

Voldsutsatte barn og unge er en usynlig gruppe



Nyheter og reportasjer

Hva slags akuttskader har voldsutsatte barn og unge? Hvilke langtidsskader blir de påført? Det finnes liten dokumentasjon av forekomst og behandling av ofrene i denne aldersgruppen. Kunnskapsmangelen er stor i alle yrkesgrupper, fastslår Nita Kapoor og Erik Kreyberg Normann i Kvinnevoldsutvalget.

I Danmark har myndighetene opprettet systemer for skaderegistrering. I Sverige viser forskning gjennomført i forbindelse med en offentlig utredning om barnemishandling (1), at skadene som voldsutsatte barn utsettes for, blir underrapportert. Det er grunnlag for å si at det samme gjelder i Norge.

– Ildsjeler som har jobbet med å tydeliggjøre ansvar og rutiner for å registrere skader, har avdekket at langt flere barn og unge er utsatt for vold enn tidligere antatt, sier Nita Kapoor, leder av Kvinnevoldsutvalget.

– Et problem i Norge er mangel på forekomstundersøkelser. Den kunnskapen vi har i dag, kommer i hovedsak fra krisesentrene. I 2001 overnattet 2 300 kvinner og 1 800 barn og unge ved landets sentre i til sammen 80 000 døgn. 37 000 av disse døgnene var registrert på personer som var under 18 år. Tallet er i seg selv skremmende og sier at det er behov for å gi denne gruppen langt større oppmerksomhet.



Nita Kapoor



Erik Kreyberg Normann

Kasteballer

Tre bredt anlagte konferanser som Kvinnevoldsutvalget har arrangert, bekrefter at det er en enorm kunnskapsmangel i alle yrkesgrupper som har å gjøre med barn og unge som har vært utsatt for vold. En konferanse som tok opp akuttberedskapen i helsevesenet overfor voldsutsatte kvinner og barn, viste at voldsutsatte blir kasteballer i helsevesenet.

Legene Berit Schei og Erik Kreyberg Normann sitter i Kvinnevoldsutvalget.

– Siden omfanget av mishandlingen er underrapportert, må leger i større grad være mistenksomme, sier Normann. – Skadene må kobles sammen med sykehistorien for øvrig, ikke behandles hver for seg. Her skorter det på kunnskap om at barn faktisk blir mishandlet og hvordan mishandlingen skjer.

For å heve kompetansen blant legene, mener han temaet må bli obligatorisk i medisinstudiet. – Det er ingen tvil om interessen fra studentenes side. Min erfaring som foreleser ved Universitetet i Oslo, viser at kunnskapsbehovet er stort.

Legens plikt

– Legen har plikt til å intervensere i voldsaker. Det er presisert i den nye helselovgivningen at legen må melde fra til barneverntjenesten ved mistanke om alvorlig omsorgssvikt eller mishandling. Hvis mistanken bekreftes av fysiske funn, er det ofte naturlig også å melde fra til politiet, sier Erik Kreyberg Normann.

Problemet er at legevaktleger og sykehusleger blander rollene, mener han.



Rutiner for skaderegistrering, lavere list for at legen melder fra om mistanke og mer regelmessig kontakt med barneverntjenesten, er nødvendig for at barn i voldsutsatte familier skal få hjelp. Foto Jamie Parslow/Samfoto

– fakta –

– Kvinnevoldsutvalget ble opprettet av regjeringen Stoltenberg i 2001, og er underlagt Justisdepartementet.

– Situasjonen for volds- og trusselutsatte kvinner skal være det viktigste temaet for utvalgets arbeid. Som et ledd i forbedring av det forebyggende arbeidet skal utvalget se på situasjonen for barn som vokser opp i voldsfamilier.

– I samarbeid med Kompetansesenter for voldsarbeid (3) skal utvalget vurdere behovet for kunnskap hos yrkesgrupper som behandler kvinner som har vært utsatt for vold. Mer informasjon: www.kvinnevoldsutvalget.dep.no

– Det er viktig at helsepersonell ikke blir etterforskere. Å vente med å melde saken til videre undersøkelser er gjort, kan føre til at viktig bevismateriale blir forspilt. Dermed kan legen bli oppfattet som en part i saken, og det kan få konsekvenser i en eventuell rettssak.

– Hvilke forhold gjør det vanskelig for legen å melde fra?

– Urettmessig å beskyldte foreldre eller andre voksne for mishandling, er noe av det vanskeligste vi gjør. Frykten for å ta feil, er en klar begrensning. Samtidig er det et dilemma å vurdere hvor svak eller sterk mistanken skal være før man journalfører opplysninger. I ettertid kan legen bli beskyldt for å ha unnlatt å handle, dersom vedkommende har skrevet ned mistanken uten å ha gjort noe mer med saken.

Fastlegeordningen er bra for å fange opp denne typen saker, og vil i større grad bidra til å styrke nettverket for de voldsutsatte barna, mener Normann.

– På den annen side må leger være klar over de utpekede metodene som mange foreldre benytter. De skylder på behovet for øyeblikkelig hjelp og tyr til legeshopping. Av den grunn må legevaktleger ha lavere list for å journalføre opplysninger, slik at leger som har med barnet å gjøre ved en senere anledning, vet at andre leger har hatt mistanke om at det har forekommet mishandling.

Taushetsplikten et hinder?

En av Kvinnevoldsutvalgets oppgaver er å vurdere hvorvidt dagens taushetspliktregler er til hinder for nødvendig samarbeid mellom barnevern, helse- og sosialtjenesten og politiet.

– Dagens regelverk gir langt flere muligheter til å gripe inn enn mange er klar over. Det skorter på kunnskap om hvordan reglene skal forstås. Dermed utnyttes ikke mulighetene som faktisk finnes, mener utvalgsleder Nita Kapoor.

Erik Kreyberg Normann er enig: – Det er behov for å gå noen ekstra runder om hvordan taushetsplikten skal forstås. Mange leger føler at de utelukkende blir leverandører av informasjon, dersom de blir løst fra taushetsplikten, men uten at det blir gitt noe tilbake. I voldsutsatte familier har barnehager og fastleger det samme behovet for informasjon. Barnehagen skal møte barna både før og etter. Det samme gjelder allmennlegen som skal forholde seg både til mor og beste-foreldre i oppfølgingen av barnet. Med da-

gens forvaltning av regelverket glipper det ofte i slike situasjoner.

Normann mener at sosial- og helsepersonell har behov for mer kunnskap om hverandres muligheter og begrensinger: – Dessverre har en del leger uheldige erfaringer med barneverntjenesten. Leger må erkjenne at deres kunnskap om pasienten kan være av stor betydning for at barnevernet skal kunne få en balansert fremstilling av de voldsutsatte barnas situasjon. Her må fastleger selv være mer aktive og ha regelmessig kontakt med det lokale barnevernet.

Tydeliggjøre ansvar

Kvinnevoldsutvalget skal gå gjennom barns behov for hjelp, og vurdere hvordan tilbudet kan forbedres ved krisesentre og i det øvrige hjelpeapparatet. Nita Kapoor vil nødig forskutere utvalgets konklusjoner, men peker på flere generelle trekk ved problemstillingene som allerede er kartlagt.

– Konsekvensen av de siste års helsereformer er at yrkesgruppens ansvar er blitt tydeligere plassert. Vi må likevel gjøre organisatoriske endringer, fordi rolle- og oppgavefordelingen i familievoldsarbeidet ikke er optimal. Det trengs avklaring om hvilken sektor som bør ha hovedansvaret, og hvordan man skal få til best mulig tverrfaglig arbeid lokalt, sier hun.

Det er tverrpolitisk enighet om at det er behov for å samordne arbeidet med voldsutsatte barn og unge. Utvalget vil gå gjennom prosjekter som ble satt i gang i forbindelse med handlingsplanen *Vold mot kvinner* fra 1999 (2), og sette disse inn i en større sam-

menheng. Behandlingstilbudet for menn som utøver vold, er et eksempel på et slikt prosjekt. Vitne til vold-prosjektet, i regi av Familievernkontoret i Molde, er et annet eksempel (se egen sak). Det er også etablert tilbud om gruppeterapi for barn som drives av Alternativ til vold-prosjektene, som er opprettet i flere fylker.

– Legers delaktighet i arbeidet for å bekjempe familievolden har vært preget av innsatsen fra noen få og dyktige personer, mener Nita Kapoor. Hun synes likevel det er vanskelig å klandre legestanden for manglende engasjement, siden voldsutsatte kvinner og barn aldri har hatt høy prioritet verken politisk eller faglig.

Det nytter!

Etter Kapoor's syn er det ingen grunn til å henge fast i elendighetsbeskrivelsen. Det finnes en rekke eksempler på at målrettet arbeid for å synliggjøre volden og utvikling av metoder for å avdekke den, gir resultater. Nita Kapoor nevner blant annet tilbudet om gruppeterapi i Molde (se egen sak). Slike prosjekter mener hun har overføringsverdi, blant annet til leger i allmennpraksis.

– Også leger kan lære seg å spørre om mer enn det de ser, sier Kapoor og gir honnør til skaderegistreringsrutinene som er utarbeidet blant annet ved St. Olavs Hospital i Trondheim. – Samtidig kan ikke lenger arbeidet med skadereduksjon, forebygging og behandling være personavhengig eller så tilfeldig som vi ser i dag. Siden de langsiktige kostnadene er store hvis vi lar være å gripe inn, må alle deler av helsetjenesten bidra til å bekjempe familievolden. En styrket skolehelsetjeneste hører naturlig hjemme i dette bildet, mener Nita Kapoor. Hun legger til at Kvinnevoldsutvalget skal se nærmere på skolehelsetjenestens rolle i forhold til å hjelpe barn i voldsutsatte familier.

– Kari Ronge, *Tidsskriftet*
kari.ronge@legeforeningen.no

Litteratur

1. SOU 2001: 18. Barn og misshandel – En rapport om kroppslig bestraffning och annan misshandel i Sverige vid slutet av 1900-talet. Stockholm: Kommittén mot barnmisshandel, 2001. (http://social.regeringen.se/propositionermm/sou/pdf/sou2001_18.pdf) 11.9.2002.
2. Dørum OE. Regjeringens handlingsplan «Vold mot kvinner» (<http://odin.dep.no/jd/norsk/publ/handlingsplaner/012001-990027/>) 11.9.2002.
3. Høie I. Vold er også et legeansvar. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 3947.