

Voldtektsutvalget  
v/ Utvalgsleder Ole Henrik Augestad

Vår ref.:  
[Navn]

Deres ref.:  
[Navn]

Bergen  
29.05.2023

## Innspill til Voldtektsutvalget

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) viser til brev fra Voldtektsutvalget, og gir følgende innspill til utvalgets arbeid. Vi viser også til samtale med utvalgets leder den 11.05.23, der vi ga muntlige innspill.

### 1. Innledning

Innledningsvis vil vi fremholde hvor sentralt det er å skille helsehjelp og politianmeldelse. Her i landet er det et viktig prinsipp at utsatte for voldtekt og seksuelle overgrep kan få helsehjelp og rettsmedisinske undersøkelser på overgrepsmottakene uavhengig av anmeldelse.

### 2. Gjentakende voldsutsatthet

En stor andel av de som utsettes for vold, opplever gjentatt vold og ulike typer vold. Det er viktig i et forebyggingsperspektiv å kjenne til at det foreligger gjentatt utsatthet for vold (seksualvold, annen vold og omsorgssvikt). Det er sentralt at både helsetjenesten, politi og strafferettskjeden kjenner til dette og har kompetanse på disse forhold. En sentral barriere mot å anmelde for en del utsatte som opplever gjentatt vold, er at de ikke opplever seg som «verdige utsatte».

### 3. Avdekking

Seksuelle overgrep og vold er et folkehelseproblem. Når det gjelder helsetjenestens mulighet for avdekking av seksuell vold og annen vold er det viktig å ha gode helsetjenestetilbud. I legevakt er det krav om gjennomført kurs i vold og overgrep for legevaktpersonell. Karakteristisk for pasienter utsatt for vold er at mange vil skjule den reelle skadeårsaken av skam og frykt for konsekvensene om det avsløres, eller bagatelliserer og unnskylder volden og først kommer når behandling er tvingende nødvendig. Etter vår vurdering bør obligatorisk opplæring i vold og overgrep også innføres for annet helsepersonell i akuttkjeden, som akuttmottak, helsestasjoner og fastleger.

### 4. Digitale seksualovergrep

Det må tydeliggjøres hvem som har ansvaret for helseoppfølging av personer utsatt for digitale overgrep. Vi mener det er nødvendig å avklare overgrepsmottakenes rolle for denne type overgrep. Selv om personer utsatt for digitale overgrep ikke i like stor grad vil trenge sporsikring og

skadedokumentasjon, vil de ha behov for medisinsk og psykososial behandling og oppfølging. Etter vår vurdering er overgrepsmottakene best egnet til å ivareta denne pasientgruppen akutt. NKLM mener at denne type overgrep må inkluderes i overgrepsmottakenes helsetjenestetilbud. Slik vi erfarer er det ikke en enhetlig holdning til dette ved mottakene.

## **5. Helsetjeneste til barn**

Helsetjenestetilbudet til barn utsatt for seksuelle overgrep ved barneavdelingene varierer mer enn helsetjenestetilbudet for ungdom/voksne (døgnskategorisk kompetanse på barneavdeling). Dette gjelder barn under 14/16 år der det er barneavdelinger på HF som har ansvar for denne beredskapen. Dette tilbudet må styrkes reelt, ikke bare ved at klinisk rettsmedisin er del av læringsmålene innen pediatri, samt at barneavdelingene har fått dette i oppdrag. Det er viktig at leger med kompetanse er tilgjengelig hele døgnet for å ta imot barn som er utsatt for overgrep. Selv ved store helseforetak er det varierende kompetanse tilgjengelig på vakt. Vaktordninger må etableres også for denne kompetansen. Det tilsvarer kravet til døgnskategorisk tilgjengelighet ved overgrepsmottak. Tilbudet til overgrepsutsatte barn må omfatte tilgjengelig psykososial ivaretagelse, medisinske og klinisk rettsmedisinske undersøkelser, på lik linje som for ungdom/voksne.

## **6. Overgrepsmottakene**

### **6.1. Nasjonal faglig retningslinje for kvalitet og kompetanse i overgrepsmottak**

NKLM har ved flere anledninger dokumentert utfordringer knyttet til overgrepsmottakene. I 2021 ble Nasjonal retningslinje for kvalitet og kompetanse i overgrepsmottak gjeldende. Det var viktig for tjenesten at en fikk en nasjonal normering av tilbudet. Det er imidlertid et godt stykke igjen til retningslinjens normeringer er innført ved alle overgrepsmottak. Fortsatt er det store ulikheter i mottakenes økonomi, beredskap, bemanning, kompetanse og kvalitet. Det er fortsatt overgrepsmottak som baserer bemanning av leger og sykepleiere på frivillige ringelister. Dette medfører utfordringer med å få fagpersoner på plass i rett tid, og dermed økt risiko for å ikke yte kvalifisert hjelp i en akutfase. Akuttarbeidet i overgrepsmottak er både tids- og kompetansekrevene, og krever en stabil og forutsigbar vaktordning for å kunne gi en umiddelbar kyndig helsehjelp til de som henvender seg. Dette innebærer at en må basere seg på tilstedevakt eller betalt beredskapsvakt for leger og sykepleiere.

### **6.2. Rettsmedisinsk kompetanse**

Tilgang på gode rettsmedisinske tjenester er av betydning for de overgrepsutsattes rettsikkerhet, og det er behov for å styrke den rettsmedisinske kompetansen i overgrepsmottak. NKLM mener at arbeidet med å styrke den rettsmedisinske kompetansen i overgrepsmottak ikke i tilstrekkelig grad har vært prioritert og at dette arbeidet har gått for langsomt. Som eksempel på dette kan det vises til at Helse- og omsorgsdepartementet nylig stoppet Helsedirektoratets videre arbeid med utvikling av en rettsmedisinsk spesialitet. Etter NKLMs vurdering må det være obligatorisk for leger som arbeider ved overgrepsmottak å ha tilstrekkelig klinisk rettsmedisinsk kompetanse, og det bør være enhetlige kompetansekrav til personellet. Klinisk rettsmedisinsk kompetanse for personell som arbeider ved overgrepsmottak var tenkt å dra nytte av kompetanseoverføring og samarbeid med spesialister i rettsmedisin. Mottak som håndterer få pasienter årlig har samme kompetansekrav som

de større, og det er viktig at det opprettes faglig samarbeid mellom mottakene i sammen helseregion slik at de kan bistå hverandre.

### 6.3. Finansiering av det rettsmedisinske arbeidet

Det rettsmedisinske arbeidet ved overgrepsmottakene er per i dag underfinansiert, og dette svekker rettsikkerheten til de overgrepsutsatte. NKLM har over tid tatt til orde for at det må etableres en «rettsmedisinsk normaltariff» for bedre finansiering av det rettsmedisinske arbeidet. Dette kan gjøres gjennom HELFO- og DRG systemene. En «rettsmedisinsk normaltariff» bør dekke både arbeid utført i akutsituasjonen og nødvendig etterarbeid uavhengig av om det foreligger en anmeldelse. En bedre økonomisk ordning som dekker de reelle kostnader, vil gi overgrepsmottakene bedre muligheter for å sikre kvaliteten på dokumentasjonen overfor rettsvesenet, og dermed også øke rettsikkerheten til de som har vært utsatt for overgrep. Til nå har kostnadene ved de rettsmedisinske tjenestene vært lagt til overgrepsmottakenes eiere. Det foreligger ingen form for ekstra bevilgning ettersom det ikke finnes takster for disse tjenestene verken gjennom HELFOs normaltariff eller DRG systemene. Poli og påtalemyndighet bidrar i dag kun i liten grad til å finansiere det arbeidet som gjøres ved overgrepsmottakene, og som justisvesenet er sluttbrukere av.

NKLM mener det er et klart definert behov for å utvikle en spesifikk finansiering for klinisk rettsmedisinsk undersøkelse, sporsikring, skadedokumentasjon, etterarbeid, forsvarlig lagring av spormateriale, legeerklæring og rettsoppmøte. NKLM mener videre at Normaltariffen må utvides eller helst få en parallell i en Rettsmedisinsk normaltariff med spesifikke takster knyttet til seksuelle overgrep, voldtekt og vold. En Rettsmedisinsk normaltariff som viser takster, koder, arbeidsoppgaver og tidsbruk som politi/justis automatisk refunderer, inklusive krav og definisjoner. En slik tariff kan gjelde både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten på samme måte som Salærforskriften i dag. For nærmere utdyping av finansieringsordning for det rettsmedisinske arbeidet ved overgrepsmottak viser til vedlagte brev til Helse- og omsorgsdepartementet.

### 6.4. Medisinsk og psykososial oppfølging

NKLM mener at alle overgrepsmottak må kunne tilby medisinsk og psykososial oppfølging, noe som følger av retningslinjen for overgrepsmottak. Etter vår vurdering er det ikke tilfredsstillende at mange overgrepsmottak fortsatt ikke kan gi dette tilbudet, særlig når en vet hvor stor andel av overgrepsutsatte som får psykiske følgetilstander i etterkant. Det psykososiale oppfølgingstilbudet er et lavterskeltilbud som baserer seg på oppsøkende virksomhet. Denne pasientgruppen har mye unngåelsesatferd, noe som er en del av følgetilstanden, og tilbudet må derfor inkludere aktiv innhenting. Oppfølgingen må følge kunnskapsoppsummeringer for proaktive intervensjoner med psykoedukasjon, stabilisering, monitorering av etterreaksjoner og mestring av traumereaksjoner som intervensjonsmetoder.

Det bør gis digital oppfølging for pasienter som har lang reiseavstand til mottaket, og mottakene må få utstyr og digital programvare med sikker videoløsning mellom behandler og pasient.

### 6.5. Fritak fra egenandel på oppfølging

Pasienter som får psykososial oppfølging ved overgrepsmottak må betale egenandel på denne

oppfølgingen. Akuttundersøkelsen er imidlertid gratis, og har vært et viktig prinsipp som det er politisk enighet om. NKLM mener at overgrepssatte ikke bør betale egenandel for oppfølging. Vi mener det er flere viktige grunner til dette. Mange utsatte er unge under utdanning og er uten egen inntekt. Det er kjent at mange av disse utsatte har unngåelsesreaksjoner og helst ikke vil tenke på eller snakke om det som de har vært utsatt for. Det at oppfølgingen koster, kan være enda en grunn til at de unngår å ta imot dette tilbudet. Den psykososiale oppfølgingen ved overgrepsmottak bygger på prinsipper om forebygging og proaktive psykososiale intervensjoner. Proaktiv oppfølging av overgrepssatte inkluderer stabilisering, psykoedukasjon, hjelp til mestring av psykiske etterreaksjoner, kartlegging av hjelpebehov og behov for behandling. I all hovedsak handler det om å understøtte tilhelingsprosesser og mestring i etterkant av seksualovergrepet, og gjennom disse intervensjonene forebygge store kostnader for samfunnet og at den utsatte utvikler langvarige psykiske plager i form av posttraumatisk stressforstyrrelse, andre angsttilstander, depresjon, rusproblemer o.l. Dette er prinsipper som krise- og katastrofeoppfølging bygger på og bør definitivt ikke utløse egenandel. NKLM mener at oppfølgingen ved mottakene kan sidestilles med oppfølging i regi av de psykososiale kriseteamene i kommunene, og etter det NKLM kjenner til betaler ikke utsatte og/eller etterlatte noen egenandel for oppfølging fra kriseteamene.

#### 6.6. Profilerings, utadrettet virksomhet

Overgrepsmottakene er underlagt spesialisthelsetjenesten, samtidig som helsetilbudet skal være lett tilgjengelig uten henvisning og representere et lavterskeltilbud. Videre bør oppfølgingen ha et proaktivt og oppsøkende fokus. Plassering i spesialisttjenesten er således ikke uten utfordringer. Spesialisthelsetjenesten har ikke i like stor grad som kommunehelsetjenesten et utadrettet fokus. Ifølge gjeldende retningslinje skal overgrepsmottakene sikre kjennskap til tilbudet og bidra til å senke terskelen for å ta kontakt, samt drive målrettet informasjonsformidling overfor befolkningen i sitt opptaksområde og øvrige deler av hjelpeapparatet. Dette er noe det må arbeides kontinuerlig med, og det krever kunnskap om hvordan man kan nå de unge på deres plattformer og tilstrekkelige ressurser for dette.

#### 7. Vold i nære relasjoner

Selv om utvalget ikke direkte ber om innspill om dette, finner NKLM det betimelig å peke på at vold i nære relasjoner og seksuell vold ofte forekommer samtidig. NKLM har gjennom sine utredninger gjentatte ganger fremholdt at dette er overgrepssatte med mange sammenfallende hjelpebehov, blant annet tilgang til rettsmedisinsk kompetanse. Til tross for dette er det kun et fåtall av overgrepsmottakene som tilbyr helsehjelp til personer som utsettes for vold i nære relasjoner. De overgrepsmottakene som har et integrert tilbud til både utsatte for vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep, oppgir at dette fungerer godt og opplever det som hensiktsmessig. NKLM mener at pasienter utsatt for vold i nære relasjoner som trenger spesialisthelsetjenester, inkludert rettsmedisinsk dokumentasjon, må sikres dette. Kompetansen for dette finnes i overgrepsmottakene, og vi mener at alle overgrepsmottak bør ha et tilbud til begge grupper.

#### 8. Forskning

I Norge er det det i liten grad gjennomført forskning på helsemessige og sosiale konsekvenser av

seksuelle overgrep. I en undersøkelse fra 1993 av voldtektsutsatte i Oslo var de psykiske reaksjonene sterkest de første tre månedene etter voldtekt. Ett år etter voldtekt hadde ca. 50% av kvinnene utviklet posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD), depressive tilstander, sosial fobi og/eller seksuelle forstyrrelser. Denne undersøkelsen omfattet bare 44 personer og er den eneste studien her i landet som har kartlagt helsemessige konsekvenser hos pasienter som oppsøker et overgrepsmottak. Kunnskapen om konsekvenser utover psykiske tilstander er også svært mangelfull. Det har ikke vært gitt tillatelse til å gjennomføre registerstudier med et representativt utvalg som ser på ulike langtidskonsekvenser av voldtekt. Forskning på dette området har vært vanskelig å gjennomføre med et godt design, på grunn av streng regelforståelse hos instanser som regulerer tillatelse til forskning på dette feltet. NKLM har forståelse for at seksuelle overgrep innebærer svært sensitive personlige forhold, men mener at regelpraktiseringen har gjort at en går glipp av vesentlig informasjon om hvordan helsetilstanden til voldtektsutsatte er og utvikler seg over tid, og at samfunnet derfor heller ikke har et godt faktagrunnlag for å kunne yte den helsehjelp som denne gruppen har behov for, og som helsevesenet bør gi. NKLM mener konsekvensene av den strenge praktiseringen av personvernet for forskning på dette feltet bør vurderes opp mot behovet for ny kunnskap.

Det er stort behov for at det dedikeres offentlige forskningsmidler til denne pasientgruppen og andre voldsutsatte. Det er vanskelig å få utført forskning med godt design som gir solid kunnskap uten finansiering og økt fokus fra offentlige instanser.

Med vennlig hilsen



Jesper Blinkenberg  
Senterleder  
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin  
NORCE



Grethe E. Johnsen  
Leder faggruppe overgrepsmottak

Vedlegg: NKLMs brev til HOD vedr. Finansiering av sporsikring og skadedokumentasjon i overgrepsmottak.