



HÁSKÓLI ÍSLANDS



RANNSÓKNASETUR Í
BARN- OG FJÖLSKYLDUVERND

Rannsókn á ofbeldi gegn konum

Viðbrögð heilbrigðisþjónustunar

Rannsóknasetur í barna- og fjölskylduvernd
Unnið fyrir félags- og tryggingamálaráðuneytið

Ingólfur V. Gíslason

September 2010

© Rannsóknastofnun í barna- og fjölskylduvernd (RBF)

Útgáfuár: 2010

Útgefandi: Rannsóknastofnun í barna- og fjölskylduvernd (RBF)

Útgáfustaður: Reykjavík

ISBN 978-9979-9859-8-3

EFNISYFIRLIT

1. Aðdragandi.....	4
2. Rannsóknin	4
3. Núverandi staða og helstu breytingatillögur	5
Meginniðurstöður:.....	6
Tillögur:	6
4. Nánari umfjöllun um hvern þátt.....	7
a) Skráning mála.	7
b) Leit og skimun	9
c) Viðbrögð	12
d) Úrræði	12
e) Þekking	14
f) Fjöldi mála.....	15
5. Yfirlit svarenda	15
a. Heilsugæsla Seltjarnarness.....	15
b) Mæðravernd Landspítala, áhættumeðganga	17
c) Sjúkrahúsið Vogur	18
d) Heilsugæslustöðin Vík.....	19
e) Heilsugæslan Breiðholti.....	20
f) Heilsugæslan í Ólafsvík	21
g) Heilsugæslan Eskifirði.....	22
h) Félagsráðgjafar Landspítalans	22
i) Bráðamóttaka Sjúkrahússins á Akureyri	24
j) Félagsráðgjafi á Sjúkrahúsi Akureyrar	24
k) Heilsugæslustöðin á Akureyri	25
l) Áfallamiðstöð LSH og Neyðarmóttaka vegna nauðgunar.....	26
Viðtalsrammi.....	28

1. Aðdragandi

Rannsókn sú sem hér er gerð grein fyrir er unnin sem hluti af aðgerðaáætlun ríkisstjórnarinnar gegn ofbeldi karla gegn konum. Aðgerðaáætlunin var unnin af samráðsnefnd dóms- og kirkjumálaráðuneytis, félagsmálaráðuneytis, heilbrigðisráðuneytis og Sambands íslenskra sveitarfélaga. Hún var samþykkt í ríkisstjórn í september 2006 og fól meðal annars í sér að skoðað skyldi hver væru viðbrögð heilbrigðisþjónustunnar gagnvart konum sem þangað leituðu og hefðu verið beittar ofbeldi af maka eða fyrrverandi maka. Það er sá hluti aðgerðaáætlunarinnar sem hér er til umfjöllunar.

Rannsóknastofnun í barna- og fjölskylduvernd tók að sér framkvæmd verksins og fékk dr. Ingólf V. Gíslason dósent við Háskóla Íslands til að framkvæma rannsóknina.

2. Rannsóknin

Rannsóknin fór fram með þeim hætti að rætt var við starfsfólk heilbrigðisstofnana sem líklegast þótti til að hafa yfirlit yfir stöðu þessara mála á sinni stofnun. Alls voru viðmælendur 19 og unnu á 9 stofnunum. Rætt var við 8 manneskjur í fimm viðtölum á Landspítala Íslands, eina á Sjúkrahúsinu Vogu og tvær sem starfa á Sjúkrahúsinu á Akureyri. Önnur viðtöl voru við starfsfólk á Heilsugæslu Seltjarnarness, Breiðholts, Ólafsvíkur, Eskifjarðar, Suðurlands og Akureyrar. Viðtölin voru frá 40 mínútum að einum og hálfum tíma að lengd.

Viðtalsvísirinn sem stuðst var við er birtur aftast í þessari skýrslu en í grundvallaratriðum var verið að leita svara við sex meginþáttum. Í fyrsta lagi hvernig skráningu mála væri háttað þegar í ljós kemur að kona hefur verið beitt ofbeldi af nákomnum aðila. Tilgangurinn var að reyna að átta sig á því hvort unnt væri að nota skráningakerfi heilbrigðisþjónustunnar til að meta umfang vandans. Í öðru lagi hvort sérstaklega væri leitað eftir upplýsingum um það hvort ofbeldi væri hluti af vanda kvenna sem leituðu til heilbrigðisþjónustunnar, þ.e. hvort beitt væri skimun (kembileit) annaðhvort almennt eða þá gagnvart ákveðnum hópum svo sem þunguðum konum eða þekktum áhættuhópum eins og fíklum. Í þriðja lagi hver væru

viðbrögð viðkomandi stofnunar ef það kæmi með einhverjum hætti í ljós að kona byggji við, eða hefði búið við, ofbeldi. Hér var þá leitað eftir því hvort fyrir hendi væru ljósir og almennir verkferlar eða hvort það færi eftir hverjum starfsmanni hver viðbrögðin væru. Í fjórða lagi hvort talið væri að þau úrræði sem væru til staðar væru fullnægjandi eða hvort einhver viðbót væri æskileg. Í fimmta lagi hvort þekking starfsfólks á ofbeldi í nánnum samböndum væri talin fullnægjandi og loks í sjötta lagi hvort einhver tilfinning væri fyrir fjölda mála og hvort þeim hefði farið fjölgandi eða fækkandi á síðustu árum. Í fjórða hluta skýrslunnar verður nánar fjallað um niðurstöður hvers þáttar fyrir sig.

3. Núverandi staða og helstu breytingatillögur

Það er ljóst að hvergi í hinu almenna heilbrigðiskerfi eru spurningar um reynslu af ofbeldi hluti af almennum upplýsingum um skjólstaðinga. Þegar kemur að ákveðnum áhættuhópum, fyrst og fremst fíklum, þá er hins vegar spurt með (mis-) reglubundnum hætti. Víða var þó nefnt að aukin árvekni væri gagnvart öðrum þekktum áhættuhópum svo sem konum af erlendum uppruna. En heilbrigðisstarfsfólk er mjög sjálfstætt í vinnu sinni með skjólstaðingum og því er það í raun bundið áhuga og þekkingu hvers og eins hvort spurt er eða hvaða þættir geta valdið grunsemdum.

Oft var nefnt í viðtölum að ofbeldi hefði afar sjaldan komið upp í samskiptum við skjólstaðinga jafnvel þannig að ekki var munað eftir nema einu til tveimur tilfellum á áratug eða jafnvel enn lengra aftur í tímann. Það er e.t.v. þess vegna sem ekki hafi verið litið svo á að eðlilegt væri að taka upp skimun. En því var þá oft einnig bætt við að lítið hafi verið hugað að reykingum skjólstaðinga heilbrigðiskerfisins eða notkun á öðrum ávana- og fíkniefnum fyrir en farið var að spyrja með reglubundnum hætti. Í ljósi sárafarra tilfella þar sem ofbeldi hefur komið fram er ekki um að ræða neina sérstaka tilfinningu fyrir því hvort málum fari fjölgandi eða fækkandi. Að auki væri alls ekki sjálfgefið að upplýsingar um ofbeldisreynslu skjólstaðings væru í sjúkrasögu hans, þær gætu verið skráðar hjá viðkomandi heilbrigðisstarfsmanni með öðrum hætti.

Flestir viðmælendur töldu að nokkuð skorti á þekkingu hjá starfsfólki á málaflokknum. Því væri endurmenntun eða námskeið vel þegið þar sem m.a. væri farið yfir hugsanlegar vísbendingar um að kona búi við ofbeldi, áhættuhópa og

hvernig bæri að nálgast skjólstaðinga þ.e. hvenær ætti að spyrja og hvernig. Margir viðmælendur nefndu að fyrirstaðan gagnvart skimum væri e.t.v. mest hjá þeim sjálfum, ef spurt væri eðlilega og af sjálfsöryggi þá væri svarað á sama hátt.

Meginniðurstöður:

- 1) Ljóst er að skráningar í heilbrigðiskerfinu geta ekki verið grundvöllur að mati á tíðni heimilisofbeldis eða hvort tilfellum fer fækkandi eða fjölgandi.
- 2) Ekki eru neinar fastmótaðar leiðir varðandi það hvernig tekið er á þeim tilfellum þar sem kona skýrir frá ofbeldi.
- 3) Almennt var ósk um meiri fræðslu á sviðinu, hver séu helstu einkenni, hvernig eigi að spyrja og hvað eigi að gera ef upp kemur ofbeldisbeiting. Sú fræðsla þyrfti bæði að vera þáttur í grunnnámi heilbrigðisstarfsfólks og einnig yrði boðin endurmenntun.
- 4) Oft var nefnt að mikilvægt væri að til staðar væri miðstöð sem gæti komið málum tengdum ofbeldi í réttan farveg.

Tillögur:

- 1) Fræðsla um eðli og einkenni ofbeldis í nánnum samböndum verði hluti af grunnnámi allra starfshópa í heilbrigðiskerfinu.
- 2) Starfsfólki í öllu heilbrigðiskerfinu verði séð fyrir endurmenntunarnámskeiði á þessu sviði.
- 3) Skimunartilraun verði gerð á nokkrum heilsugæslustöðvum og í kjölfarið verði metið hvort skynsamlegt sé að taka upp allsherjar skimun.
- 4) Skilgreindir verði verkferlar ef í ljós kemur að kona búi við eða hafi búið við ofbeldi í sambúð. Vera má að skynsamlegast sé að ein miðstöð sinni öllum slíkum málum.
- 5) Skoðað verði hvort ekki sé skynsamlegt að spurningar um reynslu af ofbeldi verði í mæðraskrá og allar þungaðar konur þannig spurðar um reynslu af ofbeldi.
- 6) Hugað verði að leiðum til að tryggja að sjúkraskrár einstaklinga innihaldi upplýsingar um reynslu viðkomandi af ofbeldi.
- 7) Tryggt verði að ákvörðun um skimun, á hvorn veginn sem hún fellur, sé tekin eftir umræður meðal starfsfólks þannig að ljóst sé hvaða rök séu á bak við niðurstöðuna og þá liggi jafnframt fyrir hvaða breytingar gætu leitt til þess að ákvörðunin verði endurskoðuð.

4. Nánari umfjöllun um hvern þátt

a) Skráning mála.

Einn vandinn við samfélagslegt mat á fjölda tilfella þar sem kona býr við ofbeldi er ósýnileiki. Til að fá einhverja hugmynd um fjöldann er ýmist unnt að reyna að styðjast við aðgengilegar tölur eða nota kannanir. Nokkrar kannanir hafa verið gerðar á Íslandi til að meta fjöldann og benda þær til þess að árlega verði milli 0,5% til 2% kvenna fyrir ofbeldi af hendi maka eða fyrrverandi maka. Ef við miðum við fjölda íslenskra kvenna 18 ára og eldri árið 2009 þá þýðir þetta að milli 590 og 2360 konur eru beittar slíku ofbeldi árlega. Um fimmtungur íslenskra kvenna verði fyrir slíku einhvern tíma á lífsleiðinni. Alvarleiki þessa ofbeldis er auðvitað mismunandi. Hins vegar er málefnið þannig að reikna má með að ekki skýri allir satt og rétt frá í könnunum auk þess sem líklegt er að illa náist í þekktu áhættuhópa svo sem fíkla og konur af erlendu bergi brotnar.

Hin leiðin, að nota aðgengileg gögn og opinberar tölur, er líka með mörgum vandkvæðum. Tölur lögreglu byggja á tilkynningum fyrst og fremst auk þess sem eitthvað misræmi mun vera í skráningu. Ljóst virðist að komur til Kvennaathvarfs fara að einhverju leyti eftir umræðu í samfélaginu, auk þess sem könnun dómsmálaráðuneytis frá 1996 bendir til þess að þangað leiti ekki nema hluti kvenna sem beittar eru ofbeldi. Í sjálfu sér á það sama við í heilbrigðisþjónustunni og annars staðar, að ekki koma nema sumar þeirra kvenna sem búa við ofbeldi þangað beinlínis vegna þess. Það er þó líklegt að þær noti heilbrigðiskerfið í meira mæli en aðrar konur. Ef skráning er samræmd og markviss er hugsanlega hægt að nota tölur þaðan til að meta tíðnibreytingar og e.t.v. einnig hvort breytingar verða á alvarleika ofbeldisins.

Ljóst er af þeim viðtölum sem fram fóru að núverandi skráningakerfi heilbrigðisstofnana verður ekki nýtt til að meta umfang ofbeldis eða hvort breytingar verða á alvarleika. Ekkert samræmi er í því hvort eða hvernig það er skráð að kona búi við, eða hafi búið við ofbeldi. Ef ofbeldi nákomins aðila er uppgæfin ástæða komunnar, svo sem á bráðamóttöku, er það auðvitað skráð. Ef hins vegar önnur

ástæða er gefin í upphafi þá er skráningu ekki breytt síðar jafnvel þó í ljós komi að ekki var rétt sagt frá í upphafi. Sama á við um heilsugæsluna. Einnig getur komið til að kona óski sérstaklega eftir því að það sem hún segi verði ekki skráð heldur verði aðeins milli hennar og starfsmanns. Einn hjúkrunarfræðingur lýsti þessu þannig: „En mjög oft ef þetta kemur upp, eða þegar að þetta kemur upp, að þá erum við beðin um að halda þessu leyndu, eða að halda þessu hálfleyndu og einhvern vegin að dulkóða það svolítið... Svo það er alls ekkert víst að þó að það komi upp í samtali og jafnvel skráð í nótu að í sögu viðkomandi sé greiningin sett upp.“ Það er þannig t.d. alls ekki sjálfgefið að þó kona hafi sagt lækni sínum frá ofbeldisreynslu þá sjái ljósmóðir það í sögu hennar þegar hún kemur í mæðraskoðun. Þetta virðist geta verið bagalegt því oft á tíðum getur slík reynsla skýrt ýmislegt sem óljóst hefur verið varðandi líðan konu.

Hluti vandans virðist líka vera að ekki er samræmi í því hvernig eigi að skrá slíkt. Læknar sem rætt var við sögðu sumir að þá rámaði í að til væri sérstakt greininga númer fyrir þessi tilfelli en mundu ekki eftir að hafa notað það. Aðrir greininga möguleikar væru til: „Það er problem in relation to spouse/partner er greining sem ég nota venjulega í svona og ég held að þetta mundi falla undir það. Ég efast um að læknar séu að bæta því almennt sem aukagreiningu heldur hafa, þú veist, einhverja áfallagreiningu eða depurðar-, kvíðagreiningu eða transient situational disturbance.“

Svipaður vandi kemur upp í mæðraverndinni í og með að enginn reitur er til fyrir slík tilfelli í því skráningablaði, mæðraskránni, sem starfsmaður fylgir líkt og er t.d. fyrir reykingar eða áfengisneyslu. „... ég skrifa ekkert, ég skrifa ekki í söguna, ég skrifa bara..., maður punktast bara inni“ var lýsingin á slíkum tilfellum hjá einum viðmælanda.

Landlæknisembættið hefur birt klínískar leiðbeiningar um meðgönguvernd heilbrigðra kvenna á eðlilegri meðgöngu. Þar er lögð áhersla á að alla meðgönguna sé heilbrigðisstarfsfólk vakandi fyrir einkennum eða ástandi sem geti haft áhrif á heilsu móður og fósturs, svo sem heimilisofbeldi. Ekki er þó mælt með skimun eða kembileit en ekkert virðist þó mæla gegn því að settur sé inn sérstakur reitur fyrir slíkar upplýsingar í mæðraskrána.

b) Leit og skimun

Þeir sem leita til heilbrigðiskerfisins eru beðnir um að veita bakgrunnsupplýsingar sem talið er að geti skipt máli fyrir greiningu og rétta meðhöndlun vandans. Það kallast skimun eða kembileit (e. screening) þegar allir eru spurðir um einhverja þætti og er þá unnt að fá heildarmynd af tíðninni. Víða hefur verið talað fyrir því að slík kembileit yrði tekin upp varðandi reynslu kvenna af ofbeldi í nánu sambandi. Réttlætningin væri þá sú að slík reynsla hefði mikil áhrif á almenna líðan kvenna og skipti máli til að þær fengju rétta aðstoð. Að auki hefur verið bent á að slík kembileit auðveldi konum að segja frá þessari reynslu og gæti stuðlað að því að réttari mynd fengist af umfangi vandans. Það er þó alls ekki óumdeilt að taka upp kembileit en það hefur verið gert á nokkrum stöðum erlendis.

Staðan er þannig hérlendis að hjá almennum heilbrigðisstofnunum er engin sérstök leit gerð að konum sem búa við ofbeldi. Það er þannig ekki nema ef konan segir frá að eigin frumkvæði eða ef eitthvað vekur grunsemdir, sem ofbeldi getur komið til umræðu. Þó nefndu sumir viðmælenda að viss árvekni væri til staðar ef konan væri í mikilli neyslu vímuefna enda er það vel þekkt að slíkar konur eru í verulegum áhættuhóp. En áhættuhóparnir eru fleiri án þess þó að sérstök árvekni virðist viðhöfð gagnvart þeim. Einna helst kemur á óvart að spurningar um reynslu af ofbeldi skuli ekki vera sjálfsagður þáttur í mæðravernd. Innlendir og erlendir athuganir hafa sýnt að meðganga er ákveðinn áhættuþáttur. Könnun dómsmálaráðuneytisins frá 1996 sýndi þannig að 4,5% þeirra kvenna sem höfðu verið beittar grófu ofbeldi af maka eða fyrrverandi maka töldu að meðganga þeirra hefði verið ástæða ofbeldisins.

Það er hins vegar aðeins á tveimur stöðum, sem þátt tóku í þessari rannsókn, sem verðandi mæður eru markvisst spurðar um reynslu af ofbeldi. Annar þeirra er heilsugæslan á Akureyri þar sem þetta er hluti af verkefni þeirra, „Nýja barnið.“ Á hinum staðnum (Ólafsvík) er spurt í fyrstu skoðun: „... bæði spyr ég alltaf um áfengis- og vímuefnavanda og hvort að hérna, einhvern tíma hafi hérna, lent í einhverju slíku.“

Tvær stofnanir sem taka á móti konum í þekktum áhættuhópum spyrja konur sem þangað leita með skipulegum hætti. Annars vegar er það sú deild mæðraverndar Landspítalans sem tekur við konum í áhættumeðgöngu. Þangað koma meðal annars konur sem stríða við vímuefnafíkn. Hins vegar er það sjúkrahússtofnun SÁÁ, Vogur. Þar

hefur núna á annað ár verið lagður fyrir sjúklinga staðlaður spurningalisti, alþjóðlegt greiningartæki, og meðal annars spurt hvort viðkomandi hafi einhvern tíma verið misnotaður eða beittur ofbeldi. Það mætti því hugsanlega nota skráninguna á Voggi til að skoða fjölgun eða fækkun. Á því eru þó þrjár annmarkar. Í fyrsta lagi er ofbeldi nokkuð sameiginlega reynsla kvenna sem leita á Vog, þær hafa langflestar verið beittar einhverju ofbeldi. Raunar var það samdóma álit viðmælenda, bæði á Voggi og í áhættumeðgöngunni hjá Landspítalanum, að konur sem væru í mikilli neyslu væru með ofbeldi sem „sjálfsagðan“ þátt í sínu lífi og raunar eitthvað sem þær upplifi yfirleitt ekki sem sitt megin vandamál. Þannig var talið að a.m.k. 70 – 80% þeirra kvenna sem stríddu við fíkn hefðu verið beittar einhverju ofbeldi.

Í öðru lagi er ekki sjálfgefið að ljóst sé hver hafi beitt ofbeldinu, hvert samband þeirra hafi verið. Spurningalistinn hefur engan reit fyrir slíkt en auðvitað er unnt að skrá það í athugasemdadálkinn. Í þriðja lagi er spurningalistinn aðeins lagður fyrir einu sinni, við innlögn og því sem þar er skráð ekki breytt síðar. Þannig að ef kona neitar því í upphafi að hafa verið beitt ofbeldi þá stendur sú skráning jafnvel þó það komi fram síðar í meðferðinni að hún sé vissulega þolandi ofbeldis.

Þrátt fyrir að heilbrigðisstofnanir leiti ekki með skipulegum hætti að konum sem búa við ofbeldi er þó víða fyrir hendi ákveðin þekking á einkennum og árvekni. Þannig var nefnt að vissir þættir gætu gert að verkum að grunur vaknaði um að eitthvað væri að í sambandinu. Það á t.d. við ef kona kemur alltaf með maka, hann svarar spurningum fyrir hana og hún fær varla að fara ein á salernið. Undir slíkum kringumstæðum er reynt að búa til einhverja stund þar sem starfsmaður er einn með konunni þannig að unnt sé að spyrja nánar um fjölskylduhagi. Þetta birtist sérstaklega þegar fjallað var um mæðra- og ungbarnaverndina. Sé um erlenda konu að ræða eru gerðar ráðstafanir til að fá túlk sem ekki er hluti af fjölskyldunni.

Í samtölum kom oft fram að það hefði komið til umræðu á viðkomandi stofnun að spyrja oftar, leita meira, því ljóst væri af könnunum að ofbeldi væri meira vandamál en birtist þeim starfsmönnum sem rætt var við. Þannig sagði einn lækni: „... þetta er í rauninni rosalega falið. Konur virðast vera komnar algjörlega út í horn þegar þær leita sér hjálpar og þá virðist það vera bara í kjölfar trúlegast ofbeldisins þá niður á slysó því það... Ég get ekki sagt að þetta sé erindi sem konur bera upp og þá er maður

kannski bara svo utan við sig að maður er ekki að leita að þessu eða bara þegar konur eru daprar eða líður illa þá eru kannski einhverjar ákveðnar spurningar sem maður spyr, bíddu eru fjárhagsvandamál, reyndar samskiptavandamál í hjónabandi en ekki beint líkamlegt ofbeldi.“

Þegar spurst var fyrir um orsakir þess að ekki væri meira leitað og spurt komu fram mjög svipaðir þættir og birst hafa í erlendum athugunum. Í fyrsta lagi að starfsfólk upplifi þetta þannig að það sé að hnýsast um of ef spurt er um ofbeldi, andstaðan við að spyrja sé frekast innra með starfsfólki. Einn viðmælanda sagði: „Það er kannski bara maður sjálfur sem að er kannski þannig að maður telur sig vera að hnýsast of mikið.“ Nokkrir viðmælendur bentu þó á að ekki þurfi að fara nema nokkur ár aftur í tímann til að það þótti óþægilegt, eða hnýsni, að spyrja um notkun á tóbaki, áfengi eða öðrum vímuefnum en nú sé það sjálfsagður þáttur. Aðalvandinn virðist þó einfaldlega felast í því að brjóta ísinn og hefja spurningar. Einn viðmælanda benti á að hann ætti ekkert erfitt með að spyrja „dísent“ konur um neyslu fíkniefna án þess að óttast að móðga viðkomandi. Í sínum huga gildi það sama um ofbeldisspurningar og það væri í sjálfu sér ekkert mál að bæta slíkum spurningum við. Einnig kom það fram að í mæðravernd Akureyrar þar sem allar ófrískar konur eru inntar eftir reynslu sinni af ofbeldi og misnotkun hafi það ekki komið upp að konur hafi móðgast eða firrst við slíkar spurningar.

Í öðru lagi var nefnt að vandinn væri e.t.v. meiri á fámennum stöðum á landsbyggðinni þar sem allir þekkja alla og dagleg nánd er mikil: „Þú veist, á þessum stóru stöðum þá er miklu auðveldara þar sem maður hittir ekki fólk úti í búð eða eitthvað eftir tvo klukkutíma.“ Það geti verið erfitt „ef maður er kannski að spyrja hvort að gamli bekkjarbróðir minn sé kannski að lemja konuna sína eða eitthvað svoleiðis“.

Loks er rétt að vekja athygli á því að innan Landspítalans er að fara af stað tilraun með skimun á þremur deildum spítalans. Þá er einnig í nýsamþykkttri „Aðgerðaáætlun Akureyrarbæjar gegn kynbundnu ofbeldi og ofbeldi gegn börnum“ eitt af markmiðunum að „Kanna hvort æskilegt sé að verklag verði með þeim hætti í félagsþjónustu, barnavernd og heilsugæslu að skimað verði markvisst eftir kynbundnu

ofbeldi og þannig bættir möguleikar þolenda til að opna á þessi erfiðu mál.“ Það er því ljóst að skimun er víða til umræðu sem raunhæfur möguleiki.

c) Viðbrögð

Hjá þeim sem rætt var við í þessari rannsókn virðist það aðeins vera í mæðra- og ungbarnavernd heilsugæslu Akureyrar sem fyrir hendi eru skýrar verklagsreglur um hvernig bregðast skuli við ef upp kemur að kona búi við ofbeldi. Annars staðar er það fyrst og fremst mat viðkomandi starfsmanns sem ræður því hvernig tekið er á málinu og hvert er leitað. „Það eru engar verklagsreglur um slíkt,“ var svarið á einum stað og það er megin niðurstaðan.

d) Úrræði

Í flestum tilfellum er það einfaldlega viðkomandi starfsmanns að ákveða hvert framhald máls er ef upp kemur að kona búi við ofbeldi. Undantekning er ef börn eru á heimilinu, þá er það sjálfgefið að barnaverndarnefnd fái vitneskju um málið. Þeir aðilar sem helst er leitað til ef kona býr við ofbeldi eru félagsþjónustan, Kvænnaathvarfið, Stígamót og Aflið. Stofnanir hafa líka aðgang að sálfræðingum og geðlæknum og vísa þangað.

Hins vegar var á nokkrum stöðum bent á að staða konunnar getur verið með þeim hætti að tilvísun vegna ofbeldisins er einfaldlega ekki tímabær þegar það mál kemur upp. Þetta á sérstaklega við um konur sem verið hafa í mikilli vímuefnaneyslu og þurfa fyrst og fremst aðstoð til að losna úr henni og öðlast nokkurn veginn eðlilegt líf áður en takast þarf á við þennan þátt í lífi þeirra. Félagsráðgjafar Landspítalans bentu einmitt á að ofbeldi væri svo „eðlilegur“ þáttur í lífi kvenna sem hefðu verið í mikilli neyslu að það væri ekki fyrr en aðrir þættir tilverunnar væru komnir í lag sem ofbeldið færðist ofar í forgangs röðinni hjá þeim. Sérstaklega á þetta við um verðandi mæður sem „eru miklu uppteknari af því að hafa bara venjulega umgjörð í kringum sig, hafa húsnæði, hafa fjármálin í lagi, þú veist, hafa bara þessar grundvallarþarfir öruggar.“ „...konur sem eru með þessa neyslusögu og eru að koma inn í mæðraverndina og hætta neyslu vegna þess að þær eru þungar, að þær eru einhvern veginn að hugsa um allt aðra hluti og staddar kannski svolítið á öðrum stað heldur en akkúrat tilbúnar til þess að vera að ræða eitthvað fyrrum ofbeldi. Það er bara ekki efst á döfinni.“

Oft var bent á að það hefði lítið upp á sig að spyrja um ofbeldi ef ekki væru skýr úrræði fyrir hendi, „það þýðir lítið að skima eftir einhverju sem að er ekki hægt að bjóða hjálp við.“ Á öðrum stað hafði verið rætt um að taka upp kembileit „en þá vorum við að hugsa „bíddu ef við opnum þetta box þá erum við... hvað eigum við þá að gera í næsta skrefi... Þú veist, kannski ef þú opnar eitthvað þá hefurðu engin úrræði. Þannig að það var ákveðið að við myndum bara ekki gera það. Ekki svona að allir yrðu spurðir, nema það væri eitthvað svona tilefni til.“

Viðmælendur viku oft að því að þeim þætti sviðið nokkuð óljóst hvað úrræði varðar og erfitt að fá heildarsýn yfir hvað stæði til boða. Einhvers konar miðstöð eða ráðgjafastöð var oft nefnd, stöð sem gæti veitt heildstæða ráðgjöf og vísað á úrræði og möguleika á sviðinu því konur væru svo misjafnlega staddar. Ef til vill má draga saman almenna viðhorfið í orðum viðmælanda á Vog: „Ég held að það megi segja það að það vantar oft upp á að þeir sem eiga erfiðast... að það vantar sko heildstæða þjónustu fyrir þá og þess vegna verður nú oft um svona endurinnlagnir og fólk er að þvælast milli stofnana.“

Einn viðmælandi lýsti því sem þyrfti að gera þannig: „Ég held að frá okkar hendi sé það fyrst og fremst að læra að þekkja einkennin og geta búið til aðstæður þar sem við getum gefið viðkomandi tíma og komið þeim í einhvern farveg. Og að við höfum einhverjar svona fastar vinnureglur þá held ég að þá gangi bara öllum betur að vinna því það er rosalega vont að „ og bíddu og hvað geri ég nú svo“ þannig að ef maður hefur einhvern tengilið í næsta þannig að maður skilji ekki viðkomandi eftir í lausu lofti og þá held ég að öllum gangi betur að vinna með þessi mál.“

Ekki er sjálfgefið að miðla upplýsingum á milli staða eða stofnana að því undanteknu að barnaverndarnefnd er alltaf látin vita ef börn koma við sögu þegar ofbeldi er á heimili eða í sambúð. Í mæðra- og ungbarnavernd Akureyrar er upplýsingamiðlunin leyst þannig að konur eru einfaldlega spurðar hvort þær séu samþykkar því að farið sé með mál þess inn á önnur borð í þeim tilgangi að veita sem besta þjónustu. Að sögn viðmælanda hefur aldrei verið neitt mál að fá heimild til þess.

e) Þekking

Fræðsla um ofbeldi í nánnum samböndum er hluti af námi verðandi hjúkrunarfræðinga og hefur verið svo í nokkur ár. Einnig hafi sumir starfsmenn heilbrigðisstofnana sótt endurmenntunarnámskeið þar sem farið hefur verið yfir þau mál. Engu að síður var það samdóma álit viðmælenda að þörf væri á aukinni menntun og þekkingu. Þeir þættir sem helst voru nefndir sem mikilvægir voru þekking á einkennum og spurningatækni, það er að segja hvernig best sé að nálgast málið án þess að móðga eða fæla frá og hvernig best sé að haga framhaldi viðtalsins ef í ljós komi að ofbeldi er hluti af lífsreynslu skjólstæðings. Þannig benti einn viðmælenda á að það færi að verulegu leyti eftir öryggi þess sem spyrði hvernig því væri tekið: „... ef að sá sem spyr spyr af því að honum finnst auðvelt að spyrja, sko ef það er eðlilegt fyrir hann, þá er það eðlilegt fyrir þann sem verður fyrir spurningunni, það er nú oft það sem maður rekur sig á að hindranirnar eru líka hjá manni sjálfum.“

Annar viðmælendi sagði: „Við höfum einmitt rætt þetta, ljósmæður, og það var einhver sko umræða í fyrra á einhverju þingi að... sko til þess að fólk yrði öruggara að spyrja um þetta að þá vantaði svona meiri fræðslu, bara í hvernig spyr maður, hvernig... já tekur maður þessi viðtöl, eða sem sagt, já það vantaði að gera fólk öruggara.“

Einnig var nefnt að það væri mikilvægt að ákveðið traust hefði skapast áður en líklegt væri að konur opnuðu á þennan þátt. „Við byrjum milt og svo segja þær oft“, „nei, nei, nei nei, hann hefur aldrei...“ og svo kannski tveimur tímum seinna þá segja þær „þú varst að spyrja um þetta fyrir mánuði síðan og hann var nú aðeins að ýta við mér í gær.“ Það kemur svona hægt og rólega... Þær byrja aldrei á að segja spontant og byrja yfirleitt ekki á að segja um leið og þú spyrð þá segja þær ekki „já, já hann er alltaf að berja mig“ eða „nei, nei ja hann ber mig stundum.“ Þær segja það ekki. Þær segja kannski tveimur, þremur vikum eftir að þú spurðir, þú veist, þannig að þetta er alveg... þetta er heilmikið ferli að fá þetta upp.“

Það voru einna helst lækarnir sem rætt var við sem töldu lítið hafa verið vikið að þessum þætti tilverunnar í þeirra námi: „Ég held að í okkar tilfalli megi nú bara skerpa á öllum þáttum sko. Það megi vekja athygli á og kynna betur hvað eru hugsanlegir áhættuhópar, hvenær við eigum að vera sérstaklega vakandi, hvort við eigum að

leita... allavega umræðu um hvort að við eigum að setja þetta inn sem standard spurningu í einhverjum tilfellum sko, á einhverjum vettvangi og svo aðeins að aðferðafræðinni... og svo náttúrlega þetta með úrræðin.“

f) Fjöldi mála

Almennt séð mundu starfsmenn ekki eftir nema örfáum málum tengdum ofbeldi í nánnum samböndum, jafnvel þó þeir hefðu verið að störfum áratugum saman. Einn viðmælenda mundi eftir tilfelli fyrir 3 – 4 árum og svo öðru fyrir 10 – 12 árum. Það er því marklaust að reyna að meta hvort málum hafi fjölgað eða fækkað, til þess eru þau einfaldlega of fá. „Það eru fleiri, fleiri ár síðan“. „Við munum ekki eftir neinu tilviki“. Fleiri virtust kannast við að hafa fengið dæmi um andlegt eða kynferðislegt ofbeldi en það sem oftast er átt við þegar talað er um líkamlegt ofbeldi.

Víða var líka nefnt að aukin samfélagsleg umræða gæti skekkt myndina, bæði þannig að málið kæmi oftast upp, væri ekki jafn mikið feimnismál, og eins á þann hátt að starfsfólki fyndist það oftast koma upp einfaldlega af því að það væri oftast í fjölmiðlum. Í einu viðtali kom fram sú tilfinning að um aukningu væri að ræða en síðan var bætt við: „Kannski, já ég held að það sé bara meira að konur séu farnar að segja frá, það sé ekki aukning á heimilisofbeldi heldur bara, við erum bara, já kannski erum við líka bara farnar að hafa augun meira opin.“

5. Yfirlit svarenda

a. Heilsugæsla Seltjarnarness

Spurningar um reynslu af ofbeldi eru ekki hluti af almennum spurningum til skjólstæðinga. Sú hugmynd að taka slíkt upp hefur þó verið rædd, bæði innan mæðraverndarinnar og í almennu heilsugæslunni. Þrennt virðist helst hafa hindrað að skrefið væri stigið til fulls og spurningar teknar upp. Í fyrsta lagi óvissa um hvernig ætti að haga framhaldinu ef skjólstæðingur segði frá ofbeldisreynslu. Í öðru lagi óöryggi um hvernig eigi að nálgast málið, hvernig eigi að spyrja. Og í þriðja lagi skortur á úrræðum. Þó var nefnt að ef fyrirmæli kæmu um að taka slíkt upp þá yrði það auðvitað gert. En þær klínísku leiðbeiningar sem landlæknir hafi gefið út til ljósmæðra hafi ekki breytt venjum í mæðraverndinni.

En þó ekki sé spurt almennt er þekking fyrir hendi um að það séu ákveðnir hópar kvenna sem séu líklegri en aðrir til að vera beittar ofbeldi af nákomnum aðila. Þetta getur átt við um fatlaðar konur og aðfluttar konur. Með sama hætti er fyrir hendi ákveðin meðvitund um þætti sem gætu verið vísbendingar um ofbeldisbeitingu svo sem almenn vanlíðan, þunglyndi eða slíkt.

Viðmælendur töldu að aukin menntun á þessu sviði gæti haft mjög jákvæð áhrif. Bæði þyrfti fræðsla að vera hluti af almennu grunnnámi heilbrigðisstarfsfólks og eins væri jákvætt að gefa starfandi heilbrigðisstarfsmönnum færi á endurmenntun þar sem m.a. væri farið yfir hver hugsanleg einkenni ofbeldis séu, hvernig eigi að spyrja um ofbeldi og hver þróun ofbeldissambands geti verið.

Samstarf við aðra aðila er fyrst og síðast á ábyrgð og að frumkvæði viðkomandi starfsmanns. Undantekning er ef málum er þannig háttað að líklegt sé að vernda þurfi barn en þá er barnaverndarnefnd látin vita eins og lagaskylda er til. Ekki er því unnt að segja að um formlegt samstarf sé að ræða við aðra aðila.

Að auki töldu viðmælendur mikilvægt að komið væri upp einhverri miðstöð þar sem unnt væri að leita aðstoðar ef skjólstaðingur segi frá ofbeldisreynslu eða staður sem hægt væri að vísa konum til.

Ekki er unnt að nota skráningakerfi stöðvarinnar til að meta umfang ofbeldis, þar eru þessir þættir yfirleitt ekki skráðir. Komi slíkt mál upp þá sé það frekar skráð í svokallaðar „trúnaðarnótur læknis“ í sögukerfinu en í þær á enginn annar en viðkomandi læknir að komast. Starfsfólk sé oft beðið um að halda málinu leyndu. Skráning sé því oft með hálfgerðum „dulkóðuðum“ hætti. Hins vegar var nefnt dæmi um að slík skráning hafi verið aðgengileg og skipt máli þegar viðkomandi kona kom í mæðraskoðun.

Viðmælendur töldu sig ekki hafa orðið vara við neina aukningu á ofbeldistilfellum

b) Mæðravernd Landspítala, áhættumeðganga

Hér er um að ræða hluta af almennri mæðravernd Landspítalans en til þessarar einingar koma konur sem af einhverjum ástæðum flokkast í áhættuhóp svo sem konur með sykursýki, háþrýsting, byrjandi meðgöngueitrun, fíklar og konur sem eiga við geðraskanir að stríða.

Alltaf er farið yfir forsögu hvað snertir reykingar og neyslu annarra ávana- og fíkniefna. Aldrei er spurt um ofbeldi í fyrstu komu en ákveðnir áhættuhópar eru spurðir við þriðju eða fjórðu komu eftir að traust hefur verið byggt upp. Þannig eru allir fíklar spurðir, konur sem eiga við geðraskanir að stríða og konur sem aldrei eru einar þ.e. karlinn kemur alltaf með, talar fyrir þær og gefur ekki færi á að þær séu einar. Þar hefur meira að segja verið gripið til þess ráðs að setja miða á íslensku og pólsku á kvennasalernið þar sem konum er bent á að ef það sé eitthvað sem þær vilji tala um þá geti þær hringt. Nefnt var að ef til vill væri skynsamlegt að setja upp einn tíma í mæðraverndinni þar sem skýrt væri að sá tími væri bara fyrir konurnar.

Árlega koma um 40 konur sem eru í neyslu og 8 – 10 konur með geðraskanir. Í skráum ætti því að vera unnt að sjá útbreiðslu ofbeldis í þessum hópum. Viðmælandi taldi að um 80% fíklanna hefðu verið beittar ofbeldi.

Mikil þekking er til staðar um einkenni sem benda til þess að kona búi við ofbeldi og stjórnun og á ýmsan hátt er reynt að bregðast við því. Þannig er alltaf reynt að fá túlk ef konan skilur lítið í íslensku en ekki látið nægja að karlinn túlki. Allar ljósmæður sem starfa í tengslum við áhættumeðgöngu hafa mikla reynslu og umræðan hefur verið þannig að meðvitund um ofbeldi hefur aukist verulega. Að auki hafi þeim verið kennt hvernig beri að spyrja um neyslu og svipaðri tækni sé beitt þegar spurt er um ofbeldi, það sé byrjað milt en spurt markvisst. Oftast sé því neitað í upphafi að ofbeldi sé beitt en síðan geti það gerst í seinni komu að konan bryddi upp á því að í síðustu viku hafi nú eitthvað gerst sem spurt hafi verið um áður. Þannig komi þetta fram smátt og smátt og meðal annars þess vegna sé afar mikilvægt að konan hitti alltaf sama einstakling þegar hún kemur til skoðunar. Ekki sé þó einvörðungu spurt um ofbeldi í núverandi sambandi heldur sé reynt að grafast fyrir um alla ofbeldisreynslu kvennanna, allt frá æsku. Engin sérstök tilfinning var fyrir því hvort ofbeldi hefði aukist eða minnkað enda hefði ekkert verið spurt um þetta fyrir 10 árum og spurningar

hefðu bara verið að koma inn smátt og smátt. Í raun og veru þá vandi ljósmæðurnar sig mikið við að reyna að hafa upp á þeim konum sem búa við eða hafa búið við ofbeldi.

Ef í ljós kemur að kona er beitt ofbeldi þá er málinu vísað áfram til félagsráðgjafa spítalans sem þá einnig virkja félagsráðgjafann í þeim bæ eða því hverfi sem þær koma frá. Félagssráðgjafinn ákveður svo framhaldið í samvinnu við ljósmæðurnar en þær taka ekki viðtöl sem beinlínis snúa að ofbeldinu. Tilkynnt er til barnaverndarnefndar ef kona er í neyslu en ekki þó makaofbeldi sé til staðar ef ekki er einnig um neyslu að ræða.

Að mati viðmælanda á það við um bæði fíklana og konur sem búa við ofbeldi að eftirfylgni er of lítil og úrræði of fá. Raunar er vinna í gangi til að auka eftirfylgni varðandi fíkla en nú er hún aðeins í 3 mánuði. Til samanburðar var nefnt að í Danmörku væri börnum fíkla fylgt eftir þar til þau ná sex ára aldri. Lengri eftirfylgni gæti líka skipt máli ef konurnar yfirgefa karlana því þær viti að ef þær yfirgefa sambandið þá muni þeir leita þær uppi.

c) Sjúkrahúsið Vogur

Fyrir nokkrum árum var gerð könnun á því á Vogu hversu margar þeirra kvenna sem þangað leituðu hefðu orðið fyrir ofbeldi og niðurstaðan varð að um 70% hefðu slíka lífsreynslu á bakinu. Viðmælandi lagði áherslu á að líkamlega ofbeldið eitt og sér segði ekki alla söguna. Oft væri um að ræða hegðun maka sem e.t.v. virkaði eðlileg fyrir utanaðkomandi en sem konan gerði sér grein fyrir að væru ógnanir. Með slíkum hætti væri mörgum þeirra stjórnað og það væri auðvitað ekki annað en andlegt ofbeldi.

Fyrir alla sjúklinga á Vogu er lagt staðlað greiningartæki sem meta á stöðu þeirra í tilverunni. Meðal þeirra atriða sem þar er forvitnast um er reynsla af ofbeldi, spurt er hvort einhver hafi misnotað viðkomandi eða beitt ofbeldi. Byggja má mat á umfangi og þróun ofbeldis að einhverju leyti á þessum lista. Þó ber að hafa í huga að listinn er ekki leiðréttur eftir á. Það er að segja ef manneskja neitar því í greiningarviðtalinu að hafa verið beitt ofbeldi þá er þeirri færslu ekki breytt síðar þó svo að það komi fram

að hún hafi ekki sagt satt. Hins vegar geta þær upplýsingar verið í vinnuþöggum. Jafnframt er ekki nema ríflega ár síðan listinn var tekinn í notkun og því enn ekkert unnt að byggja á þeim niðurstöðum varðandi þróunina.

Læknar eru ábyrgir fyrir meðferðinni á Vogu og ákveða í hvaða farveg málum er vísað. Eitthvað hefur verið um að sálfræðingar eða geðlæknar aðstoði konur sem hafa búið við eða verið beittar ofbeldi en ekki er um formlegt samstarf við aðra aðila að ræða. Þó sé það þannig að ef um kynferðislegt ofbeldi sé að ræða þá sé strax spurt hvort viðkomandi hafi farið á Neyðarmóttöku vegna nauðgana eða þurfi á því að halda. Hins vegar sé litið svo á að stofnunin beri ábyrgð á því að hugað sé að þessum þætti og reynt að koma skjólstæðingi til einhvern meðferðar og þá hjá fagaðila. Sálfræðingar vinna með stofnuninni og hafa oft komið að málum af þessu tagi. Það geti hins vegar farið eftir því hver staðan er varðandi meðferð vímuefnavandans hvenær skynsamlegast sé að taka á þessum þætti. Stundum séu skjólstæðingar raunar sjálfir búnir að setja málið í einhvern farveg og þá sé því ekkert breytt.

Að mati viðmælanda fer því fjarri að þau úrræði sem eru til staðar fyrir þessar konur séu fullnægjandi. Í raun og veru vanti heildstæða þjónustu á sviðinu. Ekki nauðsynlega með því að búa til nýtt apparat heldur með því að gera þeim sem til staðar eru betur fært að sinna málunum.

Viðmælandi taldi líklegt að ofbeldismálum í nánnum samböndum hafi farið fjölgandi einfaldlega sökum þess að þeir skjólstæðingar sem á Vog koma sýni nú mun árásgjarnari hegðun og virðingarleysi gagnvart starfsfólki og umhverfi hafi þar aukist verulega. Að einhverju leyti megi rekja það til neyslu á efnum á borð við amfetamín og stera en samfélagsleg þróun sé líka í átt að þessu virðingarleysi.

d) Heilsugæslustöðin Vík

Upplýsinga var aflað með tölvupóstsamskiptum við lækni og símtali við hjúkrunarforstjórann. Læknirinn sagði að hann hefði verið þar í 25 ár en ofbeldi karls gegn konu sinni hefði ekki verið komuástæða nema í einu tilfelli hjá aðkomufólki sem hefði stoppað stutt. Hjúkrunarforstjóri staðfesti það að ekki hefði nema einu sinni vaknað grunur og í annað sinn hefði ofbeldi komið í ljós en þó ekki þannig að konan

hafi leitað á heilsugæsluna. Hún benti jafnframt á að um væri að ræða fámennt svæði og þekking heilsugæslunnar á félagslegum og heilsufarslegum ástæðum fólks væri mikil. Ekki væri skimað varðandi ofbeldisreynslu en hins vegar væri til staðar þekking á áhættuhópum og einkennum og sérstaklega í mæðraverndinni og ungbarnaeftirlitinu væri skoðað hvort einhverjar vísbendingar um ofbeldi væru til staðar.

e) Heilsugæslan Breiðholti

Ekki eru neinir skráðir verkferlar varðandi viðbrögð vegna ofbeldis gegn konum líkt og er á mörgum öðrum sviðum hjá stöðinni. Læknar vinna mjög sjálfstætt og það er í raun og veru undir hverjum og einum komið hvernig hann hagar sínum viðtölum, um hvað er spurt, hverju er fylgst með og hvernig viðbrögð verða ef í ljós kemur að kona búi við eða hafi búið við ofbeldi. Þar af leiðandi er það líka undir hverjum og einum komið hvert leitað er ef mál af þessari tegund koma upp. Kvennaathvarfið, Stígamót og bráðamóttaka voru nefnd. Sama á við í mæðravernd og ungbarnaeftirliti. Þar er á heildina litið fylgt ákveðnum skimblöðum og spurt meðal annars um andlega líðan en ekki ofbeldi.

Viðmælendur lögðu áherslu á að starfsfólk heilbrigðisstofnana starfaði daglega við það að fá fólk til að opna sig og segja frá. Það sem fyrst og fremst þyrfti væri ákveðin vitundarvakning til þess að farið sé að skima. Ef spurningar á þessu sviði séu á skimunarblaði þá sé lítið mál að spyrja, ekki meira en að spyrja um fíkniefnaneyslu. Jafnframt verði þó alveg skýr úrræði að vera til staðar, annars hafi það ekki mikinn tilgang að leita. Stöðin hafi hins vegar mikla reynslu af samvinnu við aðrar stofnanir og sérfræðinga á ýmsum sviðum og ætti ekki að þurfa að vera erfitt að finna verkferla á þessu sviði.

Viðmælendur mundu eftir afar fáum dæmum og þurftu jafnvel að fara aftur á 10. áratug síðustu aldar til að finna dæmi um konu sem búið hefði við líkamlegt ofbeldi. Þetta sé ekkert sem konur beri upp og lítið sé leitað þó svo spurt sé um fjárhagsleg vandamál eða samskiptavandamál í hjónabandi ef konur eru daprar eða líður augljóslega illa. Það er því ljóslega ekki unnt að nota skrár stöðvarinnar til að átta sig á umfangi málsins né er um nokkra tilfinningu að ræða gagnvart því hvort þessum málum fari fækkandi eða fjölgandi. Til þess eru tilfelli einfaldlega of fá.

Þau sem þó hafi komið upp hafi birst með þrennum hætti. Í fyrsta lagi að kona leiti á slysadeild vegna áverka og læknir hennar fái læknabréf frá slysadeildinni og það staðfesti grunsemdir sem e.t.v. hafi verið farnar að vakna. Í öðru lagi ef konur komi í áfalli eða sökum andlegrar vanlíðunar. Þá komi þetta á stundum upp í samtali um samskipti í og við fjölskylduna. Í þriðja lagi sé það svo ef kona kemur beinlínis með áverka og segir frá.

Ekki töldu viðmælendur að það ætti að þurfa að vera erfitt að spyrja um ofbeldi. Það þyrfti bara öryggi og oft væri það einfaldlega þannig að hindranirnar væru hjá heilbrigðisstarfsmanninum frekar en konunum.

f) Heilsugæslan í Ólafsvík

Viðmælandi taldi að það væru mörg ár liðin síðan kona hefði leitað til heilsugæslunnar og sagt frá því að hún hefði verið beitt líkamlegu ofbeldi af maka. Grunur hefði hins vegar vaknað í einstökum tilfellum og þá hefði verið spurt. Annars væri ekki sérstaklega spurt um þetta atriði, nema í mæðraverndinni þar sem það hefði verið tekið upp. Einnig hefði stundum verið spurt ef kona væri í þekktum áhættuhóp svo sem vímuefnaneytandi. Hins vegar sé enginn sérstakur reitur fyrir slíka reynslu í mæðraskránni og því sé þetta ekki skráð með sama hætti og t.d. vímuefnavandi. Spurningarnar hafa leitt til þess að upp hefur komist um kynferðislegt ofbeldi en ekki líkamlegt ofbeldi í sambúð. Þegar mál koma upp þá sé fyrst og fremst samvinna við félagþjónustuna nema þegar um nauðganir eða annað kynferðislegt ofbeldi sé að ræða, þá sé oft vísað til aðila í Reykjavík svo sem Neyðarmóttökunnar. Þá hefur verið gætt að því ef grunur vaknar um ofbeldi meðal fólks af erlendum uppruna að fá konuna eina í viðtal og með túlk utan fjölskyldunnar. Viðmælandi nefndi að grunur hefði verið til staðar um ofbeldi innan ákveðinna fjölskyldna í bæjarfélaginu og í kjölfarið hefði verið reynt að nálgast þær en án árangurs.

Ekki er unnt að nota skráningar til að fá yfirlit yfir ofbeldisþróun og taldi viðmælandi það gilda almennt um skráningar í heilbrigðiskerfinu. Þegar kæmi að þessu atriði þá væru skráningar ekki áreiðanlegar. Því gæti verið til bóta að sérstakur reitur væri fyrir skráningar á þessum málaflokki t.d. í mæðraverndinni.

Viðmælandi taldi tvímælalausa þörf fyrir aukna þekkingu heilbrigðisstarfsfólks á þessu sviði svo sem með endurmenntun. Það væri líka þörf á ákveðinni þjálfun í náminu, þjálfun í því hvernig eigi að spyrja um málefni sem geti verið viðkvæm eða mjög persónuleg.

g) Heilsugæslan Eskifirði

Í þessu tilfalli var upplýsinga aflað með símtali. Þar kom fram að engar verklagsreglur væru varðandi spurningar um reynslu af ofbeldi. Málið væri reyndar sérstaklega erfitt núna því ekkert gangi að manna lausar stöður lækna og hjúkrunarfræðinga. Þar af leiðandi væri líttill tími hjá þeim sem störfunum sinntu auk þess sem erfitt væri að búa til nauðsynlegt trúnaðarsamband.

Hvorki viðmælandi né aðrir sem hún hafði rætt við á öðrum stöðum fyrir austan kannaðist við að hafa „fengið einhverja konu inn sem hefur verið unnið með eftir líkamlegt ofbeldi.“ Þó hefur hún starfað fyrir austan í 13 ár. Hins vegar muni hún eftir einu eða tveimur tilfellum andlegs ofbeldis. Ekki hefur verið spurt um ofbeldi í mæðra- eða ungbarnavernd en auðvitað sé andleg líðan kvenna eftir barnsburð könnuð.

Viðmælandi taldi að endurmenntun á sviðinu meðal hjúkrunarfræðinga væri mjög þarft verk en jafnframt að það gæti verið erfiðara að taka upp kembileit á litlum stöðum en stórum. Það gæti verið að konur tækju það illa upp en „það er kannski bara maður sjálfur sem er kannski þannig að maður telur sig vera að hnýsast of mikið.“ Sem hugsanlega lausn nefndi hún að tekinn væri upp gátlisti sem konur gætu svarað þannig að þær þyrftu ekki að „segja þetta beint framan í mann.“ Það gæti verið auðveldara að opna málið með þeim hætti.

h) Félagsráðgjafar Landspítalans

Í viðræðum um áhættumeðgöngu á Landspítalanum kom fram að ofbeldismálum væri vísað til félagsráðgjafa Landspítalans. Því var ákveðið að ræða við þá líka. Í samræðunum kom fram að tilvísanirnar væru fyrst og fremst vegna vímuefnaneyslu kvennanna frekar en ofbeldis. Raunar mundu ráðgjafarnir ekki eftir nema einu eða

tveimur dæmum um að ofbeldi væri meginvandi þeirra þunguðu kvenna sem þangað kæmu að mati þeirra sjálfra. Hins vegar væri ofbeldið lang oftast hluti af þeirra veruleika ýmist í nútíð eða fortíð en það væri ekki í forgrunni hjá þeim undir þessum kringumstæðum. Það sem mestu skipti í þeirra huga væri að reyna að vera án vímuefna og geta tekið sómasamlega á móti því barni sem væri á leiðinni, ofbeldið „væri bara ekki efst á döfinni.“ Konur sem verið hafi í fíkniefnaheiminum hafi mjög erfiða lífsreynslu á bakinu. Í fíkla samfélaginu sé ofbeldi bara sjálfsgöður hluti tilverunnar og engan veginn það erfiðasta sem þær hafi reynt. Þetta komi þó oft fram en ekki vegna þess að félagsráðgjafarnir séu sérstaklega að fiska eftir því eða spyrja í þá áttina. Mál sem þær mundu eftir og sneru fyrst og fremst að ofbeldi voru flest tilfelli erlendra kvenna. Þó mundu þær eftir einu tilfelli þar sem kona hafði verið í aðgerð og þá tóku sig upp afar erfiðar minningar um ofbeldi. Það var hins vegar kona sem ekki var í neyslu. Hún fór fyrst í stuðning í Kvennaathvarfinu en síðan í viðtöl hjá sálfræðingi á kvennadeild Landspítalans.

Þannig sé það í raun og veru ekki fyrr en konurnar telja sig hafa náð tökum á fíkninni og búnað að fá líf sitt í sæmilega öruggar skorður sem unnt sé að fara að vinna meira með önnur mál svo sem ofbeldisreynslu. Raunar geti verið að sumar þessara kvenna séu með önnur mál hjá öðrum aðilum. Sumar hafi t.d. verið hjá Stígamótum. En þegar þær komi til félagsráðgjafa Landspítalans þá sé það fyrst og fremst vegna vímuefna. Þess vegna sé óvíst að það henti í upphafi að spyrja um reynslu af ofbeldi, betra sé að vinna fyrst með það sem helst brenni á konunum og þá sé síðar unnt að opna á þennan þátt. Þar að auki sé nauðsynlegt að einhver farvegur sé þá fyrir þau tilfelli sem upp kunna að koma.

Ekki er unnt að nota þeirra skráningu til mats á umfangi ofbeldis því þær skrá ekki sögu kvennanna með þeim hætti.

Félagsráðgjafarnir hafa fyrst og fremst samstarf við félagsþjónustu bæjarfélaga eða hverfa, hvort heldur um er að ræða vanda vegna vímuefnaneyslu eða ofbeldis. Auk þess eru sálfræðingar spítalans og bráðamóttaka. Þeir töldu jafnframt að almennt væri ástæða til endurmenntunar á þessu sviði þó svo þær hafi fengið allnokkra fræðslu í sínu námi.

i) Bráðamóttaka Sjúkrahússins á Akureyri

Hér kom fram að til stæði að hefja vinnu við það í haust að setja saman „protokol“ eða lýsingu á því hvernig verkferlar ættu að vera ef upp kæmi að kona byggji við ofbeldi. Það yrði þannig ekki lengur undir hverjum og einum starfsmanni komið hvernig brugðist væri við heldur væri um skipulögð og samræmd viðbrögð að ræða. Ekki hafi þó verið ákveðið að taka upp skimun en það hafi verið nefnt og sé eitt af því sem verði tekið til athugunar. Jafnframt kom þó fram að smæð samfélagsins gæti verið ákveðin hindrun. Hins vegar ætti að vera möguleiki á að gefa slíku tilfelli þann tíma sem þurfi ekki síður en unnt er að bæta við tíma (fólki) ef stórslys verður. Fram kom að þau mál sem komið hafa upp hjá bráðamóttökunni eru oft tengd óreglu og vímuefnaneysla og ofbeldið geti vel verið gagnkvæmt undir þeim kringumstæðum. Helst hefur verið samstarf við Aflið, félagsráðgjafa og sálfræðinga. Talin var þörf á endurmenntun og fyrirlestrum til aukinnar þekkingar, til þess að eiga auðveldar með að koma auga á einkennin og læra samtalstækni. Einnig væri mikilvægt að fara yfir fordóma fólks almennt, starfsfólks heilbrigðisþjónustunnar eins og annarra, þ.e. losna undan hugsuninni „af hverju læturðu hann fara svona með þig.“

j) Félagsráðgjafi á Sjúkrahúsi Akureyrar

Ekki er um neitt fast kerfi að ræða þannig að tryggt sé að félagsráðgjafi fái vitneskju um það ef upp kemur að manneskja sem leitar til spítalans hafi verið beitt ofbeldi. Hins vegar hafi verið umræður um að setja upp ákveðna verkferla á sviðinu þannig að ekki sé tilviljun háð hvert verði framhald mála. Samstarf sé helst við sálfræðinga, lögregluna og starfsfólks spítalans en að auki sé unnt að leita til fjölskyldudeildar bæjarins og auðvitað til barnaverndarnefndar ef staðan er þannig hvort svo sem um ofbeldi sé að ræða eða aðra þætti. Viðmælandi taldi að fjöldi mála sem hún fengi vegna ofbeldis í nánnum samböndum væri um tvö á ári. Ekki var talið að smæð bæjarfélagsins ætti að þurfa að koma í veg fyrir kembileit. Hvað endurmenntun varðar taldi viðmælandi að þekking á málaflokknum væri almennt góð þó hún væri misjöfn en hins vegar væri málaflokkurinn þannig að ástæða væri til að rifja hann upp með reglulegu millibili.

k) Heilsugæslustöðin á Akureyri

Við heilsugæsluna hefur í um tuttugu ár verið unnið eftir vinnulagi og humyndafræði sem kallast "Nýja barnið". Eitt af því sem þar er gert er að skima eftir áhættuþáttum hjá ófrískum konum og eru þær meðal annars spurðar um ofbeldi og misnotkun. Ástæðan er sú að þegar konur hafa búið við slíkt ástand er aukin hættu á erfiðleikum við að mynda góð tengsl við barnið og ef tengslamyndun er ekki í lagi þá eru auknar líkur á að barnið nái ekki að þróa með sér nauðsynlega hæfni til varnar áföllum og sjúkdómum sem upp kunna að koma síðar á æfinni. Þegar mál tengd ofbeldi og misnotkun koma upp, ekki síður gömul en núverandi, þá eru úrræði heilsugæslunnar nýtt s.s. aukin aðkoma ljósmæðra, hjúkrunarfræðinga og heimilislækna en aðallega með aðgangi að fjölskylduráðgjöfum sem vinna sérstaklega með slík mál. Skimun á sér stað í upphafi meðgöngu með viðtali hjá heimilislækni og mati ljósmóður sem flokkar konurnar í þrjá hópa. Mál kvenna og fjölskyldna sem þurfa á auknum stuðningi að halda og eru í áhættuhópunum tveimur eru rædd á vikulegum samráðsfundi mæðraverndar, ungbarnaverndar, heimilislækna og fjölskylduráðgjafar, til þess að finna þau úrræði sem best henta hverju sinni. Heilsugæslan tengist félagsþjónustu Akureyrarbæjar m.a. gegnum skipulagðan samráðsvettvang þar sem fulltrúar heilsugæslunnar og félagsþjónustunnar vinna sameiginlega að úrræðum fyrir skjólstaðinga beggja aðila. Þessi samvinna gengur undir nafninu „Fagráð um fjölskylduvernd“. Allir aðilar á þessum sviðum geta sent þangað mál til umfjöllunar. Að auki er samstarf við Aflið og unnið er að því að skýra verkferla fyrir ofbeldismál. Á heilsugæslunni virðist ekki hafa verið um aukningu mála að ræða en viðtölum hefur hins vegar fjölgað. Líklega er ekki unnt að nota skráningar þar sem grundvöll mats á fjölda mála, enda tekur sjúkraskrárkerfi heilsugæslunnar ekki nægilega mið af vanda af þessu tagi. Einnig leitar fólk oft aðstoðar vegna kvíða, óróleika, svefnleysis eða slíks og þó upp komi að ofbeldi sé í myndinni þá verður það ekki aðalatriði eða nauðsynlega skráð sérstaklega.

Viðmælandi taldi ekkert því til fyrirstöðu að útfæra kembileit mæðraverndar á aðra þætti heilsugæslunnar. Hindranir væru oft meira í hugum starfsfólks en hjá skjólstaðingum. Almennt séð hafi verið unnið mikið að því hjá Akureyrarbæ að samþætta þjónustu þannig að þegar þörf sé á aðstoð þá sé horft á málin í heild og með samvinnu í huga þannig að dragi úr tvíverknaði og þjónusta öll verði markvissari.

I) Áfallamiðstöð LSH og Neyðarmóttaka vegna nauðgunar.

Viðmælendur töldu að alltaf yrði tilhneiging til þess á bráðadeildinni að aðeins úrtak skjólstæðinga yrði spurt ef farið væri í skimun, einfaldlega vegna eðlis starfseminnar og stöðugs þrýstings að afgreiðsla mála gangi fljótt fyrir sig. Einnig kom fram að skráningakerfi sjúkrahúsa sé í skoðun með það í huga að auðveldara verði fyrir hjúkrunarfræðinga að setja þar inn upplýsingar og greiningu t.d. um ofbeldisreynslu skjólstæðings. Myndatökur eru að verða fastur liður í móttöku ofbeldismála á bráðadeildinni og fastir verkferlar ef manneskja greinir frá ofbeldi. Sé það ofbeldi í nánu sambandi þá er konum sagt frá Kvennaathvarfinu og oft haft samband við lögregluna ef vilji konunnar er til þess. Með leyfi brotaþola er málinu vísað til áfallamiðstöðvar sem hefur samband við konuna næsta virka dag. Þetta gerist hins vegar aðeins ef kona segir frá ofbeldinu að eigin frumkvæði. Ástæða komu er þá oftast tilgreind sem umsókn um áverkavottorð. Hins vegar hafi verið reynt að haga málum þannig að reyndari hjúkrunarfræðingar setjist niður með viðkomandi konu og ræði við hana. Sögukerfið á að geta gefið ákveðna mynd af fjölda mála en það kallar þó á yfirlegu og einnig ber að hafa í huga að skráningu er yfirleitt ekki breytt eftir á. Um það bil 120 konur komi árlega á bráða- og göngudeild vegna ofbeldis í nánu sambandi og um helmingur þeirra þiggi aðstoð áfallamiðstöðvarinnar. Þjónustan þar er að veita andlegan stuðning, lagt er mat á áhættuþætti og tilvísun í viðeigandi úrræði. Einnig er þar ráðgefandi þjónusta fyrir aðila utan LSH.

Varðandi menntun töldu viðmælendur að fræðsla hefði aukist hin síðari ár en hins vegar væri starfsmannavelta svo mikil að þörf væri á sífelldri símenntun. Reyndar er farið af stað fræðsluverkefni sem allir hjúkrunarfræðingar sem hefja störf á spítalanum þurfa að fara í gegnum og þar er vikið að ofbeldi í nánnum samböndum. Viðmælendur töldu áhuga lækna og hjúkrunarfræðinga á málaflokknum hafa aukist og töldu meðal annars að breytingar á kynjaskiptingu læknaþópsins ætti þar hlut að máli því nú sé meirihluti ungra lækna konur og þær geri þetta meira að sínum málaflokki. Viðmælendur töldu að lokum að það yrði málaflokknum til mikils framdráttar ef þær mörgu einingar innan og utan sjúkrahússins, samtök og stofnanir sem sinna afmörkuðum þáttum málaflokksins, mynduðu eina heild með einum eða öðrum hætti. Það kæmi í veg fyrir tvíverknað og gerði allt starf, eftirfylgd og þjónustu, þjálfun og rannsóknir skilvirkari.

Viðtalsrammi

Rannsókn á ofbeldi karla gegn konum í nánnum samböndum.

Spurningar fyrir heilbrigðisþjónustuna

1. Geturðu lýst fyrir mér hvernig þið skráið mál þar sem kona hefur verið beitt ofbeldi í nánnum sambandi?
2. Eru spurningar um ofbeldisreynslu hluti af venjulegum spurningum ef kona leitar til ykkar?
3. Ef ekki, eru þá leiðbeiningar um hvað skuli gera ef grunur vaknar um að kona búi við ofbeldi þó það sé ekki ástæða komu?
4. Hvað gerið þið ef kona segir frá því að hún búi við ofbeldi eða hafi gert það?
5. Eru einhver sérstök úrræði eða þjónusta í boði fyrir þær konur?
6. Er einhver sérstök árvekni ef um er að ræða konur í þekktum áhættuhópum svo sem erlendar konur, fatlaðar eða konur í mikilli áfengis- og/eða vímuefnaneyslu?
7. Við hverja hafið þið sérstaklega samstarf vegna ofbeldis gegn konum í nánnum samböndum og hvernig er því samstarfi háttað? (Með samstarfsaðilum er hér m.a. átt við aðrar deildir á sjúkrahúsi, önnur sjúkrahús, heilsugæslustöðvar, sérfræðilækna, sálfræðinga, félagsþjónustu, barnavernd og lögreglu).
8. Eru þau úrræði sem eru til staðar fullnægjandi að þínu mati?
9. Ef ekki hverju þarf þá að breyta?
10. Er þörf á aukinni þekkingu starfsfólks á þessu sviði (t.d. endur- og símenntun)?
11. Sé svo hvaða þættir eru það þá aðallega sem leggja ber áherslu á?
12. Hvert er umfang mála sem varða ofbeldi gegn konum í nánnum sambandi síðastliðin tvö ár?
13. Er einhver vitneskja eða tilfinning fyrir því hvort slíkum málum hafi farið fjölgandi eða fækkandi?
14. Er eitthvað sérstakt sem þú hefur tekið eftir eða vilt benda á varðandi aðstoð, þjónustu og úrræði fyrir konur sem verða fyrir ofbeldi í nánnum samböndum?