

Når vold fra partner medfører innleggelse ved legevakt

Artikkel

Nora Langeland



Masteroppgave i psykososialt arbeid
selvmord, rus, vold og traumer,
Institutt for klinisk medisin,
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

25042012

Når vold fra partner medfører
innleggelse ved legevakt

© Nora Langeland

År 2012

Tittel: Når vold fra partner medfører innleggelse ved legevakt

Forfatter Nora Langeland

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Når vold fra partner medfører innleggelse ved legevakt

Bakgrunn: Forskning viser omfattende negative helsemessige konsekvenser av å være utsatt for vold fra partner. Hensikten med denne studien var å øke kunnskapen om kvinner som trenger innleggelse ved legevakt etter vold fra partner.

Metode: Retrospektiv tverrsnittstudie. En systematisk gjennomgang av medisinske journaler ved en observasjonspost, som inkluderte hele den kvinnelige pasientpopulasjonen i løpet av 12 måneder, som kom for hjelp etter vold fra partner. Deskriptiv statistikk ble anvendt for å analysere data.

Resultater: 4170 journaler ble gjennomgått, og 36 innleggelser ble inkludert i studien. Majoriteten av utvalget hadde opplevd vold tidligere fra samme partner. Hver fjerde kvinne i utvalget hadde opplevd å bli truet på livet av partner. Tilbudet knyttet opp mot skadedokumentasjon, rettsapparat og videre oppfølging, varierte med hvilke avdeling kvinnene var innlagt fra.

Konklusjon: De fleste av kvinnene som trengte innleggelse på legevakt etter vold fra partner var utsatt for alvorlig og gjentatt vold. Studien antyder behov for en større grad av systematisering av tilbudet til kvinner utsatt for vold fra partner, i deres møte med legevakt.

Nøkkelord: vold, legevakt, tverrsnittstudie, journal, kvinne

When intimate partner violence result in admission to Accident and Emergency Department

Background: Research shows that intimate partner violence has an extensive negative effect on the victim's health. The purpose of this study was to increase knowledge about women that need admission to the accident and emergency department due to intimate partner violence.

Method: A retrospective cross-sectional study. A systematically review of medical records from an observation unit, including all female patients in 12 months seeking help because of partner violence. Descriptive statistics where used to analyze data.

Results: 4170 journals were read, and 36 were included in the study. The majority had previously experienced violence from the same partner. Every fourth of the women included in the selection had been threatened on their life by their partner. The service offered concerning injury documentation, judiciary system and further follow-up was varying, depending on the unit the women were admitted from.

Conclusion: Most women in the need of admission to the observation unit after intimate partner violence were victims of severe and repeated violence. The study suggests the need of a higher degree of systematization of the service offered to women that are victim to intimate partner violence, when in contact with Accident and Emergency Departments.

Keywords: violence, cross sectional study, medical record, woman.

Når vold fra partner medfører innleggelse ved legevakt

INTRODUKSJON

Det er anslått at nær hver tredje kvinne i Norge i et livsløpsperspektiv rammes av vold fra partner (1). I underkant av hver tiende kvinne etter fylte 15 år opplever potensielt livstruende vold som dunking av hode mot vegg eller kvelningsforsøk forvoldt av partner (2). Konsekvensene av denne typen fysisk vold er de vi ofte umiddelbart kan se i legevaktsammenheng. Legevakt er et behandlingstilbud som er beregnet på akutte skader, sykdommer og kriser, utenom legekantorenes åpningstider, eller når fastlegen ikke er tilgjengelig. Legevakttjenesten er noe ulikt organisert i kommunene, men hver kommune er pålagt å ha en legevaktsordning (3). Vold fra partner er en av de vanligste formene for vold kvinner utsettes for og vil her defineres som hvilke som helst oppførsel i et forhold av fysisk, psykisk eller seksuell karakter som fører til skade hos dem som er i forholdet (4). Denne brede definisjonen kan bidra til å antyde et stort spekter mulige henvendelsesårsaker til legevakt etter og ha vært utsatt for vold fra partner. Det er vanlig at disse ulike formene overlapper hverandre i forhold med vold (5). (Eks)partner er i denne artikkelen definert til kjæreste, ekskjæreste, samboer, ekssamboer, ektefelle og tidligere ektefelle. Når referanser fra annen forskning benyttes, vil begrepene som blir brukt i den aktuelle artikkelen eller dokument benyttes. Forekomsttallene på kvinner som rammes av vold fra (eks)partner varierer, og kan avhenge av hvordan undersøkelsene er utformet og ikke minst hvordan begrepet vold er definert (6). I forbindelse med kvinner som oppsøker legevakt etter vold fra (eks)partner, viste en undersøkelse blant pasientene på Legevakten Oslo Kommune at 32 % av de voldsutsatte kvinnene i løpet av 1994 var utsatt for mishandling (7). Et noe lavere tall kom frem i en undersøkelse ved Bergen Legevakt hvor 27 % av de voldsutsatte kvinnene var utsatt for vold fra partner (8). Årsrapporten fra Overgrepsmottaket ved Legevakten Oslo Kommune viste at 8 % av pasientene kom etter overgrep fra (eks)partner (9). Her er ikke pasientens kjønn definert. Det er i dag velkjent at vold fra (eks)partner kan føre til langvarig helseskade og redusert livskvalitet utover synlige skader (10, 11). Studier viser at kvinner utsatt for vold er mer disponert for psykiske plager som depresjon, suicidalitet, posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og rusoverforbruk enn de som ikke har en historie med vold fra partner (12-14). En økt frekvens av somatiske plager blant voldsutsatte kvinner knyttet til blant annet fordøyelsessystem og gynekologi er vel dokumentert (10, 12). Andre vanlige henvendelsesårsaker på legevakt som hodepine og ryggmerter (15) er også beskrevet som

hyppigere forekommende hos voldsutsatte kvinner (16). Helsevesenet betegnes som en viktig inngangsport for voldsutsatte kvinner og barn som søker hjelp (17). Sykepleiere i legevaktsmottak og akuttmottak ved sykehus vil ofte være de første som møter disse pasientene (18). Kunnskap blant sykepleiere og annet helsepersonell om kjennetegn som skadelokalisasjon og hvilke muligheter det er for å styrke tilbudet til denne pasientgruppen, blir derfor ansett viktig i arbeidet mot vold mot kvinner (19). Det er tidligere ikke gjort noen systematisk undersøkelse på kvinner innlagt etter vold fra (eks)partner på Observasjonsposten ved Legevakten Oslo Kommune. Hensikten med studien er å få økt kunnskap om denne pasientgruppen. Derfor ble følgende forskningsspørsmål formulert;

- Hvor mange innleggelser av kvinner på Observasjonsposten skyldes vold fra (eks)partner i løpet av et år?
- Hvilke sosiodemografiske karakteristika og forhold kjennetegner gruppen?
- Hva kjennetegner innleggelsen?
- Hvilke type vold er de utsatt for og hvor er skadene lokalisert?
- Hvilke tilbud mottar de under sitt opphold på legevakten?

METODEDEL

Forskningsdesign og utvalg

Studien har et kvantitativt design. Utvalget ble kartlagt retrospektivt ved en tverrsnittundersøkelse av journaler. Inklusjonskriterier for studien var kvinner over 18 år innlagt på Observasjonsposten ved Legevakten Oslo Kommune etter å ha vært utsatt for vold fra (eks)partner. Vold fra (eks)partner måtte være direkte årsak til innleggelse, det være seg plager av somatisk, psykisk eller fysisk karakter. Legevakten Oslo Kommune er døgnåpen og huser allmennt medisinsk avdeling med observasjonspost, overgrepsmottak, sosial og ambulans akuttjeneste samt skadelegevakt og psykiatrisk legevakt som er lokalisert i samme bygg, men organisert under Oslo Universitetssykehus HF. Observasjonsposten mottar årlig rundt 7000-7500 innleggelser fra alle legevaktens avdelinger og har dermed en svært sammensatt pasientgruppe. Kjønnfordeling blant disse er ikke oppgitt (20).

Datainnsamlingsmetode

Datainnsamlingen foregikk høsten 2011. Samtlige innleggelser av kvinnelige pasienter over 18 år på Observasjonsposten i tidsrommet juli 2010 til og med juni 2011 ble gjennomgått for å identifisere det aktuelle utvalget. Innleggelsesnotat fra lege ble sett over for å se om

partnervold var årsaken til innleggelsen. Dersom årsaken til pasientens tilstand var uklar, ble også sykepleiernotater og utskrivelsesnotat fra lege gjennomgått.

Gjennomføring

Journalene ble gjennomgått manuelt. De som ble inkludert i studien ble ført på egen liste, såkalt kodenøkkel. For systematisk å innhente data fra valgte journaler ble kodebok utarbeidet tidlig i prosessen. Det var fire hovedkategorier i kodeboken; inntomsdata, sosiodemografiske data, vold og skader, og tilbud pasienten hadde mottatt under oppholdet. Dataene ble plottet inn i statistikkprogrammet SPSS versjon 19 for Windows. Ved fullført datainnsamling, ble kodenøkkel destruert i tråd med godkjenningen fra Regional Etisk Komité (REK).

Metode for analyse

Alle analyser av dataene ble utført i SPSS 19. Deskriptiv analyse ble anvendt. Fordeling av enkeltvariablene innenfor hver kategori i utvalget ble analysert gjennom frekvenstabeller. Enkelte variabler ble også analysert i krystabeller. Studiens begrensede utvalg, og mangler i forhold til hva som var kartlagt i journalene, bidro til at det ikke var rom for videre analyser. Resultater ble lagt inn i tabeller hvor (n) er hver enkelt innleggelse. Prosentfordeling ble ikke inkludert som følge av det begrensede utvalget.

Godkjenning, personvern og forskningsetikk

Datainnsamlingen startet først da godkjenninger fra REK, ledelsen ved Legevakten Oslo Kommune, og godkjenning fra personvernombudet ved Oslo Universitetssykehus HF forelå. Prosjektet ble utført i henhold til retningslinjene i Helsinki-deklarasjonen (21), og Verdens Helseorganisasjon (WHO) sine retningslinjer i forhold til sikkerhet og etikk ved forskning på kvinner utsatt for vold (22).

RESULTATER

Resultater fra undersøkelsen fremstilles gjennom frekvenstabeller og presenteres utfyllende i tekst. I det inkluderte journalmaterialet var det varierende i hvilke grad de ulike variablene var kartlagt. Dette vises i tabellene.

36 av totalt 4170 innleggelser av kvinner ved Observasjonsposten ved Legevakten Oslo Kommune, oppfylte inklusjonskriteriene for studien. Dette utgjør mindre enn 1 % av den kvinnelige pasientpopulasjonen ved Observasjonsposten i løpet av et år. En kvinne hadde to innleggelser i løpet av tidsperioden. Begge innleggelsene ble inkludert, ettersom det var antall innleggelser som skulle kartlegges.

Sosiodemografiske forhold som alder, relasjon til voldsutøver og arbeidsdeltakelse er beskrevet i tabell 1. Kvinnenes alder hadde ved innleggelse en spredning fra ca. 18-85 år (angitt slik som følge av anonymitetshensyn). Det var ikke kartlagt i alle journaler om kvinnen hadde barn. I halvparten av sakene hvor det var registrert barn under 18 år ble det meldt bekymring til barnevernsgruppen ved Legevakten. Arbeidsdeltakelse blant kvinnene i utvalget var lav.

Kjennetegn ved innleggelsene er beskrevet i tabell 2. De fleste i utvalget ankom Legevakten med profesjonelt følge. Tross en overvekt av innleggelser fra Skadeavdelingen var alle avdelingene på Legevakten representert som inntakstyping i ulik grad. Over halvparten av innleggelsene kom i helgen og en stor andel ble innlagt i løpet av nattsiftet.

Type vold og voldens lokalisasjon er beskrevet i tabell 3. Ved 18 av innleggelsene fra Skadeavdelingen var hodet eller ansikt registrert som vold- eller skadelokalisasjon. Ved tre av innleggelsene var det registrert frakturer som følge av volden. Blant de utsatt for halsgrep, var det beskrevet halsgrep med bevissthetstap. Variabelen dytting inkluderte dytting fra høyde. Krysstabulering viste at fem av de syv utsatt for seksuell vold, i tillegg var utsatt for fysisk vold, hvorav alle disse var utsatt for holdegrep. Seks av de utsatt for seksuell vold var også utsatt for ulike typer psykisk vold, hvorav fem for trusler. Alle, innlagt fra Overgrepsmottaket, var utsatt for seksuell vold. Frekvensfordelingen av de ulike variablene psykisk vold blant utvalget hvor dette var registrert, kan også sees i tabell 3. Ved 11 av innleggelsene var det spurt om suicidal tanker. Fem bekreftet suicidal tanker, mens tre av de spurte i utvalget hadde hatt det tidligere.

Tabell 4 viser variasjonen i tilbudet kvinnene mottok i løpet av oppholdet knyttet til skadedokumentasjon, kontakt med strafferettsapparatet og psykososial oppfølging. Skadebeskrivelsene i journalene varierte i kvalitet, og krysstabulering viste at det varierte i forhold til hvilke avdeling pasienten var innlagt fra. Type skade var primært kontusjonsmerker, hevelser, smerter, sår og hudavskrapninger. Fem av de med registrerte fysiske skader hadde detaljert fått dem beskrevet med mål, skisse og foto. Disse var alle innlagt fra Overgrepsmottaket. To av pasientene ønsket å fotodokumentere skader, men ble bedt om å kontakte politiet for det, mens politiet i to andre tilfeller allerede hadde tatt bilder. Ved 16 av innleggelsene var skader grovdokumentert. Beskrivelsene i disse journalene kunne variere fra "et blåmerke" til mer utfyllende beskrivelse med mål. Kontakten med politiet i forbindelse med innleggelsen dreide seg i mange av sakene om transport fra åsted til legevakt,

men også om avhør i forbindelse med anmeldelse. Det ble i studien ikke differensiert mellom type kontakt med politiet. Ved majoriteten av innleggelsene var det dokumentert at pasienten hadde hatt en eller flere samtaler under oppholdet ved Legevakten. Krisesenter var tatt opp som tilbud ved 15 av innleggelsene, hvorav tre reiste dit etter legevaktsoppholdet. Ved 21 av innleggelsene var ikke krisesenter nevnt i journal. Av de henvist til distrikt psykiatrisk senter (DPS) kommer det ikke frem av studien om det var til døgnenhet eller akuttenhet. Av kvinnene som bodde med voldsutøver reiste syv hjem, og åtte til venner og familie.

DISKUSJON

Alvorlig vold

Resultatene viser at kvinner som trenger innleggelse ved Observasjonsposten etter vold fra partner eller tidligere partner, ofte er utsatt for alvorlig vold, og lever i forhold hvor det har forekommet vold tidligere. Alvorligheten i volden understrekes av at flesteparten kom til Legevakten med profesjonelt følge og at de alle var i behov for innleggelse. Det var som forventet å finne at en stor andel ble innlagt fra Skadeavdelingen som følge av at synlige fysiske skader oftere avdekkes som voldsrelatert, enn andre typer symptomer som nevnt i innledningen (18). Ved 23 av innleggelsene var det registrert vold og skader i tilknytning til hodet og ansiktsregionen. Andre studier som har sett på skader etter vold i nær relasjon, viser at ansiktskader er mer vanlig blant kvinner utsatt for vold i nær relasjon, enn kvinner ikke utsatt for vold i nær relasjon (16). Skader i ansikt/hodet/nakke med ukjent etiologi er betegnet som en statistisk indikator på vold i nær relasjon (23). Studien fra Observasjonsposten viser også forekomst av livstruende former for vold som halsgrep og bruk av våpen som er assosiert med dødelig utgang i forbindelse med vold fra partner (24).

Det er vanlig å finne at ulike voldsformer er representert i samme forhold (5), og det var også tilfelle i studien ved Observasjonsposten. Samtidig var det store forskjeller i type vold som var registrert, og derfor vanskelig å se noen tydelige tendenser i så måte. Seksuell vold var i få tilfeller kartlagt. En årsak kan være at dette er en form for partnervold som ofte overses av samfunnet (25). Det er også vist at den voldsutsatte kvinnen selv vanskeligere definerer tvungne seksuelle handlinger som voldtekt når det er en partner som er ansvarlig (26), og dermed ikke oppsøker hjelp for det. Voldtekt fra en i nær relasjon er vist å være assosiert med alvorlige former for fysisk vold (13, 27, 28), og en økt frekvens av suicidaltanker. Som følge av det lave antallet registrerte i denne kategorien, var det ikke mulig å se noen tendens i denne sammenhengen i forbindelse med innleggelsene ved Observasjonsposten.

Sikkerhetsplanlegging

Alvorlig vold og at hver fjerde kvinne i denne studien hadde opplevd å bli truet på livet av (eks)partner, understreker betydningen av sikkerhetsplanlegging i forhold til kvinnen og hennes eventuelle barns situasjon. En årsak til at kvinner innlegges ved Observasjonsposten etter vold fra (eks)partner kan tenkes nettopp å være et sikkerhetstiltak i form av skjerming av pasienten. Mange legevakter i Norge er ikke tilknyttet en observasjonspost, men kan da som et sikkerhetstiltak benytte seg av overføring til for eksempel krisesenter (29). Studien ved Observasjonsposten viste at syv av dem som bodde med voldsutøver reiste hjem etter oppholdet på Legevakten. Sikkerhetsplanlegging sammen med disse kvinnene blir da ekstra viktig. Å snakke med kvinnen om enkle tiltak som å ha gjemt unna penger, ekstra telefon, og ekstra sett bilnøkler kan da bidra til å øke kvinnens trygghet ved en eventuell ny voldsepisode (30). Ved siden av sikkerhetsaspektet kan dette også bidra til å redusere følelsen av isolasjon og fangenskap som mange voldsutsatte kvinner opplever (31).

Behov for et tilpasset tilbud

Kartleggingen av sosiodemografiske karakteristika og forhold ved utvalget knyttet til alder, barn og arbeidsdeltagelse kan bidra til å vise behov for et tilpasset tilbud ved innleggelse på legevakt. Aldersspredningen i utvalget indikerer at kvinner i alle aldre kan rammes av vold fra partner. Dette bidrar til å belyse behovet for kunnskap hos helsepersonell om alderstilpassete tilbud for kvinner utsatt for vold fra (eks)partner (32). Samtidig viser resultatene fra undersøkelsen at de aller fleste kvinnene ved innleggelse var under 51 år. Kvinner i denne alderen har svært ofte barn under 18 år. Det er forskere som hevder at den potensielt mest skadelige volden for barn i et psykologisk perspektiv er å oppleve fars vold mot mor (33). Å oppleve volden kan innebære og se, høre eller oppleve konsekvensene av volden. Det er derfor urovekkende at ikke alle sakene hvor kvinnen hadde barn under 18 år var lagt til vurdering av barnevernsansvarlig ved Legevakten. Undersøkelser viser at det i hvert tredje parforhold hvor det forekom vold hadde barnet sett eller hørt volden (2). Hovedvekten blant kvinnene i studien hvor det var kartlagt, hadde barn. Det kommer ikke frem av journalene hvilke vurderinger som ligger til grunn når det ikke var spurt om pasienten hadde barn. I denne studien så en at bruk av systematisk mal for mottak av kvinner utsatt for vold fra (eks)partner, bedret dokumentasjonen av om pasienten hadde barn. Dette belyser en tilsynelatende mangelfull rutine som antagelig enkelt kan forbedres ved en mer systematisk journalføring. Det å bruke protokoller i kombinasjon med strukturert journalføring kan bidra til en mer fullstendig dokumentasjon i møte med kvinner utsatt for vold fra (eks)partner (34).

Om en kvinne som lever i forhold med vold velger å bryte forholdet er dette noe som kan ta tid (35). En tydelig tendens var utvalgets manglende deltagelse i arbeidslivet. Det at kvinnen ikke får lov til å arbeide av partner kan forekomme som del av en kontrollstrategi i forhold med vold. Dette bidrar til å opprettholde kvinnens økonomiske avhengighet til mannen (30), og kan belyse økonomi som årsak til at det tar tid for mange kvinner å bryte ut av forholdet. De aller fleste i utvalget hadde tidligere opplevd vold fra samme partner. Depresjon og angst som noen av voldens langsiktige konsekvenser ble nevnt innledningsvis (14). Disse kan også vanskeliggjøre deltagelse i arbeidslivet. For kvinner som blir i voldelige forhold grunnet økonomiske årsaker, kan informasjon om økonomiske rettigheter og muligheter være viktig for kvinnen. Denne studien viste at få fikk tilbud om videre psykososial oppfølging, som kan være en viktig arena for denne typen informasjon. Dette viser samtidig betydningen av henvisning til rette instanser og et tverretatlig samarbeid som anbefalt i regjeringens handlingsplan mot vold i nære relasjoner (32).

Et tilbud med mangler

Resultatene viser variasjon i hvilke tilbud pasientene mottok under oppholdet, da særlig tilbud knyttet opp mot rettsapparatet og som nevnt videre psykososial oppfølging. Det synes som at pasientene innlagt fra Overgrepsmottaket fikk et systematisert tilbud om rettsmedisinsk undersøkelse og tilbud om bistandsadvokat. Kvinnene innlagt fra de andre avdelingene fikk konsekvent ikke tilbud om skadedokumentasjon i form av skisse og fotografering, selv ikke ved egen forespørsel. At kvinner utsatt for vold fra (eks)partner har et såpass mangelfullt rettsmedisinsk tilbud er alvorlig. For kvinner som velger å anmelde partner for vold kan tidsløst være langt både hva gjelder tiden fra første voldsepisode til anmeldelse, og fra anmeldelse til saken kommer for retten (36). Synlige skader har da forsvunnet, og som følge av det traumatiske aspektet ved voldsopplevelsene, kan mange av kvinnene også forsøke å glemme de spesifikke voldsepisodene for å komme seg videre (36). Dokumentasjon av tidligere vold og skader vil da kunne ha avgjørende betydning i disse sakene (37), og bør derfor være en viktig del av rettsikkerheten til voldsutsatte kvinner. Siden 2008 har kvinner utsatt for vold i nær relasjon hatt rett til bistandsadvokat på lik linje med voldtektsutsatte (38). Resultatene fra studien viste at kun en som kom fra en annen avdeling enn Overgrepsmottaket hadde fått tilbud om bistandsadvokat. Dette kan tyde på at lovendringen ikke er godt nok kjent blant helsepersonell. Flesteparten i utvalget fikk i forbindelse med innleggelsen samtale med Sosial og Ambulant Akuttjeneste, som er en psykososial rådgivningstjeneste. Dette

virker som en godt innarbeidet rutine, og dermed et godt utgangspunkt for forbedring av tilbudet til kvinnene gjennom å systematisere innholdet i disse samtalene.

Studiens styrker og begrensninger

Studien har flere begrensninger. To av disse er studiens avgrensning til Observasjonsposten ved Legevakten Oslo Kommune, og utvalgets begrensede omfang. Dette bidrar til at resultatene tvilsomt lar seg generalisere til andre legevakter uten tilsvarende tilbud. Utvalgets omfang ble også mulig påvirket av strenge inklusjonskriterier. Dette bidrar på en annen side til å sikre studiens validitet - bare de hvor vold fra partner sikkert var innleggelsesårsak ble inkludert. Det kan hende resultatbildet hadde vært noe annerledes om en også hadde inkludert de hvor en hadde sterk mistanke om vold fra partner som en egen gruppe. På bakgrunn av den systematiske gjennomgangen av journalene kan vi anta at utvalget er representativt for kvinnene som var innlagt ved Observasjonsposten, Legevakten Oslo Kommune etter identifisert vold fra (eks)partner i den utvalgte studieperioden.

KONKLUSJON

Kvinner som trenger innleggelse ved Observasjonsposten etter vold fra (eks)partner, er utsatt for alvorlige voldsepisoder, og lever i forhold hvor det også tidligere har forekommet vold. Studien antyder mangler særlig i forbindelse med tilbud om skadedokumentasjon og videre henvisning knyttet opp mot rettsapparatet. I tråd med regjeringens anbefalinger(32), kan studien peke på behov for egne retningslinjer som gir helsepersonell ved legevakt mulighet til en mer systematisk tilnærming i møte med kvinner utsatt for vold fra (eks)partner. Videre forskning med større representative utvalg, som kan lede til kunnskap om hensiktsmessig oppfølging og tilbud til kvinner utsatt for vold fra (eks)partner er ønskelig. Målsettingen er en tilværelse skånet for voldshandlinger og påfølgende helseproblemer.

REFERANSER

1. **Nerøien AI, Schei B.** Partner violence and health: Results from the first national study on violence against women in Norway. *Scandinavian journal of public health.* 2008;36(2):161-8.
2. **Haaland T, Clausen SE, Schei B.** Vold i parforhold—ulike perspektiver. Resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge. Oslo: 2005.
3. **Helse- og omsorgsdepartementet.** Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen). In: Helse- og omsorgsdepartementet H, editor. 83 Legevakt Otprp nr 99 (1998-99). Regjeringen.no1998-99.
4. **Heise L, Garcia-Moreno C.** Violence by intimate partners. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. *World report on violence and health.* Geneva: World Health Organization; 2002. p. 87-113.
5. **Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH.** Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet.* 2006;368(9543):1260-9.
6. **Hjemdal OK, Pape H, Stefansen K.** Innledning. In: Pape H, Stefansen K, editors. *Den skjulte volden?: en undersøkelse av Oslobefolkningens utsatthet for trusler, vold og seksuelle overgrep.* [Oslo]: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2004.
7. **Melhuus K, Sørensen K.** Vold 1994-Oslo Legevakt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997;117:230-5.
8. Steen K, Hunskaar S. Kvinner og vold: En ettårig prospektiv undersøkelse fra Bergen Legevakt. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 1997;117:3640-2.
9. **Fladby B, Fjørde UT, Sundt H, Nesvold H, Waitz HM.** Overgrepsmottaket - Nøkkeltall 2011. Oslo: Legevakten Oslo Kommune Helseetaten, 2012.
10. **Eberhard-Gran M, Schei B, Eskild A.** Somatic symptoms and diseases are more common in women exposed to violence. *J Gen Intern Med.* 2007;22(12):1668-73. Epub 2007/10/09.
11. **Alsaker K, Moen BE, Nortvedt MW, Baste V.** Low health-related quality of life among abused women. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation.* 2006;15(6):959-65. Epub 2006/08/11.
12. **Dutton MA, Green BL, Kaltman SI, Roesch DM, Zeffiro TA, Krause ED.** Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. *Journal of interpersonal violence.* 2006;21(7):955-68. Epub 2006/05/30.
13. **Weaver TL, Allen JA, Hopper E, Maglione ML, McLaughlin D, McCullough MA, et al.** Mediators of suicidal ideation within a sheltered sample of raped and battered women. *Health Care Women Int.* 2007;28(5):478-89.
14. **Frank JB, Rodowski MF.** Review of psychological issues in victims of domestic violence seen in emergency settings. *Emerg Med Clin North Am.* 1999;17(3):657-77, vii. Epub 1999/10/12.
15. **Welle-Nilsen LK, Morken T, Granås AG, Hunskaar S.** Alminnelige helseplager i legevakt Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, Bergen, 2009 Rapport nr 2-2009.
16. **Campbell J, Jones AS, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, et al.** Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med.* 2002;162(10):1157-63.
17. **Kapoor N.** Retten til et liv uten vold: menns vold mot kvinner i nære relasjoner : utredning avgitt fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 29. august 2001 : avgitt til Justis- og politidepartementet 4. desember 2003. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning; 2003. 234 s. p.
18. **Leppäkoski T, Åstedt-Kurki P, Paavilainen E.** Identification of women exposed to acute physical intimate partner violence in an emergency department setting in Finland. *Scand J Caring Sci.* 2010;24(4):638-47.
19. **Gibbons L.** Dealing with the effects of domestic violence. *Emergency nurse: the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association.* 2011;19(4):12.
20. Oslo Kommune Legevakten. Årsberetning 2010. Oslo: Oslo Kommune Legevakten, 2010.

21. **The World Medical Association.** Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. The World Medical Association (WMA); 2008 [230212]; Available from: [http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage)
22. **Moreno CGW, C.; Heise, L.; Ellsberg.** Putting Women First: Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence Against Women. Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO), 2001.
23. **Wu V, Huff H, Bhandari M.** Pattern of physical injury associated with intimate partner violence in women presenting to the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Trauma, violence & abuse.* 2010;11(2):71-82. Epub 2010/05/01.
24. **Dobash RE, Dobash RP, Cavanagh K, Medina-Ariza J.** Lethal and nonlethal violence against an intimate female partner. *Violence Against Women.* 2007;13(4):329.
25. **Alsaker K, Morken T, Baste V, Campos-Serna J, Moen BE.** Sexual assault and other types of violence in intimate partner relationships. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012;91(3):301-7. Epub 2011/12/16.
26. **Walby S, Allen J, Simmons J.** Domestic violence, sexual assault and stalking: Findings from the British Crime Survey. Home Office Research, Development and Statistics Directorate London; 2004.
27. **Campbell J.** Health consequences of intimate partner violence. *Lancet.* 2002;359(9314):1331-6.
28. **Haugen K, Slungård A, Schei B.** Sexual assault against women--injury pattern and victim-perpetrator relationship]. *Tidsskrift for den Norske lægeforening.* 2005;125(24):3424.
29. **Jonassen W.** Voldsutsatte kvinners erfaringer med hjelpeapparatet. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress [Internet]. 2007. Available from: http://www.nkvts.no/biblioteket/Publikasjoner/Voldsutsatt_erfaringer_hjelpeapparatet.07.pdf [Lastet 23.11.2011].
30. **Alsaker K.** Vold i nære relasjoner - fra å være den utvalgte til å bli den utsatte. *Utposten.* 2009(5):29-33.
31. **Resnick H, Acierno R, Holmes M, Dammeyer M, Kilpatrick D.** Emergency evaluation and intervention with female victims of rape and other violence. *J Clin Psychol.* 2000;56(10):1317-33. Epub 2000/10/29.
32. **Faremo G, Lysebakken A, Strøm-Erichsen A-G, Halvorsen K.** Handlingsplan mot vold i nære relasjoner. In: Beredskapsdepartementet J-o, editor. Oslo 2012. p. 13.
33. **Överlien C.** Barn som opplever pappas våld mot mamma--vad säger forskningen? *LEDER INNHOLD.* 2007. *Nordisk sosialt arbeid,* 27(4), 238-250.
34. **Saltzman LE, Mahendra RR, Ikeda RM, Ingram EM.** Utility of Hospital Emergency Department Data for Studying Intimate Partner Violence. *Journal of Marriage and Family.* 2005;67(4):960-70.
35. **Askeland IR, Strand A, Sætre I.** Voldsutsatte kvinners erfaringer- et bidrag til arbeid med menn som utøver vold. In: Råkil M, editor. *Menns vold mot kvinner, behandlingserfaringer og kunnskapsstatus.* Oslo: Universitetsforlaget; 2002. p. 64 - 80.
36. **Grøvdal Y.** En vellykket sak?: kvinner utsatt for mishandling møter strafferettsapparatet. Oslo: Det juridiske fakultet, Universitetet i Oslo; 2012.
37. **Anmarkrud Å, Roaldsen, R., Angell, E., Hamar, A., Navarsete, L.S. .** Handlingsplan: vold mot kvinner. In: Beredskapsdepartementet J-o, editor.: Justis- og Beredskapsdepartementet; 2002-2003.
38. **Aas-Hansen A.** Vendepunkt: handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2008-2011. In: politidepartementet J-o, editor. [Oslo]: Justis- og politidepartementet; 2007. p. 20 s.

Tabell 1: Sosiodemografiske karakteristika og forhold som kjennetegner gruppen kvinner som ble innlagt på Observasjonsposten etter vold fra (eks)partner.

		(n= 36)
Relasjon til voldsutøver	Partner	32
	Ekspartner	4
	Bor med voldsutøver	25
Tidligere vold i samme forhold	Ja	28
	Nei	3
	Ikke registrert i journal	5
Alder ved innleggelse	18-30 år	16
	31-50 år	13
	51-85 år	7
Barn	Har barn	19
	Ikke registrert om barn i journal	16
	Barn under 18 år	12
	Ikke registrert alder i journal	1
Jobbstatus	Ikke i jobb	7
	I arbeid	8
	Sykemeldt/trygdet	9
	Arbeidsledig	2
	Student	5
	Pensjonist	1
	Ikke registrert jobbstatus i journal	4

Tabell 2: Følge til legevakten, innleggesavdeling og innkomsttid på Observasjonsposten blant kvinner innlagt etter vold fra (eks)partner .

		(n = 36)
Følge	Ingen	5
	Familie	3
	Helsepersonell	5
	Politi	8
	Ambulanse	12
	Ikke registrert i journal	3
Innlagt fra	Overgrepsmottaket	6
	Skadeavdelingen	19
	Sosial og Ambulant Akuttjeneste	3
	Psykiatrisk Legevakt	5
	Allmenmedisinsk avdeling	3
Innkomsttid	Helg*	20
	Hverdag	16
	Dag 0730 - 1500	5
	Kveld 1500 - 2230	10
	Natt 2230 - 0730	21

* Helg regnet fra 1600 fredag ettermiddag til mandag morgen kl.0800.

Tabell 3: Fordeling av registrert type vold samt skadelokalisasjon blant kvinner innlagt ved Observasjonsposten etter vold fra (eks)partner 2010/2011 (n=36)

Fysisk vold		(n=28)
Type fysisk vold	Slag	22
	Holdegrep	10
	Spark	7
	Dytting	7
	Halsgrep	6
	Lugging	6
	Våpen	5
	Kutting/skjæring	2
	Bitt	2
	Ikke registrert type	1
Seksuell vold		(n = 7)
Type seksuell vold	Uspesifisert	1
	Voldtekt	4
	Annet	2
Psykisk vold		(n = 26)
Type psykisk vold	Trusler	17
	Trussel på liv	9
	Verbal trakassering	10
	Isolasjon	5
	Ydmykelse	5
	Økonomiske sanksjoner	4
Vold- og skadelokalisasjon*		(n = 27)
	Hode/ Ansikt	23
	Ekstremiteter	13
	Sentralt kropp	12

Tabell 4: Dokumentasjon av skader, kontakt med rettsapparat, samtaletilbud under legevaktsoppholdet og videre tilbud til kvinner innlagt ved Observasjonsposten etter vold fra (eks)partner 2010/2011(n=36)

Skadedokumentasjon		(n= 28)*
	Grovdokumentert	16
	Detaljert med skisse og foto	5
	Nei	7
Kontakt med rettsapparat		(n =36)
	Politi	22
	Familievoldskoordinator	-
	Bistandsadvokat	5
Samtaletilbud		(n =36)
	Sosial og Ambulant Akuttjeneste (SAA)	23
	Psykiatrisk legevakt (PL)	3
	PL og SAA	6
	Ønsket ikke SAA	2
Videre tilbud ved Legevakt		(n =36)
	Nei	22
	SAA	6
	Skadeavdelingen	1
	SAA, medisinsk, og skadeavdeling	1
	SAA og medisinsk	4
	Ønsket ikke SAA	1
	SAA og skadeavdelingen	1
Henvist DPS**		6

*Skadedokumentasjon blant dem hvor det var registrert fysisk vold (n=28).

**Distriktpsykiatrisk senter.