



10.april 2021

Høring – NOU 2020:17 Varslede drap? Partnerdrapsutvalgets utredning

Partnerdrapsutvalget ble oppnevnt for å gjennomgå saker om drap der gjerningspersonen er daværende eller tidligere partner, og å gi anbefalinger som kan bidra til å forebygge slike drap i fremtiden.

Saksgjennomgangen viste at offeret og/eller gjerningspersonen hadde mest kontakt med politi, **fastlege** og andre deler av helse- og omsorgstjenesten før drapet.

Dokumentasjonen i straffesaksdokumentene besto oftest av pasientjournal fra fastlege. Det var i mange saker også innhentet dokumentasjon fra legevakt. Flere voldsutsatte kontaktet helsevesenet med fysiske voldsskader. Imidlertid var mesteparten av kontakten med helsevesenet på grunn av somatiske tilstander, som ikke kunne knyttes direkte til partnervold. Dette gjaldt for eksempel kronisk smerteproblematikk, hjertesymptomer eller andre mer diffuse symptomer. Når det gjaldt barns behov for helsehjelp dreide det seg om alminnelig kontakt med helsestasjon eller sporadisk kontakt med fastlege i forbindelse med sykdom eller skade. I én sak ble det sådd tvil om offerets forklaring på hvordan skaden hadde skjedd (journalført av ambulanspersonell), men fastlege hadde ikke tatt dette opp videre. I de tilfellene hvor helsepersonell mente at symptomer/tegn ikke samsvarte med diagnose er det ikke journalført spørsmål om vold, eller vurdering av at plagene kunne være relatert til vold.

Alkoholavhengighet og medikamentbruk er andre innganger til helsevesenet. Det er eksempler på at dette er blitt behandlet i spesialisthelsetjenesten, men også at det ikke har ledet til behandling. Det er påpekt et tilfelle hvor fastlegen har problematisert medikamentbruk over mange år. Samtidig er det tilfeller hvor forskrivning av vanedannende medisiner er kontinuert til tross for at pasienten ikke har vært hos fastlegen. Vi i Norsk forening for allmennmedisin (NFA) mener at det siste er ikke bare et problem i denne situasjonen, men er på generelt grunnlag en uheldig forskrivningspraksis som ikke er ønskelig.

I syv av sakene som utvalget så på hadde instanser i helsevesenet mistanke eller kunnskap om partnervold. Utvalget skriver at de har et inntrykk av at alminnelig helsehjelp ble gitt, men ikke målrettet voldsforebyggende tiltak. Somatisk helsehjelp ble utført, men ikke ytterligere utredning eller behandling med mål om å forebygge fremtidig vold og drap. Det er anført henvisning til spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern), uten at det ble sørget for at kontakt ble opprettet. Videre vises det til manglende kapasitet til oppfølging, eller at pasienten/gjerningsmannen har avvist oppfølging. Tvangsinnleggelse ble vurdert i ett tilfelle, men det skal det ikke ha vært grunnlag for. I en slik deskriptiv setting savner vi som lesere å sammenligne mot hvor mange vurderinger av tvangsinnleggelse som gjøres på fastlegekontor/legevakt. Dette er vanskelige grenseoppganger, hvor vernet for pasientens

rettigheter skal veies opp mot risiko for liv og helse. Disse avveiningene er ikke unike for partnervold, men ses også iblant annet suicidalitetsvurderinger. Helsepersonell må til enhver tid gjøre øyeblikksvurderinger, vi har et vindu der vi møter pasienten og kan evaluere og vurdere tilstanden i øyeblikket og sannsynligheten for bedring/forverring. Å forutse alvorlige hendelser er ikke enkelt, selv for de med lang og bred erfaring.

I NOU-en skrives det videre om at helsepersonell skal videreformidle til andre instanser. Det er viktig å påpeke at å ha videreformidlet til annen helseaktør ikke gjør at en fraviker fra eget ansvar om å melde/følge opp. En sykehuslege eller legevaktslege kan melde voldsmistanke til fastlegen, dersom man opplever at det er nødvendig medisinsk informasjon å dele, men ikke nok til å for eksempel melde til politi. Fastlegen kan dermed fungere som et nav som mottar flere bekymringer og til sammen kan se deler av helheten på en bedre måte, og gjøre noe med det. Imidlertid er det slik at den legen eller det helsepersonell som observerer eller gjør sine vurderinger også sitter med ansvaret for at det blir meldt til riktig instans. En fastlege kan melde sine observasjoner og vurderinger, men resten av helsevesenet skal ikke lene seg på denne ene aktøren i oppfølgingsarbeidet. I denne sammenheng bør fastlegen være en kommunal aktør, og kommunehelsetjenesten bør ha et system som ivaretar oppfølgingen ut over det fastlegen kan gjøre alene.

Det anføres at utvalget mener helsetjenesten generelt «forholdt seg mer profesjonelt til somatiske plager enn til mistanke eller kunnskap om vold i nære relasjoner». På den ene siden kan dette skyldes journalføring. Det er stort sett mer kortfattede vurderinger når de er av somatisk karakter, og de skal avklares med kjente undersøkelser. Som helsepersonell vil en være svært forsiktig med å journalføre mistanke om vold uten å være forholdsvis sikker på at dette foreligger. På den andre siden har utvalget sett på 19 tilfeller. Med tanke på hvor mange pasientkontakter som skjer hver eneste dag i helsevesenet, mot de 19 analyserte sakene, virker følgende utsagn å trekke konklusjonen for langt: at det «*ligger et forebyggingspotensial i å utvikle større grad av profesjonalitet og systematisering i håndtering av voldssaker*». Utvalget skriver også at særlig fastleger kunne gjort mer for å avdekke vold og kartlegge risiko, samt at primærhelsetjenesten spesielt ikke brukte det handlingsrommet de har tilgjengelig. Det vil da være viktig og riktig å sammenligne med antall tilfeller hvor det har blitt intervenert og forebyggende innsats har hatt effekt.

Det er viktig å påpeke at journalen i prinsipp skal være fullt lesbar for pasienten. Dersom en lege har mistanke om vold kan legen utelate å skrive dette spesifikt i journalen eller sperre notatet for innsyn, når pasienten 1) ber om det eller åpenbart vegrer seg for det, eller 2) der man vurderer at dette kan utsette pasienten for ytterligere fare.

Det påpekes i NOU-en at jamfør taushetsplikten er opplysninger om kontakt med fastlegen på et konkret tidspunkt som hovedregel taushetsbelagt. Samtidig skal dette veies opp mot avvergeplikten i straffeloven paragraf 196. En fastlege kan ha det fortrinn at pasienten er kjent fra tidligere og ha ulike kontaktpunkt; svangerskapskontroll, rutinemessige kreftscreeningundersøkelser og barns kontakter i tillegg til pasientens andre årsaker til å oppsøke fastlegekontoret. Imidlertid er det øyeblikksbilder fastlegen ser, som regel av inntil 20 minutters varighet. Dersom pasienten selv ikke innleder til å ta opp tematikk relatert til vold i hjemmet er det heller ikke sikkert fastlegen kommer i posisjon til det.

Som fastlege må en vurdere hvor inngripende en skal være. Dersom det er mistanke om vold mot barn er vi særskilt årvåkne og har lav terskel for å melde videre. Dette er ikke bare betinget i etiske betraktninger, men også en lovmessig plikt. Når det gjelder vold mot voksne

finner vi oss ofte i vanskeligere territorium. Dersom en voksen person ber oss om å unnlate å melde er det svært vanskelig å trosse vedkommende. Det er som regel ikke grunnlag for å si at det er fare for liv, og vi må respektere pasienten og det livet vedkommende velger å leve. Som regel vil fastleger oppfordre til kontakt med krisesenter, krisetelefon, kommunale tilbud, familievernkontor med mer, i tillegg til å kunne oppfordre til politianmeldelse dersom vi mistenker at det utøves vold. Det er svært nyttig å lære om potensielt forebyggende tiltak som kunne vært gjort for å avverge de partnerdrapene som har skjedd. Imidlertid er det noe uklart for NFA i hvilken grad helsevesenet *har* bidratt til å redusere partnervold. I hvor stor andel av de som er knyttet til krisesenter, hvor partnerdrap ikke har skjedd, har fastlege vært involvert? Dette vil være svært nyttig for oss som jobber som fastleger å vite, i et forbedringsperspektiv.

Når det kommer til tolketjenester er NFA enig at profesjonell tolk skal foretrekkes over familiemedlemmer. Dette gjelder generelt, og ikke bare ved mistanke om voldsbruk.

«Diffuse plager» skal tolkes kontekstuelst står det i NOU-en. NFA er enig i dette, men som fastleger møter vi diffuse plager daglig. Vi kan stille åpne spørsmål, prøve å finne ut hva som foregår i pasientens liv, som kan kaste lys over årsaken til plagene, men det ville være helt unaturlig å journalføre spesifikt at man har spurt om vold – bortsett fra de få tilfellene hvor vi faktisk sitter med en mistanke.

Utredningen munner ut i konkrete anbefalinger. NFA har følgende kommentarer til disse:

Kompetanseløft i helsetjenesten

«Det bør utvikles etter utdanningskurs for forskjellige grupper helsepersonell om vold i nære relasjoner, risikovurdering, risikohåndtering, kommunikasjon, kultursensitivitet og samhandling. Det bør utredes nærmere om helsepersonell i flere deler av helsetjenesten bør pålegges en plikt til å gjennomføre slike kurs.»

Det finnes et kurs om vold som er obligatorisk for alle allmennleger i spesialisering. Dette opplyses det også om i utredningen.

Plikt til å utrede og å risikovurdere i saker om vold i nære relasjoner

«Helsepersonell bør pålegges en lovfestet plikt til å utrede vold i nære relasjoner der det foreligger mistanke om slik vold. Helsepersonell bør pålegges en lovfestet plikt til å gjennomføre en faglig og skriftlig risikovurdering der det foreligger kunnskap om vold i nære relasjoner.»

Å utrede vold er politiets oppgave, ikke helsepersonellet. Vi utreder, behandler og følger opp sykdomsforløp. Vold kan være symptom på en sykdomstilstand som er legenes oppgave å utrede og behandle, men selve voldsutøvelsen og dens straffbarhet må utredes av politiet. Det å pålegge helsepersonell en lovfestet plikt til å gjennomføre en faglig og skriftlig risikovurdering er også problematisk. Det må i så fall begrenses til «relevant helsepersonell». Det kan ikke være slik at alle paramedisinere eller helsesekretærer skal være pliktet å gjennomføre en faglig og skriftlig risikovurdering, basert på kunnskap de sitter med. Der det er kunnskap om vold i nære relasjoner bør man prøve å komme i posisjon til å få pasienten eller dens pårørende i riktig behandlingssetting. Der man har avvergeplikt skal politiet informeres.

Styrking av det spesialiserte behandlingstilbudet til voldsutøvere

Dette virker hensiktsmessig å tilby god behandling og hjelp til både voldsutøver og voldsutsatt.

Bedre tilgjengelighet i tilbudet om psykisk helsehjelp

«Det bør etableres et lavterskeltilbud for rask behandling av psykiske helseplager i alle kommuner.»

De kommunene som har tilbud om «Rask Psykisk Helsehjelp» rapporterer svært god nytte av dette. Et slikt lavterskeltilbud, ved siden av eller som del av kommunale mestringsenheter vil være et svært ettertraktet tilbud. Imidlertid er det ikke sikkert et slikt tilbud vil kunne tilby det disse pasientene og pårørende har behov for. Dessuten er det ulike kommunestørrelser. På samme måte som man i større kommuner har dedikerte ruskonsulenter, kunne man hatt ekspertise på vold, men dette fordrer en viss størrelse på kommunen, eventuelt interkommunalt samarbeid. Det vil uansett være et vanskelig tilbud å gi i de minste kommunene.

«Det bør arbeides systematisk for å rekruttere helsepersonell med minoritetsbakgrunn, særlig innen psykisk helsearbeid.»

NFA vil påpeke at dette sannsynligvis også fordrer at de blir rekruttert til helseutdanning i utgangspunktet. Ut fra utvalgets utsagn om målsetningen om gjenkjennbarhet i behandlerkorpset for menn med minoritetsbakgrunn, så må denne gruppen oppfordres og støttes i å fullføre relevante helseutdanninger.

«Tilbudet til flyktninger og asylsøkere med psykiske helseplager bør gjøres mer tilgjengelig.»

Flyktningehelsesteam vil kunne fylle denne oppgaven, og det er da viktig å etablere kontakt allerede i transittmottak, og gjøre helsevesenet tilgjengelig for denne gruppen. Ikke minst må man bruke tolk, gi tilstrekkelig informasjon og sørge for best mulig integrering i det norske samfunnet. Uten å være integrert vil man heller ikke kunne ta i bruk helsetjenestene på en tilfredsstillende måte.

Med vennlig hilsen

Marte Kvittum Tangen

leder

Ingvild Vatten Alsnes

styremedlem