for oppfølging er det viktig at overgrepsmottakene sørger for at disse overgangene ivaretas godt og på en aktiv måte. De er også en utfordring at enkelte psykososiale samarbeidspartnere ikke er helsetjenester med journalføringsplikt. Dokumentasjon av psykososiale ettervirkninger kan være svært viktig i en rettslig behandling.

Imidlertid vil praktiske forhold, reiseavstander eller pasientens preferanser noen ganger tilsa at det er mer hensiktsmessig med oppfølging annet sted. Såfremt man forsikrer seg om at pasient får et medisinsk og/eller psykososialt oppfølgingstilbud, f.eks. hos fastlegen eller helsesykepleier, og at det overføres relevant informasjon i en epikrise, kan medisinsk oppfølging ivaretas forsvarlig utenfor overgrepsmottaket.

NKLM mener det er viktig å sikre oppfølging med likeverdig kvalitet i hele landet. Det er behov for en klinisk veileder for medisinsk og psykososial oppfølging etter overgrep, og ev. rådgiving fra

---

<sup>7</sup> Nok sentrene er et lavterskel hjelpetilbud og en fagressurs om seksuelle overgrep, med sentre i hele landet. [www.noksentrene.no](http://www.noksentrene.no)



overgrepsmottaket til samarbeidende personell. Gode verktøy (validerte skjema) må beskrives i en veileder, samt prinsipper for og innhold i samtaler ved psykososial oppfølging.

Kartleggingsundersøkelsen viser således at intensjonen om bedre psykososial oppfølging ved overføring av ansvaret for overgrepsmottakene til spesialisthelsetjenesten ikke har gitt tilfredsstillende resultater nasjonalt (2, 8, 11).

## 5. Anbefalinger

Basert på resultatene av kartleggingsundersøkelsen har NKLM følgende anbefalinger:

### Fag og kompetanse

- Forskriftsfeste konkrete kompetansekrav for alt helsepersonell som skal arbeide ved overgrepsmottak, formulert som læringsmål og læringsaktiviteter, f.eks. etter modell av akuttforskriften som stiller krav til kurs for å arbeide ved legevakt.
- Obligatoriske og meritterende kurs som oppfyller læringsmål i fremtidig forskrift/krav, og som støtter læringsmål i de ulike eksisterende legespesialitetene.
- Behov for å videreføre og styrke det nasjonale samlende og koordinerende fagmiljøet, da overgrepsmottakenes virkeområde per i dag ikke faller under en enkelt spesialitet.
- Fornye en praktisk klinisk veileder med prosedyrer for:
  - medisinsk og rettsmedisinsk undersøkelse og oppfølging
  - psykososial intervensjon akutt og i oppfølging
  - spesielle etiske og juridiske forhold som gjelder mindreårige og ikke-samtykkekompetente personer, samt mistenkte/siktede
- Styrke tilgangen til kontinuerlig veiledning og supervisjon av det sakkyndige arbeidet med klinisk rettsmedisinske legeerklæringer ved overgrepsmottakene.
- Kompetansekrav mht. både helsehjelp og sakkyndighet er nødvendig for å sikre pasientenes rettigheter, samt styrke rettsikkerheten generelt.
- Utnytte mulighetene for samarbeid og læring mellom overgrepsmottakene internt i helseregionene for kompetanseheving og kvalitetsarbeid, særlig mht. det klinisk rettsmedisinske sakkyndige arbeidet samt psykososial oppfølging.

### Avtaler og finansiering

- Fordeling av finansiering mellom helse og justis-sektoren for de delene av tjenestene som justis-sektoren er sluttbruker for. I dette må det ligge en reell kompensasjon av det sakkyndige arbeidet, fra den klinisk rettsmedisinske undersøkelsen, til sakkyndig klinisk rettsmedisinsk legeerklæring og forklaring i retten.
- Opprette avtalenivå mellom overgrepsmottakene og ansvarlig nivå i helseforetakene, som gir enhetlig finansiering innen hver helseregion og nasjonalt. Dette er nødvendig for å gi økt forutsigbarhet og opprettholde langsiktig kompetanse og beredskap uansett hvor i landet, noe som tar tid å bygge opp og vedlikeholde.
- Styrke grunnbevilgning og innsatsstyrt finansiering.

### Tilbudet til barn

- Opprette formaliserte samarbeidsavtaler mellom overgrepsmottakene og barneavdelingene om de yngste pasientene, herunder reell mulighet for akutt undersøkelse på barneavdeling av barn under 14 år ved mistanke om seksuelt overgrep.
- Utrede muligheten for bedre utnyttelse av felles kompetanse mht. sporsikring og klinisk rettsmedisin (sykepleier) mellom overgrepsmottak og barneavdeling i samme helseregion.

## 6. Konklusjon

Den foreliggende kartleggingsundersøkelsen viser at retningslinjens formål om å sikre god kvalitet og hindre uønsket variasjon i tjenesten ikke er oppnådd i praksis, og overgrepsmottakenes beredskap og tjenester ikke er vesentlig endret siden NKLM gjennomførte sin forrige kartleggingsundersøkelse i 2017. Som det fremkommer i undersøkelsen rapporterer flertallet av mottakene at finansieringen fra de regionale helseforetakene ikke er tilstrekkelig for forpliktelsene de har etter retningslinjen.

Overgrepsmottakene rapporterer svært ulike rammer for økonomi, og har fortsatt utfordringer med å opprettholde tilfredsstillende beredskap og kompetanse. NKLM mener at mer enhetlige rammer for finansiering av de ulike elementene i overgrepsmottakenes ansvar må på plass. Det innebærer mer enhetlig finansiering av akuttundersøkelse, klinisk rettsmedisinsk dokumentasjon og etterarbeid og medisinsk og psykososial oppfølging. Rammene må omfatte ordninger for sikring av beredskap og kompetanse, samt andre forpliktelser som profilering av tjenesten til befolkningen.

Per i dag foreligger ingen nasjonale krav til helsepersonell som skal arbeide i overgrepsmottak. Våre funn viser at personellet ved mange overgrepsmottak ikke har fått tilstrekkelig spesialkompetansebygging, særlig mht. klinisk rettsmedisinsk sakkyndighet. NKLM mener at det bør utarbeides nasjonale krav til kompetanse som forankres i forskrift, eksempelvis slik det er gjort i Akuttmedisinforskriften. Det vil forplikte arbeidsgiver og bidra til mer enhetlig kompetanse på tvers av regionene. Kompetansebygging hos helsepersonell må bygge på ordninger som er etablert for videreutdanning og kompetansebygging innenfor de ulike profesjonene.

NKLM mener at bedre ressurs- og rammevilkår for overgrepsmottakene, samt nasjonale kompetansekrav er viktig for rettssikkerheten og for å sikre enhetlig helsetjenestetilbud til befolkningen. På nasjonalt nivå må det arbeides mer med samarbeidet mellom helsetjenesten og politi og påtalemyndighet. Det gjelder blant annet om mandatutforming og nasjonale dokumenter som benyttes i rettsmedisinsk sammenheng.

Våre funn viser at organisering, tilbud og varighet av den psykososiale oppfølgingen varierer i svært stor grad. NKLM mener at oppfølgingen må standardiseres og bygge på kunnskapsbasert praksis innen fagfeltet. Det må utarbeides en praktisk klinisk veileder med kunnskapsbaserte prosedyrer for medisinsk undersøkelse, rettsmedisinsk sporsikring og dokumentasjon og medisinsk og psykososial ivaretagelse og oppfølging. Veilederen må jevnlig oppdateres.

## 7. Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsbrev til helseregionene. [Internett]. [Oppdatert 10.06.2020. Hentet 20.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>.
2. Justis- og beredskapsdepartementet. Meld. St. 15 (2012-2013). Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det handler om å leve. 2013.
3. Johnsen GE, Alsaker K, Hunskår S. Overgrepsmottak i Norge 2009. Rapport nr 2-2010. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research; 2010.
4. Johnsen GE, Hunskår S, Alsaker K, Nesvold H, Zachariassen SM. Beredskapen ved norske overgrepsmottak 2011. Rapport nr 3-2012. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research; 2012.
5. Johnsen GE, Hunskår S, Zachariassen SM, Alsaker K, Nesvold H. Overgrepsmottakene - Status per juni 2014. Rapport nr 3-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse 2014.
6. Johnsen GE, Hunskår S, Zachariassen SM, Alsaker K, Nesvold H. Overgrepsmottak 2017. Status etter spesialisthelsetjenestens ansvarsovertakelse. Rapport nr. 2-2017. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse. ; 2017.
7. Eide AK, Fedreheim GE, Gjertsen H, Gustavsen A. "Det beste må ikke bli det godes fiende!" En evaluering av overgrepsmottakene. Nordlandsforskning; 2012.
8. Prop. 12 S (2016–2017) Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021). Oslo: Barne- og familiedepartementet, 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-12-s-20162017/id2517407/>.
9. Justis- og Beredskapsdepartementet. Handlingsplan mot voldtekt 2019-2022. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-mot-voldtekt-20192022/id2637644/>. 2019.
10. Justis- og beredskapsdepartementet. Frihet fra vold. Regjeringens handlingsplan for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner 2021-2024. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-mot-voldtekt-20192022/id2637644/>. 2021.
11. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for kvalitet og kompetanse i overgrepsmottak <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kompetanse-og-kvalitet-i-overgrepsmottak2021>
12. NOU 2024: 4. Voldtekt - et uløst samfunnsproblem. Justis- og beredskapsdepartementet. 2024.
13. Voldtektsutvalget. <https://nettsteder.regjeringen.no/voldtektsutvalget/>
14. Salærforskriften. 1997. Forskrift om salær fra det offentlige til advokater m.v. av 1997-12-03-1441. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1997-12-03-1441>.
15. Frøyland LR, Solstrand GM, Andersen PL, Tveito SB, Folstad SH, Skilbrei MI. Seksuelle overgrep mot barn og unge via digitale medier. En kunnskapsoppsummering. Velferdsforskningsinstituttet NOVA. Rapport 3/2021.
16. Hellevik P, Kruse AE, Dullum JV, Frøyland LR, A.M.S. S, Andersen LC, et al. Digitale seksuelle overgrep mot barn og unge - gjerningspersoner og fornærmede. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (Rapport 3/2023).
17. Sales NJ. A girl was allegedly raped in the metaverse. Is this the beginning of a dark new future? The Guardian <https://www.theguardian.com/commentisfree/2024/jan/05/metaverse-sexual-assault-vr-game-online-safety-meta>. 2024.
18. Helsedirektoratet. Pårørendes rettigheter. [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; oppdatert mandag 23. mai 2022 [hentet tirsdag 20. februar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/parorende/parorendes-rettigheter/>.

19. Dale MTG, Aakvaag HF, Strøm IF, Augusti EM, Skauge AD. Omfang av vold og overgrep i den norske befolkningen. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Rapport 1/2023.
20. Program lederseminar overgrepsmottak 2023, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin.
21. NOU Norges offentlige utredninger 2001: 12. Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker. Justis- og politidepartementet.
22. HelseDirektoratet. Utredning av status og tiltak for å sikre kvalitet, rekruttering og tilgang på rettsmedisinsk kompetanse i Norge. Rapport 2020.  
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utredning-av-status-og-tiltak-for-a-sikre-kvalitet-rekruttering-og-tilgang-pa-rettsmedisinsk-kompetanse-i-norge>.
23. Helse- og omsorgsdepartementet. Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2024.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d8f63d7d01d64def982cb7c8ce1eeb64/tildelingsbrev-til-helsedirektoratet-for-2024.pdf>.
24. Lov om helsepersonell. Kapittel 8. Dokumentasjonsplikt.  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_8#%C2%A739](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_8#%C2%A739).
25. Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften).  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168>.
26. Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven).  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/KAPITTEL\\_gdpr#KAPITTEL\\_gdpr](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/KAPITTEL_gdpr#KAPITTEL_gdpr).
27. Lov om rettegangsmåten i straffesaker (Straffeprosessloven).  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-05-22-25>.
28. Sivilrettsforvaltningen. Den rettsmedisinske kommisjon. Publikasjoner. Årsmeldinger.  
<https://www.sivilrett.no/drk/publikasjoner>.
29. Logan TK, Evans L, Stevenson E, Jordan CE. Barriers to services for rural and urban survivors of rape. *Journal of interpersonal violence*. 2005;20(5):591-616.

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Intervjuguide

# Kartleggingsundersøkelsen av overgrepsmottakene 2023- intervjuguide

Navn på intervjuer:

Navn på Overgrepsmottaket:

Navn og stilling på den/de som intervjues:

## 1. Organisering i eller samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Hvor er mottaket lokalisert organisatorisk? (sykehusavdeling, enhet, kommunal legevakt eller annet)

Hvor er mottaket fysisk lokalisert? (akuttmottak, egne lokaler, poliklinikk, legevakt, eller annet)

Dersom dere har videreført overgrepsmottaket ved legevakt, hvilken avtale har det inngått med Helseforetaket?

Er avtalen løpende eller tidsbegrenset?

Hva er varigheten på avtalen?

Er det gjensidig oppsigelse?

Hvor lang er oppsigelsestiden?

Er det forhold med denne avtalen dere **ikke** er fornøyd med?

Er det forhold med denne avtalen dere er fornøyd med?

## 2. Ledelse

### **Medisinskfaglig ledelse**

Hvem er medisinskfaglig leder? (legespesialitet, type stilling i virksomheten)

Hvilke andre ansvarsområder har medisinskfaglig leder?

Hvor stor stillingsbrøk har medisinskfaglig leder knyttet til overgrepsmottaket?

Er dette en økning eller reduksjon av stillingsbrøk de siste 3 årene (etter innføringen av retningslinjen)?

### **Administrativ ledelse**

Hvem er administrativ leder? (hvilken profesjon, spesialitet)

Hvilke andre ansvarsområder har administrativ leder?

Hvor stor stillingsbrøk for administrativ leder er spesifikt knyttet til overgrepsmottaket?

Er dette enn økning eller reduksjon de siste 3 årene (siden retningslinjen kom)?

Er det nok ressurser til ledelse av mottaket? Dersom nei, på hvilken måte rammer ressursmanglene?

Hos hvem/hvor i Helseforetaket ligger ansvaret for overgrepsmottaket?

Hvordan er dialogen med ledelsen i Helseforetaket som har ansvar for overgrepsmottaket?

Regelmessige samarbeidsmøter? Budsjettsamarbeid? Hvor mange ledd er det mellom mottakets administrativt ansvarlige leder og avgjørelsesmyndigheten i Helseforetaket?

### 3. Økonomi

Hvordan budsjetteres økonomien for mottaket? (er det stykkpris finansiering eller annen modell?)

Hva er deres budsjett og hvordan følges regnskapet opp?

Inngår alle utgifter i budsjettet? (lokaler, renhold, strøm eller kun lønnsbudsjettet)

Har dere fått større eller mindre budsjett de siste 3 årene etter at ny retningslinje kom?

Har dere noen spesifikke økonomiske utfordringer? Spesifiser.

Hvordan finansieres rettsmedisinsk etterarbeid (erklæringer og vurderinger, lagring og utlevering av spormateriale etc.)?

Hvordan finansieres oppmøte i retten? Lønnes den sakkyndige av retten eller arbeidsgiver?

Hvordan finansieres det rettsmedisinske forbruksmateriellet (sporsikringsutstyr, kamera etc)?

### 4. Beredskap

#### **Hvilken vaktordning har legene?**

Tilstedevakt eller beredskapsvakt eller en blanding?

Hvilke leger inngår, i vakt/beredskapsvakt (f. eks: turnusleger, vakthavende allmennlege, vakthavende gynekolog, bakvakt, egne leger mm.)

Dersom verken tilstedevakt eller beredskapsvakt, men såkalt "ringeliste", beskriv hvordan denne fungerer (hvilke leger inngår, hvordan fordeles belastning og utrykning osv.)

Hvor mange leger inngår i vaktordningen? (oppgi gjerne også legespesialitet) Hvor er legene ansatt?

Er det samtidighetskonflikter/har legen andre oppgaver samtidig som legen har tilstedevakt/beredskapsvakt/ ringeliste?

Hvordan avlønnes legenes arbeid/vaktberedskap?? (fremmøtetakst, timebetaling/honorar, betalt beredskap, angi beløp der dette er fast). Skiller beredskaps- og vaktlønn seg fra den avlønning som helseforetaket ellers praktiserer (overenskomster)?

Dersom det er uttrykingsbetaling – hva er denne fastsatt til?



Er det noen utfordringer og/ eller fordeler knyttet til vaktordningen ditt mottak praktiserer? Beskriv.

### **Hvilken vaktordning har sykepleierne?**

Tilstedevakt, beredskapsvakt eller ringeliste? Beskriv.

Hvor mange sykepleiere inngår i vaktordningen? (oppgi gjerne også videreutdanning/spesialitet)

Hvor er sykepleierne ansatt? Er det samtidighetskonflikter/ har sykepleierne andre oppgaver samtidig?

Har sykepleierne fast uttrykningsbetaling- hva er denne fastsatt til? Angi beløp der dette er fast.

Hvor mange sykepleiere inngår i tilstedeværelse, vakt/ beredskapsordningen?

Hva er deres rolle/stillingsbeskrivelse/konkrete oppgaver?

Er det samtidighetskonflikter for sykepleier? Beskriv.

Er det noen utfordringer og/ eller fordeler knyttet til denne vaktordningen? Spesifiser.

## 5. Kjønn

Har dere tilbud til alle kjønn?

Håndteres både menn og kvinner og andre på samme mottak?

Hvis ikke, hvordan gjøres det?

## 6. Barn

Hvilket tilbud har Helseforetaket til barn utsatt for seksuelle overgrep?

Er det samme Helseforetak som har ansvar for overgrepsmottaket?

Er det noe samarbeid med Barnehusene? Spesifiser.

Hvilket samarbeid har dere med barneavdeling som tar SO hos barn? Er det utfordringer og /eller fordeler?

Hvilken nedre aldersgrense har overgrepsmottaket, og er det i praksis kjønnsforskjeller?

## 7. Lokaler

Beskriv lokalene overgrepsmottaket består av og i hvilken grad adkomst og venterom er skjermet (for eksempel antall rom, egen inngang, sambruk, samtalerom, skjermingsrom, kontor, omkleddingsrom, dusj, toalett)

Er det noe dere savner mht. lokaler (for eksempel med hensyn til sporhygiene, komfort for pasienten, med mer)?

Hva er fordelene og/eller ulempene med deres lokaler?

## 8. Utstyr

Opplever du at Overgrepsmottaket er tilstrekkelig utstyrt?

Hvilket utstyr har overgrepsmottaket (for eksempel type undersøkelsesbenker, adekvat belysning, integrerte lyskilder/forstørrelse, kolposkop, type fotoutstyr, nye klær til pasienten)?

Har dere ordninger for opplæring/sertifisering i bruk av utstyret? Spesifiser.

Er det samtidighetskonflikt når det gjelder tilgjengelighet til utstyr?

Eventuelt, hva savner du og hvorfor?

## 9. Ambulant funksjon

Har mottaket beredskap/ressurser til utrykningsfunksjon.? Dvs. rykker personalet ved mottaket ut til andre avdelinger, sykehjem etc., dersom pasienten av ulike grunner ikke kan komme til mottaket?

## 10. Tilgjengelighet

Mottaket skal være åpent/tilgjengelig hele døgnet iht. retningslinjen. Er det samme/tilstrekkelige ressurser tilgjengelig hele døgnet/hele uken inkl. helg? Beskriv dersom det er forskjell på bemanningsressurser, lokaler og utstyr.

Medfører vaktordningen at det noen ganger er problemer med å oppfylle døgkontinuerlig fullverdig beredskap? Beskriv.

Varierer vaktordningen på dag, kveld, natt, helg for leger og/eller sykepleiere? Beskriv.

Hvor lang tid tar det fra mottaket får en henvendelse til dere er klare til å ta imot pasienten?

- Vanligvis:
- Minste tid:
- Kan skje:

Opererer mottaket med tidsfrister fra en pasient er meldt til mottaket er klare til å ta imot?

Hva er vanlig årsak til at tidsfristen eventuelt overskrides?

Hva slags akutttilbud/videre tilbud gis til pasienter som henvender seg til mottaket og som er utsatt for overgrep mer enn en uke, eller lengre tilbake i tid. Spesifiser.

Tar dere imot pasienter som er utsatt for digitalt overgrep? Spesifiser.

## 11. Faglig kompetanse, opplæring og veiledning

### **Leger:**

Hvordan foregår den interne opplæringen?

Hvilken veiledning/opplæring har de mht.:

- Psykososial ivaretagelse og psykiatrisk vurdering av traume-utsatte pasienter?
- Medisinsk behandling og oppfølging av overgrepsutsatte?
- Å utføre sporsikring og ivareta sporhygiene?
- Å utføre rettsmedisinsk dokumentasjon av skader ved undersøkelse?
- Å utføre klinisk rettsmedisinsk fotografering? (der lege har det som oppgave)
- Å skrive klinisk rettsmedisinske legeerklæringer?
- Å være sakkyndig vitne i retten?

Hvilke ytterlige behov har dere til veiledning og opplæring i forhold til rettsmedisinsk dokumentasjon og legeerklæring? Spesifiser.

Hvor ofte blir deres leger innkalt til retten?

Er det andre profesjoner hos dere som blir innkalt som vitner i retten?

### **Sykepleiere:**

Hvordan foregår den interne opplæringen?

Hvilken veiledning/opplæring har de mht.:

- Psykososial ivaretagelse av traume-utsatte pasienter?
- Medisinsk behandling og oppfølging av overgrepsutsatte?
- Å utføre sporsikring og ivareta sporhygiene?
- Å utføre klinisk rettsmedisinsk fotografering? (der sykepleier har dette som oppgave)

### **Alle:**

Har dere formaliserte kompetansekrav (for eksempel ulike kurs) til leger og sykepleiere som arbeider i mottaket? Spesifiser.

Hvordan vil du si at den faglige kompetansen (medisinsk og rettsmedisinsk) er hos dine ansatte?

Arrangerer dere interne fagmøter?

Har dere felles fagmøter med andre avdelinger eller overgrepsmottak i deres region?

Er det satt av tid til tverretattlig samarbeid? (andre deler av spesialisthelsetjenesten, fastlege, skolehelsetjeneste, rusomsorg, politi, barnevern etc.)

Hvilke midler har dere til disposisjon for å dra på kurs/konferanser? Hvordan prioriteres dette?

**Hvor mange av de ansatte har gjennomgått følgende kurs/utdanninger:**

Kurs	Antall leger	Antall sykepleiere
NKLMs Grunnkurs for overgrepsmottak		
Kurs i Klinisk rettsmedisin i praksis ved seksualovergrep (3- dagers kurset i Trondheim)		
Kurs i strafferett og straffeprosess for rettsmedisinske sakkyndige (B-kurs) (Domstoladministrasjonens kurs for sakkyndige)		
Annen formell utdanning innen klinisk rettsmedisin (f.eks. Masterutdanningen i Australia eller England, SANE-utdanning)		
Kun overgrepsmottakets interne opplegg		

**Turnover og stabilitet av helsepersonellet ved overgrepsmottaket:**

Hvor høy andel av sykepleiere og leger har vært tilknyttet overgrepsmottaket i over 3 år?

Har manglende spesialiseringsmulighet i rettsmedisin og/ eller mangel på tellende tjeneste ved overgrepsmottak noe å si for rekruttering/turnover?

Hvordan vil du beskrive turnover av helsepersonell ved mottaket og hvilke utfordringer gir dette?

**12. Spørsmål om sakkyndiges oppgaver:**

Hvordan utformes grundokumentasjonen fra akuttundersøkelsen og eventuell oppfølgingen:

- Hva dokumenteres i elektronisk pasientjournal?
- Hva dokumenteres i rettsmedisinsk protokoll?
- Hvordan kombineres elektronisk pasientjournal og protokollen (alt digitalt/papir)?
- Hvordan lagres bilde og skissedokumentasjon, rettstoksikologiske prøvesvar og sporskjemaer?

Når politiet ber om utlevering av informasjon fra undersøkelsen ved overgrepsmottaket i anmeldte saker med fritak, ber de vanligvis om:

- Journalutskrift
- Rettsmedisinsk protokoll
- Legeerklæring/legeuttalelse uten nærmere spesifiserte spørsmål (dvs. uten spesifisert mandat)
- Legeerklæring/legeuttalelse med nærmere spesifiserte spørsmål (dvs. med spesifisert mandat)
- Eventuelle varianter. Spesifiser.

Utarbeides det egen rettsmedisinsk erklæring etter mandat fra politiet?

Hvis egen rettsmedisinsk erklæring utarbeides – gjøres dette da av:

- Undersøkende lege
- Medisinsk faglig ansvarlig lege
- Annen sakkyndig lege. Spesifiser
- Eventuelt kombinasjoner av disse
- Eventuelt med intern kvalitetssikring/fagfelleevaluering/supervisjon?

Stilles det krav om at legen(e) som utarbeider den rettsmedisinske erklæringen har følgende kurs:

- Grunnkurs for overgrepsmottak
- Kurs i Klinisk rettsmedisin i praksis ved seksualovergrep (3-dagerskurset i Trondheim)
- Kurs i strafferett og straffeprosess for rettsmedisinske sakkyndige (B-kurs)  
(Domstoladministrasjonens kurs for sakkyndige)

Hvis det ikke utarbeides egen legeerklæring, men kun sendes inn «Rettsmedisinsk protokoll for undersøkelse av pasient som angir seksuelt overgrep» til politiet, hva er i tilfellet årsaken til denne praksisen:

- Politiet ber bare om protokoll/journalopplysninger?
- Politiet sender ikke skriftlig mandat?
- Mottaket har ikke ressurser til å skrive rettsmedisinske erklæringer selv om vi får mandat
- Annet

Hvordan vil du beskrive ressursene dere disponerer når det gjelder rettsmedisinsk sakkyndighet?

### 13. Profilering og utadrettet virksomhet

Overgrepsmottakets tilbud skal iht. retningslinjen gjøres kjent for befolkningen.

Hvordan legger dere opp profileringen? (tidsbruk, finansiering, hvem/hvordan)

Har dere valgt dere ut bestemte målgrupper i befolkningen for profilering?

I hvilke grad benyttes sosiale medier til profilering og informasjon?

### 14. Mottaket skal iht. retningslinjen tilby medisinsk og psykososial oppfølging etter akuttundersøkelsen

#### **Medisinsk oppfølging:**

Hvordan er overgrepsmottakets medisinske oppfølging?

Hvem er det som gir denne oppfølgingen (profesjon)?

Hvor lenge varer oppfølgingen? Tidsrom/mnd.

Er det et fast antall oppfølgingstimer eller etter behov?

Hvis ikke mottaket tilbyr medisinsk oppfølging til alle, hvor utføres dette og hvordan er det faglige samarbeidet organisert?

Har dere planer for å få på plass medisinsk oppfølging på overgrepsmottaket, eventuelt hvorfor ikke?

Betaler pasienten egenandel for medisinsk oppfølging?

Får dere refusjon HELFO/DRG for medisinsk oppfølging?

#### **Psykososial oppfølging:**

Hvordan er overgrepsmottakets psykososiale oppfølging?

Foregår den med fysisk oppmøte og/eller per telefon/video?

Har dere muligheter for til å drive oppfølgingen digitalt via sikker oppkobling dersom pasienten ønsker det?

Hvor lenge varer oppfølgingen?

Er det et fast antall oppfølgingskonsultasjoner eller etter behov? Eventuelt maksgrense på tid eller antall konsultasjoner?

Hvem er det som gir denne oppfølgingen (profesjon)?

Er det egne fagpersoner ansatt for dette?

Hvor mange fagpersoner er ansatt for denne oppfølgingen?

Hvilken utdanning har de utover profesjonsutdanning?

Hvilken intern opplæring, veiledning, faglig nettverk, har dere for de som driver psykososial oppfølging?

Hva gjør dere dersom pasienten ikke møter til oppfølgingen? Spesifiser.

Hvis ikke mottaket tilbyr psykososial oppfølging til alle, hvor utføres dette og hvordan er det faglige samarbeidet organisert?

Hvis dere ikke har oppfølging på overgrepsmottaket, hva er i så fall årsaken til dette?

Er det planer for å få på plass psykososial oppfølging, eventuelt hvorfor ikke?

Bruker dere systematisk kartleggingsinstrumenter for å fange opp pasientens posttraumatiske stress-symptomer? I så fall hvilke?

Hva er innholdet i den psykososiale behandlingen/oppfølgingen? Beskriv.

(f.eks. monitorering av symptomer, psykoedukasjon, stabilisering, angsthåndtering, eksponering, arbeid med hendelsen, suicidalitet, hjelp til å håndtere PTS-symptomer, pasientens relasjoner etc.)

Finnes det noen skriftlig prosedyre/rutine for det psykososiale oppfølgingstilbudet? (Dersom mottaket har dette, kan vi eventuelt få det tilsendt?)

Hva er erfaringene med å drive psykososial oppfølging? (positive erfaringer og utfordringer).

Dersom pasienten ønsker psykososial oppfølging et annet sted enn overgrepsmottaket, og/eller hos en fast behandler fra tidligere, hvordan organiseres dette?

Hvilke problemstillinger, og når i forløpet, henviser dere videre til psykisk helsevern? (både primær- og spesialistnivå)

Hvor pleier dere å henvise de pasientene som trenger behandling?

Har dere noen avtale med spesialist/spesialisthelsetjenesten om utredning og behandling av psykiske plager for disse pasientene?

Har dere informasjon/kunnskap om at de pasientene som henvises får et behandlingstilbud?

Hva er eventuelt begrunnelsen for avslag på behandling?

Finnes det behandlingsalternativer i kommunehelsetjenesten som dere kan benytte?

Betaler pasienten egenandel for psykososial oppfølging?

Får dere refusjon HELFO/DRG for psykososial oppfølging?

## 15. Pårørende

Hvilket tilbud gir dere til pårørende? Beskriv (telefon, samtaler, informasjonsskriv etc.)

## 16. Pasienter

Vi spør ikke om antall pasienter mottaket har behandlet i år i denne omgang, men vil komme tilbake til dette i en epost i januar slik at vi får antallet for hele 2023.

Hvor stort befolkningsgrunnlag dekker mottaket?

Hva er lengste reiseavstand?

Hvor tas pasienter utsatt for vold i nær relasjon imot?

Dersom det gjøres på mottaket, hvordan finansieres dette?

Undersøkes mistenkte overgripere på overgrepsmottaket eller av mottakets ansatte annet sted?

Spesifiser.

Hvis ikke, vet du hvem som gjør dette?

## 17. Oppsummering

Dersom vi til slutt nå skal oppsummere- hvordan vil du si at prosessen rundt innføring og etterfølgelse av retningslinjen har vært?

Har dere et fullverdig mottak i henhold til retningslinjen?

Hvis ikke, hva ser du for deg at dere må få på plass før dere har et fullverdig mottak?

Tusen takk for at du tok deg tid til å besvare vår kartlegging!



