

Justis- og beredskapsdepartementet

Vår saksbehandler: Astrid Grydeland Ersvik
Vår ref.: 1195325

Vår dato: 21.04.21
Deres ref.:21/1181-

Høring - NOU 2020:17 "Varslede drap?" Partnerdrapsutvalgets utredning

Norsk Sykepleierforbund (NSF) har vurdert høringsforslaget i samarbeid med faggruppene for helsesykepleiere og jordmødre. Vi konsentrerer våre innspill om Del III og V, særlig kapitlene 7 og 17, og har knyttet disse til kapittel 16 Generelle anbefalinger. Utvalgets forslag støttes i all hovedsak.

NSFs viktigste innspill:

- Obligatoriske enesamtaler bør innføres. Dette er særlig viktig for konsultasjoner hos jordmor, helsesykepleier, fastlege og psykolog.
- Et kompetanseløft i hjelpeapparatet er nødvendig og støttes.
- System for bedre kollega- og lederstøtte må utvikles.
- Det må være et absolutt krav om bruk av kvalifiserte tolker, og tolketjenestene må styrkes.
- Barnets beste må tydelig avspeiles i det videre arbeidet med tematikken. Vold mot en partner er omsorgssvikt mot evt. barn i forholdet.

Generelle kommentarer:

Partnervold og – drap rammer i all hovedsak kvinner. Istanbulkonvensjonens helhetlige tilnærming ser kjønnsbasert vold i sammenheng med diskriminering av kvinner og krever at statsparten skal «*contribute to the elimination of all forms of discrimination against women and promote substantive equality between women and men, including by empowering women*». Det er nødvendig med et aktivt arbeid knyttet opp mot artikkel 5 i FNs kvinnekonvensjon¹ (CEDAW): å motvirke kjønnsbaserte stereotypier som bygger på en forestilling om at det ene kjønn er overlegent eller underlegent det andre.

Kvinnens økonomiske selvstendighet er et viktig element for å kunne bryte ut av voldelige forhold. Kjønnsbasert vold henger nært sammen med den kjønnsmessige arbeidsdelingen i samfunnet, i et kjønnsdelt arbeidsmarked og ansvaret for familieomsorgen. Tiltak for å forebygge, avdekke, stanse og følge opp vold mot kvinner må rette seg også mot disse samfunnsområdene. En forankring av innsatsen inn mot bærekraftmålene 5 *Likestilling mellom*

¹ <https://www.regjeringen.no/contentassets/2572a8d1ac20498f8383578c11386f9e/fns-kvinnekonvensjon-pa-norsk.pdf>



kjønnene, og 16 Fred, rettferdighet og velfungerende institusjoner er viktig både i nasjonalt og globalt perspektiv.

Del III Virkemidler for å forebygge partnervold og partnerdrap

Kapittel 7.3 Helse- og omsorgstjenesten

Forebygging og et folkehelseperspektiv på dette arbeidet er sentralt. Vi ser tendenser til økt verbal trakassering, både i sosiale medier og i andre sammenhenger. Voldelige parforhold utvikler seg gjerne over tid, der verbal utagering inngår som en vesentlig del. Den brede og langsiktige folkehelseilnærmingen til tematikken er derfor viktig.

Særlig om arbeid med familier med barn

Alle de 19 sakene som ble gjennomgått av utvalget involverte barn. Helsestasjon- og skolehelsetjenesten er derfor en avgjørende tjeneste for å avdekke vold i familier. Som utvalget peker på: *grov vold mot barn og vold mellom foreldre henger sammen, og vold mot en forelder er omsorgssvikt mot barn.* Barn blir ofte symptombærere på dysfunksjonelle og voldelige familieforhold. Kompetanse på avdekking blir derfor viktig. Det helsefremmende og forebyggende arbeidet må prioriteres, både med tanke på familievold, partnervold og i ytterste konsekvens partnerdrap.

Både helsesykepleiere, barnesykepleiere og jordmødre sin kompetanse er vesentlig i arbeidet med å forhindre og avdekke partnervold/vold i familier, samt å bistå den voldsutsatte og barn som lever i familier med vold mot/mellom foreldre. Relasjonell kompetanse som skaper tillit mellom bruker, helsetjenesten og annet hjelpeapparat er en grunnleggende forutsetning for både forebyggende arbeid og det å kunne avdekke evt. vold.

Partnervold rammer også det ufødte barnet. Livssituasjonen en gravid kvinne befinner seg i vil kunne være et mulighetsvindu for å komme seg ut av et voldelig forhold; hun har ikke lenger ansvar bare for seg selv. I svangerskapsomsorgen er det flere samtalepunkter ment for å avdekke vold. Om kvinnen ikke er klar for å ta steget ut, kan likevel samtale med jordmor modne kvinnen i en prosess slik at hun klarer å bryte ut på et senere tidspunkt. En fødsel kan være den eneste arenaen hvor jordmor kan observere paret sammen over noe tid. Frykt, stress og usikkerhet er en del av normalbildet ved en fødsel. Reaksjonsmønstre kan komme til overflaten på en måte paret ikke helt kontrollerer, og skadelige forhold kan avdekkes. Jordmødre har i kraft av sin kompetanse opparbeidet seg et profesjonelt blikk på identifisering av avvik som kan skyldes partnervold.

Kontinuitet i tjenestetilbudet

Helsepersonell kan kvie seg for å melde ifra basert på mindre mistanker, at noe «skurrer», eller en dårlig magefølelse. Å bli spurt om å være voldsutsatt er ikke nødvendigvis nok til at offeret tør å åpne seg, men det kan fungere som en invitasjon til å snakke om dette på et senere tidspunkt. Skal vold avdekkes krever det gode relasjoner mellom tjenesteyter og den voksne/barnet. Slike relasjoner utvikles over tid. Kontinuitet i relasjonen mellom bruker og tjenesteyter er derfor av betydning.

Praksiseksempel: Mange ganger rekker ikke jordmor å møte kvinnen eller ledsager over tid, og korte inntrykk kan oppleves som et for svakt grunnlag for å agere. Møter med ulike jordmødre (og fastlege) i helsevesenet kan føre til en pulverisering av ansvaret for å følge opp de observerte forhold. Andre ganger kan samme jordmor ha mulighet til å observere paret i flere



settinger og over tid, noe som kan gi økt treffsikkerhet på vurderinger og tiltak. Det samme gjelder helsesykepleiere, som må være reelt tilgjengelige over tid – både for familien på helsestasjonen og for barna i skolehelsetjenesten.

Arbeidsbetingelsene til disse profesjonene er ikke tilstrekkelige til å sikre kontinuitet eller bistå kvinner og familier som er voldsutsatte. Mangel på tid til å avdekke og følge opp er sannsynligvis en viktig årsak til at mistanker ikke følges godt nok opp, verken i helsestasjon- og skolehelsetjeneste, spesialisthelsetjenesten og blant jordmødre, der deltidsstillinger og høyt arbeidspress er utbredt. Det er derfor viktig at tiltak for å bekjempe vold mot kvinner også sørger for å legge til rette for at profesjoner som kan forhindre, avdekke og bistå har tilstrekkelig med ressurser.

Det er også viktig med samarbeid mellom ulike instanser, slik at man vet hvor man kan få bistand eller henvise voldsofre videre. Helsestasjon- og skolehelsetjenesten har behov for kommunale tilbud som raskt kan komme inn i de sakene hvor det mistenkes vold, og da gjerne før det blir behov for barnevern eller politi. Det kan være behov for styrket familievern, gruppe-tilbud for å mestre foreldrerollen, rusforebyggende tiltak, tilbud for utfordringer med psykisk helse, osv. Se kommentarer til 16.13.

Eldre mennesker som utvikler kognitiv svikt eller omfattende helsesvikt på andre områder kan være særlig sårbare for vold fra partner eller andre nære omsorgspersoner. Forverret helsetilstand kan eskalere allerede eksisterende konflikter, eller utløse vold. Ansatte i helse- og omsorgstjenestene må ha kompetanse og verktøy for å kunne avdekke faresignal og avhjelpe situasjonen, og til å forebygge.

7.4 Krisesenter og 7.6 Familievern

Vi har ingen merknader utover spørsmål om det er tilstrekkelig antall krisesentre, og hvordan samarbeidet med øvrig hjelpeapparat organiseres og sikres. Det samme gjelder i stor grad familievernkontorene, som vi vurderer trenger en styrking, jfr. våre innspill til barneloven.² Barneperspektivet i familier med partnervold er viktig at ivaretas av begge disse tjenestene.

7.5 Barnevern

For at samarbeidende tjenester skal kunne gi viktige bidrag inn i barnevernets kartlegginger i familier der partnervold og omsorgssvikt utredes, er det noen forhold som bør kvalitetssikres og være like i alle kommuner. Dette handler bla. om at spørsmålene barnevernet stiller tjenestene må være målrettet og spesifikke nok. De må sikre at opplysninger fra skolehelsetjenesten etterspørres. Vi erfarer at det ofte ikke, eller noe tilfeldig blir innhentet opplysninger fra denne tjenesten. Dette kan bunne i at når barnevernet spør foreldre om de har hatt kontakt med skolehelsetjenesten svarer foreldre ofte nei. Skolehelsetjenesten kan imidlertid ha jevnlig kontakt med barnet i familien uten at foreldre kjenner til det, og helsesykepleier sitter gjerne med opplysninger fra barnets oppvekst siden fødsel.

Del V Utvalgets anbefalinger

Kapittel 16 Generelle anbefalinger

16.3 Alle må tilbys alenesamtaler med hjelpeapparatet

Forslaget om obligatoriske enesamtaler støttes. Det er viktig at både kvinnen og mannen får mulighet til å ha noen konsultasjoner uten at partner er med. Dette gjelder spesielt

² DM#1187260



konsultasjoner hos fastlege, jordmor, helsesykepleier og psykolog. Se også våre innledende kommentarer.

16.4 Økt bruk av kvalifisert tolk

Utvalgets forslag støttes. Det må tydeliggjøres et absolutt krav om bruk av profesjonelle tolker i alle konsultasjoner. Dette er særlig viktig når vold er mistenkt eller fastslått. Vi har erfart at både tid og situasjon noen ganger «tvinger» helsepersonell til å bruke familiemedlemmer som tolk. Eksempelvis har den som har vist seg å være voldsutøveren i flere tilfeller blitt benyttet som tolk både i svangerskaps- og fødselsomsorgen, eller i kontakt med øvrig hjelpeapparat til tross for at det er anbefalt å benytte profesjonell tolk. Det er også en utfordring at kvaliteten på tolketilbudet ikke er godt nok, og ikke godt nok utbygd. Økonomiske hensyn gjør at tolketjenester som ikke holder godt nok nivå, ofte vinner anbudsrunder. Vi må bidra til å sikre at kvinner får ytre seg på fritt grunnlag, uten partner eller andre familiemedlemmer til stede som kan legge føringer for hva som sies eller ikke.

I noen av beskrivelsene fremgår det at språk og kultur er en barriere. Mange flyktninger kan ha en traumatisk historie bak seg. Familiene som kommer til Norge bør derfor tidlig få en helsefaglig vurdering og tilbud om videre hjelp. Vi viser ellers til vårt høringsinnspill til *Forslag til forskrift til integreringsloven*.³ Kulturkompetanse og – sensitivitet er viktig hos helsepersonell. Dette må imidlertid ikke overskygge at vold mot kvinner/vold i nære relasjoner er straffbart i Norge uansett kulturopprinnelse.

16.5 Bedre kollega- og lederstøtte

Jfr. 7.3.3.2 Risikovurdering

Risikovurderingsverktøy som *Danger Assessment* er så langt vi er kjent med i liten grad implementert, eks. verken i jordmortjenesten eller i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Verktøy som skal benyttes i disse tjenestene bør fortrinnsvis ha et forebyggende formål. Alle akutte tjenester må ha særlig kompetanse på, og verktøy for å kunne avdekke partnervold. De må også ha en «bekymringsberedskap», dvs. vite når de bør mistenke vold i et forhold og hvordan de skal ta denne bekymringen videre. Her vil vi også vise til vårt høringssvar vedr. *retningslinjer for overgrepsmottak*⁴.

For alle tjenester er det viktig at det legges til rette for at ansatte kan dele bekymring med kolleger eller med leder. Hvordan bekymringer vurderes kan ikke reduseres til å være et individuelt ansvar, men må inngå i system- og lederansvaret.

16.6 Bedre dokumentasjonsrutiner

I et helsevesen hvor de elektroniske pasientjournalssystemene er mange og kun delvis snakker sammen, representerer de både et informasjonshull og en mulig risiko for pasientsikkerheten. Eksempelvis vil elektronisk helsekort for gravide være et viktig tiltak for å følge opp kvinnen best mulig, avdekke hvilken type oppfølging som er gitt når og hvor, om konsultasjoner er unngått, eller annet er identifisert i løpet av svangerskapet m.m.

16.7 Styrking av forskning om vold i nære relasjoner

Vi ser klart behovet for mer forskning på tematikken, særlig på hvordan forebygge partnervold og – drap og utvikling av hensiktsmessige verktøy for ulike tjenester. Et eksempel på hvordan

³ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-forslag-til-forskrift-til-integreringsloven/id2715472/?uid=3d29bcf2-b79f-45e3-84e3-cf75e22582ce>

⁴ DM#1170173



profesjonene selv utvikler verktøy er «/ Trygge hender»⁵. Verktøyet er utviklet av og skal brukes av helsesykepleiere på helsestasjonen for å forebygge vold mot de aller yngste barna.

16.8 Kompetanseløft i hjelpeapparatet

Jfr. Kapittel 17 Anbefalinger rettet mot politi og øvrig hjelpeapparat, 17.2 Helse- og omsorgstjenesten, 17.2.1 Kompetanseløft i helsetjenesten

Utvalget peker på behovet for et kompetanseløft i helsetjenesten, særlig for fastleger, psykologer, jordmødre og helsesykepleiere. NSF deler utvalgets vurdering. De anbefaler at det utvikles ulike etterutdanningskurs, og at det bør utredes om helsepersonell skal ha en plikt til å gjennomføre slike kurs. Utvikling av etterutdanningskurs er et forslag vi støtter. Disse kan gjerne være tverrfaglige for å bidra til økt samhandling og felles forståelse av problematikken. Samtidig ser vi at det også kan være behov for mer målrettede fagspesifikke kurs. Det er mange tema som bør inngå i evt. etterutdanningskurs: oppdatert kunnskap om risikofaktorer, risikovurdering og risikohåndtering, de psykologiske mekanismene i voldelige forhold, kommunikasjon, kulturforståelse, relevant regelverk og relevante hjelpetilbud er noen stikkord. Kompetanse på gjeldende lovverk og plikter er avgjørende.

Et annet ledd i kompetanseheving er at nasjonale helsemyndigheter sørger for oppdaterte veiledere/retningslinjer og verktøy, og at helsepersonell får nødvendig innføring i disse. Vi vil også peke på behovet for å etablere et kompetansemiljø for helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Dette er en tjeneste som retter seg mot alle barnefamilier der vold og omsorgssvikt forekommer, og som ikke minst har en viktig forebyggende funksjon opp mot denne tematikken.

Vi oppfatter at utvalget peker på en gjennomgående mangel på handlingskompetanse i tjenestene når det er mistanke om eller avdekkes vold. Satt på spissen er det i en del tilfeller nok at offeret benekter vold, og så gjøres det ikke mer. Det kan også virke som helsetjenesten i sin kontakt med voldsutsatte/mistenkt voldsutsatte i liten grad er oppmerksomme på barn som pårørende. Tjenestene har et stort potensial i å avdekke og avverge ytterligere vold. Det krever både tiltak på systemnivå, kompetanseheving og utvikling av hensiktsmessige verktøy. Ulike dilemma som helsepersonell opplever i slike saker, blir viktige å løfte frem. Et tydelig mål for et kompetanseløft må være å gi økt handlingskompetanse hos helsepersonell.

16.9 Informasjonskampanjer og nettressurser

Ingen merknader.

16.11 Nasjonal forebyggingsstrategi mot partnervold og partnerdrap

Forslaget støttes. Involvering av aktuelle faggrupper som jordmødre og helsesykepleiere forutsettes i et slikt arbeid. En nasjonal strategi må også omhandle konkrete forslag til styrking av tjenestetilbudet.

16.11 Økt kompetanse på reglene om informasjonsutveksling

Jfr. Kapittel 8 Taushetsplikt og informasjonsutveksling

Kunnskap om eksisterende regelverk er nødvendig for at regelverket skal etterleves og håndheves. Dette er igjen nødvendig for å sikre at personer som utsettes for eller utøver vold i nære relasjoner får tilstrekkelig hjelp og oppfølging. Mer samkjørt lovverk kan gi enklere oversikt og mindre rom for å tolke. Det aller viktigste er allikevel tilstrekkelig opplæring i både felles- og

⁵ <https://www.nsf.no/fg/helsesykepleiere/fg/helsesykepleiere/i-trygge-hender>



særlovgivning. Endringene i loven om opplysningsplikten er et godt eksempel på en forbedring av loven. Disse endringene må imidlertid formidles ut til tjenesteyterne. Bare noe så enkelt som at utvalget her skriver at *opplysningsplikt innebærer taushetsforbud* vil være klargjørende for mange.

16.12 Plikt for kommunene om å ha handlingsplan mot vold i nære relasjoner

Forslaget støttes, men må følges opp med nødvendige ressurser slik at kommunene kan følge opp handlingsplanen med tiltak.

16.13 Plikt for kommunene til å etablere tverrfaglige og tverretatlige samarbeidsmodeller

For å få et helhetlig bilde av situasjonen og treffe med forebyggende arbeid eller tiltak, må det etableres system for informasjonsutveksling mellom tjenester. Tettere løpende dialog og dialogmøter bør være standard. Vold i nære relasjoner generelt, og mer spesifikke kasuistikker bør løftes frem.

Samarbeidsmodeller bør også omhandle samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Eksempelvis er både legevakt, overgrepsmottak og psykiske helsetjenester relevante samarbeidsaktører. Her vil vi vise til vårt høringssvar til *Innspill til Prop. 102 L 19 Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven (nytt krav til samarbeidsavtalen mellom kommuner og helseforetak⁶)*. Nasjonale myndigheter bør ikke overlate all modellutvikling til kommunene, men legge føringer slik at det utvikles likeverdige og kunnskapsbaserte tilbud.

16.14 Beskyttelse av den voldsutsatte forelderen ved barns samvær med voldsutøver

Forslagene støttes. Vi savner en nærmere problematisering av barnets situasjon og prinsippet om barnets beste, når det legges opp til samvær med en forelder som har utøvd partnervold. Vi vil her vise til vårt høringssvar til *NOU 2020:14 Ny barnelov – til barnets beste⁷*.

Med vennlig hilsen

Lill Sverresdatter Larsen
Forbundsleder

Bente Lüdemann
Fagsjef

Kopi:

Landsgruppen av helsesykepleiere NSF
Jordmorforbundet NSF

⁶ DM#1202094

⁷ DM#1187260

