

Hva bør akuttjenesten til voldtatte inneholde og hvordan bør tjenesten organiseres?

Medisinsk hjelp til voldtatte

Vold er et alvorlig samfunnsproblem. Kvinner som er blitt utsatt for vold og voldtekt har krav på medisinsk hjelp, slik artikkelen til Haugen og medarbeidere i dette nummer av Tidsskriftet (1) minner oss om. For den som er voldtatt, er undersøkelse av skader, smitte og eventuell graviditet svært viktig, og slike undersøkelser har både en diagnostisk, en behandlingsmessig og en rettsmedisinsk side. Forfatterne viser gjennom sin studie at leger som foretar undersøkelser av voldtatte, må utøve samme grad av grundighet uavhengig av kvinnens relasjon til overgriperen. De fant blant annet at den groveste volden, som resulterte i de alvorligste skadene, faktisk ble utøvd av partner (1). En liknende undersøkelse har tidligere vist at kvinner som oppsøker voldtektsmottak etter å ha blitt utsatt for vold fra partner, kan bli feiltolket fordi de virker mer emosjonelt kontrollert enn andre voldtatte (2).

Voldtekt som medisinsk utfordring har de siste årene fått mye oppmerksomhet. På bakgrunn av det som kom frem under voldtektstribunalet i 1984 konkluderte Kirsti Malterud og Kitty Strand med at helsevesenets tilbud ikke var godt nok. På den tiden ble det bare utført rettsmedisinsk undersøkelse av voldtatte kvinner ved gynekologiske avdelinger etter begjæring fra politiet. Sammen med Liseth Bang skrev Malterud og Strand en rapport om de medisinske tilbud til voldtekts ofre i Oslo (3), og rapporten ble utgangspunktet for en handlingsplan for etablering av et mottak for voldtatte ved Legevakten i Oslo. Dette mottaket kom i gang i 1986. Tilsvarende mottak ble etablert ved Bergen Legevakt i 1992 og ved Kvinneklinikken i Trondheim i 1988. Senere har flere lokale ordninger kommet til.

Voldtatte kommer i kontakt med lege og helsevesen ut ifra forskjellige behov i akuttfasen etter voldtekt. Frykten for å være skadet, smittet eller å ha blitt gravid gjør umiddelbar medisinsk undersøkelse aktuelt, med mindre den voldtatte motsetter seg dette. Hvis kvinnen ønsker å anmelde voldtekten, må undersøkelsen også tilfredsstille rettsmedisinske krav. For mange voldtatte kan det være vanskelig å ta stilling til anmeldelse med én gang. Av denne grunn må *alle* undersøkelser oppfylle rettsmedisinske krav, og bevismaterialet må kunne lagres en viss tid.

Svært mange voldtatte presenterer psykofysiologiske stressreaksjoner, uro, fortvilelse og frykt når de kommer over den umiddelbare sjokkreaksjonen (4). De søker en trygg samtalepartner som har kompetanse til å møte mennesker i krise og som kan gi informasjon og råd om veien videre. Voldtekt utgjør i seg selv en risikofaktor for utvikling av psykiske og seksuelle forstyrrelser på lengre sikt (5). Ved traumatiske hendelser som er skambelagte og stigmatiserende trenger de naturlige helende prosesser drahjelp. Helsepersonell som er involvert i mottak av voldtatte, må vise empati, skape trygghet i konsultasjonen, identifisere hva som har hendt og hva slags hjelp som er viktigst for pasienten, kartlegge skader og vurdere pasientens psykiske tilstand. De må også gjøre hva de kan for at pasienten ikke blir overlatt til seg selv etterpå. Dette kan innebære å mobilisere nettverk eller krisesenter, avhengig av situasjonen og hva pasienten samtykker i.

I oktober 2005 gav Sosial- og helsedirektoratet ut en plan for organisering av helsetjenester til personer som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep (6). Man foreslår at akuttfasemottak for ofre for seksuelle overgrep skal legges til interkommunale legevakter.

Fordelen med en slik organisering er blant annet at legevaktene er tilgjengelige for alle typer akutttilstander, og at også menn som har opplevd overgrep kommer dit. På den annen side vil man ved interkommunale legevakter utover i landet få liten erfaring med voldtatte og andre som har vært utsatt for seksuelle overgrep, fordi det totale antall pasienter ved hver enkelt legevakt vil være lavt. Kompetansen hva gjelder den rettsmedisinske undersøkelsen, erfaring med hvordan foreta en skånsom gynekologisk undersøkelse og hvordan vurdere gynekologiske skader vil i mange områder av landet trolig bli best ivaretatt i et miljø knyttet til sykehus, selv om leger ved mottak i de store byene kan få erfaring i denne type arbeid. Undersøkelse av barn og ungdom som har vært utsatt for seksuelle overgrep krever også særlig ekspertise. Vi har imidlertid et langstrakt land med spredt befolkning, og barn og andre overgrepsutsatte som bor langt fra sykehus, må også sikres adekvat legeundersøkelse. Forskningskompetanse er ofte knyttet til de større sykehusene.

Rigide løsninger på dette området er ingen tjent med. Det er ønskelig med rom for tilpasninger etter lokale forhold og utprøving av flere modeller. Sykehus som har opparbeidet erfaring og kompetanse med denne type arbeid, bør ikke fratas denne oppgaven, men tvert imot få mulighet til å videreutvikle en tverrfaglig tjeneste. Flere modeller for organisering vil gi muligheter for å evaluere hvilke modeller som vil passe best hvor og for hvem. Det primære må være at kvalitet og kompetanse ikke organiseres bort. Penger til kvalitets-sikring, etterutdanning og forskning må følge nasjonale krav.

Personer som er blitt utsatt for seksuelle overgrep, er en heterogen gruppe – det er barn og eldre, kvinner og menn – og overgrepet kan være en enkelthendelse eller ett av gjentagne overgrep. Hendelsene varierer når det gjelder voldsbruk, varighet, offerets relasjon til overgriperen og antall overgripere. Vi vet en god del om hvilke konsekvenser seksuelle overgrep har for sykdom og helse, men det er mye mer å forske på. Organiseringen av helsetjenester for voldsofre og voldtatte må sikre gode tjenester til den enkelte og gi grunnlag for økt kunnskap som vil komme pasientene til gode.

Solveig Dahl

soldah@online.no

Solveig Dahl (f. 1939) er spesialist i psykiatri og dr.med. Emnet for avhandlingen var helseerisikoen ved voldtekt.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Haugen K, Slungård A, Schei B. Seksuelle overgrep mot kvinner – skademønster og relasjon mellom offer og overgriper. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3424–7.
- Stermac L, DuMont J, Dunn S. Violence in known assailant sexual assaults. J Interpers Violence 1998; 13: 398–412.
- Bang L, Malterud K, Strand K. Medisinsk tilbud til voldtekts ofre i Oslo. En utredning om helsevesenets muligheter, begrensninger og forpliktelser. Oslo: Oslo helseråd, 1984.
- Dahl S. The acute response to rape. I: Dahl S. Rape – a hazard to health. Oslo: Scandinavian University Press, 1993: 71–7.
- Dahl S. Mental health problems in victims of rape one year after the assault. I: Dahl S. Rape – a hazard to health. Oslo: Scandinavian University Press, 1993: 89–102.
- Organisering av helsetjenester til personer som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep. Rapport. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.