Prosjektbeskrivelse.

Bakgrunn/innledning:
Bekjempelse av vold i samfunnet er definert som et politisk satsingsområde.Det er en allmenn oppfatning at voldsnivået i samfunnet er økende og at volden blir stadig grovere. Imidlertid mangler vi gode målemetoder på volden i samfunnet.
Vår kunnskap om vold og voldsnivå i samfunnet har stort sett hatt to kilder. Den ene har vært politi- og påtalemyddighets tall over antall anmeldte legemsbeskadigelser og -fornærmelser og antall dommer for voldsforbrytelser. Politiets tall viser en sterkt stigende kurve av voldsnivået i samfunnet. Således har det fra 1960-90 vært en 10-dobling i tiltaler for voldsforbrytelser i Norge.Den andre kilden har vært større spørreundersøkelser blant publikum. Her har voldsnivået vært mer konstant.Hvor representative disse kildene er for måling av samlet reelt voldsnivå og trender i utviklingen av voldsnivået i samfunnet er usikkert.

Med untak av spesielle grupper som kvinner og barn, har helsevesenet interessert seg lite for vold i samfunnet.Det er sannsynlig at en voldsregistrering i helsevesenet av alle typer vold kan bidra til å øke vår kunnskap både om samlet voldsnivå i samfunnet, utviklingstrender i voldsnivå og alvorlighetsgrad av voldsovergrep, samt hvem som rammes av vold og hvordan dette skjer. Skadetyper og behandling av voldsskader kan anskueliggjøre samfunnsmessige kostnader og kan sammen med demografiske data om voldsoffere bidra til å identifisere voldsoffere.

I helsevesenet vil de fleste voldsskader primært behandles av allmenpraktiserende leger i legevaktsammenheng. I Bergen er det godt innarbeidet i befolkningen at skader skal behandles ved Bergen Legevakt.Dessuten er Bergen Legevakt den eneste døgnåpne primærmedisinske institusjonen i Bergen og ligger i sentrum av byen. Det er derfor sannsynlig at de fleste voldsskader behandles ved Bergen Legevakt eller innlegges i sykehus fra Bergen Legevakt. En registrering av voldoffere og voldskader ved Bergen Legevakt vil derfor omfatte de fleste voldsskader i Bergen.

Prosjektets mål:

Prosjektet vil forsøke å gi svar på /belyse disse problemområdene:

1. Gi en samlet oversikt over vold og voldsskader fra et primærmedisinsk ståsted. Hvem oppsøker Bergen Legevakt med slike skader (alder- og kjønnsfordeling).Når, hvor og hvordan skjer skadene, skadetyper og behandling som gies.

2.Undersøke nærmere undergrupper av pasienter som kvinner og eldre som oppsøker Bergen Legevakt med voldsskader.

3.Undersøke hvor representativt voldsnivået ved Bergen Legevakt er for samlet voldsnivå i Bergen.

Design:

I tidsrommet 1.4.94 til 31.3.96 ble alle fysiske voldsskader prospektivt registrert ved Bergen Legevakt ved at behandlende lege fylte ut et voldsregistreringsskjema som en del av anamnesen. Disse opplysningene ble sammen med pasientkarakteristika (alder, kjønn, bopel og arbeidlivstilknytning) og medisinske opplysninger fra pasientjournalen (ICPC-diagnoser, behandling gitt ved Bergen Legevakt, antall konsultasjoner, antall sykmeldingsdager, innlagt i sykehus, henvist til andrelinjetjenesten) etterskuddsvis overført til Epi Info statistikkprogram for

bearbeiding.
En valideringsstudie for å undersøke hvor representativ voldsnivået ved Bergen Legevakt er for samlet voldsnivå i Bergen er planlagt utført. En planlegger da å registrere vold hos politi, sykehus og allmennpraktiktiserende leger og sammenholde disse tallene mot tallene på voldsskadede pasienter ved Bergen Legevakt.

Materiale:

Registreringen rettet seg mot samtlige pasienter som oppsøkte Bergen Legevakt etter fysisk vold.Fysisk vold er i undersøkelsen definert som: 1.Sosial situasjon med to eller flere personer involvert.2.Fysisk maktutøvelse 3. Oppfattes av minst en av partene som intendert 4.Oppfattes av minst en av partene som illegitim. Alle 4 kriterier må være oppfylt før pasienten ble inkludert i undersøkelsen. Bare de tilfeller som pasientene selv fortalte var forårsaket av vold ble registrert.Trusler om bruk av vold, verbal trakassering, vanskjøtsel og andre ikke-fysiske skader ble ikke registrert.Voldsskader eldre enn 14 dager eller pasienter til Legevaktens voldtektsmottak var ikke med i undersøkelsen. Det ble gjort en registrering per voldsepisode og pasient.

Metode:

Følgende variabler ble registrert i voldsregistreringsskjema:
1.Sted for voldsepisoden.Man registrerte her om voldsepisoden skjedde på offentlig sted eller på privat sted.
Offentlig sted ble definert som gater, plasser, parker eller andre steder tilgjengelig for allmenn ferdsel, offentlige bygninger åpne for allmennheten eller deler av almmennheten (postkontor, skoler, fengsler, sykehus) eller private bygninger eller steder åpen for almenheten eller deler av almenheten (restauranter, hamburgerbarer).
Privat sted ble definert som bygninger eller andre steder som ikke er åpne for almenheten eller deler av almenheten (private hjem, private hager).
Det ble registrert om voldsepisoden skjedde innendørs eller utendørs.

2.Tidspunkt for voldsepisoden.Det ble her registrert dato, ukedag og klokkeslett som påbegynte hele klokketimer for når voldsepisoden fant sted.

3.Relasjon til motpart. Man ønsket her å registrere pasientens kjennskap til motparten.
Ukjent motpart: Pasienten har aldri sett eller møtt vedkommende før.
Tilfeldig kjent motpart: Nettopp møtt vedkommende, vet hvem vedkommende er.
Kjent motpart: Her menes partner, ex-partner, familie, venner ,kollegaer.
Egen rubrik for spesifisering av relasjon dersom dette var mulig.

4.Motpart i voldsepisoden.
Antall: Antall motparter som deltok aktivt i fysisk vold mot pasienten.
Kjønn: Kjønn på motpart som deltok i aktiv fysisk vold mot pasienten.
Utlending: Pasientens oppfatning av motparts etnisitet

5.Foranledning:
Pasientens subjektive oppfatning om voldsepisoden var helt umotivert eller om krangel/konflikt gikk forut for voldsanvendelsen.

6.Ruspåvirkning:
Pasient: Ruspåvirkning av pasient ble bedømt av behandlende lege.Pasienten ble bedømt som ruspåvirket selv om han ikke var synlig beruset dersom han hadde inntatt alkohol eller andre

rusmidler i mengder av betydning innen siste 10 timer etter voldsepisoden.
Motpart: Ruspåvirkning av motpart ble skjønnsmessig beregnet av pasienten.

7.Bruk av våpen/redskap: Her ble det registrert om det under voldsepsoden ble brukt noen form for våpen eller redskap. Med våpen eller redskap ble forstått envher gjenstand som ble aktivt brukt under voldsanvendelsen og som ikke var en naturlig del av påkledning. Videre ble våpen/redskap gruppert i skytevåpen, kniv, glass/flaske, butte slagvåpen og andre våpen/redskap.

8.Pasientens holdning til politianmeldelse. Her ble det registrert om pasienten allerede hadde gått til politianmeldelse, om han hadde til hensikt å gjøre dette, at han ikke ønsket å anmelde saken eller ennå ikke hadde bestemt seg.

Fra pasientens ordinære, medisinske journal ble følgende data registrert i undersøkelsen:

1.Pasientkarakteristika:
Pasientens fødselsår og kjønn.
Pasientens bopel ble registrert med kommunenummer og postnummer pluss bydelsnummer i Bergen for pasienter hjemmehørende i Bergen kommune.Videre ble arbeidslivstilknytning registrert med i arbeid, arbeidsledig, skoleelev/student, militær/sivil verneplikt.

2.Medisinske opplysninger.
Dato, ukedag og klokkeslett som hele påbegynte timer for når pasienten ble registrert som pasient ved Bergen Legevakt.
Diagnose: Så høyt presisjonsnivå på diagnose som journalet tillot ble tilstrebet, dvs.diagnose med høyeste presisjonsnivå ble valgt dersom pas.ble henvist til undersøkelser eller var flere ganger til konsultasjon.Videre ble tilhørende ICPC-koder registrert.
Behandling gitt ved Bergen Legevakt: Her ble det registrert om pasienten fikk sårstell med vaske/bandasjering av sår, om der ble gjort sutur av sår, taping av sår, gipsing av fractur (med eller uten reponering), observasjon utover 1 time ved Bergen Legevakt, annen behandling gitt ved Bergen Legevakt eller ingen behandling gitt ved Bergen Legevakt.
Henvisning: Det ble registrert om pasienten ble henvist fra Bergen Legevakt til andrelinjetjenseten p.gr.a.aktuelle voldsskade.
Innlagt i sykehus:Det ble registrert om pasienten ble innlagt i sykehus fra Bergen Legevakt for aktuelle voldsskade.
Spesifiseringsrubrikk for hvor pasienten ble inlagt eller henvist ble utfylt.
Antall sykmeldingsdager: Her ble registrert antall sykmeldingsdager gitt av leger ved Bergen Legevakt for aktuelle voldsskade.
Antall konsultasjoner: Her ble det registrert antall konsultasjoner ved Bergen Legevakt for aktuelle volddskade.

Databearbeiding:

Noen måneder etterskuddsvis er journalene til de voldsskadede pasientene hentet frem igjen. Av faste sekretærer ble voldsregistreringsskjema, pasientkarakteristika og medisinske opplysninger som definert ovenfor ført over i et nytt registreringsskjema i Epi Info statistikprogram. Videre bearbeiding av data vil skje i Epi Info.

Etikk:

Undersøkelsen er en systematisk registrering av behandling som rutinemessig gies til denne pasientgruppen. Selve voldsregistreringsskjemaet er å anse som en kvalitetssikring av journalens anamnese. Registreringen i Epi Info skjer i anonymisert form. Således er ikke uttalelse innhentet fra regional komite for medisinsk forskningsetikk eller Datatilsynet.

Publikasjon:

En tar sikte på å publisere resultatene fra studien i 5-6 artikler i internasjonale tidsskrifter.

Fremdriftsplan:

1997: Skrive protokoll.Bearbeiding av innsamlet materiale.Planlegge valideringsstudie.

1998: Utføre valideringsstudie. Analysere innsamlet materiale.Skriving av artikler.

1999: Analysere innsamlet materiale.Skriving av artikler

Insidens av legesøkning til legevakt etter fysisk vold

En spørreskjemaundersøkelse med vekt på epidemiologi av reell og oppdaget akutt insidens av legesøkning etter fersk fysisk vold

1. Knut Steen
Bergen Legevakt, Vestre Strømkaien 19, 5008 Bergen og Kirurgisk institutt, Universitetet i Bergen, 5021 Haukeland Sykehus
Telefon 55 321120

2. Steinar Hunskår
Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen, Ulriksdal 8c, 5009 Bergen
Telefon 55 586100

Prosjektbeskrivelse

Bakgrunn

Skandinaviske undersøkelser har vist at voldsskadete pasienter utgjør 1 - 4 % av konsultasjonene ved legevakter og skadestuer. Det har vært antatt at det reelle tall av voldsskadete pasienter her har vært markert høyere og at et betydelig antall har forblitt uoppdaget og at dette særlig gjelder for vold mot kvinner forøvet av partner.

De fleste studier om reelle nivå av voldsskadete pasienter som oppsøker legevakter, akutt mottak eller annen primær medisinsk praksis har konsentrert seg om vold mot kvinner forøvet av partner (domestic violence). Disse studiene har som regel undersøkt prevalens av vold mot kvinner (1-årsprevalens og/eller livstidsprevalens) og finner ofte tall i størrelsesorden 30-50 % livstidsprevalens (1 - 5). Kun to undersøkelser er funnet vedrørende reell insidens av vold som årsak til legebesøk. McLeer og Anwar fant at andelen av voldsskader hos kvinnelige traumapasienter ved et akutt mottak økte fra 5,6 % til 30 % etter introduksjon av spesifikk protokoll for å oppdage voldsskader hos kvinner (6). Abbot, Johnson et al fant i en spørreskjemaundersøkelse fra akutt mottak en akutt insidens på 11,7% av partnervold mot kvinner og at bare 13% av disse hadde blitt spurt om vold av helsepresonell eller selv fortalt om dette (5).

Insidensundersøkelser fra legevakter, akutt mottak eller annen åpen primær medisinsk praksis for reelle insidenstall for voldsskadete menn kan vi ikke se foreligger. Goldberg, Michael og Tomlanvich har vist i en undersøkelse fra akutt mottak at der er et betydelig innslag av mannlige voldsoffere i en spørreundersøkelse på livstidsprevalens av vold (7), mens Gin, Rucker, Frayne et al i en undersøkelse fra tre indremedisinske praksiser i California fant livstidsprevalens på partnervold mot menn på 14 % og punktprevalens 7 % (4).

Alle de refererte undersøkelsene er amerikanske.Vår viten på dette området bygger således på amerikanske undersøkelser som særlig for voldsrammede menn, ikke gir noe fullgodt bilde av forholdene. Vi vet ikke om resultatene fra disse undersøkelsene er overførbare til norske forhold. Norske undersøkelser på dette området kan vi ikke se foreligger.

Mål

Mål for studien er å:

- Beregne reell akutt insidens av legesøkning til legevakt etter fersk fysisk vold.
- Beregne oppdagelsesprosenten hos lege ved legevakt av fersk fysisk vold
- Finne ut om det er markerte forskjeller i insidens og oppdagelsesprosent mellom ulike grupper av voldsskadete pasienter som for eksempel etter skadetsted eller kjønn.

Design

Spørreskjemaundersøkelse som sendes ut til pasienter som har vært til behandling ved Bergen Legevakt.

Materiale

Spørreskjema som sendes ut til alle pasienter over 16 år som har vært til behandling ved Bergen Legevakt i en definert og sammenhengende tidagersperiode. Kun pasienter som er til førstegangskonsultasjon for aktuelle sykdom eller skade ved Bergen Legevakt inkluderes i undersøkelsen.

Metode

I spørreskjemaet ber en først pasienten oppgi kjønn og alder. Deretter spørres det om pasienten nylig har oppsøkt Bergen Legevakt fordi han/hun var blitt utsatt for vold som slag, spark, dytting, lugging, knivstikking eller andre typer fysisk vold. Pasientene som svarer ja på dette spørsmålet oppgir så om de har fortalt behandlende lege ved legevakt at de var kommet til skade ved fysisk vold. Så stilles der en del sprøsmål om selve voldsepisoden: Hvor volden skjedde, når den skjedde, hvem som utøvet volden og kjønn på motparten. Videre spørres det om alkoholpåvirkning av pasient og motpart under voldsepisoden og hvordan pasienten stiller seg til politianmeldelse av voldsepisoden.

Databearbeiding

Materialet vil bli analysert i Epi Info statistikkprogram

Etikk

Pasientens personvern er ivaretatt ved anonymisering av spørreskjemaet. Tillatelse fra Datastilsynet er således ikke nødvendig. Prosjektet søkes godkjent av Regional etisk komite for medisinsk forskning.

Publikasjon

En tar sikte på å publisere resultatene i en til to artikler i etinternasjonalt tidsskrift. Resultatene fra undersøkelsen vil inngå i et større forskningsprosjekt om vold og voldsskader i legevaktsammenheng.

Tidsplan

1997: Planlegge studien. Skrive protokoll. Utføre undersøkelsen
1998: Analysere innsamlet materiale. Artikkelskriving.

Referanser

1. Hamberger LK, Saunders DG, Hovey M. Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry. Family Medicine 1992; 24: 283-7.
2. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, Ryden J et al. The "battering syndrome": Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. An Intern Med 1995; 123: 737-46.
3. Rath GD, Jarratt LG, Leonardson G. Rates of domestic violence against adult women by men partners. J am board fam pract. 1989; 2: 227-33.
4. Gin N, Rucker L, Frayne S, Cygan R, Hubbell A. Prevalence of domestic violence among patients in three ambulatory care internal medicine clinics. J Gen Intern Med. 1991; 6: 317-22.
5. Abbot J, Johnson R, Koziol-McLain J, Lowenstein SR. Domestic violence against women. Incidence and prevlanece in an emergency department population. JAMA 1995; 273: 1763-7.
6. McLeer SV, Anwar R. A study of battered women presenting in an emergency department. Am J public health 1989; 79: 65-6.
7. Goldberg WG, Tomlanovich MC. Domestic violence victims in the emergency department. New findings. JAMA 1984; 251: 3259-64.

Særtrykk av Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 2/1997

Vold i Bergen

Et ettårsmateriale fra Bergen Legevakt

Oppgaver over hyppighet av vold i samfunnet har i høy grad vært basert på politi- og påtalemyndighetenes tallmateriale. En medisinsk og epidemiologisk tilnærming har vært uvanlig.

For å undersøke vold i et medisinsk perspektiv ble alle tilfeller av fysisk vold registrert i en 12-månedersperiode i 1994–95 ved Bergen Legevakt. Behandlende lege fylte ut et standardisert skjema som en del av anamnesen. Det ble her notert når, hvor og hvordan voldsepisoden skjedde, alkoholpåvirkning av pasient og motpart, og pasientens innstilling til politianmeldelse. Denne informasjonen ble sammen med medisinsk informasjon fra journal (diagnose, behandling, innleggelse, spesialisthenvisning) og pasientkarakteristika (kjønn, alder, bopel og arbeidslivstilknytning) analysert i Epi Info statistikkprogram.

I alt ble 994 pasienter registrert, 241 kvinner og 753 menn. Gjennomsnittsalderen for menn var 28 år og for kvinner 33 år. Flesteparten av voldsepisodene skjedde kveld og natt i helgene, og flertallet av voldsofrene var beruset. Våpen ble sjelden brukt, og de fleste fysiske skadene var lite alvorlige. Flertallet av pasientene ønsket ikke å politianmelde hendelsen.

Knut Steen
Bergen Legevakt
Lars Hilles gate 30
5008 Bergen

Steinar Hunskår
Seksjon for allmennmedisin
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
Ulriksdal 8c
5009 Bergen

Steen K, Hunskår S.

Violence in Bergen, Norway

A one-year prospective survey from Bergen Accident and Emergency Department

Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 226–9

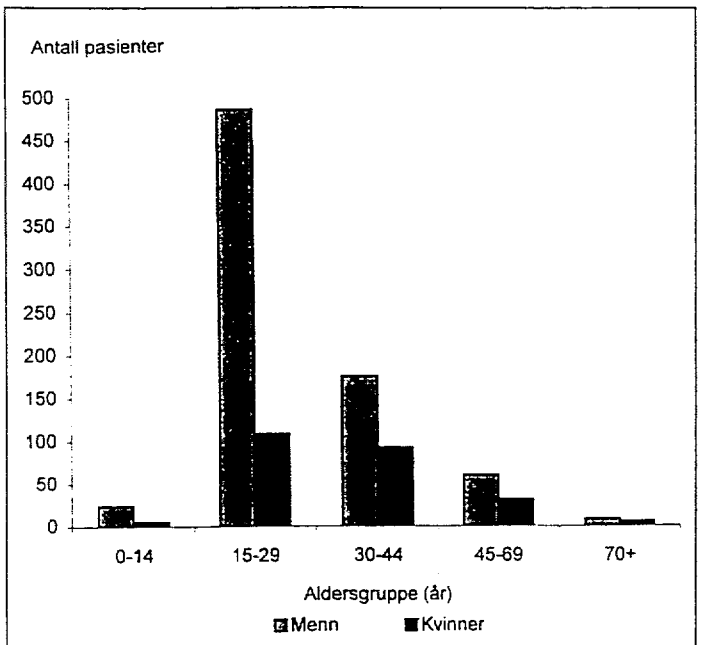
The incidence and prevalence of violence in a society are usually estimated on the basis of police and court records. A public health approach to this problem is uncommon.

We examined all assault victims who attended the Accident and Emergency Department, in Bergen, Norway during a 12 month period in 1994–95. The attending physician filled in a questionnaire on violence as a part of the medical history. The questionnaire included questions on when, where and how the violence occurred, possible influence of alcohol on both victim and perpetrator, and whether or not the patient intended to press legal charges. We also recorded information on diagnosis, treatment, admission to hospital and referal to specialists, and on the personal characteristics of the assault victim (gender, age, domicile, work record).

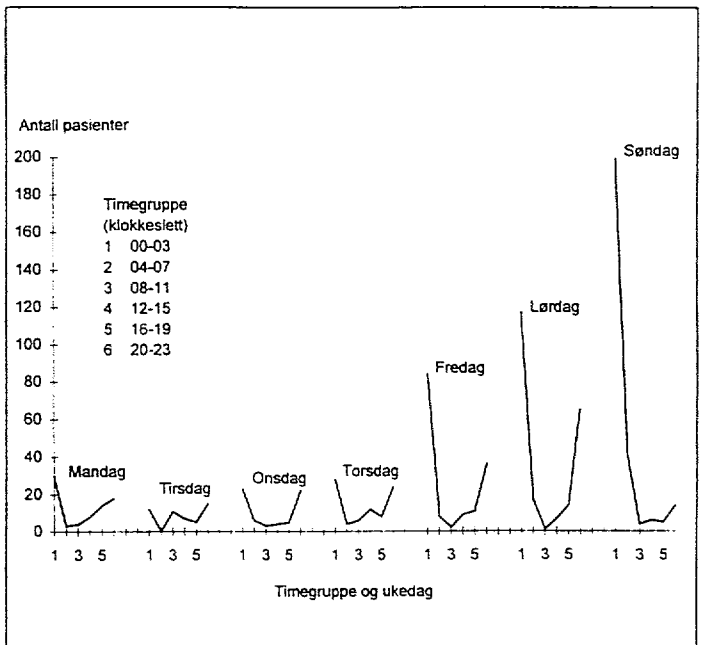
994 assault victims were identified, 241 females and 753 males. The mean age of the males was 28 years and of the females 33 years. The majority of the assaults took place at night and at weekends, and under influence of alcohol. Weapons were rarely used and physical injuries were usually slight. A majority of the patients did not want to press legal charges.

Vold og voldsrelaterte skader synes å være et økende samfunnsproblem med sterk mediefokusering. En spørreundersøkelse i 1990–91 blant 40–42-åringer i Akershus viste at 15,7 % av mennene og 18,1 % av kvinnene hadde vært utsatt for vold, trusler om vold eller seksuelle overgrep (1). Statens institutt for folkehelse registrerte at 0,4 % av befolkningen ble behandlet for voldsskader i 1990 (2). Det har skjedd en mer enn tidobling av tiltaler for voldsforbrytelser fra 1960 til 1990, og tall fra Bergen politikammer viser mer enn 30 % økning av antall anmeldte tilfeller av vold fra 1991 til 1994 (2, 3). Hittil har det i høy grad vært tall fra politi og rettsvesen som har dannet grunnlaget for å beregne voldsepidemiens størrelse og vekst, men hvor representative disse tall er, vites ikke med sikkerhet. Fra et medisinsk og epidemiologisk ståsted har det vært gjort lite i

☞ Se redaksjonell kommentar side 193



Figur 1 Alder på pasient



Figur 2 Tidspunkt og ukedag for vold

Norge for å kartlegge voldsepidemien. Heller ikke i europeisk sammenheng er det forsket mye på dette området. I 1981, 1986 og 1991 ble det utført halvårlige, prospektive registreringer av voldsskader ved Esbjerg Centralsygehus' skadestue, og gjort 236, 379 og 509 registreringer, og dette utgjorde henholdsvis 3,0, 3,4 og 4,1 % av alle skadestuehenvendelsene (4). I Århus ble det i 1981–82 og 1987–88 gjort ettårige prospektive registreringer av voldsskader fra to skadestuer og et rettsmedisinsk institutt. Det ble funnet 1 639 og 1 874 voldsskader, og det var 3,4 og 3,2 % av alle pasientregistreringene (5–7). Ved København kommunehospitals skadestue og sykehus ble det prospektivt over seks måneder i 1980–81 funnet 368 voldsskadede pasienter; 3,5 % av alle henvendelsene (8). Ved en seksmåneders prospektiv registrering i 1986 ved Bristol Infirmary ble det påvist 294 voldsskadede pasienter (9). I alle undersøkelsene var det flere menn enn kvinner, flest tilfeller kveld og natt, og flertallet av pasientene var alkoholpåvirket.

Formålet med vår undersøkelse har vært å karakterisere vold og voldsskader fra et primærmedisinsk og epidemiologisk ståsted. Helsevesenet møter denne pasientgruppen hyppigst i legevaktsammenheng, slik at det ofte er allmennpraktikere som vil få den første kontakten med denne pasientgruppen. Skal volden kunne bekjempes som samfunnsproblem, må vi også kjenne dens epidemiologi og helsemessige konsekvenser. Vi har derfor utført en prospektiv epidemiologisk undersøkelse med vekt på hvor hyppige disse voldskadene er, hvem som rammes, hvor, når og hvordan volden skjer, samt skadetyper og hvilken medisinsk behandling som var nødvendig.

Materiale og metode

I perioden 1.4.1994–31.3.1995 ble det ved Bergen Legevakt foretatt en systematisk registrering av alle ferske fysiske voldsskader. Registreringen skjedde prospektivt som et ledd i journalføringen. Skader eldre enn 14 dager og pasienter ved legevaktens voldtektsmottak var ikke med i registreringen. Videre inngikk ikke i undersøkelsen trusler om bruk av vold, verbal trakassering, vanskjøtsel eller andre ikke-fysiske skader. Det ble gjort én registrering per voldsepisode og pasient. Registreringen foregikk ved at behandlende lege fylte ut et voldsregistreringsskjema som så ble lagt inn i journalen som en del av anamnesen. Diagnosekode E 960 benyttes ved Bergen Legevakt kun ved slike voldsskader.

Følgende opplysninger ble registrert i voldsregistreringsskjemaet:

– Sted for voldsutøvelsen. Her ble det registrert om volden skjedde inne eller ute, på privat eller offentlig sted. Adresse eller stedsnavn, eventuelt navn på etablissement ble så langt mulig spesifisert

– Tidspunkt for voldsutøvelsen. Dato, ukedag og klokkeslett ble registrert

Relasjon til motpart i voldsepisoden. Det ble notert om pasienten kjente motparten, om det var et tilfeldig og flyktig bekjentskap, eller om motparten var ukjent for pasienten. Kjente og tilfeldige bekjentskaper ble forsøkt spesifisert og senere gruppert

– Antall, kjønn og etnisitet på motparten

– Foranledning til skaden. Her registrerte vi om pasienten opplevde voldsituasjonen som helt umotivert eller om det forelå en konfliktsituasjon som så ledet frem til en voldssituasjon

– Ruspåvirkning av både pasient og motpart

– Bruk av våpen eller redskap under voldsutøvelsen

– Politianmeldelse av voldsepisoden.

Det benyttes datajournal ved Bergen Legevakt (Infodoc), slik at de merkede journalene lett kan gjenfinnes i arkivet. Noen måneder etterskuddsvis ble journalene hentet frem igjen og opplysninger fra journalen, inkludert voldsregistreringsskjemaet, ført over i Epi Info statistikkprogram. Følgende opplysninger ble overført i anonymisert form:

– Pasientopplysninger: Pasientens kjønn, alder, arbeidslivstilknytning (i arbeid, skoleelev eller student, vernepliktig, arbeidsløs) og bopel med postnummer, kommune og eventuelt bydel i Bergen

– Voldsregistreringsskjemaet fra journalens anamnesekapittel ble overført uendret

– Medisinsk registreringsdel: Her registrerte vi diagnoser med tilhørende ICPC-koder, behandling gitt ved Bergen Legevakt, inkludert antall sykmeldingsdager, og om pasien-

Tabell 1 Pasientens kjennskap til motparten

Ukjent motpart	481
Kjent motpart	477
Herav:	
Kjæreste, samboer, ektefelle	74
Ekskjæreste, ekssamboer, eksektefelle	31
Familie for øvrig	30
Venn, kollega, bekjent	143
Nabo	19
Dørvakt	29
Politi	4
Andre	76

ten ble henvist til annenlinjetjenesten eller innlagt i sykehus, og i så fall hvor pasienten ble innlagt eller henvist.

Resultater

I løpet av ettårsperioden ble det gjort 994 registreringer. På grunn av manglende utfylling av enkelte felter i registreringsskjemaet, eller at pasienten ikke ønsket eller var i stand til å gi adekvate opplysninger, vil noen av resultatene være basert på et lavere tall enn totalt antall registreringer. Materialet består av 241 (24 %) kvinner og 753 (76 %) menn, gjennomsnittsalderen var 28 år for menn og 33 år for kvinner. Hovedtyngden av pasientene var fra slutten av tenårene til begynnelsen av 40-årene. Bare ni pasienter var under 12 år og 15 over 65 år (fig 1).

809 av i alt 979 registrerte (83 %) var hjemmehørende i Bergen kommune. Av disse hadde bydelene Sentrum, Løvstakken og Loddefjord over 100 registreringer hver, som tilsvarer 41 % av pasientene mot 27 % av folketallet i Bergen. 391 (40 %) pasienter var i lønnet arbeid, 204 (21 %) var uten arbeid, 30 (3 %) var i sivil- eller militærtjeneste og 230 (23 %) var skoleelever eller studenter. Hos de resterende 13 % var arbeidslivstilknytning ikke oppgitt.

Gjennomsnittlig var det 83 registreringer per måned, men variasjonen var stor ved at april, mai, oktober, november og desember hver hadde omtrent 100 registreringer, mens februar, august og september bare hadde omtrent 60 registreringer. Det var stor overvekt av episoder fredag, lørdag og søndag (70 % av alle), og 75 % av tilfellene ble registrert i åttetimersperioden fra kl 20 om kvelden til kl 4 om natten (n = 911). Datoen med flest registreringer var 1.1. med 27 voldstilfeller, og i nyttårshelgen ble det registrert 39 voldstilfeller. Figur 2 viser en grafisk fremstilling av fordelingen av tilfeller på ukedag og klokkeslett.

Voldsepisoden skjedde i 258 tilfeller (27 %) inne på offentlig sted og i 421 tilfeller (44 %) ute på offentlig sted, mens privat sted var arena for voldsepisoden hos 277 (29 %) av pasientene. I 297 av tilfellene av vold på offentlig sted synes voldsepisoden å ha skjedd inne på eller umiddelbart utenfor skjenkested.

664 (69 %) av pasientene ble bedømt som ruspåvirket av behandlende lege. Ruspåvirkning av motpart i voldsepisoden ble bedømt av pasienten, og 49 % ble antatt å være påvirket, 22 % var ikke påvirket, og i 29 % av tilfellene var pasienten ute av stand til å bedømme ruspåvirkningen hos motparten.

Pasientene oppgav at 481 (50 %) av motpartene var helt ukjente fra tidligere, mens 477 (50 %) var personer pasienten kjente fra før eller visste identiteten til (tab 1). 872 (93 %) av motpartene var menn og 54 (6 %) kvinner. Dessuten var det 11 tilfeller (1 %) med motparter av begge kjønn. En enkelt skadeutøver var vanligst og ble konstatert i 699 (74 %) tilfeller, mens to motparter ble registrert i 118 (12 %) av tilfellene og tre motparter fantes i 116 (12 %) av tilfellene. Fire eller flere motparter, «voldsgjeng», forekom sjelden, kun 17 (2 %) registreringer er forenlig med mulig gjengkriminalitet. Motpartenes statsborgerskap ble ikke registrert, men derimot om pasientene oppfattet motparten som utlending. Av de 107 (12 %) som ble oppfattet som utlendinger, var 21 fra Europa, 25 fra Asia, 15 fra Amerika, sju fra Afrika og 39 ikke nærmere spesifisert.

Omtrent halvparten av pasientene opplevde at det var en konfliktsituasjon som førte frem til voldsepisoden, mens den andre halvparten følte at voldsanvendelsen var helt umotivert og vilkårlig. I det store flertall av tilfeller ble det ikke benyttet noen form for våpen eller redskap. Glass eller flasker ble brukt i 77 tilfeller (8 %), kniv som våpen ble brukt 35 (4 %) ganger, skytevåpen kun to (0,2 %) ganger, mens butte slagvåpen og annet ble notert ved henholdsvis 17 (2 %) og 110 (11 %) registreringer.

På spørsmål om politianmeldelse svarte 127 (13 %) at de allerede hadde anmeldt voldsepisoden, 290 (31 %) svarte at de ønsket å anmelde, 301 (32 %) at de ikke ønsket å gå til anmeldelse og 234 (25 %) svarte at de ikke hadde bestemt seg ennå.

Det ble registrert 1 183 diagnoser. Fordeling av diagnoser etter ICPC-koder er vist i tabell 2 og behandling gitt ved Bergen Legevakt i tabell 3. Fire av fem pasienter var bare til en konsultasjon ved Bergen Legevakt. 11 % av pasientene ble innlagt i sykehus (n = 969) og 30 % ble henvist videre til annenlinjetjenesten (n = 888). Kirurgiske og neurokirurgiske avdelinger fikk de fleste innleggelsene, og øre-nese-hals- og røntgenavdelinger de fleste henvisningene. De fleste pasientene (80 %) fikk ingen sykmelding fra Bergen Legevakt, men totalt ble det gitt 1 811 sykmeldingsdager. Sykmeldingene var vanligvis på sju dager eller mindre.

Tabell 2 Fordeling av 1 183 diagnoser etter ICPC-koder fordelt på de 994 pasientene

A. Allment og uspesifisert		12
D. Fordøyelsesorganer		20
F. Øye		52
H. Øre		6
L. Muskel- og skjelettsystemet		424
L72 Radius- og ulnafrakturer	12	
L73 Tibia- og fibulafrakturer	5	
L74 Brudd håndrot, fingrer, fotrot, tær	45	
L75 Brudd lårhals	1	
L76 Andre brudd	210	
L77–79 Forstuing og forstrekking ledd	52	
L80 Luksasjoner	6	
Andre	93	
N. Nervesystemet		98
N79 Hjernerystelse	61	
N80 Andre hodeskader uten skallebrudd	27	
Andre	10	
P. Psykisk		14
R. Luftveier		19
S. Hud		493
S13 Bitt av dyr/menneske	13	
S16 Slag/kontusjon intakt hud	143	
S18 Sårskade/kutt	321	
Andre	16	
U. Urinveier		10
X. Kvinnelige kjønnsorganer		2
Y. Mannlige kjønnsorganer		3
Z. Sosialt		9
Andre		9

Tabell 3 Behandling gitt ved Bergen Legevakt (N = 1 012)

	Antall	(%)
Sårbehandling		
Rensing og bandasjering av sår	78	8
Taping og/eller liming av sår	89	9
Sutur av sår	190	19
Bruddbehandling		
Gipsing med eller uten reponering av brudd	41	4
Annen behandling		
Observasjon utover 1 time	11	1
Annet	32	3
Ingen spesifik behandling	571	56

Diskusjon

Voldsskader utgjorde 1,3 % av konsultasjonene ved Bergen Legevakt, mot 3–4 % i de danske undersøkelsene (4, 5, 8). Utførelsen av vår studie er ganske lik de danske studiene, og bortsett fra antall voldsskader er også resultatene relativt like. Vi ser derfor ingen grunn til at resultatene fra studiene ikke skulle være sammenliknbare. Noen sikker årsak til at voldstallene i Danmark synes høyere enn i Bergen kan vi ikke peke på, men det er nærliggende å tenke på Danmarks liberale alkoholpolitikk.

Vårt tall for voldstilfeller i løpet av et år er et minimumstall for voldsskadede pasienter behandlet ved Bergen Legevakt. Det er tidligere vist at kvinner som oppsøker legevakt etter mishandling, bare i et mindretall av tilfellene vil oppgi vold som årsak til legebesøket, og helsepersonell synes ikke å være flinke til å identifisere disse pasientene (10, 11),

eller å ta opp problemet med pasientene ved mistanke (12). Omfanget av fysisk vold mot eldre i Norge er ikke sikkert fastlagt. Det har vært antydet at 3–4% av gamle utsettes for overgrep i en eller annen form, og at leger sjelden rapporterer slike saker (13). Tallet på eldre i vår undersøkelse er lavt, og mindreårige er omtrent helt fraværende. Muligens er det uttrykk for at disse pasientene i legevaktsammenheng ikke identifiseres som voldsofre, men det kan også være uttrykk for at denne pasientgruppen i liten grad oppsøker denne delen av helsevesenet etter voldsepisoder.

Bergen Legevakt er den eneste døgnåpne primærmedisinske institusjon i Bergen og ligger i sentrum av byen. De fleste akutte skader i Bergen behandles ved eller innlegges fra Bergen Legevakt. Men i tillegg til at en del voldsskader ved Bergen Legevakt sannsynligvis ikke blir oppdaget, vil en del pasienter også oppsøke sine primærleger direkte, og enkelte pasienter med de mest alvorlige voldsskadene innlegges direkte i sykehus. Dessuten vil sannsynligvis ganske mange som utsettes for vold, ikke oppsøke helsevesenet i det hele tatt. I undersøkelsen fra Århus kunne bare 30 % av politiets tilfeller gjenfinnes i den medisinske voldsregistreringen, mens det tilsvarende tall for Bristol var 10 % (5, 9).

Tallmessig er gruppen av yngre menn helt dominerende, med en absolutt topp for 20- og 21-årige menn, som står for mer enn en tidel av registreringene. Denne gruppen dominerer også i andre tilsvarende undersøkelser (4, 5, 8, 9). Vår registrering viser at yngre menn i høy grad skader seg i helger, på offentlige steder og under alkoholpåvirkning. Det kan tenkes at det er mindre tabubelagt å oppsøke helsevesenet etter denne typen skader enn etter vold i hjemmet, slik at denne gruppen blir overrepresentert i undersøkelsene.

Dårlige sosiale forhold synes å disponere for å bli utsatt for vold. Pasienter med bopel i bydeler i Bergen med dårlige livsvilkår er overrepresentert (14). Likeledes synes arbeidsledige å være overrepresentert. Forbausende var den store andelen skoleelever og studenter (23 %). Sammenliknbare undersøkelser har tall på 6–12 % skoleelever og studenter (8, 9). Utlendinger som motpart i voldsepisoden synes også å være overrepresentert, 12 % i undersøkelsen mot 3,9 % av folketallet i Bergen. Noe av denne tilsynelatende overrepresentasjonen kan forklares ved at offisielle registre oppfører statsborgerskap, mens vår registrering går på etnisitet. Det kan også tenkes at gruppen yngre menn er overrepresentert blant utlendinger i Bergen.

Det er dokumentert at alkoholinntak disponerer for å bli utsatt for vold. Cherpitel har i en gjennomgang av studier fra legevakter og akuttmottak funnet at det er to–fem ganger mer sannsynlig at en voldsskadet pasient er påvirket av alkohol enn en pasient skadet på annen måte (15). Det at nesten 70 % av pasientene i studien var alkoholpåvirket og at et stort antall av voldsepisodene fant sted i tilknytning til steder med alkoholservering, synes også å underbygge at alkohol disponerer for vold. Opphopningen av voldstilfeller på tidspunkter med tradisjonelt høyt alkoholkonsum (kveld og natt i helgene) synes også å bekrefte sammenhengen mellom alkoholkonsum og vold. April, mai, november og desember er de månedene som har høyest voldstall og er også måneder med mye uteliv og høyt alkoholkonsum.

Under konsultasjonen ved Bergen Legevakt hadde bare et lite mindretall av pasientene gått til anmeldelse av motparten i voldsepisoden, mens noen flere hadde til hensikt å gå til anmeldelse. Tall fra sammenliknbare undersøkelser viser anmeldelsesfrekvenser på litt over 20 % (5, 9). Oslo Legevakt angir en anmeldelsesfrekvens på omtrent 15 % (16). Det er sannsynlig at mange av pasientene som oppgir intensjon om å anmelde, ikke kommer til å gjøre dette. Det kan derfor synes som om voldspasientene registrert ved Bergen Legevakt og registrerte voldsanmeldelser ved Bergen politikammer er to tallmessig omtrent jevnstore grupper, men bare et mindretall av de voldsrammede finnes igjen i begge gruppene.

De fleste skadenene var enkle sårskader, kuttskader og kontusjoner. Dette kan ha sammenheng med at det sjelden ble brukt våpen under voldsutøvelsen. Men i løpet av 12-månedersperioden ble det diagnostisert 273 brudd, 108 pasienter ble innlagt i sykehus og 264 pasienter ble henvist til annenlinjetjenesten. Skademønstre og innleggelsesfrekvenser skiller seg ikke vesentlig fra andre liknende undersøkelser (4, 6–9) eller fra undersøkelser med søkelys på kvinnemishandling (17, 18). Sykmeldingsdager gitt fra Bergen Legevakt er et minimumstall, da både primærleger og sykehus sannsynligvis har utstedt et betydelig antall sykmeldingsdager.

Konklusjon

Offentlig vold hvor yngre menn blir skadet kveld og natt i helgene, dominerer i denne type undersøkelser. Hjemmevold fanges opp i begrenset omfang. Vold mot barn og eldre synes ikke å bli identifisert i særlig grad. I legevaktsammenheng vil det således være offentlig vold blant yngre menn som er mest synlig. Skal hjemmevolden kunne identifiseres, må legevaktpersonellets årvåkenhet overfor dette problemet skjerpes. Sammenhengen mellom alkoholpåvirkning og vold er tydelig i denne undersøkelsen. Bare en mindrepart av pasientene synes å gå til politianmeldelse av voldsepisoden. En registrering av voldsskader i helsevesenet vil være et godt supplement til politiets registreringer og bedre presisjonen på måling av samlet voldsnivå. De fleste fysiske skadene var lite alvorlige, og avspeiler sannsynligvis at våpen av ulike typer brukes lite i Bergen.

Vi takker kolleger ved Bergen Legevakt som har gjort undersøkelsen mulig. En særlig takk til tidligere legevaktsjef Willy Haukeland, Rolf Reitan, Ida Tertnes og Brit Andreassen.

Knut Steen har mottatt allmennpraktikerstipend for å gjennomføre undersøkelsen.

Litteratur

1. Graff-Iversen S, Gjervig T, Lund-Larsen PG, Hjemmen A, Dalgard OS, Holmsen E. Sosialt nettverk, alkoholvaner og voldskader hos kvinner og menn i Akershus fylke. Resultater fra anonym spørreundersøkelse blant 40–42 åringer 1990–91. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 3579–83.
2. Kvåle G. Vold. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 9–10.
3. Årsrapporter person/voldsavsnittet 1994 og 1995. Bergen: Bergen politikammer, 1994, 1995.
4. Ernst C, Sørensen L, Rock ND, Hvass I. Voldsbetingede skadestuehenvendelser. Ugeskr Læger 1994; 156: 801–3.
5. Schrøder HM, Petersen KK, Eskjær SP, Charles AV. Epidemiology of violence in a Danish municipality. Changes in the incidence during the 1980s. Dan Med Bull 1992; 39: 81–3.
6. Hedeboe J, Charles AV, Nielsen J, Grymer F, Moller BN, Moller-Madson B et al. Interpersonal violence: Patterns in a Danish community. Am J Public Health 1985; 75: 651–3.
7. Eiskjær SP, Schrøder HM, Charles AV, Petersen KK. Epidemiology of violence in a Danish municipality. Changes in severity during the 1980s. Dan Med Bull 1992; 39: 83–5.
8. Carlsen A, Korsgaard GM. Voldsskader. En prospektiv opgørelse. Ugeskr Læger 1982; 144: 1643–7.
9. Shepherd J, Scully C, Shapland M, Irish M, Leslie IJ. Assault: characteristics of victims attending an inner-city hospital. Injury 1988; 19: 185–90.
10. McLeer SV, Anwar R. A study of battered women presenting in an emergency department. Am J Public Health 1989; 79: 65–6.
11. Abbott J, Johnson R, Koziol-McLain J, Lowenstein SR. Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. JAMA 1995; 273: 1763–7.
12. Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence. Opening the Pandora's box. JAMA 1992; 267: 3157–60.
13. Johns S, Juklestad O. Vold mot eldre – epidemiologi. Norsk Tidsskrift for Geriatri 1994; 10, nr. 3/4: 5–6.
14. Hansen FH, Reitan J, Ågotnes JE. Helse- og levekårsatlas for Hordaland og Noreg. Bergen: Hordaland fylkeskommune/Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste 1996: 99–108.
15. Cherpitel CJ. Alcohol and injuries resulting from violence: a review of emergency room studies. Addiction 1994; 89: 157–65.
16. Kallevik SA. Flere utsettes for vold i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 88.
17. Bovim EK, Saltvedt I, Lereim I. Mishandling i ekteskap og samboerforhold. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 1695–7.
18. Malterud K. Mishandlede kvinners skademønster og livssituasjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1982; 102: 1787–90.

○