



Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen

- hvordan avdekke vold

Publikasjonens tittel: Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen - hvordan avdekke vold

Utgitt: 04/2014

Bestillingsnummer: IS-2181

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Allmennhelsetjenester
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Hftet er tilgjengelig: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner>

Saksbehandler: Rådgiver Kjersti Kellner, Helsedirektoratet

Ansvarlig fagavdeling: Allmennhelsetjenester, primærhelsesdivisjonen

FORORD

Vold i nære relasjoner er et samfunns- og folkehelseproblem som forekommer i alle samfunnslag. Mellom 8 og 14 prosent av kvinner har vært utsatt for vold fra partner, og om lag fire prosent av alle gravide i Norge har vært utsatt for fysisk vold i svangerskapet. Å være gravid og bli utsatt for vold kan få alvorlige konsekvenser, både for den gravide og det ufødte barnet.

Helsedirektoratet utgir *Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen – hvordan avdekke vold*. Retningslinjen skal bidra til å avdekke vold mot gravide.

Retningslinjen anbefaler at helsepersonell åpner opp for temaet vold i nære relasjoner så tidlig som mulig i svangerskapet som del av etablert god klinisk praksis. Vold i nære relasjoner skal håndteres tilsvarende som andre temaområder helsepersonell rutinemessig inviterer gravide til å snakke om. Målet er at kvinner utsatt for vold skal få mulighet til å snakke om dette og gis forsvarlig og nødvendig oppfølging.

Voldsutsatte og helsepersonell forteller at samtaler og spørsmål om vold er sårbart og vanskelig. Vi er inne på et område med tabu, skyld og skamfølelse. Det er derfor viktig at gravide får forutsigbar og god helsehjelp uavhengig av hvor de velger å gå til kontroll.

Retningslinjen har anbefalinger til kommunene basert på gjeldende regelverk og kommunens plikt til å gi nødvendig og forsvarlig helsehjelp. Retningslinjen viser hvordan helsepersonell sammen med andre tiltak i kommunal regi, kan gi bedre hjelp til gravide som er utsatt for vold.



Bjørn Guldvog
Helsedirektør

Oslo, mai 2014

INNHold

FORORD	2
INNHold	3
SAMMENDRAG	4
Nærmere om hvordan anbefalingene er utarbeidet	5
Om rutinemessig spørsmål	6
Hvordan avdekke vold i svangerskapsomsorgen	6
1. FLYTSKJEMA	9
2. GRAVIDE MED VOLDSERFARINGER	10
2.1 Vold i nære relasjoner	10
2.2 Rutinemessig spørsmål om vold til gravide	10
2.3 Om vold	11
2.4 Vold mot gravide	11
2.5 Konsekvenser ved å bli utsatt for vold	12
3. RELEVANT REGELVERK	13
3.1 Om kommunens ansvar	13
3.2 Om helsepersonells ansvar	14
3.2.1 Dokumentasjon	15
3.2.2 Taushetsplikt	15
3.2.3 Opplysningsrett	16
3.2.4 Opplysningsplikt til barnevernstjenesten	16
3.2.5 Opplysningsplikt til politiet og avvergelsesplikt	16
3.2.6 Oppfølging av helsepersonell	16
3.3 Om pasientrettigheter	16
4. BAKGRUNN	18
4.1 Oppdraget	18
4.2 Arbeidsprosessen for revisjonen	19
4.3 Informasjonsmateriell	20
5. REFERANSELISTE	21
6. VEDLEGG	24

SAMMENDRAG

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet oppdatert *Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen*¹ på temaet vold mot gravide. Helsedirektoratet anbefaler at det innføres rutinemessige spørsmål til alle gravide om vold. Med begrepet «vold» menes i denne retningslinjen både fysisk, psykisk og seksuell vold.

- **Det anbefales at helsepersonell som ledd i svangerskapsomsorgen stiller alle gravide spørsmål om vold, både nåværende og tidligere erfaringer.**
Moderat kunnskapsgrunnlag, god klinisk praksis – Sterk anbefaling
- **Det anbefales at en eller flere svangerskapskonsultasjoner settes av til samtale med kvinnen alene.** God klinisk praksis – Sterk anbefaling
- **Kvinnen skal ha individuell oppfølging når vold avdekkes, og hun må få mulighet til å være med på å bestemme tiltak og hjelp.**
Forankret i lov/forskrift – Sterk anbefaling
- **Det anbefales at helsepersonell ikke dokumenterer voldserfaringer i dagens helsekort for gravide.** God klinisk praksis – Sterk anbefaling
- **Ved identifisert voldserfaring er det viktig at helsepersonell samarbeider tverrfaglig, særlig ved risikovurdering, sikkerhetsarbeid og ved behov for henvisning til andre instanser.** God klinisk praksis – Sterk anbefaling
- **Kommunen skal sørge for at helsepersonell har nødvendig opplæring og kompetanse og kommunen har ansvar for oppfølging når vold mot gravide avdekkes.** Forankret i lov/forskrift – Sterk anbefaling
- **Kvinnen bør spørres flere ganger gjennom svangerskapet ved tilstander assosiert med vold i nære relasjoner.** Svakt kunnskapsgrunnlag – Betinget anbefaling

¹ [Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen](#)

Nærmere om hvordan anbefalingene er utarbeidet

Anbefalingene i retningslinjen er utarbeidet på bakgrunn av kunnskapsbasert praksis. Forskningsbasert kunnskap, klinisk kunnskap og brukerens ønsker og behov er vurdert i kontekst av verdier, lover og forskrifter. Ekstern høring er gjennomført og en bred sammensatt arbeidsgruppe med pasient- og brukerrepresentasjon har gitt verdifulle innspill. Retningslinjens anbefalinger bygger på avveininger mellom de ulike kildene til kunnskap.

Metoden som er brukt for å gradere kvaliteten på effektstudiene er Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE). I GRADE defineres kvaliteten på dokumentasjon slik: *Kvaliteten på dokumentasjonen reflekterer i hvilken grad vår tillit til effektestimater er tilstrekkelig til å støtte en bestemt anbefaling*². Graderingen rangeres fra svært lav til høy kvalitet.

Graderingen for styrken på anbefalingene beskriver i hvilken grad vi kan stole på at det vi gjør vil gjøre mer nytte enn skade. Styrken på anbefalingen avhengig av kvaliteten på dokumentasjonen og hvor stor nytte vi har av et anbefalt tiltak i forhold til mulige bivirkninger. Styrken på anbefalingen avhenger videre om det er enighet om verdier og preferanser tilknyttet anbefalingene, og om en eventuell positiv effekt er verdt kostnadene. Forslag til anbefalinger er presentert for bl.a. arbeidsgruppen og høringsinstanser.

Helsedirektoratet har til slutt ferdigstilt anbefalingene. Den enkelte anbefalingen er gradert som sterk eller svak/betinget, for eller mot et tiltak:

- En sterk anbefaling for et tiltak medfører at de fleste pasienter ønsker det anbefalte tiltaket. Helsepersonell vil i høy grad mene at pasientene bør få tilbud om tiltaket. Disse anbefalingene benytter formuleringen *anbefaler*. Begrepet «skal» eller «må» i retningslinjer benyttes dersom anbefaling er lov- eller regelfestet eller så klart faglig forankret at det sjeldent vil være forsvarlig ikke å gjøre som anbefalt.
- En svak/betinget anbefaling kan medføre at de fleste pasienter vil ønske det anbefalte tiltaket, men noen vil kanskje ikke ønske det. Helsepersonell bør være forberedt på å gi pasienter tilstrekkelig informasjon, slik at pasienten kan ta en informert beslutning. Disse noe svakere anbefalingene benytter formuleringen *foreslår/kan*.

Det er antatt at en samtale med gravide om vold ikke vil ha økte kostnader utover en initial kostnad med hensyn til nødvendig opplæring. Det er ikke gjort en økonomisk og administrativ analyse av dette tiltaket, da direktoratet vil komme tilbake til det i revisjon av Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen som et hele.

Det er ved implementering av retningslinjen behov for ferdighetstrening, kurs og veiledning fra kommunens og fagprofesjonenes egne rekker. Statens bidrag kan skje bl.a. ved kompetansesentra både nasjonalt og regionalt.

² [Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer](#)

Om rutinemessig spørsmål

Helsedirektoratet vil innledningsvis gjøre nærmere rede for innholdet i begrepet rutinemessig spørsmål da dette er brukt i en rekke førende dokumenter uten nærmere beskrivelse, men med følgende tilføyelse «..det skal beskrives hvordan spørsmål om vold bør tas opp og følges opp».

National Institute for Health and Care Excellence (4) sier: "...there is an ongoing debate about the effectiveness and desirability of screening, routine and targeted enquiries to identify people who are experiencing domestic violence and abuse". Denne retningslinje er ikke innføring av en ny nasjonal screening, men anbefalinger tuftet på god klinisk praksis.

Retningslinjen anbefaler «...at helsepersonell som ledd i svangerskapsomsorgen stiller alle gravide spørsmål om vold, både nåværende og tidligere erfaringer». Med dette menes at helsepersonell på en naturlig måte tar opp temaet ved anamneseopptak eller ved senere oppfølgingsamtaler. Dette er i tråd med hvordan helsepersonell i dag rutinemessig håndterer en rekke andre samtaletemaer i svangerskapsomsorgen (e.g. tobakk, alkohol, seksualitet og psykisk helse m.v.).

Retningslinjens anbefalinger bygger på god klinisk praksis slik kunnskapsgrunlaget innhentet viser. Dette er godt beskrevet i blant annet kildene fra WHO og NICE (se senere referanser). I det følgende gjøres det nærmere rede for hvordan spørsmål om vold kan tas og følges opp.

Hvordan avdekke vold i svangerskapsomsorgen

Samtalen der den gravide blir spurt om vold skal gjennomføres når partneren ikke er til stede. Det anbefales derfor at kvinnen informeres om at minst én konsultasjon i svangerskapet settes av til samtale med kvinnen alene (1, 2). Det er viktig at vold tematiseres og derfor bør helsepersonell gi alle gravide og deres partnere informasjon på generelt grunnlag om konsekvenser for helse og livskvalitet til mor og det ufødte barnet. Der det er naturlig kan kvinnens partner ha samtale med helsepersonellet alene. Helsepersonell må ikke gi noen opplysninger om kvinnen uten kvinnens samtykke.

Det er viktig at helsepersonell i samtale med gravide om vold viser forståelse, empati og ikke er fordømmende (3, 4). Holdninger som gjenspeiler det motsatte vil kunne føre til at den gravide ikke ønsker å gi informasjon om voldserfaringer til helsepersonell.

Vold bør tematiseres så tidlig som mulig i svangerskapet. De fleste kvinner opplever det positivt å få spørsmål om vold i svangerskapsomsorgen, og i noen tilfeller kan det være bra å bli spurt flere ganger i løpet av graviditeten (5, 6). Kvinner som har erfaring med å bli utsatt for vold kan oppleve det belastende å bli spurt om dette, men likevel ønsker de fleste å bli spurt og få mulighet til å snakke om den vanskelige situasjonen (6-9). Når helsepersonell spør kvinnen om voldserfaringer, kan det være hensiktsmessig å understreke at dette er noe alle gravide spørres om (10).

Verdens helseorganisasjon (WHO) (3) har en liste med kriterier som må være tilstede når kvinnen blir spurt om hun blir eller har blitt utsatt for vold. Kriteriene er blant annet:

- Konsultasjon må skje privat og i en skjermet setting
- Helsepersonell må være støttende og ikke dømmende
- Gi praktisk råd, støtte og informasjon om relevante tilbud, som for eksempel juridiske rettigheter og mulighet for å øke sin (og eventuelle barns) sikkerhet der det er behov
- Ikke være invaderende og presse til samtale, men la kvinnen gi informasjon frivillig
- Spør om voldshistorikk, være lyttende
- Være støttende til at kvinnen kan utnytte sitt sosiale nettverk

Forslag til spørsmål:

- Er du noen gang redd i eget hjem?
- Er du redd for partneren din eller andre?
- Har du noen gang blitt ydmyket av partneren din, tidligere partnere eller andre? Blir du nedverdiget offentlig, hindret i å møte venner eller gjøre ting du ønsker?
- Har du noen gang blitt slått, sparket eller på andre måter angrepet fysisk.
Hvis ja, når, av hvem, hvor mange ganger og hvilke skader?
- Har noen gjort noe seksuelt mot deg som du ikke ønsket?
Hvis ja, når og av hvem?
- Har noen i løpet av det siste året gjort deg bekymret for tryggheten til barna dine, eller er du bekymret for tryggheten til barnet ditt når det blir født?
Hvis ja, av hvem?

Der vold blir avdekket er det viktig at helsepersonell snakker med kvinnen om hennes og eventuelle barns sikkerhet. Dette bør inkludere hvordan kvinnen kan kontaktes om hun ikke møter til avtalt konsultasjon, hvilke strategier kvinnen har når vold oppstår, og hvordan hun kan unngå ytterligere vold. Det er viktig at helsepersonell snakker med kvinnen og legger hennes erfaringer til grunn for risikovurdering, videre sikkerhetsarbeid og henvisning til andre instanser. Kvinnen vil alltid være den som kjenner sin situasjon best.

Helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten og eventuelt i overgrepsmottak må vurdere kvinnens behov for nødvendig fysisk og psykisk helsehjelp. Helsepersonell må også vurdere nødvendige samarbeid med annet helsepersonell når det blir avdekket at kvinnen blir eller har blitt utsatt for vold. Aktuelt helsepersonell kan for eksempel være fastleger, jordmor, helsesøster, gynekolog og psykolog. Også tverrfaglig samarbeid med politiet, barnevern, krisesenter, familievernkontor, Alternativ til vold og/eller Landsforeningen for voldsofre kan være aktuelt. Helsepersonell kan i alle tilfeller ta kontakt med kollegaer og andre instanser for anonym drøfting ved behov.

Ved implementering av retningslinjen er det viktig at kommunen bruker allerede etablerte kanaler for utvikling av kompetanse hos helsepersonellet. Noen³ kommuner har allerede fått opplæring i blant annet om vold i nære relasjoner gjennom opplæringsprogrammet «Tidlig inn»^{4, 5} hvor 4 kompetansemiljøer systematisk har gitt opplæring i kommunene om hvordan helsepersonell kan oppdage og håndtere sårbare temaer som psykisk helse, rus og vold i nære relasjoner i møte med gravide og småbarnsforeldre.

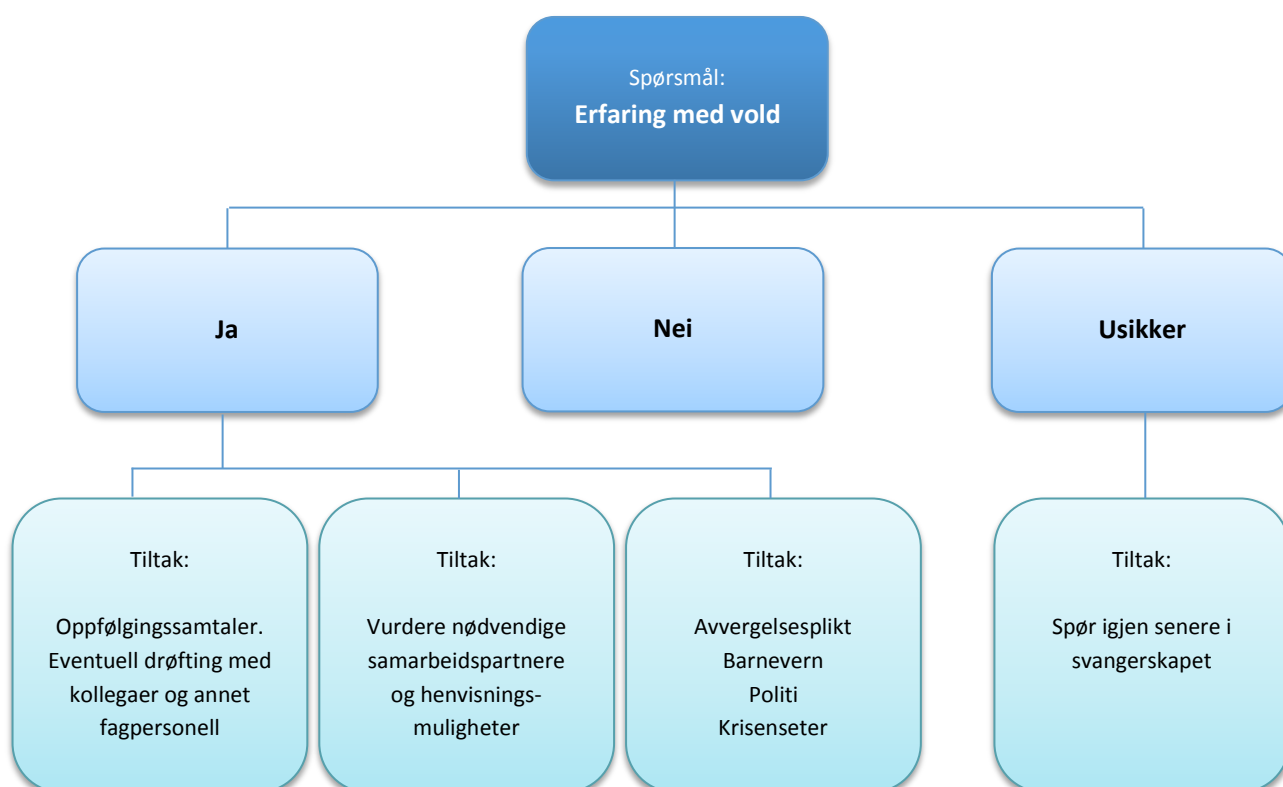
³ Foreløpig 60 kommuner

⁴ [Opplæringsprogrammet Tidlig Inn](#)

⁵ [Opplæringsprogrammet Tidlig Inn, brosjyre](#)

1. FLYTSKJEMA

Flytskjemaet er et praktisk hjelpemiddel i det daglige arbeidet for å avdekke vold mot gravide. Helsepersonell kan selv sette inn navn og telefon nummer til annet helsepersonell, andre deltjenester i kommunen, spesialisthelsetjenesten og andre lokale samarbeidende instanser og helsepersonell.



2. GRAVIDE MED VOLDSERFARINGER

2.1 Vold i nære relasjoner

Vold som foregår i nære relasjoner medfører noen særlige utfordringer. Det er utfordrende å avdekke og stoppe volden, samt å hjelpe den utsatte. I tillegg til de synlige og umiddelbare fysiske skadene som volden medfører, er det klare sammenhenger mellom vold og senere fysisk og psykisk uhelse. Både de helsemessige konsekvensene og omfanget av vold i nære relasjoner, tilsier at vi står overfor et alvorlig folkehelseproblem.

I tillegg til de helsemessige konsekvensene, vet vi at vold i nære relasjoner også har store sosiale konsekvenser. Den enkeltes mulighet til å delta aktivt i samfunnet reduseres, og kan føre til isolasjon, økonomiske problemer og arbeidsledighet. Vold har også store samfunnsøkonomiske kostnader i form av økte behov for hjelpetiltak i skolen, psykisk og fysisk helsehjelp, barneverntiltak samt krisesenterhjelp og økt behov for polititressurser. En analyse av vold i nære relasjoner, som ble offentliggjort i desember 2012, anslår at vold i nære relasjoner koster det norske samfunnet mellom 4,5 og 6 milliarder kroner årlig (11).⁶

2.2 Rutinemessig spørsmål om vold til gravide

Formålet med rutinemessig spørsmål om vold er å identifisere kvinner i svangerskapsomsorgen som opplever vold og overgrep, og å kunne yte nødvendig helsehjelp og eventuell

annen bistand. Et prøveprosjekt i Norge der det ble stilt spørsmål om vold til alle gravide, viste at hver fjerde kvinne har erfaring med å bli utsatt for vold, og at fire prosent av kvinnene ble eller hadde blitt utsatt for fysisk vold under ett svangerskap (6, 12). En norsk omfangsundersøkelse (2014) som omfatter 2435 kvinner, inneholdt spørsmål om vold i parforhold. Undersøkelsen viser at 8,2 prosent av kvinnene rapporterte å ha blitt utsatt for alvorlig vold fra partner, mens 14,4 prosent av kvinnene rapporterte å ha blitt utsatt for mindre alvorlig vold fra partner noen gang i livet (13).

Helsemyndighetene i Storbritannia ga i februar 2014 ut en retningslinje vedrørende vold og overgrep i nære relasjoner (4). National Institute for Health and Care Excellence (NICE) har følgende anbefaling:

Ensure trained staff in antenatal, post-natal, reproductive care, sexual health, alcohol or drug misuse, mental health, children's and vulnerable adults' services ask service users whether they have experienced domestic violence and abuse. This should be a routine part of good clinical practice, even where there are no indicators of such violence and abuse.(4)

Verdens helseorganisasjon ga i 2013 ut retningslinjen *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women – WHO clinical and policy guidelines* (3).

⁶ [Melding til Stortinget nr. 15 \(2012-2013\)](#)

Verdens helseorganisasjon anbefaler ikke helsetjenesten å rutinemessig stille spørsmål om vold i nære relasjoner til alle kvinner, men de anbefaler at det under noen forutsetninger stilles til alle gravide i svangerskapsomsorgen. De vektlegger svangerskapet som en ekstra viktig tid da ikke bare kvinnen påvirkes, men også fostret. I sine retningslinjer gir de noen forutsetninger (minimal requirements) for å kunne stille spørsmål til alle gravide om vold. Disse forutsetningene er at det må finnes retningslinjer, at helsepersonell får opplæring i å spørre, at taushetsplikt ivaretas og at det må være noen å henvise til.

2.3 Om vold

Verdens helseorganisasjon definerer partnervold som enhver handling som forårsaker fysisk, psykisk eller seksuell skade i et parforhold. Adferden kan for eksempel inkludere slag, spark, trusler, nedverdiggelse, ydmykelse o.l., voldtekt eller andre seksuelle overgrep. Partnervold kan også innebære kontrollerende adferd, for eksempel å isolere partneren fra familie og venner, overvåke partnerens bevegelser og gi vedkommende begrenset tilgang til informasjon, assistanse og økonomiske midler. Når vold utøves gjentatte ganger i det samme forholdet, omtales ofte fenomenet som «mishandling» (14).

Partnervold kan grovt deles i to typer (15)

- Episodisk partnervold
- Intimterrorisme

Den episodiske partnervolden kan være enkelthendelser der stress og frustrasjon skaper konflikter som ender med fysisk, psykisk eller seksuell vold. Intimterrorisme er en type voldsutøvelse som inneholder ønske om kontroll over partneren. Denne type vold er ofte gjentakende med et eskalerende mønster, og er mer skadelig for helsen til den/de utsatte. I de fleste tilfeller der kvinner

utsettes for vold i hjemmet er det partneren som er utøver (6).

Vold mot gravide kan også utøves av andre familiemedlemmer og tidligere partnere. Helsepersonell bør være oppmerksomme på tvangsekteskap og situasjon for ekteskapsinngåelse, der det er relevant. Kvinner kan også selv være voldsutøver mot partner, egne barn og i sjeldne tilfeller mot barnet i magen.

2.4 Vold mot gravide

Å være gravid og samtidig bli utsatt for vold i hjemmet er en stor belastning, både for helsen og livskvaliteten hos den gravide og det ufødte barnet. Likevel er kvinner som opplever vold i hjemmet en lite synlig gruppe i helse- og omsorgstjenesten. Dette kan skyldes at de opplever skyld og skam, og at kvinner sjelden forteller om sin livssituasjon uoppfordret (7, 8), men det kan også skyldes at voldsutsatthet ikke tematiseres eller etterspørres av helsepersonell. Rutinemessig bruk av relevant samtaleverktøy øker avdekkingen av voldsutsatthet (6, 9, 16, 17).

De fleste kvinner oppsøker helsevesenet i svangerskapet og dette gir større mulighet til å nå de som er utsatt for vold. Å bli mor medfører psykologiske endringer hos kvinnen, som kan skape muligheter for å motta støtte til å endre en vanskelig livssituasjon (18, 19).

Indikatorer på at et problem eller en tilstand kan ha sammenheng med voldsutsatthet (4), er blant annet:

- Symptomer på psykiske plager eller lidelser (som depresjon, posttraumatisk stress-syndrom og søvnforstyrrelser)
- Alkohol og annet rusmiddelbruk
- Uforklarlige kroniske mage-tarm symptomer

- Uforklarlige symptomer i reproduksjonssystemet, inkludert bekkensmerter og seksuelle problemer
- Flere ikke-planlagte svangerskap og aborter, vaginal blødning, seksuelt overførbare infeksjoner, sen start på svangerskapsomsorg, spontanabort, prematur fødsel og/eller dødfødsel
- Uforklarlige kroniske smerter
- Gjentakende helseundersøkelser uten sikker diagnose
- Påtrengende tilstedeværelse av f.eks. partner eller forelder

Særlig i disse tilfellene bør vold tematiseres flere ganger i løpet av svangerskapet.

2.5 Konsekvenser ved å bli utsatt for vold

Kvinner som opplever vold i hjemmet har økt risiko for nedsatt livskvalitet, skader og død (20-23). Både tidligere og pågående erfaringer med vold kan påvirke kvinners opplevelse av svangerskap, fødsel og barseltid. Disse erfaringene kan for eksempel føre til vegring mot å føde vaginalt, et ønske om planlagt keisersnitt(24, 25) og ammeproblemer (26, 27). Gravide som har blitt utsatt for seksuelle overgrep, opplever flere fysiske plager i svangerskapet(28, 29).

Erfaringer med seksuelle overgrep i barndommen kan føre til retraumatisering i svangerskapet, dissosiasjon i fødsel og posttraumatisk stress-syndrom (30). Voldserfaringer opptrer ofte sammen med depressive symptomer (31-35), og kan påvirke kvinnens tilknytning og omsorgsevne ovenfor barnet (22, 36). Engstelse og depresjon kan dessuten føre til misbruk av medikamenter og alkohol (37).

Voldserfaringer kan minske kvinnens konsentrasjon og vanskeliggjøre hennes funksjoner i hverdagen (23).

I svangerskapet kan det ufødte barnet bli rammet av volden direkte gjennom spark og slag på morens mage eller indirekte gjennom hennes stressreaksjoner (38). Forskning tyder på at dette kan føre til endrede strukturer i hjernen, som vil kunne gi varig nedsatt kognitive prestasjoner og uro hos barnet (39). Voldsrelatert stress kan føre til nedsatt fostervekst og prematur fødsel (40, 41), og det er økt risiko for intrauterin død (41). Forskning peker totalt sett mot at når gravide blir eller har blitt utsatt for vold, vil dette kunne føre til nedsatt helse og livskvalitet for det ufødte barnet, både etter at det er født og i livsløpet fremover (22). Dette er områder som trenger ytterligere forskning.

3. RELEVANT REGELVERK

3.1 Om kommunens ansvar

Kommunen skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen.⁷ Tjenestene som tilbys skal være forsvarlige, og kommunen plikter å jobbe systematisk for kontinuerlig kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.⁸ Det er viktig at helse- og omsorgstjenestene er organisert slik at helsepersonell blir satt i stand til å overholde sine plikter i arbeidet når det avdekkes vold mot gravide og eventuelle barn.⁹ Kommunene plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning.¹⁰

Kommunens ansvar innebærer å planlegge, organisere, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov og forskrift. Denne plikten utdypes i forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.¹¹ Det er vesentlig at kommunen iverksetter systematiske tiltak som sikrer at kommunen oppfyller forsvarlighetskravet når det gjelder ivaretagelse av gravide og deres barn som blir eller har blitt utsatt for vold.

Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problem

eller nedsatt funksjonsevne.¹² For å oppfylle dette ansvaret skal kommunen blant annet tilby utredning, diagnostisering og behandling, sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.¹³

I tilfeller der vold blir avdekket, er det av stor betydning at det opprettes tverrfaglig samarbeid på tvers av etater og tjenester innad i kommunen eller gjennom interkommunalt samarbeid for oppfølging av gravide. Det vises her til *Veileder for kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner*.¹⁴ I små kommuner, der personlige relasjoner kan gjøre saksbehandlingen vanskelig, er det særlig viktig at det etableres rutiner som gjør at det likevel kan foretas en forsvarlig saksbehandling og ivaretagelse av de involverte.

Krisesenterlova har som formål å sikre et godt og helhetlig krisesentertilbud til kvinner, menn og barn som blir utsatt for vold eller trusler om vold i nære relasjoner.¹⁵ Det er kommunens ansvar å sørge for et krisesentertilbud til personer som blir utsatt for vold eller trusler om vold i nære relasjoner, og som har behov for rådgivning eller et trygt og midlertidig botilbud.¹⁶ Videre har kommunen ansvar for å sørge for at tilbudet så langt som mulig blir tilrettelagt brukerens individuelle behov og at brukeren får en

⁷ [Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1](#)

⁸ [Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og § 4-2](#)

⁹ [Helsepersonelloven § 16](#)

¹⁰ [Helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1](#)

¹¹ [Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten](#)

¹² [Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1](#)

¹³ [Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2](#)

¹⁴ [Veileder, kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner](#)

¹⁵ [Krisesenterlova § 1](#)

¹⁶ [Krisesenterlova § 2](#)

helhetlig oppfølging gjennom samordning av tiltak mellom krisesentertilbudet og andre kommunale tjenester.¹⁷

Kommunen skal tilby koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven.¹⁸ Det skal også oppnevnes koordinator for pasienter som har behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven.¹⁹ For gravide som er utsatt for vold skal koordinatoren blant annet sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte, samt sikre samordning av tjenestetilbudet.

Plikt til å inngå samarbeidsavtale mellom kommuner og regionale helseforetak følger av helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6.²⁰ Det er et minimumskrav at avtalen blant annet skal omfatte samarbeid om jordmortjenester.²¹ Spesialisthelsetjenesten kan være en god samarbeidspartner for primærhelsetjenesten ved oppfølging av gravide i tilfeller der det avdekkes at hun blir eller har blitt utsatt for vold.

Gravide med voldserfaringer vil ha behov for hyppigere oppfølging og det bør tilstrebes å oppnå kontinuitet, det vil si oppfølging av så få personer som mulig i svangerskapsomsorgen. Tilfeller der kvinnen blir eller har blitt utsatt for vold kan medføre høyere risiko i svangerskapet som krever at de blir selektert til riktig nivå og at det er klare rutiner for samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

3.2 Om helsepersonells ansvar

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.²²

Det er viktig at helsepersonell har grunnleggende kunnskap og kompetanse både teoretisk og i kliniske ferdigheter om vold, samt avdekking av vold og oppfølging av utsatte for vold. Trygghet til å spørre kommer gjerne gjennom praktisk erfaring. Helsepersonell bør få kjennskap til hvilken type vold, og omfanget av volden som den aktuelle kvinnen blir eller har blitt utsatt for, da dette kan ha betydning for hvilke hjelpetiltak og oppfølging som er aktuelle for kvinnen og partneren/familien.

Noen kvinner vil ha behov for et omfattende tilbud, både til medisinske behov, behandling av psykiske plager eller lidelser, egen sikkerhet, økonomi, foreldreveiledning og informasjon om lovverk knyttet til rettigheter og samlivsbrudd osv. Det vises her til kommende veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner²³ og *Overgrepsmottak: Veileder for helsetjenesten*.²⁴ Helsepersonell må kjenne til de hjelpeinstanser og tilbud som finnes i sin kommune, interkommunalt, i spesialisthelsetjenesten og fra frivillige organisasjoner, der de kan henvise de gravide som blir eller har blitt utsatt for vold.

¹⁷ [Krisesenterlova § 3 og § 4](#)

¹⁸ [Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2](#)

¹⁹ [Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a](#)

²⁰ [Helse- og omsorgstjenesteloven kap. 6](#)

²¹ [Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2](#)

²² [Helsepersonelloven § 4](#)

²³ [Et liv uten vold - Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014-2017, tiltak 23](#)

²⁴ [Overgrepsmottak: Veileder for helsetjenesten](#)

Barnevern og politi bør i tillegg til fastlege, jordmor, psykolog, DPS og liknende, være en del av kommunens «tiltakskjede» for oppfølging etter avdekking av vold mot gravide.

Å sikre gode overganger og oppfølging etter svangerskapets slutt er viktig. Det vises til *Håndbok for helsepersonell ved mistanke om fysisk barnemishandling²⁵ og Seksuelle overgrep mot barn – En veileder for hjelpeapparatet²⁶* som støtte for helsepersonell i oppfølgingen av familier der det er barn i hjemmet. Helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet kan inntre der gravide utsettes for vold og det er barn i hjemmet, se avsnitt om opplysningsplikt.

3.2.1 Dokumentasjon

Den som yter helsehjelp skal registrere opplysninger i journal for den enkelte pasient.²⁷ Når vold etterspørres og/eller avdekkes er det viktig at dette dokumenteres i kvinnens journal. Det anbefales at denne informasjonen ikke skrives på helsekort for gravide, da det kan sette kvinnen i ytterligere fare siden hun selv oppbevarer dokumentet og tar det med seg hjem. For å sikre forsvarlig behandling i hele svangerskapsomsorgen er det nødvendig å sikre forsvarlig kommunikasjon gjennom rutiner og prosedyrer uten at informasjonen skrives ned på helsekortet. Dersom kvinnen har ytre, synlige skader på grunn av vold, skal dette registreres i journalen. Med kvinnens samtykke kan det tas fotografier av eventuelle skader, som kan være viktig bevismateriale i en eventuell rettssak.

Det kan være behov for samarbeid med fastlege, jordmor, helsesøster på helsestasjon, privat jordmor, gynekolog og helseforetak. For nærmere regler om opplysninger til

²⁵ [Håndbok for helsepersonell ved mistanke om fysisk barnemishandling](#)

²⁶ [Seksuelle overgrep mot barn - en veileder for hjelpeapparatet](#)

²⁷ [Helsepersonelloven § 39](#)

samarbeidende personell²⁸ og regler omkring utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger vises det til helsepersonelloven.²⁹

3.2.2 Taushetsplikt

Helsepersonell har som hovedregel taushetsplikt om pasientforhold. Taushetsplikten omfatter opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.³⁰ Taushetsplikten gjelder ikke overfor den personen som opplysningene gjelder, og helsepersonell kan gi opplysninger videre til andre etter samtykke fra personen som opplysningene gjelder.³¹ Der det avdekkes at kvinnen har erfaringer med vold og hun ønsker samtale med helsepersonell hvor partneren er tilstede, kan helsepersonell gi opplysninger i den grad kvinnen samtykker til dette.

Det vises til *Rundskriv IS-8/2012 Helsepersonelloven med kommentarer³²* som i kapittel 5 og 6 omtaler bestemmelser i helsepersonelloven om taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt m.v. Bestemmelser som omhandler unntak fra helsepersonells taushetsplikt, og som gir rett og plikt for helsepersonell til å utlevere opplysninger til barneverntjenesten, sosialtjenesten og politiet, er omtalt i *Rundskriv IS-17/2006 Helsepersonells plikt og rett til å gi opplysninger til barneverntjenesten, politiet og sosialtjenesten ved mistanke om mishandling av barn i hjemmet, andre former for omsorgsvikt og misbruk av rusmidler under graviditet.³³*

²⁸ [Helsepersonelloven § 25](#)

²⁹ [Helsepersonelloven § 45](#)

³⁰ [Helsepersonelloven § 21](#)

³¹ [Helsepersonelloven § 22](#)

³² [Rundskriv IS-8/2012](#)

³³ [Rundskriv IS-17/2006](#)

3.2.3 Opplysningsrett

Til tross for hovedregelen om taushetsplikt, kan helsepersonell ha rett til å gi opplysninger videre blant annet når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre.³⁴ Opplysningsretten gjelder i hovedsak i truende eller farefulle situasjoner der det er fare for en skadevoldende handling. Opplysningsretten vil i utgangspunktet gjelde ved fare for helse og menneskeliv. Dette utdypes i de overnevnte rundskriv.

3.2.4 Opplysningsplikt til barnevernstjenesten

Med utgangspunkt i de overnevnte rundskriv fremgår det at den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barnevernets side.³⁵

Helsepersonell skal, uten hinder av taushetsplikt³⁶, av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir utsatt for vold eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt. Erfaringer med vold i hjemmet kan ha store negative konsekvenser for barns fungering i hverdagen og deres helse. Dersom kvinnen blir utsatt for vold i svangerskapet og hun allerede har barn, kan opplysningsplikten til barneverntjenesten inntre i forhold til disse dersom vilkårene for dette er til stede.

Helsepersonell kan ta kontakt med kollegaer og andre instanser for anonym drøfting ved behov.

3.2.5 Opplysningsplikt til politiet og avvergelsesplikt

Helsepersonell har, som det fremgår i de overnevnte rundskriv, opplysningsplikt i situasjoner hvor varsling til politi er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom.³⁷ Det vil i stor grad dreie seg om de

samme typene skadevoldende situasjoner som opplysningsretten i punkt 3.2.3, men det skal noe mer til før opplysningsplikten inntre. Dog kreves ikke visshet eller kunnskap om at situasjonen kommer til å medføre alvorlig skade på liv og helse.

Enhver borger kan ha plikt til å gi opplysninger videre for å avverge nærmere bestemte straffbare handlinger. Det er straffbart ikke å anmelde eller på annen måte søke å avverge visse alvorlige forbrytelser, herunder mishandling i nære relasjoner og medvirkning til slik mishandling³⁸, når man holder det som sikkert eller mest sannsynlig at den aktuelle straffbare handlingen vil bli begått.³⁹

3.2.6 Oppfølging av helsepersonell

Å avdekke vold kan være en krevende oppgave for helsepersonell. Man kan få kjennskap til svært belastende livshistorier (6). Helsepersonell har likevel overveiende positive erfaringer med å etterspørre og avdekke vold. Dette forutsetter at de har tid, kunnskap, henvisningsmuligheter og gode samarbeidsrutiner med andre faginstanser (2). Tiltak som har vist seg å kunne være effektive er rådgivingstiltak og hjemmebesøk etter fødsel og psykoterapi (42, 43). Helsepersonell må kjenne seg trygge på at kvinnen og familiene får så god hjelp som mulig. Kunnskap om de juridiske rettigheter og plikter, og om aktuelle muligheter er viktig og det kan være betydningsfullt å ha mulighet til å delta i veiledning og opplæring av helsepersonell (2, 44).

3.3 Om pasientrettigheter

Pasienter har en lovfestet rett til å få informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.⁴⁰ Informasjonen skal være tilpasset

³⁴ [Helsepersonelloven § 23 nr. 4](#)

³⁵ [Helsepersonelloven § 33](#)

³⁶ [Helsepersonelloven § 21](#)

³⁷ [Helsepersonelloven § 31](#)

³⁸ [Straffeloven § 219](#)

³⁹ [Straffeloven § 139](#)

⁴⁰ [Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2](#)

mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn, og gis på en hensynsfull måte.⁴¹

I møte med kvinner med innvandrerbakgrunn som har begrensede norskkunnskaper er det helsepersonells ansvar å sikre god informasjon og kommunikasjon og vurdere behovet for kvalifisert tolk. *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenesten*⁴² kan her anvendes. Kvinner med innvandrerbakgrunn, særlig de med kortere botid i landet, kan ha begrenset kunnskap om egne rettigheter og om helsetjenestene i Norge. Det er derfor viktig at helsepersonell forklarer dette og sikre at informasjonen er forstått. Det kan være nødvendig å bruke tid på å utforske kvinnens forståelse av vold og hvordan vold håndteres, da det kan variere i ulike kulturer. Det kan være nødvendig å forklare «det norske synet».

For informasjon om juridiske rettigheter til personer utsatt for kriminelle handlinger, som vold og overgrep, viser vi til brosjyre fra Justis- og beredskapsdepartementet. (43) Den er publisert på flere språk.

⁴¹ [Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5](#)

⁴² [Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene](#)

⁴³ [Brosjyre om juridiske rettigheter](#)

4. BAKGRUNN

4.1 Oppdraget

Regjeringen la i mars 2013 fram Melding til Stortinget nr. 15 (2012-2013) *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner - Det handler om å leve*⁴⁴, der kapittel 7.9 omhandler helse- og omsorgstjenestens avdekking av vold, blant annet mot gravide kvinner. Den fastsetter at det skal innføres rutinemessige spørsmål til gravide om vold, og at dette skal beskrives i forbindelse med revisjon av *Nasjonal faglig retningslinjer for svangerskapsomsorgen fra 2005*. Justiskomiteen ga i Innstilling til Stortinget 339 (2012-2013)⁴⁵ sin tilslutning til å innføre rutinemessig spørsmål om vold i nære relasjoner overfor gravide. Det er ikke gitt uttrykk for dissens.

I oppfølgingen av stortingsmeldingen utarbeidet Justis- og beredskapsdepartementet en handlingsplan mot vold i nære relasjoner *Et liv uten vold 2014-2017*⁴⁶. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet utarbeidet parallelt en strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom *Barndommen kommer ikke i reprise 2014-2017*⁴⁷.

Tiltaket i nevnte dokumenter heter som følger:

Rutinemessige spørsmål for å avdekke vold mot gravide

I tråd med retningslinjer for svangerskapsomsorgen fra 2005 skal lege og jordmor som utøver svangerskapsomsorg være oppmerksomme på symptomer og tegn på voldserfaringer og støtte gravide som utsettes for vold i nære relasjoner/ mishandling. Retningslinjen for svangerskapsomsorgen skal oppdateres i løpet av 2013 slik at rutinemessige spørsmål om vold inngår. Det skal beskrives hvordan spørsmål om vold bør tas opp og følges opp. Det skal registreres vold som tema i helsekort for gravide når det utarbeides et nytt elektronisk helsekort.

Helsedirektoratet fikk oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å revidere *Nasjonal faglig retningslinjer for svangerskapsomsorgen (IS-1179)* på temaet vold, herunder seksuelle overgrep, mot gravide. Oppdraget gitt ut på å beskrive hvordan spørsmål om vold skal tas opp og følges opp. Departementet ba samtidig om at temaet vold mot gravide registreres i helsekortet for gravide når det utarbeides et nytt elektronisk helsekort.

⁴⁴ [Melding til Stortinget nr. 15 \(2012-2013\)](#)

⁴⁵ [Innstilling til Stortinget 339 \(2012-2013\)](#)

⁴⁶ [Et liv uten vold - Handlingsplan mot vold i nære relasjon er 2014-2017](#)

⁴⁷ [Barndommen kommer ikke i reprise 2014-2017](#)

Oppdraget avgrenses til bare å gjelde temaet vold og seksuelle overgrep mot gravide, kapittel 14.5 i *Nasjonal faglig retningslinjer for svangerskapsomsorgen*⁴⁸.

Svangerskapsretningslinjen er gjeldende fram til fullstendig revisjon. Det er hensiktsmessig å se på de generelle kapitlene i sammenheng med publisering av det reviderte emnet. Revidert emne «vold i nære relasjoner» er en oppstart på revisjon av retningslinjen for øvrig. Det tas sikte på at informasjon om voldserfaringer kan bli forsvarlig dokumentert når det utarbeides elektronisk helsekort for gravide.

4.2 Arbeidsprosessen for revisjonen

Arbeidet er i hovedsak gjennomført i tråd med *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*⁴⁹ og *metodebok for utarbeidelse av retningslinjer* som er for den interne prosessen i Helsedirektoratet. Arbeidet har skjedd i nær dialog med ekstern arbeidsgruppe.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har bistått i innhenting av kunnskapsgrunnlaget. Kunnskapsgrunnlaget og anbefaling i revidert emne har vært inngående diskutert i fag- og brukerorganisasjoner i den eksterne arbeidsgruppen.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har bistått med metodestøtte til prosessen, gjennomgått kunnskapsgrunnlaget innhentet av NKVTS, og vurdert disse med GRADE-metodikk. Metoden GRADE gir noen avveininger mellom fordeler på den ene siden, ulemper og risikoer og eventuelt kostnader på den andre. Hvis fordelene oppveier risiko, ulemper og kostnader, vil tiltaket anbefales gjennomført. Avveiningen mellom fordeler og

ulemper vil bestemme styrken på anbefalingen. Den eksterne arbeidsgruppen har tatt stilling til verdier og preferanser for helsetjenesten og kommet til konsensus for anbefalingene. Se vedlegg for detaljene i GRADE-tabellene.

Den eksterne arbeidsgruppen spilte også inn at det var hensiktsmessig å vente med å fullføre revisjonen av svangerskapsretningslinjen på temaet vold mot gravide til retningslinjen fra Storbritannia var publisert. I februar 2014 utga National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (4) retningslinjen *Domestic violence and abuse: how health services, social and the organisations they work with can respond effectively*. Her fremkommer det anbefalinger for hvordan helsepersonell skal forholde seg til vold og overgrep, også mot gravide og i nære relasjoner. Instituttet NICE har i sin retningslinje angitt noen betraktninger som har vært viktig i utformingen av den norske anbefalingen omkring gravide og barselkvinner. Dette er betraktninger Helsedirektoratet også anser som meget viktig, og siterer NICE i sin helhet:

The PDG (Programme Development Group) was aware that there is an ongoing debate about the effectiveness and desirability of screening, routine and targeted enquiries to identify people who are experiencing domestic violence and abuse. Currently there is insufficient evidence to recommend screening or routine enquiry in healthcare settings. Nevertheless, the PDG recognised that asking patients routinely about abuse in some specialised health care settings was considered good practice by professionals in those fields. The PDG acknowledged that people experiencing domestic violence and abuse may choose not to disclose it

⁴⁸ [Retningslinjer for svangerskapsomsorgen](#)

⁴⁹ [Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer](#)

when asked by a healthcare or other professional ((4)s. 35).

I noen av høringsinnspillene ble det pekt på behov for kompetanseheving til helsepersonell og etterutdanning på temaet vold, som et ledd i implementeringen.

Det ble poengtert at helsepersonell må ha kunnskap om det å avdekke vold i nære relasjoner og trygghet til å spørre, henvisningsmuligheter, journalføring, taushetsplikt m.m.

Det ble også påpekt at det er viktig å se på behovet for å få dette inn i læreplanen til utdanningene både for leger, jordmødre, helsesøstre og psykologer. Det var også understreket at ansatte ved utdanningsinstitusjonene vil ha behov for etterutdanning for å kunne undervise i dette temaet.

Helsedirektoratet takker alle involverte for engasjementet, innspillene og tiden som er brukt i revisjonen av dette temaet.

4.3 Informasjonsmaterieil

Det er planlagt å utarbeide en «venteromsbrosjyre» på temaet vold, for å vise at helse- og omsorgstjenesten har fokus på å avdekke vold, både mot kvinner, menn og barn. Brosjyren vil vise til tjenester og instanser som kan kontaktes ved behov. Den er planlagt utarbeidet, og mulig oversatt til flere språk, i løpet av 2014.

5. REFERANSELISTE

1. Salmon D, Murphy S, Baird K, Price S. An evaluation of the effectiveness of an educational programme promoting the introduction of routine antenatal enquiry for domestic violence. *Midwifery*. 2006;22(1):6-14.
2. Stenson K, Sidenvall B, Heimer G. Midwives' experiences of routine antenatal questioning relating to men's violence against women. *Midwifery*. 2005;21(4):311-21.
3. WHO. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women – WHO clinical and policy guidelines. 2013.
4. National Institute for Health and Care Excellence. Domestic violence and abuse: How health services, social care and the organizations they work with can respond effectively. 2014.
5. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Women's perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence in a maternity service. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2002;109(1):9-16.
6. Hjemdal OK, Engnes K. Å spørre om vold ved svangerskapskontroll: rapport fra et forsøksprosjekt i fire kommuner. Oslo: Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies, NKVTS; 2009. 90 p.
7. Hegarty K, Brown S, Gunn J, Forster D, Nagle C, Grant B, et al. Women's views and outcomes of an educational intervention designed to enhance psychosocial support for women during pregnancy. *Birth*. 2007;34(2):155-63.
8. Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K, Temmerman M. Disclosure and health-seeking behaviour following intimate partner violence before and during pregnancy in Flanders, Belgium: A survey surveillance study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2008;137(1):37-42.
9. Kataoka Y, Yaju Y, Eto H, Matsumoto N, Horiuchi S. Screening of domestic violence against women in the perinatal setting: a systematic review. *Japan Journal of Nursing Science*. 2004;1(2):77-86.
10. Taft A, O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson L, Feder G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2013;4(4).
11. Vista Analyse. Samfunnsøkonomiske kostnader av vold i nære relasjoner. 2012.
12. Haaland T, Clausen S-E, Schei B. Vold i parforhold - ulike perspektiver: resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge. <http://www.nibr.no/uploads/publications/8c7695745995ffcac1e73e454d17e63a.pdf> ed. Oslo: NIBR; 2005. 235 s. p.
13. Thoresen S, Hjemdal OK. Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløp. Oslo: Nasjonalt kunnskassenter om vold og traumatisk stress; 2014.
14. Krug E, G., Mercy J, A., Dahlberg L, L., Zwi; Anthony B. The world report on violence and health. *The Lancet*. 2002;360(9339):1083.
15. Johnson MP. Conflict and control gender symmetry and asymmetry in domestic violence. *Violence Against Women*. 2006;12(11):1003-18.
16. O'Reilly R, Beale B, Gillies D. Screening and intervention for domestic violence during pregnancy care: a systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2010;11(4):190-201.

17. Webster J, Stratigos SM, Grimes KM. Women's responses to screening for domestic violence in a health-care setting. *Midwifery*. 2001;17(4):289-94.
18. Brodén M. Graviditetens möjligheter: en tid då relationer skapas och utvecklas [Possibilities in pregnancy: a time when relationships are created and developed]. Stockholm: Natur och Kultur; 2004. 340 s. p.
19. Engnes K, Lidén E, Lundgren I. Women's experiences of important others in a pregnancy dominated by intimate partner violence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012.
20. Eberhard-Gran M, Schei B, Eskild A. Somatic Symptoms and Diseases are more Common in Women Exposed to Violence. *JGIM: Journal of General Internal Medicine*. 2007;22:1668-73.
21. Garcia-Moreno C, Jansen H, A. F. M., Ellsberg M, Heise L, et al. 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.
22. Shay-Zapfen G, Bullock L. Impact of intimate partner violence on maternal child health. *MCN, American Journal of Maternal Child Nursing*. 2010;35(4):206-12.
23. Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C, Health WHOM-cSoWs, et al. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*. 2008;371(9619):1165-72.
24. Lukasse M, Vangen S, Øian P, Schei B. Childhood abuse and caesarean section among primiparous women in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2010;117(9):1153-7.
25. Nerum H, Halvorsen L, Øian P, Sørli T, Straume B, Blix E. Birth outcomes in primiparous women who were raped as adults: a matched controlled study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2010;117(3):288-94.
26. Kendall-Tackett KA. Violence against women and the perinatal period: The impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, postpartum, and breastfeeding. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2007;8(3):344-53.
27. Lau Y, Chan KS. Influence of intimate partner violence during pregnancy and early postpartum depressive symptoms on breastfeeding among chinese women in Hong Kong. *Journal of midwifery & women's health*. 2007;52(2):e15-20.
28. Lukasse M, Henriksen L, Vangen S, Schei B. Sexual violence and pregnancy-related physical symptoms. *BMC pregnancy and childbirth*. 2012;12(1):83.
29. Han A, Stewart DE. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2013.
30. Yampolsky L, Lev-Wiesel R, Ben-Zion IZ. Child sexual abuse: is it a risk factor for pregnancy? *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(9):2025-37.
31. Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS medicine*. 2013;10(5):e1001452.
32. Rodriguez MA, Valentine J, Ahmed SR, Eisenman DP, Sumner LA, Heilemann MV, et al. Intimate partner violence and maternal depression during the perinatal period: A longitudinal investigation of Latinas. *Violence Against Women*. 2010;16(5):543-59.
33. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2010;202(1):5-14.
34. Brown SJ, McDonald EA, Krastev AH. Fear of an intimate partner and women's health in early pregnancy: Findings from the maternal health study. *Birth: Issues in Perinatal Care*. 2008;35(4):293-302.

35. Rose L, Alhusen J, Bhandari S, Soeken K, Marcantonio K, Bullock L, et al. Impact of intimate partner violence on pregnant women's mental health: mental distress and mental strength. *Issues Ment Health Nurs.* 2010;31(2):103-11.
36. Taylor CA, Guterman NB, Lee SJ, Rathouz PJ. Intimate partner violence, maternal stress, nativity, and risk for maternal maltreatment of young children. *American Journal of Public Health.* 2009;99(1):175-83.
37. Sarkar NN. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *J Obstet Gynaecol.* 2008;28(3):266-71.
38. Woods SM, Melville JL, Guo Y, Fan M-Y, Gavin A. Psychosocial stress during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2010;202(1):61.e1-.e7.
39. Sandman CA, Davis EP, Buss C, Glynn LM. Exposure to prenatal psychobiological stress exerts programming influences on the mother and her fetus. *Neuroendocrinology.* 2012;95(1):1-14.
40. Sharps P, Laughon K, Giangrande S. Intimate partner violence and the childbearing year maternal and infant health consequences. *Trauma Violence Abuse.* 2007;8(2):105 - 16.
41. Meuleners L, Lee A, Janssen P, Fraser M. Maternal and foetal outcomes among pregnant women hospitalised due to interpersonal violence: A population based study in Western Australia, 2002-2008. *BMC pregnancy and childbirth.* 2011;11(1):70.
42. Van Parys A-S, Verhamme A, Temmerman M, Verstraelen H. Intimate Partner Violence and Pregnancy: A Systematic Review of Interventions. *PLOS ONE.* 2014;9(1):e85084.
43. Jahanfar S, Janssen PA, Howard LM, Dowswell T. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013(2).
44. Lauti M, Miller D. Midwives' and obstetricians' perception of their role in the identification and management of family violence. *New Zealand College of Midwives Journal.* 2008;38:12-6.

6. VEDLEGG

Intervensjoner for å hindre eller redusere vold mot gravide kvinner

Populasjon: Gravide kvinner

Intervensjon: Intervensjoner som hindrer eller reduserer vold, Sammenlikning: standard oppfølging

Kilde: Jahanfar S, Janssen PA, Howard LM, Dowswell T: Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 2.

Utfall	Kontroll-gruppe	Interven-sjonsgruppe	Relativ effekt (95% KI)	Antall deltakere (studier)	Kvalitet på dokumentasjon (GRADE)
Gjennomsnittlig fødselsvekt	3098 gram	41 gram høyere (106 g lavere til 188 g høyere)		306 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ svært lav ^{1,2}
Fødsel før termin	173 pr 1000	119 pr 1000 (69 til 208)	RR 0.69 (0.40 til 1.20)	306 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ svært lav ^{1,2}
*Beregnet korresponderende risiko med tilhørende 95 % konfidensintervall baserer seg på antatt (baseline) risiko og den relative effekten av intervensjonen med tilhørende konfidensintervall. KI: Konfidensintervall; RR: relative risiko;					
1) Har ikke gjort tilstrekkelig rede for frafall, 1000 personer rekruttert, 306 deltok. 2) Kun en undersøkelse med få deltakere.					
For utfallsmålene Apgar skåre, dødfødsel, abort, for tidlig løsning av morkake, mødredødelighet finner de ingen studier					

kunnskapsenteret

Intervensjoner for å hindre eller redusere vold mot gravide kvinner

Populasjon: Gravide kvinner

Intervensjon: Intervensjoner som hindrer eller reduserer vold

Sammenlikning: Standard oppfølging

Kilde: Jahanfar S, Janssen PA, Howard LM, Dowswell T: Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 2.

Utfall	Kontroll-gruppe	Interven-sjonsgruppe	Relativ effekt (95% KI)	Antall deltakere (studier)	Kvalitet på dokumentasjon (GRADE)
Antall episoder partner vold Oppfølging 10 uker etter fødsel, inkl svangerskap	378 pr 1000	234 pr 1000 (163 til 333)	RR 0.62 (0.43 til 0.88)	306 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ svært lav ^{1,2}
Antall kvinner med depresjon under svangerskap	95 pr 1000	40 pr 1000 (4 til 409)	RR 0.42 (0.04 til 4.31)	46 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ lav ²
*Beregnet korresponderende risiko med tilhørende 95 % konfidensintervall baserer seg på antatt (baseline) risiko og den relative effekten av intervensjonen med tilhørende konfidensintervall. KI: Konfidensintervall; RR: relative risiko;					
1) Har ikke gjort tilstrekkelig rede for frafall, 1000 personer rekruttert, 306 deltok. 2) Kun en undersøkelse med få deltakere.					

kunnskapsenteret

Screening for vold av partner sammenlignet med ingen screening eller screening for andre formål

Setting: helsevesen

Populasjon: kvinner som oppsøker helsevesenet

Intervensjon: ansikt-til-ansikt screening eller skriftlig/elektronisk screening med resultat sendt til helsepersonell

Sammenlikning: ikke-screenede kvinner eller der hvor screeningens resultater ikke ble sendt til helsepersonell eller som ble screenet for andre formål

Kilde: Taft A, O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davison L, Feder G: Screening women for intimate partner violence in healthcare settings Cochrane review, The Cochrane Library 2013, Issue 4.

Utfall	Kontroll-gruppe	Interven-sjonsgruppe	Relativ effekt (95% KI)	Antall deltakere (studier)	Kvalitet på dokumentasjon (GRADE)
Identifisering	31 pr 1000	74 pr 1000 (60 til 167)	RR 2.33 (1.40 til 3.89)	3564 (6)	⊕⊕⊕⊕ moderat
Henvisning	7 pr 1000	19 pr 1000 (3 til 42)	RR 2.67 (0.99 til 7.20)	1400 (2)	⊕⊕⊕⊕ lav
*Beregnet korresponderende risiko med tilhørende 95 % konfidensintervall baserer seg på antatt (baseline) risiko og den relative effekten av intervensjonen med tilhørende konfidensintervall. KI: Konfidensintervall; RR: relative risiko;					

kunnskapsenteret



Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no