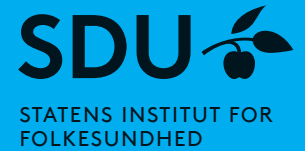


Katrine Bindsbøl Holm Johansen
Sofie Weber Pant
Kathrine Hytten
Knud Juel
Morten Hulvej Rod



Skal det første ord komme fra patienten?

Opsporing og støtte til voldsramte gennem
kontakt til den alment praktiserende læge

**Skal det første ord komme fra patienten? Opsporing og støtte til
voldsramte gennem kontakt til den alment praktiserende læge**

Katrine Bindsbøl Holm Johansen
Sofie Weber Pant
Kathrine Hytten
Knud Juel
Morten Hulvej Rod

Copyright © 2016
Statens Institut for Folkesundhed,
Syddansk Universitet

Grafisk design: Trefold

Uddrag, herunder figurer og tabeller,
er tilladt mod tydelig gengivelse. Skrifter, der omtaler,
anmelder, citerer eller henviser til nærværende
publikation, bedes sendt til
Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-350-2

Statens Institut for Folkesundhed
Øster Farimagsgade 5A, 2. sal
1353 København K
www.si-folkesundhed.dk

Rapporten kan downloades fra
www.si-folkesundhed.dk

Forord

I Danmark har regeringer siden 2002 udarbejdet fire nationale handlingsplaner til bekæmpelse af vold i nære relationer. I handlingsplanen fra 2010 fik de praktiserende læger en fremtrædende rolle, idet handlingsplanen satte fokus på lægernes rolle i forhold til dels at opspore voldsramte, dels at viderehenvise voldsramte patienter til de eksisterende støttemuligheder. I forlængelse heraf udgav Sundhedsstyrelsen i 2012 en temaavis til praktiserende læger og andre sundhedsprofessionelle med råd og støttemuligheder til voldsramte. I denne rapport undersøger vi alment praktiserende lægers egen opfattelse af deres rolle i opsporingen og hjælpen til voldsramte. Rapporten bygger på interview med alment praktiserende læger, voldsramte og centermedarbejdere, og belyser de udfordringer og muligheder, der kan være for et øget tværsektorielt samarbejde omkring voldsramte. Projektet har haft en karakter af et pilotstudie, idet det ikke har været muligt at rejse finansiering til det oprindelige undersøgelsesdesign. Resultaterne i rapporten bygger således på et mindre empirisk grundlag, end det oprindeligt var tænkt, men ikke desto mindre skal rapporten ses som et vigtigt første skridt på vejen til at opnå en større indsigt i, hvordan voldsramte hurtigere kan opspores og tilbydes målrettet hjælp til et liv uden vold.

Vi vil gerne rette en stor tak til alle praktiserende læger, voldsramte og til medarbejdere på kvindekrisecenteret og mandecenteret, som har stillet deres tid og erfaringer til rådighed for os.

Undersøgelsen er tilrettelagt og gennemført på Statens Institut for Folkesundhed, SDU, af ph.d.-studerende Katrine Bindesbøl Holm Johansen, studentermedhjælper Kathrine Hytten, studentermedhjælper Sofie Weber Pant, professor Knud Juel og forskningsleder Morten Hulvej Rod.

En stor tak for uundværlig sparring til praktiserende læge Jesper Lundh, forsker ved Tværsektoriel Forskningsenhed i Region Hovedstaden Jens Albæk og overlæge ved Center for Voldsramte, Frederiksberg Hospital, Trine Rønde Kristensen, som tilsammen har udgjort undersøgelsens følgegruppe.

Projektet er finansieret af den tværsektorielle forskningsfond i Region Hovedstaden 'Tværspuljen' og Fonden for Almen Praksis.



Morten Grønbæk, direktør

Indhold

1. Indledning.....	4
Formål	4
Baggrund for undersøgelsen	5
2. Resumé	6
3. Metode og analyse.....	9
Definition af vold i nære relationer	9
Rekruttering og udvælgelse	10
Interviewmetoder	11
Etik	12
Analyse	12
Kvalitetsrefleksion	13
4. Litteraturstudie.....	14
Fremgangsmåde	14
Udbredelsen af vold i nære relationer	14
Opsporing af voldsramte	16
Uddannelse af sundhedsprofessionelle	17
Erfaringer og holdninger til screening for vold	18
5. Undersøgelsens resultater.....	20
Vold – "Jamen, hvad er det?"	21
Et spørgsmål om definition	21
"Det er ikke noget, vi ser så tit"	24
Lægens vej til opsporing.....	26
Uafklarede symptomer	26
At spørge til eller rundt om vold	28
Udfordringer for opsporingen	29
Holdningen til screening	35
Lægens støttemuligheder.....	39
Mellem afmagt og succeskriterier	39
Lægens tilgang til støtte	41
Tilgange til viden og nye samarbejds muligheder.....	50
Veje til viden	50
'Soft' – én indgang til tilbud	52
Model til at øge et tværsektorielt samarbejde	53
6. Sammenfattende diskussion.....	55
Litteratur	59

1. Indledning

Denne rapport beskriver resultaterne fra en undersøgelse i Region Hovedstaden om mulighederne for opsporing og støtte til personer udsat for vold i en nær relation gennem kontakt til alment praktiserende læge. Projektet har bygger på en antagelse om, at alment praktiserende læger og sundhedsprofessionelle generelt kan spille en central rolle i at hjælpe voldsramte til et liv uden vold, og derved forebygge længerevarende psykosomatiske lidelser, lange behandlingsforløb og vedvarende voldsudsættelse (se f.eks. Bradley, et al. 2002; Chave and Morvant 2004; WHO and Krug 2002). Det gør vi blandt med afsæt i studier, der viser, at vold har store sundhedsmæssige konsekvenser for de udsatte og sundhedsøkonomiske konsekvenser for samfundet, hvilket ”gives the health sector both a special interest in prevention and a key role to play”, som Verdenssundhedsorganisationen WHO skriver (Häger Glenngård 2010; Krug, et al. 2002; Tønnesen 2010). I Danmark estimeres det, at vold mod kvinder årligt koster samfundet 486 mio. kr. hvoraf 17 procent går til sundhedsydelser. To tredjedel af omkostningerne er relateret til partnervold, det vil sige vold som forekommer i en nær relation (Helweg-Larsen, et al. 2010).

For at forebygge vold i nære relationer blandt såvel kvinder som mænd og reducere omkostninger forbundet hermed, er det væsentligt at have fokus på tidlig opsporing af personer, der er voldsramte. I 2012 udsendte Sundhedsstyrelsen en temaavis til sundhedsprofessionelle med fokus på vold i nære relationer¹, og den seneste nationale handlingsplan konkluderer, at de sundhedsprofessionelle på baggrund heraf har fået viden om området.² Sidenhen har der ikke været meget fokus på sundhedsprofes-

sionelles rolle i forbindelse hermed. Det er endvidere uvist, hvordan en gruppe som alment praktiserende læger generelt ser på mulighederne for opsporing og støtte til voldsramte i regi af almen praksis.

Formål

Nærværende undersøgelse har haft til formål at belyse mulighederne for at hjælpe voldsramte kvinder og mænd til et liv uden vold, herunder at forebygge længerevarende psykosomatiske lidelser, lange behandlingsforløb og vedvarende voldsudsættelse gennem kontakt til alment praktiserende læge. Desuden er formålet at undersøge potentialerne for et samarbejde på tværs af sektorer og den specialiserede hjælp, som er etableret i Region Hovedstaden. For at opfylde formålet har vi arbejdet ud fra besvarelsen af fem forskningsspørgsmål:

1. Hvordan vurderer alment praktiserende læger, om patienters årsag til lægekontakt og helbredsproblemer kan skyldes vold i en nær relation?
2. Hvordan imødekommer alment praktiserende læger voldsramte patienters behov?
3. Hvilket kendskab har alment praktiserende læger til kommunale og regionale tilbud til voldsramte patienter, og hvilken praksis har de for viderehenvielse og samarbejde med tilbuddene?
4. Hvilke erfaringer har personale på kvindekriser- og mandecentre med kontakt til alment praktiserende læger, og de voldsramtes egen kontakt hertil?
5. Hvilke erfaringer har voldsramte i forhold til kontakt til egen læge som følge af voldsudsættelse, og hvilken hjælp og støt-

¹ Se Sundhedsstyrelsens temaavis her:

https://www.sundhed.dk/content/cms/6/38906_temaavis.pdf

² Se handlingsplanen 'Indsats mod vold i familien og i nære relationer' fra juni 2014, http://www.lokk.dk/_files/Dokumenter/rapporterogpublikationer/politiskehandlingsplanerogstrategier/nationalhandlingsplanjuni2014.pdf side 23

te har de modtaget fra egen læge og andre regionale tilbud?

Spørgsmålene er besvaret gennem individuelle interview med alment praktiserende læger og gruppe- og individuelle interview med voldsramte og kvindekriser- og mandecenterpersonale samt gennem en litteraturgennemgang på området.

Baggrund for undersøgelsen

Vold i nære relationer har i årtier været genstand for både dansk og international forskning, og området har haft en støt stigende politisk interesse. Siden 2002 har, skiftende regeringer udarbejdet fire nationale strategier og handlingsplaner til bekæmpelse af vold i nære relationer. Den nationale strategi fra 2010 fokuserer på, at der skal arbejdes med tidlige forebyggende indsatser, at ofre for vold i nære relationer skal have støtte på kort og lang sigt, samt at der skal skabes mere viden, forankring og tværfagligt samarbejde. Dette udmøntes i 30 punkter, hvoraf ét af punkterne omhandler de alment praktiserende lægers rolle i forbindelse med bekæmpelse af vold i nære relationer. Punktet understreger, at de praktiserende læger skal opfordres til at spørge ind til partnervold, samt have øget information og viden om de eksisterende støttemuligheder, sådan at de på bedst mulig måde kan henvise de voldsramte (Regeringen 2010). I forlængelse heraf udgav Sundhedsstyrelsen i 2012 et inspirationsmateriale, som indeholder råd, støtte og henvisningsmuligheder for sundhedspersonalet. Inspirationsmaterialet kommer blandt andet med generelle råd til en samtale om vold og giver ligeledes eksempler på spørgsmål, som sundhedspersonalet kan bruge til at åbne op for en samtale om vold (Sundhedsstyrelsen 2012). I regeringens seneste nationale handlingsplan fra 2014 konkluderes det, at læger og andre sundhedsprofessionelle har fået et øget kendskab til vold i nære relationer og dermed har fået mulighed for at identificere tegn på vold og stille patienterne relevante spørgsmål ved mis-

tanke om vold og derved fået mulighed for at rådgive den voldsramte om, hvor de kan søge støtte og hjælp (Regeringen 2014).

2. Resumé

Nærværende undersøgelse har haft til hensigt at bidrage med viden om mulighederne for at hjælpe personer udsat for vold i en nær relation til et liv uden vold gennem kontakt til alment praktiserende læge samt undersøge mulighederne for et samarbejde på tværs af alment praktiserende læger og den specialiserede hjælp til voldsramte, som er etableret i Region Hovedstaden. Undersøgelsen er gennemført som et kvalitativt studie, hvor hovedfokus har været på de alment praktiserende lægers erfaringer med at identificere og støtte voldsramte. Undersøgelsen har karakter af et pilotstudie, idet det ikke har været muligt at rejse finansiering til det oprindelige projektdesign. Rapporten bygger således på et mindre empirisk grundlag, end det oprindeligt var tiltænkt. Empirien består af individuelle interview med ni alment praktiserende læger og gruppe- og individuelle interview med seks voldsramte og en medarbejder på henholdsvis et kvindekrisecenter og på et mandecenter samt en litteraturgennemgang på området.

Litteraturgennemgang

Gennemgangen af dansk, nordisk og international litteratur har fokuseret på omfanget af vold i nære relationer, den alment praktiserende læges rolle i at identificere og støtte voldsramte patienter, uddannelsesprogrammer for sundhedsprofessionelle om vold i nære relationer samt screening herfor. Samlet set viser litteraturgennemgangen, at partnervold er et problem, der udbredt blandt både mænd og kvinder, men hvor kvinder i højere grad end mænd oplever at blive udsat for gentagen vold af samme partner og af flere partnere, og for seksuel vold af en partner eller anden nærtstående. Litteraturstudiet viser også, at sundhedsprofessionelles kendskab til problemfeltet ofte er begrænset, og det kan være en væsentlig barriere i forhold til at spørge til patienter om voldsudsættelse. Flere studier konkluderer

således, at praktiserende læger og andre sundhedsprofessionelle har behov for undervisning i området, da det ofte ikke indgår i de grundlæggende uddannelser inden for sundhedsvæsenet.

Kvalitative fund

Fundene fra nærværende kvalitative undersøgelse kan inddeles i tre overordnede forhold, som omhandler 1) lægernes definition og afgrænsning af fænomenet, 2) relationen mellem patient og læge, og 3) lægens viden om og brug af støttemuligheder til voldsramte. På baggrund af fundene og lægernes egne idéer til at fremme mulighederne for at støtte voldsramte har vi skitseret en interventionsmodel, der har til formål at styrke lægernes viden om vold i nære relationer og det tværsektorielle samarbejde omkring voldsramte patienter.

Definition af vold i nære relationer

Det første forhold omhandler definitionen af vold i nære relationer. Undersøgelsen viser, at det er forskelligt lægerne imellem, hvordan vold i nære relationer afgrænses, og derfor også, hvad lægen opfatter som voldsudsættelse. Nogle læger mener, at handlingen skal have til hensigt at skade, mens andre mener, at handlinger, som ikke nødvendigvis har til hensigt at skade, kan være vold. Disse opfattelser adskiller sig fra de to medarbejdere på et kvindekrisecenter og et mandecenter, som afgrænser vold ud fra handlingernes konsekvenser og den funktion, de har i relationen til voldsudøveren.

Usikkerhed omkring definitionen af vold udfordrer også lægernes mulighed for at adskille vold fra f.eks. konflikter i et parforhold eller fra andre sociale problemer, såsom misbrug. Føles for lægernes opfattelse af vold i nære relationer er, at de primært forbinder det med en kvinde, som udsættes for vold af sin mandlige

partner, selvom de også er bekendt med det omvendte scenarie.

Lægerne opfatter ikke vold i nære relationer som en problematik, de møder så ofte i deres praksis. Undersøgelsen viser, at lægernes definition har en afgørende betydning for, hvordan de forholder sig til patientens psykosomatiske symptomer og de oplevelser, som patienten fortæller om, og det får dermed praktiske implikationer for opsporingen af voldsramte.

Relationen mellem patient og læge

Når lægerne opsporer en voldsramt patient er det typisk ved, 1) at patienten selv fortæller om volden, eller 2) at lægen spørger ind til en patients uafklarede psykosomatiske symptomer. Typisk er det sidstnævnte fremgangsmåde, som er i spil, selvom lægerne sjældent mistænker vold som årsagen hertil. Lægernes opsporing kan ske enten gennem direkte spørgsmål om vold eller mere indirekte spørgsmål, hvor lægen forsøger at indkredse årsagen til de uafklarede symptomer. Sidstnævnte består generelt af åbne spørgsmål rettet mod parforhold, familie- eller arbejdsliv.

Undersøgelsen viser, at der er en række forhold, som udfordrer opsporingen, som primært omhandler relationen mellem læge og patient. Lægerne mener, at tilliden mellem læge og patient kan blive sat på prøve i samtaler om vold. Bekymringen for at lave skår i tillidsrelationen kan afholde lægen fra at spørge til vold, hvis der ikke er klare indikationer herpå. For patienten kan manglende tillid afholde denne fra at tale med lægen herom – særligt hvis voldsudøveren også er patient hos samme læge. Undersøgelsen viser også, at lægerne kan opleve forlegenhed ved at spørge til vold, hvis de fornemmer, at patienten kan finde spørgsmålet intimiderende eller anklagende. Derudover kan opsporingen være udfordret af sprog vanskeligheder, hvor samtale med patienten kræver tolk, eller volden overskygges af andre problemer, såsom misbrug. Tillige er det en udfordring for lægen at forholde sig til vold i en nær relation, fordi det er en social problemstilling, som er forårsaget af patientens relation til an-

dre, og det er en udfordring i en medicinsk kontekst, hvor lægens rolle traditionelt set er at identificere årsagen til patientens symptomer og behandle disse hos patienten selv.

Støttmuligheder og kendskabet hertil

Undersøgelsen viser, at lægerne kan stå i en splittelse mellem på den ene side gerne at ville hjælpe voldsramte og på den anden side være usikre på, hvad de konkret kan tilbyde patienterne. Blandt lægerne kan der ses to forskellige positioner, 1) støtten er betinget af, at lægerne føler, de kan forbedre patientens situation, og 2) støtten tager afsæt i patientens muligheder for at forbedre sin livssituation. I begge positioner har lægerne et ønske om at se en forbedring for patienten, men i den førstnævnte position er lægernes egne vurderinger af at nå dette mål i høj grad vejledende for, om de vælger at gå ind i voldsproblematikken med patienten, mens lægerne i den anden position i højere grad afsøger patientens egne muligheder og ønsker for at ændre sin situation.

De praktiserende lægers egne tilbud er begrænset til individuelle, eller parsamtaler og henvisning til psykolog/psykiater, som ikke nødvendigvis er specialiseret i de følger, som vold i nære relationer afstedkommer. Samtidig viser undersøgelsen, at lægernes kendskab til og brug af de målrettede tilbud til voldsramte (og voldudøvere) er meget begrænset, og det kan få konsekvenser for opsporingen, fordi det kan afholde læger fra at spørge til vold, når de ikke ved, hvad de kan tilbyde den voldsramte patient. I den forbindelse efterspørger lægerne en mere systematiseret indgang til de eksisterende tilbud, og undersøgelsen viser, at lægerne også har brug for et større kendskab til tilbuddenes indhold og de dynamikker i voldsudsættelsen, som kan afholde patienten fra ikke altid at følge lægens råd.

Screening for vold

En del af undersøgelsen har haft til formål at undersøge lægernes, de voldsramtes og centermedarbejdernes holdninger til rutinemæssig screening for vold. Litteraturgennemgangen viser, at der med screening kan opspores flere

voldsramte, men der er ikke evidens for, at rutinemæssig screening medfører en forbedring for de voldsramte patienter, som opspores (se f.eks. O'Doherty, et al. 2014). Nærværende undersøgelse viser, at lægerne ikke er motiveret for screening for vold. Det skyldes etiske overvejelser i forhold til den enkelte patient og til samfundet. Således mener flere læger, at bebyrdelsen ved at spørge alle patienter ikke kan stå mål med det antal af voldsramte, som kan opspores, og at det ej heller vil være omkostningseffektivt for samfundet. Centermedarbejderne er generelt positivt indstillet over for screening, hvis det følges op af konkrete tilbud til den voldsramte, mens de voldsramte i undersøgelsen forholder sig mere skeptisk hertil, blandt andet fordi, de kan frygte, at voldsudøveren involveres. Dette understreger vigtigheden af, at lægen altid understreger sin tavshedspligt, når der spørges både direkte og indirekte til vold.

For lægerne er det vigtigt, at der er en form for dokumenteret effekt for screeningens virkning, inden den igangsættes. Samtidig viser undersøgelsen, at den direkte spørgetilgang, som lægerne anvender i nogle situationer, minder meget om de måder, som man har screenet på i f.eks. Sverige og Norge. Forskellen er bare, at lægerne i undersøgelsen først spørger direkte til voldsudsættelse, når de har klare mistanker om vold. På baggrund heraf peger undersøgelsen på, at øget viden om symptomerne og kendetegnene ved vold i nære relationer måske kan være en måde at få praktiserende læger til at spørge flere patienter om voldsudsættelse. En motivering for at spørge flere om voldsudsættelse er ikke kun den kortsigtede direkte hjælp, som voldsramte kan tilbydes, men også den mere langsigtede og indirekte hjælp, som kan ske ved at tale om, hvad voldelig adfærd er, og om at det ikke er acceptabelt.

Konklusion og interventionsmodel

På baggrund af undersøgelsen kan det konkluderes, at der er tre overordnede forhold, som udfordrer de alment praktiserende lægers mulighed for at opspore og støtte voldsramte patienter. De tre forhold er:

1. Det individuelle niveau, der udgøres af lægens viden og erfaring med vold i nære relationer og afgrænsningen heraf.
2. Det relationelle niveau mellem læge og patient, som er betinget af den ramme, som konsultationen og lægens opfattelse af sin egen rolle sætter for mødet med patienten.
3. Det strukturelle niveau i organiseringen omkring oplysninger vedrørende eksisterende tilbud og mulighederne for at viderehenvise hertil.

For at adressere hvert af de tre niveauer foreslår vi en model, der har til hensigt at øge det tværsektorielle samarbejde mellem alment praktiserende læger og de tilbud, der er målrettet voldsramte i Region Hovedstaden.

Vi foreslår således, at praktiserende læger opnår et øget kendskab til vold i nære relationer på to niveauer; 1) lokalt niveau i de tolvmandsforeninger, som lægerne er en del af, og 2) på regionalt niveau gennem oplæg ved Store Praksisdag i Region Hovedstaden. Undervisning og oplæg kan varetages af fagpersoner, der arbejder med voldsramte. Dernæst foreslår vi, at kendskab til området og de muligheder, lægerne har for at opnå mere viden herom på f.eks. Sundhed.dk, udbredes rutinemæssigt gennem Region Hovedstadens nyhedsbrev PraksisNyt. Endelig så foreslår vi, at der oprettes en organiseret samlet indgang for tilbudene til voldsramte på Softportalen under Sundhed.dk med en rubrik 'Vold og overgreb' for hver kommune og på hospitalsniveau, sådan at de praktiserende har let og overskuelig adgang til de tilbud, som eksisterer. En oversigt over modellen kan ses i figur 2 på side 54.

3. Metode og analyse

I dette kapitel beskrives vores definatoriske udgangspunkt for vold i nære relationer, rekrutteringen af interviewpersoner, interviewmetoder og den analytiske proces.

Definition af vold i nære relationer

Der findes ingen entydig definition af vold, og definitionen afhænger af konteksten og relationen mellem voldsudsat og voldsudøver. De forskellige definitioner betinger også den viden, vi har på området, fordi det er afgørende for, hvordan vi griber en undersøgelse metodisk an. Verdenssundhedsorganisationen WHO har eksempelvis en definition af vold, hvor fokus er på intentionen bag en voldshandling, idet de definerer vold som en:

'forsætlig anvendelse af fysisk kraft eller magt eller trussel herom, mod én selv, en anden person, mod en gruppe eller et samfund, som resulterer i eller har høj sandsynlighed for at resultere i kvæstelse, død, psykologisk skade, fejludvikling og afsavn' (WHO and Krug 2002).

I den politiske kontekst i Danmark findes ikke nogen klar definition af begrebet 'vold i nære relationer' i den seneste nationale handlingsplan *'Indsats mod vold i familien og i nære relationer'*. I stedet henvises der til, at volden kan tage forskellige former og mønstre, og at volden også kan være gensidig (Regeringen 2014). Men Socialstyrelsen, der har ansvar for udvikling, rådgivning og implementering af indsatser på blandt andet voldsområdet, har valgt at definere vold i nære relationer som:

'en handling eller trussel, der – uanset formålet – kan krænke en anden persons integritet. Eller som skræmmer, smerter eller skader personen – uanset om personen er et barn eller en voksen. Volden kan have samme effekt på andre personer, der overværer eller overhører hand-

*lingen. Volden kan være en bevidst handling eller en handling, der sker i affekt. Handlingen overskrider samfundets love og normer.'*³

Forskelligt fra WHO's definition så er vold i Socialstyrelsens definition beskrevet som dét, den norske voldsforsker Per Isdal kalder en funktionel magthandling. Fokus er således på handlingens funktion og konsekvens fremfor på hensigten med handlingen, som er centralt i WHO's definition, hvor intentionaliteten er afgørende uagtet det udfald, som handlingen resulterer i.

I nærværende undersøgelse tager vi udgangspunkt i Per Isdals definition af vold som:

'enhver handling rettet mod en anden person, som ved at skade, smerte, skræmme eller krænke får denne person til at gøre noget mod sin vilje eller holde op med at gøre noget som personen vil' (Isdal 2000).

I modsætning til Socialstyrelsens definition er Isdals definition af vold ikke afhængig af samfundets love og normer, men har alene fokus på den funktionalitet, som handlingen får mellem personerne involveret. Begrebet vold i nære relationer dækker over handlinger, der kan være af fysisk, psykisk, seksuel, materiel og/eller økonomisk karakter begået af en nærtstående person, typisk en partner eller et andet familiemedlem.

I rapporten ser vi på de forskellige opfattelser, der kan være af definitionen af vold i nære relationer blandt læger, voldsramte og centerpersonale, i kapitel 5.

³ Se Socialstyrelsens hjemmeside: <http://socialstyrelsen.dk/voksne/vold-i-naere-relationer/viden-om-vold>, besøgt november 2016

Rekruttering og udvælgelse

Det empiriske materiale i denne undersøgelse bygger på interview med alment praktiserende læger, voldsramte og medarbejdere på henholdsvis et kvindekrisecenter og et mandekrisecenter. Indsamlingen af det empiriske materiale er gennemført i perioden juni til og med oktober 2016.

De alment praktiserende læger

De alment praktiserende læger er rekrutteret dels gennem følgegruppen til projektet, dels gennem et tidligere forskningsprojekt om almen praksis (Tjek Ind). Alle læger blev kontak- tet per mail, hvor projektet var beskrevet, og de fleste valgte af takke 'ja' til invitationen. Det kan hænge sammen med, at lægerne, der blev

inviteret, generelt har en interesse i at deltage i forskningsprojekter, noget flere af lægerne nævnte i forbindelse med interviewene. Det var ikke en forudsætning, at lægerne havde kendskab til eller erfaring med voldsramte fra egen praksis, idet vi har været interesseret i, hvilke typer af opmærksomhed lægerne generelt har på problemet vold i nære relationer, og hvilke tegn de opfatter som udtryk for vold i en familie eller nær relation. I rekrutteringen af læger har vi forsøgt at sikre en vis repræsentation af alment praktiserende læger i forhold til køn, alder, praksiserfaring, praksisform og geografisk placering.

Figur 1. Kort over placering af lægernes praksis i Region Hovedstaden



I undersøgelsen indgår i alt 9 læger, fordelt på 5 kvinder og 4 mænd i alderen 42 til 68 år. Deres almen praksiserfaring varierer fra 7 til 31 år. Syv er i kompagniskabspraksis og to i solo-praksis. I forhold til køn og alder svarer informanterne nogenlunde til en oversigt fra Praktiserende Lægers Organisation fra 2013 over fordelingen af praktiserende læger i landet (PLO 2013). I forhold til fordelingen af praksisform, så har vi en overvægt af kompagniskab,

mens der i Region Hovedstaden er en overvægt af solo-praksisser.

For at supplere lægernes perspektiver har vi også interviewet et mindre antal voldsramte og medarbejdere på kvindekrisecenter og mandecenter.

De voldsramte

De seks voldsramte blev rekrutteret gennem kontakt til to kvindekrisecentre og et mandecenter. Her videregav personalet information

til mulige interviewpersoner, og på baggrund af interesselikneligheder fra enkelte voldsramte blev der sammensat to kønsopdelte grupper med henholdsvis tre mænd og to kvinder samt et individuelt interview med en kvindelig voldsramt. De voldsramte var mellem 29 og 89 år. Tre var i arbejde og resten var uden for ar-

bejdsmarkedet eller pensioneret. I rekrutteringen af voldsramte har vi af etiske hensyn prioriteret at interviewe de voldsramte i små grupper. Vi overlod det til medarbejderne på krisecentre at vurdere, om de voldsramte kunne deltage i et fokusgruppeinterview.

Tabel 1. Karakteristik af interviewpersonerne med voldserfaringer

Pseudonym	Alder	Børn	Voldsudøver	Voldens varighed	Voldstyper	Kontakt til egen læge ang. volden
Shadin	35	Nej	Ægtemand	6 år	Psykisk, fysisk, seksuel og økonomisk vold samt stalking	Ja
Adira	29	Ja	Bror og eksmand	3 år	Psykisk, fysisk og økonomisk vold	Ja
Jeanette	44	Ja	Eksmand	18 år	Psykisk, fysisk, materiel og økonomisk vold samt stalking	Ja
Kim	54	Ja	Hustru	5 år	Psykisk og fysisk vold	Ja
Kasper	41	Ja	Hustru	4 mdr.	Psykisk vold	Ja
Bent	89	Ja	Hustru	Flere år	Psykisk og materiel vold	uvist

Kvindekrisecenter og mandecenter

En kvindelig ansat på et kvindekrisecenter og en mandelig ansat på et mandecenter blev rekrutteret i forbindelse med rekrutteringen af voldsramte. Der blev lagt væk på at interviewe personale, som havde erfaringer med voldsramtes kontakt til professionelle, herunder alment praktiserende læger. Kvindekrisecentre er karakteriseret ved at tage sig specifikt af voldsramte kvinder, mens mandecentre har udviklet deres tilbud til voldsramte mænd, efterhånden som de oplevede særlige behov herfor. Det er således ikke en del af det oprindelige tilbud, da mandecenterene startede, at kunne tilbyde særlig støtte til voldsramte mænd.

Interviewmetoder

I undersøgelsen er der benyttet både semistrukturerede individuelle interview og gruppeinterview. Alle interview er gennemført af to af rapportens forfattere sammen.

De alment praktiserende læger

I de individuelle interview med de alment praktiserende læger benyttede vi en semistruktureret interviewguide, fordi den har en

fleksibel form og giver plads til, at der kan rejses nye spørgsmål undervejs i interviewet, for derigennem at få afdækket uforudsete temaer af relevans for emnet (Kvale and Brinkmann 2009). Interviewene med de praktiserende lægerne varede mellem 45 minutter og en time, og lægerne blev honoreret for en times interview i overensstemmelse med konsulentsatsen på 890,42 kr/time oplyst af Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Interviewene foregik enten i lægens klinik eller privat i lægens hjem.

I interviewene med de alment praktiserende læger var der fokus på at få afdækket følgende temaer:

- Opfattelser af vold i nære relationer og voldsramte patienter
- Konkrete erfaringer med voldsramte/uafklarede somatiske patienter, herunder opsporing og behov for hjælp/behandling
- Generelle erfaringer med at spørge til voldsudsættelse og holdninger til rutinemæssige spørgsmål herom

- Holdninger i forhold opsporing, behandling og viderehenvisning af voldsramte
- Idéer og holdninger til støtte af voldsramte og til fremme af samarbejde med andre kommunale/regionale aktører

De voldsramte

De voldsramte blev interviewet i kønsopdelte grupper. En enkelt voldsramt blev dog interviewet alene, da der ikke var mulighed for at interviewe hende sammen med andre. Alle interview foregik på centrene. Gruppeinterviewet blev valgt fremfor fokusgruppeinterviewet, da fokus i førstnævnte er på de enkelte deltagers individuelle erfaringer. Det er altså deltagernes erfaringsnære perspektiv frem for interaktionen mellem deltagerne, som er i fokus (Halkier 2008). Fordelen med gruppeinterviewet er, at det giver mulighed for at indsamle et større empirisk materiale på kortere tid end ved individuelle interview, og dette har været en nødvendighed grundet rammerne for dette projekt. Dog var det på et kvindekrisecenter kun muligt at rekruttere én voldsramt kvinde, og derfor blev hun interviewet alene. Interviewene med de voldsramte har afdækket:

- Erfaringer med kontakt til alment praktiserende læge eller anden del af sundhedssektoren som følge af vold
- Egen læges håndtering af den voldsramtes problemer som følge af vold
- Egen læges eventuelle viderehenvisning af den voldsramte og opfølgning på den voldsramtes situation
- Ønsker og behov i forhold til egen læge og samarbejde med øvrige kommunale/regionale indsatser som f.eks. kvindekrisecentre

Kvindekrisecenter og mandecenter

De to ansatte på henholdsvis et kvindekrisecenter og et mandecenter blev interviewet inden interviewene med de voldsramte for at få indsigt i de tilbud, som centrene rummer for

voldsramte og deres generelle erfaring med at samarbejde med eksterne aktører herunder den alment praktiserende læge. I interviewene med de to ansatte er følgende temaer afdækket:

- Erfaringer med samarbejde med alment praktiserende læger eller andet sundhedsfagligt personale
- Kendskab til voldsramtes relation til og støtte fra egen læge og samarbejde hermed under krisecenterophold
- Idéer til samarbejde med almen praksis

Etik

Alle interviewpersoner har udfyldt en samtykkeerklæring og fået at vide, at de til hver en tid kan trække deres deltagelse tilbage. Alle interviewpersoner har også fået udleveret en rådgivningsliste med oplysninger på tilbud målrettet voldsramte unge og voksne. Derudover er alle praktiserende læger blevet tilbudt besøg i deres tolvmandsforening af overlæge Trine Rønde Kristensen fra Center for Voldsramte ved Frederiksberg Hospital med det formål at øge lægernes kendskab til vold i nære relationer og til det ambulante tilbud.

Analyse

Det empiriske materiale består af transskriberede individuelle interview med alment praktiserende læger og centerpersonale samt gruppeinterview med voldsramte kvinder og mænd. Analysen af det kvalitative materiale er gennemført som en tematisk analyse, hvor NVivo10 er benyttet til at kode det empiriske materiale. Den indledende kodning er sket efter koder, der er udviklet deduktivt med afsæt i de fem forskningsspørgsmål, f.eks. 'lægens voldsopfattelse', 'barrierer i forhold til at spørge til vold' og 'lægens opfattelse af tegn på vold'. Undervejs i denne proces er der løbende udviklet nye koder som f.eks. 'medicinsk habitus', 'relation til lægen' og 'måder at spørge til vold', der tager afsæt i de forhold, som det empiriske materiale viser, og som er inspireret af det teoretiske perspektiv. Der er i alt udviklet 39 koder.

Teoretisk ramme

Projektet tager afsæt i en socialkonstruktivistisk tilgang til viden. Præmissen for videnskabelig viden i denne tilgang er, at vidensproduktionen er afhængig af tilblivelsesprocessens metoder (Longino, et al. 2002; Schwandt 2000). Det vil sige, at den viden, vi har opnået i projektet, er afhængig af relationen mellem interviewer og informant, de spørgsmål, vi har stillet, og vores informanternes refleksion over disse. Mere konkret betyder det også, at de interviewede læger gennem selve interviewsituationen har udviklet deres forståelse af vold i nære relationer og af deres egen rolle i den forbindelse. Med afsæt i denne videnskabsteoretiske ramme benytter vi en praksisteoretisk tilgang til at forstå, hvordan alment praktiserende læger, voldsramte og centerpersonale handler, og hvordan deres handlinger hele tiden er betinget af rammerne for de sociale felter, som de befinder sig i.

Vi er i den sammenfattende diskussion inspireret af den franske sociolog og filosof Pierre Bourdieus praksisteoretiske ramme, som vi benytter for at forstå, hvordan handlinger på den ene side kan opleves som frie og strategiske og på samme tid er defineret af de forskellige former for kontekstafhængige ressourcer, vi som individer besidder (Bourdieu 1977; Wilken 2011). Bourdieus begreb om sociale felter er i denne analyse inddraget til at begrebsliggøre, hvordan konsultationen udgør en del af det medicinske felt. Det medicinske felt er som andre sociale felter omgærdet af særlige betingelser for social interaktion, som i dette tilfælde er præget af den tillærte viden og de praksisser, som lægerne har (Brosnan 2014).

Til at forstå, hvilken betydning lægernes viden og tillærte praksisser får for mødet med den voldsramte patient, inddrager vi Bourdieus begreb om habitus. Habitus er tillærte adfærdsmæssige dispositioner, som er vejledende for, hvordan vi som mennesker agerer i givne sociale felter (Bourdieu 1977). I forbindelse med sin uddannelsen udvikler lægen, dét vi begrebsliggør som sit medicinske habitus, hvor den biomedicinske sundhedsforståelse er i

fokus (Brosnan 2014). Denne sundhedsforståelse er et centralt forhold for at forstå, hvorledes de alment praktiserende læger anskuer deres rolle i forhold til voldsramte patienter.

Kvalitetsrefleksion

I kvalitativ forskning er kvalitetskriterier forbundet med andre metodiske overvejelser end i en kvantitativ forskning. For at sikre forskellige perspektiver på alment praktiserende lægers rolle i forhold til opsporing og støtte til voldsramte, har vi inkluderet læger, som er forskellige på køn, alder, praksiserfaring og geografisk placering, og inkluderet erfaringer fra voldsramte og centerpersonale. Vi har således valgt at triangulere forskellige informantgrupper for at nuancere opfattelserne på området.

Hovedvægten ligger dog på lægernes perspektiver, og det har ikke været hensigten at give et udtømmende billede af voldsramte og centerpersonales erfaringer. Vi har forsøgt at spørge nogle læger til erfaringer, som vi har hørt fra andre alment praktiserende læger, f.eks. deres erfaringer med Softportalen på Sundhed.dk og kommunikation med samarbejdspartnere, som vi ikke umiddelbart havde forberedt i den oprindelige interviewguide. Fundenes er søgt generaliserbare ved at sammenligne med fund fra andre undersøgelser (Hammersley and Atkinson 2007; Riis 2012).

Det er dog vigtigt at understrege, at vi ikke fik rejst midler til det oprindelige undersøgelsesdesign, som bestod af en større kvalitativ undersøgelse og en survey til samtlige alment praktiserende læger i Region Hovedstaden, og derfor kan denne undersøgelse betragtes som et pilotprojekt, der forhåbentlig kan danne grundlag for videre forskning inden for området.

4. Litteraturstudie

Fremgangsmåde

Der er forud for denne undersøgelse gennemført en litteraturgennemgang baseret på nationale og internationale undersøgelser samt nationale politiske dokumenter og rådgivningsmaterialer, der tilsammen belyser forskellige perspektiver på vold i nære relationer. Formålet med litteraturstudiet har været at få et kendskab til eksisterende viden på området og derigennem sikre, at vi i undersøgelsen har forholdt os hertil. Ligeledes har litteraturgennemgangen skulle sikre at vi forholder os til relevante analytiske perspektiver i bearbejdningen af det empiriske materiale samt give os indblik i de mulige opsporingsmodeller, som der er erfaring med fra udlandet. Det har ikke været hensigten at lave et systematisk review.

Litteraturen er fundet ved at søge på Google Scholar, Embase, PubMed, PsycINFO og Infomedia, og gennem kædesøgning på referencer fra andre studier. I litteratursøgningen er der søgt på følgende termer (på engelsk): *general practitioner, primary care, family doctor, physician, GP, general practice physician, primary healthcare, primary health care, family violence, domestic violence, intimate partner abuse, interpersonal violence, intimate partner violence, victim of violence, survivor of violence, spouse abuse, elder abuse, child abuse, dating violence, management, handling, care, detection, identification.*

På dansk er der søgt på *vold i nære relationer, voldsramte, praktiserende læge, politiske handlingsplaner og strategier.* De nordiske undersøgelser er blandt andet fundet ved at søge direkte på forskningsinstitutioners hjemmesider som f.eks. *Nationalt centrum för kvinnofrid (NCK)* i Sverige og *Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)* i Norge samt gennem kædesøgning.

Litteraturgennemgangen bygger hovedsageligt på danske og udenlandske studier, der har fokus på den alment praktiserende læges rolle i identificeringen og håndteringen af voldsramte patienter. Flertallet af tidligere undersøgelser om vold fokuserer primært på vold mod kvinder (Chave and Morvant 2004; Helweg-Larsen 2012; McCauley, et al. 1995; Richardson, et al. 2002), og gennemgangen bygger derfor på flere studier, hvor det empiriske materiale udelukkende er indsamlet blandt kvinder, som har været udsat for vold, typisk af en partner. Derudover er der i litteraturgennemgangen fundet studier, der koncentrerer sig om fysisk og seksual vold mod børn. Disse studier er ikke inddraget i litteraturstudiet, men enkelte er inddraget som perspektivering i resultatafsnittene.

En stor del af den internationale forskning har været optaget af at kortlægge omfanget af voldsramte og af at belyse hvilke personer, der i særlig grad udsættes for vold. Generelt savnes der således studier, der undersøger mulighederne og erfaringerne med tværsektorielle samarbejder i forbindelse med opsporing og rådgivning af voldsramte personer.

Litteraturgennemgangen indledes med et indblik i baggrunden for nærværende undersøgelse og den politiske opmærksomhed, der har været på vold i nære relationer herhjemme. Derefter gennemgås den nationale og internationale forskning på området med fokus på udbredelsen af vold i nære relationer og derefter sundhedsprofessionelles rolle i forhold til opsporing og erfaringer med tværsektorielle samarbejdsmodeller.

Udbredelsen af vold i nære relationer

Vold i nære relationer synes til stadighed at opfattes som et tabubelagt område, der gør det svært at estimere omfanget, og medfører der-

med et stort mørketal (Stenager and Stevenson 2013). Der er endvidere væsentlige begrænsninger forbundet med spørgeskemaundersøgelser, som betyder, at der aldrig vil kunne gives et eksakt tal på omfanget af vold i nære relationer i samfundet. Disse begrænsninger inkluderer blandt andet undersøgelsens kontekst, stikprøvens repræsentativitet, svarprocenten, formuleringen af spørgsmål og afgrænsningen af vold, samt variationer i svarpersoners tolkning af voldshandlingerne, hukommelse og villighed til at besvare sensitive emner, såsom vold. Derudover kan selve metoden også have indflydelse på, hvordan en person svarer. For eksempel har interviewerens i telefon- og face-to-face interview vist sig at have en større indflydelse på, hvordan en person svarer i undersøgelser om vold mod kvinder, end det er tilfældet i andre befolkningsundersøgelser. Det er derfor meget svært at sammenligne undersøgelser både på nationalt niveau og mellem lande, fordi prævalensen afhænger af undersøgelsens design (Heiskanen and Piispa 2008; Kimmel 2002). Det er derfor vigtigt at understrege, at undersøgelserne i tabel 2 ikke er sammenlignelige, da spørgsmål, kontekst og stikprøve er forskellige.

Det angivne omfang af partnervold i Danmark er baseret på estimater ud fra den andel af kvinder og mænd, der i de nationale sundheds- og sygelighedsundersøgelser (SUSY) har svaret 'ja' på spørgsmål om udsættelse for fysisk vold, og hvor de har angivet, at en nuværende eller tidligere partner var voldsudøver. I 2010 svarede 1,5 procent af kvinderne og 0,5 procent af mændene at have været udsat for fysisk partnervold det seneste år. Et forsigtigt skøn er, at omkring 33.000 kvinder og cirka 13.000 mænd i alderen 16-74 blev udsat for fysisk partnervold i 2010 (Helweg-Larsen 2012). I dette estimat indgår ikke andre former for vold, såsom psykisk, seksuel, materiel eller økonomisk vold eller vold begået af en anden nærtstående person end en partner, hvilket formentligt vil øge forekomsten yderligere.

En svensk befolkningsundersøgelse om vold og sundhed fra 2014 viste, at 14 procent af kvinderne og 5 procent af mændene nogensinde havde været udsat for fysisk vold eller trusler herom af en nuværende eller tidligere partner. Livstidsprævalensen for gentagen og systematisk psykisk vold fra en nuværende eller tidligere partner var 20 procent for kvinderne og 8 procent for mændene (Heimer, et al. 2014).

Tabel 2. Prævalenser for partnervold inden for de seneste 12 måneder i forskellige nordiske undersøgelser

Undersøgelse	Fysisk partnervold (Seneste 12 måneder)		Seksuel partnervold (Seneste 12 måneder)		Psykisk partnervold (Seneste 12 måneder)	
	kvinder	mænd	kvinder	mænd	kvinder	mænd
Danmark (Helweg-Larsen 2012) Respondenter: 13.465 Alder: 16-74 år	1,5 %	0,5 %	0,5 %	0,1 %	-	-
Sverige (Heimer, et al. 2014) Respondenter: 10.335 Alder: 18-74 år	1,8 %	1,2 %	-	-	4,8 %	2,5 %
Norge (kun Oslo) (Pape and Stefansen 2004) Respondenter: 4.284 Alder: 24-55 år	9,0 %	11,0 %	-	-	1,0 %	1,0 %
Finland (Heiskanen and Piispa 2008) Respondenter: 4.464 Alder: 18-74 år	6,3 %	-	2,0 %	-	7,6 % (trusler)	-

I et norsk tværsnitstudie fra 2014 var livstidsprævalensen for udsættelse for nogen form for

fysisk vold og seksuelle overgreb fra en partner på henholdsvis 20,7 procent for kvinder og

godt 17,6 procent for mænd (Thoresen and Hjemdal 2014). I tabel 2 indgår resultater fra et prævalensstudie fra Oslo, da det nationale tværnsnitsstudie ikke indeholder resultater for partnervold i et 12-måneders perspektiv (Pape and Stefansen 2004).

Uden for Norden er The British Crime Survey en af de hyppigst citerede voldsundersøgelser. Den seneste undersøgelse fra 2015 viser en 12-måneders prævalens af vold i nære relationer (det vil sige af en nuværende eller tidligere partner eller andet familiemedlem) på henholdsvis 8,5 procent for kvinder og 4,5 procent for mænd. Begrebet dækker over fysisk, emotionel og økonomisk vold, trusler om at skade personen eller andre tæt på respondenter, seksuelle overgreb og stalking (Statistics 2015).

Samlet set peger undersøgelser på, at partnervold er et problem, der er udbredt blandt både mænd og kvinder, men hvor kvinder i højere grad end mænd oplever at blive udsat for gentagen vold af samme partner og af flere partnere (Pape and Stefansen 2004; Thoresen and Hjemdal 2014) og oplever at udsættes for seksuel vold af en partner eller anden nærtstående (Heimer, et al. 2014; Helweg-Larsen 2012; Statistics 2015; Thoresen and Hjemdal 2014).

Opsporing af voldsramte

Den danske litteratur om sundhedspersonalets rolle i forhold til opsporing af voldsramte er yderst sparsom på trods af, at vold i nære relationer kan udgøre en væsentlig risikofaktor for både mentalt og fysisk dårligt helbred (Andersen, et al. 2011; Helweg-Larsen, et al. 2010; Mørk, et al. 2014). Undersøgelser viser, at voldsramte rapporterer en lavere helbredsrelateret livskvalitet, har flere år med selvurderet dårligt helbred og flere leveår med langvarig, belastende sygdom (Helweg-Larsen, et al. 2010). Voldsudsættelse er også forbundet med svære psykiske problemer som PTSD (Heimer, et al. 2014) og med angst og depression (Bradley, et al. 2002; Hjemdal, et al. 2012; McCauley, et al. 1995; Stenager and Stevenson 2013; Thoresen and Hjemdal 2014). Der er også fundet en signifikant sammenhæng mellem

brugen af sundhedstjenester og voldsudsættelse (Hjemdal, et al. 2012).

I Danmark estimeres det, at vold mod kvinder koster det danske samfund mindst en halv milliard kroner årligt, hvoraf 15 procent går til meromkostninger til sundhedsvæsenet voldsramte (Helweg-Larsen, et al. 2010). Voldsramtes tilbøjelighed til at opsøge hjælp hos egen læge eller sundhedsprofessionelle udgør dermed en mulighed for at opspore volden tidligt. På trods af denne mulighed viser flere studier, at sundhedsprofessionelle som alment praktiserende læger og sygeplejersker kan have berøringsangst over for emnet, blandt andet på grund af manglende kendskab til rådgivnings- og støttemuligheder, der kan hjælpe den voldsramte til et liv uden vold (Andersen, et al. 2011; Chave and Morvant 2004; Ramsay, et al. 2012; Westmarland, et al. 2004).

Et britisk studie viser, at sundhedspersonale sjældent spørger patienter om vold i hjemmet, og at personalet har lidt eller ingen uddannelse i, hvordan de skal reagere over for voldsramte patienter (Gregory, et al. 2010). Tilsvarende viser det danske studie 'Vold gør sårbar', der belyser skadestuens møde med voldsramte, at kun 9 procent af sygeplejerskerne har modtaget kurser eller efteruddannelse i, hvordan de skal møde voldsudsatte kvinder (Andersen, et al. 2011). Et andet britisk studie viser, at praktiserende læger er positivt stemt over for at vejlede kvinder, som er udsat for vold i hjemmet, men at de savner kompetencer til at spørge til volden og viden om relevante henvisningsmuligheder. I undersøgelsen havde 40 procent af de praktiserende læger aldrig eller sjældent spurgt ind til vold i hjemmet, selvom en patient havde synlige fysiske skader (Ramsay, et al. 2012).

Behovet for fokus på problemet blandt sundhedsprofessionelle understøttes af en spansk tværnsnitsundersøgelse i primærsektoren, hvor 91,7 procent af de adspurgte sundhedsprofessionelle mente, at partnervold mod kvinder er et problem, der går ubemærket hen, og at de voldsramte derfor ikke identificeres og får den nødvendige hjælp (Arredondo-Provecho, et al.

2012). Over halvdelen af de sundhedsprofessionelle nævner i undersøgelsen, at organisatoriske barrierer, såsom plejebyrden, mangel på specifik uddannelse og oplæring, mangel på viden omkring hvilken procedure, de skal følge, og hvilket ansvar, de som sundhedsprofessionelle besidder, er udfordringer i forhold til at opspore voldsramte (Arredondo-Provecho, et al. 2012).

Et amerikansk studie udført i primærsektoren konkluderer ligeledes, at læger oplever adskillige barrierer, som afholder dem fra at gribe ind over for patienter udsat for partnervold. Lægerne er ukomfortable ved at spørge til volden, blandt andet fordi de frygter, at det kan påvirke forholdet mellem læge og patient og fornærme patienten. Lægerne sammenligner dét at opspore partnervold med at åbne for "pandoras æske", idet der åbnes op for et emne, som er forbundet med en lang række udfordringer for både læge og patient (Sugg 1991).

I et kvalitativt studie blandt voldsramte kvinder, der deltog i et interventionsprojekt, var kvinderne blevet henvist af egen læge til et særligt tilbud for voldsramte. Studiet viste, at kvinderne var mere tilbøjelige til at fortælle om volden, hvis lægen spurgte til dette. Kvinderne ønskede generelt større synlighed omkring den hjælp, som kan tilbydes voldsramte som f.eks. foldere og plakater. Kvinderne efterspurgte også, at lægen spørger til vold også efter, at opsporingen har fundet sted. Studiet viser, at praktiserende læger kan spille en afgørende rolle i forhold til at identificere kvinder, som oplever vold i parforholdet og henvise dem til tilbud, der er specialiseret i vold. Derudover har den praktiserende læge også en væsentlig rolle i forhold til at hjælpe voldsramte kvinder med at opretholde de ændringer, som er igangsat efter henvisning til specialiserede tilbud. Overordnet konkluderer studiet, at der er brug for et tættere samarbejde mellem den primære sektor og specialiserede tilbud til voldsramte (Malpass, et al. 2014).

En undersøgelse fra Irland viser, at knap 40 procent af de deltagende kvinder havde oplevet

vold fra en partner. Heraf erindrer kun 12 procent af kvinderne, at de er blevet spurgt ind til dette af deres praktiserende læge (Bradley, et al. 2002). Dette er i tråd med et nordirsk studie, som viser, at lægen kun spurgte til volden hos en fjerdedel af de voldsramte og det til trods for, at de voldsramte kvinder søgte hjælp hos sundhedsprofessionelle, herunder egen læge, i forbindelse med volden ad flere omgange. Undersøgelsen viser også, at kvinderne generelt er usikre på lægens rolle i forhold til at få hjælp, og italesættelsen af volden over for lægen kan være forbundet med frygt for, at lægen eksempelvis vil konfrontere deres partner eller, at børnene vil blive taget fra dem (Craig 2003).

Uddannelse af sundhedsprofessionelle

Flere studier konkluderer, at praktiserende læger og andre sundhedsprofessionelle har behov for undervisning i forhold til at kunne opspore og rådgive patienter, som er eller har været udsat for vold i en nær relation, da det ofte ikke indgår i de grundlæggende uddannelser inden for sundhedsvæsenet (Andersen, et al. 2011; Berglund, et al. 2010; Mørk, et al. 2014; Ramsay, et al. 2012; Sugg and Inui 1992). I forskningen foreslås specifikke uddannelsesprogrammer primært som en måde at udruste de alment praktiserende læger og sundhedsprofessionelle med viden og kompetencer til at opspore vold i nære relationer. I den danske undersøgelse 'Vold gør sårbar' fra 2011 går et par af anbefalingerne blandt andet på at styrke kompetencerne blandt skadestuepersonale ved at tilbyde kurser i partnervold og udarbejde en skriftlig instruks til personalet, sådan at de ved, hvordan de skal modtage og følge op på kontakter som vedrører partnervold (Andersen, et al. 2011).

Lignende anbefalinger blev fremsat i Norge tilbage i 2007 i forbindelse med regeringens handlingsplan 'Vold i nære relasjoner'. På baggrund af handlingsplanen blev der udarbejdet en rapport med konkrete forslag til et lærings-tiltag, der kan give faggrupper viden og kompetencer til at kunne arbejde med vold i praksis. I rapporten præsenteres tre træningsprogram-

mer med fokus på viden om fænomenet og forekomsten af vold, viden om hvordan personalet skal handle i forhold til opgaver og ansvar, samt viden om samarbejdsmuligheder. Det konkluderes i rapporten, at disse læringstiltag bør være en del af uddannelsen for de relevante faggrupper (Saur 2007).

I England har man i projektet IRIS (Identification and Referral to Improve Safety) udviklet et uddannelses- og støtteprogram for praktiserende læger. Programmet fokuserer blandt andet på undervisning i kliniske spørgsmål, patientforløb og på at forbedre henvisningsmuligheder til tilbud, der er specialiseret i partnervold. IRIS har gennemført en intervention i et forsøg på at forbedre sundhedsvæsenets muligheder for at opspore og reagere på familie- og partnervold. Interventionen er baseret på uddannelse af personale i den primære sundhedssektor med henblik på at ruste disse til at spørge kvinder om vold i nær relation samt bidrage med information om henvisningsmuligheder (Feder, et al. 2011). IRIS er et samarbejde mellem primærsektoren og organisationer i den tredje sektor, som er specialiseret i vold i nære relationer. Studiet, der blev gennemført som et randomiseret kontrolleret forsøg, viser, at interventionsgruppen af alment praktiserende læger, der har gennemført uddannelses- og støtteprogrammet, registrerede over tre gange så mange tilfælde af vold i hjemmet forhold til i kontrolgruppen, som ikke har gennemført uddannelses- og støtteprogrammet. Derudover viser studiet, at der i interventionsgruppen blev registreret 22 gange flere henvisninger end i kontrolgruppen (Feder, et al. 2011). Dette kan være med til at tydeliggøre, at øget viden og uddannelse blandt sundhedsprofessionelle kan bidrage til en øget opsporing af voldsramte.

Erfaringer og holdninger til screening for vold

I den internationale forskning har der gennem flere år været fokus på, om rutinemæssig screening kan være en måde at opspore vold i nære relationer på. Rutinemæssig screening i denne sammenhæng refererer til dét at spørge patienter om voldudsættelse, uanset om der er

tegn på dette eller mistanke herom (Amar, et al. 2013; Mørk, et al. 2014). En dansk undersøgelse fra 2014 baseret på et specialeprojekt viser, at de tre deltagende praktiserende læger er forbeholdne over for at bruge rutinemæssig screening, fordi de generelt ikke finder problemet udbredt nok blandt deres patienter til at afsætte tid og resurser hertil, og at de finder det akavet at spørge patienter til voldsudsættelse (Mørk, et al. 2014).

Dette er i tråd med to amerikanske studier. I det ene studie har forskerne undersøgt, hvordan praktiserende læger reagerer på partnervold som en del af deres praksis, og hvilke barrierer der eksisterer i forhold til at optimere støtte til patienter, som har været udsat for partnervold. De praktiserende læger beskriver, at de ikke har foretaget rutinemæssig screening på grund af konkurrerende tidspres, manglende uddannelse, begrænsede henvisningsmuligheder samt udtrykker bekymring for, at screening vil påvirke forholdet mellem læge og patient. I studiet var de praktiserende læger kun opmærksomme på partnervold, når patienterne havde symptomer i forhold til humørsvingninger, bekymringer eller somatiske lidelser (McCall-Hosenfeld, et al. 2014b).

I det andet studie er symptomer, og i særdeleshed blå mærker, også som et forhold, der øgede sandsynligheden for screening for vold (Jonassen and Mazor 2003). Derudover var lægernes selvvaluerede kompetence i forhold til at screene også af afgørende betydning for, om de ville screene patienter. Endvidere viste undersøgelsen, at den praktiserende læges køn også kunne spille en afgørende rolle, da det var mindre sandsynligt, at mandlige læger ville screene for partnervold, sammenlignet med kvindelige læger (Jonassen and Mazor 2003). Samtidig viser en anden engelsk undersøgelse, at kun en lille del (10 procent) af de praktiserende læger i den primære sektor ønsker at screene for vold (Richardson, et al. 2002).

På trods af tilbageholdenheden blandt læger har en amerikansk undersøgelse fra 1996 vist, at praktiserende læger opsporede over 10 pro-

cent flere tilfælde af vold mod kvinder ved at tilføje et enkelt spørgsmål omkring vold i et spørgeskema om patientens sygdomshistorie. Kvinderne i undersøgelsens interventionsgruppe blev inden første besøg i praksis bedt om at udfylde et spørgeskema omkring deres sygdomshistorie, hvori spørgsmålet omkring vold indgik. I interventionsgruppen var der over 10 procent flere tilfælde af vold sammenlignet med kontrolgruppen, hvori spørgsmålet ikke indgik (Freund, et al. 1996).

Holdningen til screening blandt patienter er blevet undersøgt i flere studier. Det tidligere refererede danske studie fra 2014, viser, at de kvinder, som havde været udsat for partner-vold, ville acceptere screeningsspørgsmål om vold, og flertallet ønskede, at den praktiserende læge spurgte til volden, sådan at de kunne få hjælp, da de fandt det svært selv at italesætte volden over for lægen. Hovedparten af kvinder, der ikke selv havde været udsat for vold, var ligeledes positive overfor at blive spurgt til voldsudsættelse, hvis spørgsmålene blev stillet på en ikke-dømmende og empatisk måde (Mørk, et al. 2014).

Socialstyrelsen i Sverige udgav i 2002 en rapport, der beskriver resultaterne fra et metodeudviklingsprojekt om opsporing af kvinder udsat for vold gennem besøg ved jordemodermodtagelser eller ungdomsmødtager. Formålet var at afprøve systematisk screening for vold blandt kvinder, og den viste, at 93 procent af 700 adspurgte kvinder var positive over for screeningen (Socialstyrelsen 2002).

Ligeledes viser et amerikansk studie blandt kvindelige patienter i almen praksis, at størstedelen af kvinderne ønskede, at alment praktiserende læger screenede kvindelige patienter for partnervold. Kvinderne, der ikke har været udsat for vold, foreslog typisk generelle screeningsspørgsmål, mens kvinder, der har været udsat for partnervold, foretrak mere specifikke og direkte screeningsspørgsmål (McNutt, et al. 1999).

På trods af, at flere studier viser en stor interesse for at blive screenet, samt positive effekter ved at screene kvinder for vold, viser et engelsk studie, at én ud af fem kvinder ikke ønsker at blive screenet for vold. Studiet peger på, at dette stemmer overens med andre undersøgelser, som viser tilsvarende eller højere andele af kvinder, der var imod screening (Richardson, et al. 2002). Dette kan således pege på eventuel forskel i holdningen til screening landene imellem. Slutteligt foreslår et amerikansk studie, at alment praktiserende læger skal overveje at screene mænd for voldelig adfærd over for deres partner i stedet for at screene kvinderne. Her skal de alment praktiserende læger være særligt opmærksomme på mænd, som er deprimerede, har et stort forbrug af alkohol, eller som har været udsat for vold i barndommen (Oriol and Fleming 1998).

5. Undersøgelsens resultater

Kunne du prøve at beskrive en konkret erfaring, du har haft med en patient? Altså, sådan hvad skete der. Har du sådan en frisk i mindet?

Ja, altså jeg har en patient, som i hvert fald igennem rigtig mange år har været udsat for psykisk vold, virkelig alvorligt, synes jeg. Hun er blevet kaldt de værste ting og sager og fået at vide, at hun ikke duede til noget, og at hun også bare var en klods om benet, og at i virkeligheden så var hun ikke værd at have med at gøre, og når manden gik i byen, så gik han i byen alene, også ud til venner og bekendte 'for dig vil jeg ikke have med'. Og børn i ægteskabet, voksne børn ikke, hvor hun så først på det tidspunkt kommer og siger, 'jeg har det elendigt'. Så snakkede vi jo frem og tilbage om det, og gjorde alle de ting, som jeg skulle gøre, havde jeg nær sagt, undersøgte hende, og sagde 'du fejler altså ikke noget fysisk, hvad er det, der gør, at du har det så elendigt?'. Og så fortalte hun så, hvordan hendes tilværelse havde været igennem årevis, simpelthen, så siger jeg, 'du må gøre noget, ikke. Jeg vil gerne ligesom støtte dig i, at komme ud af det der forhold'. Men det vidste hun ikke, om hun kunne klare, og der var jo økonomien og stort hus, og jeg ved ikke, alt det, der nu skulle deles, men 'det skal du da kun være glad for, for du får jo halvdelen.' Han havde jo så lavet særeje også, men skide være med det, det er trods alt bedre at være fattig og glad end at være rig og ulykkelig. Og det endte jo så også med, at hun gik ud af forholdet, men det tog da halvandet år, og jeg havde da også en lille smule engang imellem, hvor jeg tænkte 'ej, nu sidder jeg her og nærmest, jeg vil ikke sige presser hende til at gøre nogle ting vel, men ligesom opfordrer hende til, gør nu det, gør nu det. Få et arbejde, lad være med at gå derhjemme, bliv økonomisk uafhængig, få din egen bankbog, så du kan blive økonomisk uafhængig.' Jamen, jeg dur jo ikke til noget', siger hun. 'Jo, men det passer jo ikke. Du har en uddannelse, du kan gå ud og søge et job'. Og så startede hun med at få et job, og han var jo rasende over, at hun fik et job med egen bankbog. Og så gik der så ikke mere end et halvt år, så flyttede hun, for så havde hun så sparret penge nok op til det. Og nu er hun i et nyt forhold, som jeg håber og tror på, er godt. Men altså, det er da nok den mest vellykkede situation, vil jeg sige, hvor jeg også ved, at der er en happy ending på det [griner].

Vold – "Jamen, hvad er det?"

"Jeg mener virkelig, det kommer fra hjertet, når jeg siger, det er uacceptabelt. Det er *no go*, det er det virkelig. Det synes jeg. Jeg synes ikke, det kan forsvares på noget plan. Men det er det der med, hvad er definitionen? Så der er de rent fysiske overgreb, hvor man slår, eller hvor man tager fat og skubber, eller gør et eller andet. Men man kan sige, at den psykiske vold er jo i virkeligheden meget mere spidsfindig, men dybest set lige så uacceptabelt. [...] Og så er der jo også følelser, rigtig mange følelser på spil. Jeg plejer at sige, at det er der jo skrevet store romaner om."

(Mand, praktiserende læge)

En væsentlig forudsætning for at kunne opspore voldsramte patienter i primærsektoren er de alment praktiserende lægers opfattelse af, hvad begrebet vold i nære relationer dækker over, herunder de måder, volden kan komme til udtryk på, og det mønster, som karakteriserer en voldelig relation. I dette kapitel analyserer vi, hvad de alment praktiserende læger opfatter som vold med afsæt i de erfaringer, de har fra deres patienter, samt hvordan disse opfattelser relaterer sig til voldsramte og centerpersonales erfaringer og opfattelser.

Et spørgsmål om definition

De praktiserende læger blev indledningsvist i interviewene bedt om at beskrive deres opfattelse af en voldsramt patient og af hvad, de opfatter som vold i denne sammenhæng. Det empiriske materiale viser, at der blandt lægerne er usikkerhed omkring, hvordan de skal definere og afgrænse vold i forhold til f.eks. andre negative adfærdsmønstre i en parrelation, uenighed om samvær med børn efter en skilsmisse, konflikter i parforholdet eller mobning på en arbejdsplads. Det kan være svært for lægerne at adskille voldelige handlinger fra andre handlinger, som har negative konsekvenser for en partner eller familie, og som er

relateret til alkohol eller andre former for misbrug:

"[...] Det er jo noget med, at folk er i klemme, kan man sige, for eksempel i forhold til misbrug. Og der er nogen, der er i klemme rigtig meget dér, som på den ene side jo elsker og holder af, og på den anden side slet ikke kan acceptere, helt naturligt, et misbrug med hvad, der deraf så kommer. Nogle gange er det jo fysisk vold, og andre gange er der også psykisk vold med, hvor de ikke ved, hvor ægtefællen er henne, eller er bekymret for ægtefællen."

(Mand, praktiserende læge)

Som interviewuddraget illustrerer, så er lægerne opmærksomme på, at vold kan komme til udtryk både fysisk og psykisk. Men de ser det ofte som en del af en mere kompleks problemstilling relateret til social og økonomisk marginalisering eller udfordringer omkring sammenhængen mellem arbejdsliv og familieliv. Lægerne er således opmærksomme på den sociale og familiære kontekst, patienten befinder sig i, men dette kan tillige udfordre deres mulighed for at udskille voldsudsættelse fra andre sociale og relationelle problemer. I den forbindelse refererer enkelte læger til afmagt som den udløsende faktor i forhold til vold-udøvelse, men hvor en handling i afmagt ikke nødvendigvis ses som en del af et voldsmønster. Følelsen af afmagt kan opstå i situationer, hvor en person føler sig presset af sine livsoms-tændigheder, men adskiller sig fra forsætlige handlinger, hvor der er en hensigt at f.eks. skade eller intimidere et andet menneske:

"For at jeg vil kunne bruge ordet vold, så vil jeg synes, at der skal være en eller anden villet handling fra en af aktørernes side om, at nu gør jeg sådan, fordi at så kan hun have det så godt, altså en eller anden ondskab. [...] Vold er en eller anden

strategisk eller taktisk eller en eller anden villet plagen et andet menneske.”

(Mand, praktiserende læge)

Interviewuddraget illustrerer, hvordan enkelte læger fokuserer på handlingens intention, når de afgrænser begrebet 'vold', og de ser på den situationelle og relationelle ramme for at forstå handlingen, f.eks. om den udspringer af en konflikt og udtryk for afmagt.

Andre læger lægger i deres opfattelse vægt på handlingens konsekvenser uanset hensigten:

” [...] Og den psykiske vold er jo ligesom, sådan som jeg tænker det, personen, som fortæller, at de bliver udsat for nedværdigende eller krænkende og gentagende, hvad kan man sige, udfald, verbale udfald, som nedgør deres person som et sår på sjælen, når det nu ikke er fysisk, og man kan se det, men hvor det udøver den samme krænkende adfærd med, at du er mindre værd, end jeg er, og jeg har slået dig i dit hoved med mit ord.”

(Kvinde, praktiserende læge)

Nogle læger peger også på, at de relativiserer deres afgrænsning i forhold til deres patienters fortolkning, og lægens opfattelse kan således være påvirket af patientens egen forståelse af adfærden. Det vil sige, at selvom lægen måske selv opfatter adfærden som voldelig og uacceptabel, så forholder lægen sig også til patientens egen opfattelse:

”[...] Men det er også svært, fordi det er også et spørgsmål, hvordan du definerer vold. Og der er det jo meget på patienternes præmisser jo, fordi der er jo langt flere, hvor de måske har lidt håndgemæng, eller hvad du nu vil kalde det indimellem, hvor folk aldrig ville definere det som vold, hvor de ikke over for mig ville sige, at det var voldeligt. Og hvor jeg nok ville tænke, 'det her, det ville jeg aldrig nogensinde finde mig i vel'. Det er vold [griner].”

(Kvinde, praktiserende læge)

Hovedparten af lægerne associerer umiddelbart 'den voldsramte patient' med udsættelse for fysisk vold. Dog er alle lægerne enige om, at vold også kan være psykisk, mens færre næv-

ner seksuel, økonomisk og materiel vold. Enkelte af lægerne har også erfaring med patienter, som bliver udsat for stalking, hvilket begrebsliggøres af lægerne som stalking eller chikane. Det er lægernes opfattelse, at den psykiske vold er den mest udbredte voldsform, men de mener samtidig, at den er langt sværere at både afgrænse og identificere, fordi den kan tage subtile former, som dels kan være svære for patienten at italesætte, men også svære for lægen at afgrænse fra en konfliktfyldt relation, sådan som lægen her beskriver:

”[...] men man kan sige, det er jo nogle gange, når folk ikke har det så godt sammen, så begynder de pludselig at køre på hinanden på en ubehagelig måde. Det er jo også en form for vold. Og svært...”

(Mand, praktiserende læge)

For lægerne kan det således være en udfordring at opspore vold, når det er uklart, hvor grænsen for vold går.

Ser vi på den relationelle kontekst, så er det første lægerne forbinder med en voldsramt patient typisk en kvinde, som udsættes for fysisk vold af hendes mandlige partner. Ikke desto mindre så understreger lægerne i forlængelse heraf, at der findes voldsramte mænd, men de mener, at de måske oftere bliver udsat for psykisk vold. En enkelt læge har erfaring med en mandlig patient, som blev udsat for fysisk vold af sin tidligere kæreste. Selvom hovedfokus i undersøgelsen er på voksne voldsramte patienter, er det vigtigt at understrege, at alle lægerne nævner børn som en patientgruppe, som de er særligt opmærksomme på i forhold til vold, da de her har en skærpet underretningspligt. I den forbindelse opfattes vold rettet mod en forælder typisk ikke som vold mod barnet. Det vil sige, at være vidne til vold opfattes typisk ikke af lægerne som en grund til at underrette kommunen.

Sammenholdes lægernes opfattelser med de to krisecentermedarbejderes voldsopfattelser, bliver det tydeligt, hvilken rolle faglighed spiller for afgrænsningen af vold og identifikation

nen heraf. På kvindekrisecenteret tager man udgangspunkt i Per Isdals definition af vold, som medarbejderen bekræfter som bredere end det, der opfattes som vold andre steder f.eks. i lovgivningen. For medarbejderen på kvindekrisecenteret er handlingernes konsekvenser og den funktion, de fylder i en relation, afgørende for afgrænsningen heraf:

”Ja. Altså først og fremmest kan man sige, at der altid er psykisk vold, men der er ikke altid fysisk vold. Og psykisk vold er jo alt fra daglig nedgørelse og nedvurdering og til, at han kan råbe og skrig og smække med dørene eller true, eller have installeret ting på ens telefon, så han ved, hvor man har været i løbet af dagen. Det spænder jo rigtig rigtig bredt, så man kan sige, at når vi sidder med kvinden og skal vurdere, om det er vold eller ej, så er det jo meget hendes reaktion også på det, han gør, som vi vurderer ud fra.”

(Medarbejder, kvindekrisecenter)

Medarbejderen beskriver, at de også er opmærksomme på forskellige måder, som vold kan komme til udtryk på, f.eks. fysisk vold, når kvinden bliver holdt fast eller skubbet, eller seksuel vold, når kvinden har følt sig forpligtet til sex eller tvunget til sex på måder, som hun ikke har lyst til, hvilket medarbejderen eksemplificerer:

”[...] Har man haft lyst til en ting [sex] én gang, så betyder det jo ikke, at man altid har lyst til den ting.”

(Medarbejder, kvindekrisecenter)

På mandecenteret refereres der ikke til én specifik definition, men som på kvindekrisecenteret afgrænses vold ud fra karakteren af handlingerne og de konsekvenser, handlinger har for manden. Vold beskrives i den forbindelse som handlinger, der anvendes som et magtmiddel og overskrider mandens integritet, og påvirker mandens selvværd eksempelvis. På den måde er opfattelsen af vold meget i tråd med kvindekrisecenterets funktionelle voldsopfattelse. Psykisk vold er den voldsform, som er hyppigst forekommende blandt mændene på centeret:

”[...] Især omkring den psykiske vold og dét ikke at måtte se sine børn eller blive truet med ikke at måtte se sine børn. Så der er jo rigtig mange samværsager. Det er ikke sådan noget, som man traditionelt tænker som vold, at ’jeg er blevet forhindret i at se mine børn i et år’ og sådan nogle ting. Der var meget sådan psykisk vold sådan med meget lang tids grov nedvurdering, i hvert fald når vi hørte på mandens fortælling.”

(Medarbejder, mandecenter)

Sager omkring forældremyndighed og samvær med fælles børn fremhæves som et typisk eksempel, hvor der forekommer vold mod mænd, fordi det at blive afholdt fra at se sine børn også defineres som vold. Dette er også beskrevet i anden nordisk forskning om vold mod mænd (Sogn and Hjemdal 2010; Stolt 2010). Sådanne forhold fremhæves af de alment praktiserende læger som udfordrende, fordi det er svært at forholde sig til de divergerende fortællinger, som lægen får af parterne, f.eks. i en skilsmisssag. Som på kvindekrisecenteret oplever mandecenteret også andre voldsformer såsom fysisk vold og stalking, hvorimod seksuel vold er sjælden blandt mændene. Medarbejderen beskriver i modsætning til medarbejderen på kvindekrisecenteret, at mange af de voldsramte mænd har reageret voldeligt som reaktion på volden:

”[...] det tyder på, at der er flere mænd, der reagerer med den der kombination af at trække sig lang tid væk, og så lige pludseligt kammer det over, og så kan han finde på at slå eller give hende en lussing, eller holde hendes arme, et eller andet, der kan få mærker. Man siger jo, at det er en reaktion på en masse ting, der er sket. [...] Og jeg vil sige, at det er ikke ret mange mænd, der kommer her, der er uskyldige, de fleste har gjort et eller andet, kommunikeret på en rigtig skidt måde eller slået igen på et tidspunkt eller gjort et eller andet.”

(Medarbejder, mandecenter)

I tilfælde, hvor volden har en gensidig karakter, kan det være en udfordring for lægerne og andre praktikere at håndtere, fordi det kan

være svært at afdække, hvordan magtbalancen er i forholdet.

De voldsramtes erfaringer vidner om de forskellige måder, som vold i en nær relation kan komme til udtryk på. Fælles for voldshandlingerne er, at de på forskellig vis har skadet den voldsramte og haft en negativ indvirkning på den voldsramtes psykiske og fysiske helbred og børnenes trivsel. De tre voldsramte kvinder har alle været udsat for fysisk vold (f.eks. lussinger, slag med genstande og kvælertag), psykisk vold (f.eks. trusler eller nedværdigende tale) og økonomisk vold (f.eks. indtægten styres af voldsudøveren). Derudover har to kvinder været udsat for stalking, én for seksuel vold og én for materiel vold. Endvidere beskriver to kvinder, at de er blevet truet på livet og har været bange for at blive slået ihjel af voldsudøveren. Netop dette sidstnævnte aspekt, det vil sige frygten for udøveren, er ofte, hvad der adskiller kvinders fra mænds erfaringer med vold i nære relationer, og som har fået nogle internationale forskere til at argumentere mod en sammenligning på tværs af køn, da dynamikken i vold i nære relationer kan være meget forskellig afhængig af offer og udøvers køn (Liebschutz and Rothman 2012).

De tre mandlige voldsramte har primært været udsat for psykisk vold (f.eks. trusler om at tage børnene, nedværdigende tale og vedvarende kritik) og to også for fysisk vold (f.eks. skub og kast med genstande) og en enkelt også materiel vold (f.eks. ødelæggelse af genstande). For to af de voldsramte mænd har volden også været rettet mod børnene, sådan som en mand beskriver:

"Jamen det er noget med, at hun hiver fat i børnene og rusker dem, og råber og skriger ad dem, og tvinger dem til nogle ting, spisning, tøj, hvor vi ikke er enige, hvor jeg står uforstående."

(Voldsramt mand)

Mændene beskriver, at de som følge af parforholdsbruddet har mistet kontakten til børnene. For begge disse mænd er den mistede kontakt

til deres børn, og hvad der deraf følger af mødet med det offentlige system, en hel central del af deres volds erfaringer.

På forskellig vis oplever både de kvindelige og mandlige voldsramte også latent vold, det vil sige en konstant frygt for ny vold. For kvinderne er dette ofte relateret til fysisk vold og at blive opsøgt af voldsudøveren, mens det for mændene er relateret til psykisk vold i form af beskyldninger om vold og frygt for at miste kontakten til børnene.

For de voldsramte kan det være svært at sætte ord på særligt den psykiske vold, fordi de handlinger, der foregår, ikke i sig selv nødvendigvis ude fra set er krænkende enkeltvis, men set i sammenhæng udgør de et mønster af handlinger, der systematisk nedbryder den voldsramtes følelse af eget værd og på subtil vis skaber frygt og krænker den anden persons integritet. For de voldsramte er det ofte disse handlinger, som er sværest at begrebsliggøre som vold.

"Det er ikke noget, vi ser så tit"

I undersøgelsen blev alle læger spurgt om, hvor udbredt vold i nære relationer var blandt deres patienter. Lægerne vurderede dette ud fra, hvor mange patienter de umiddelbart kunne komme i tanke om, som var eller havde været udsat for vold, eller hvor ofte de mente, at de så voldsramte patienter i deres praksis. For hovedparten af lægerne var erfaringen, at vold i nære relationer ikke var noget, som de oplevede så tit blandt deres patienter, hvilket også fik lægerne til at betvivle deres deltagelses relevans i forhold til undersøgelsen. Lægerne beskrev varierende frekvens for deres møde med problematikken. Således mente nogle læger, at de mødte en voldsramt patient månedligt, mens det for andre drejede sig som et par gange årligt. Hovedparten af lægerne var dog mod slutningen af interviewet ofte overbevist om, at problemet var mere udbredt blandt deres patienter, end de selv i udgangspunktet anså, fordi de undervejs i interviewet kom i tanke om patienter, som var voldsramte, eller som de efterfølgende mistænkte kunne være udsat for vold.

En læge fortæller nedenfor, at interviewet satte nogle tanker i gang omkring problemfeltet. Dette genkendes fra andre af lægerne, som mener, at de givetvis kan have overset vold hos patienter gennem årene:

Læge: Ej, men jeg vil sige, dét som jeg sidder og tænker på nu, det er at, det, at I er kommet her, har alligevel gjort, at jeg har tænkt, nå ja, så sjældent er det jo alligevel ikke, at jeg har mødt ting og sager i den gade. Og dét i sig selv har gjort, at jeg har fået mere åbne øjne for nogle ting, end jeg ellers ville have haft. Det tror jeg, så på den måde har det været spændende.

Interviewer: Når du så tænker over det nu, hvor ofte tænker du så, at du møder nogen?

Læge: Jamen det gør jeg da ofte. Når jeg møder nogle [voldsramte].

Interviewer: Er det en gang om måneden, tænker du, eller hvert halve år?

Læge: Nej nej, det er nok en gang om måneden. Lidt mindre måske. Men hvor meget, man skal gøre ved det, det er altid et godt spørgsmål.

(Mand, praktiserende læge)

Som interviewuddraget afsluttes, så er den øgede opmærksomhed på området, det afstedkommer med interviewet, ikke noget, som nødvendigvis leder til en øget opsporing, idet det stadig kan være en udfordring for lægerne at vide, hvordan de skal hjælpe patienterne.

De to centermedarbejdere blev også spurgt til deres opfattelse af, hvor mange henvendelser de får om året. Kvindekrisecenteret får omkring 400 henvendelser om året, mens mandecenteret får omkring 500 henvendelser om året. På mandecenteret har medarbejderen oplevet en stigning i antallet af henvendelser, siden de er blevet mere opmærksomme på området, som medarbejderen beskriver:

Medarbejder: [...] Det har aldrig været vores tanke, at vi skulle være specifikt voldssted, center, det er bare sådan, det er sneget sig ind og nu er det så en væsentlig del kan man sige.

Interviewer: Er det kommet bag på jer?

Medarbejder: Det er kommet ret meget bag på os, men vores egen forståelse af vold har også udviklet sig gennem de år. Vi tænkte heller ikke i starten, at dét ikke at måtte se sit barn som en voldsproblematik, og vi kan se, når nu vi har et projekt på landsplan, at man tænker lidt forskelligt de forskellige steder i landet.

(Medarbejder, mandecenter)

Som interviewuddraget også viser, så er mandecentrets begrebsliggørelse af vold også blevet mere nuanceret i takt med, at de har oplevet brugere, som har stået i komplicerede samværssager, hvor konflikten omkring samvær med børnene kan tage form som voldsudøvelse. Lignende kendes også fra stalking, hvor stalkere kan benytte fællesforældremyndighed til at stalke (Johansen, et al. 2013). Samtidig viser interviewuddraget også, at der ikke er en samstemmende forståelse af, hvordan vold opfattes centrene imellem. På kvindekrisecenteret har man altid arbejdet med vold, da det ligger i tilbuddets formål. Det er således ikke overraskende, at man her har en bred opfattelse af de former, vold kan tage. Her er medarbejderens opfattelse, at vold i nære relationer er mere udbredt, end hvad de nationale statistikker på området estimerer:

"[...] Det er vores indtryk, at der er mange flere end de der 29-33.000 om året, der bliver udsat for vold i en eller anden udstrækning af én i en nær relation, men som bare aldrig siger det til nogen og kommer ud af det på egen hånd måske, eller kommer videre, eller fortrænger det, eller lever i det i måske mange år."

(Medarbejder, kvindekrisecenter)

Lægens vej til opsporing

Dette kapitel omhandler de alment praktiserende lægers tilgang til at undersøge, om en patient er voldsramt. Kapitlet er inddelt i fire hovedafsnit, der beskriver de forhold, som har betydning for, hvordan lægen bliver opmærksom på, om en patient er udsat for vold af en nærtstående person, hvordan patienten spørges herom, hvilke barrierer der er i relation til opsporingen, samt holdningen til rutinemæssig screening. Det er vigtigt at understrege, at nogle af udfordringer ikke nødvendigvis er udfordringer, der er specifikke for opsporingen af vold, men også kan være udfordringer i forhold til andre områder, hvilket lægerne selv påpeger.

Uafklarede symptomer

Når den alment praktiserende læge bliver opmærksom på, at en patient er udsat for vold i en nær relation (typisk en partner), er det sjældent på grund af synlige fysiske skader. Det er som regel; 1) at patienten selv fortæller om volden, eller 2) at lægen spørger ind til en patients uafklarede psykosomatiske symptomer. Det vil sige fysiske symptomer, som der ikke kan findes nogen umiddelbar somatisk forklaring på. Den hyppigste årsag til lægernes opsporing af vold er sidstnævnte.

”Når folk kommer med dét, vi kalder psykosomatiske eller uafklarede symptomer, der ikke rigtig passer ind i en kasse, så starter man altid med, tror jeg, at se, om der er nogen fysisk baggrund for det her, og laver nogle test. Hvis man så ikke kan finde noget, så vender man den lidt om og siger til folk, ’kan der være en anden årsag til det her, eller nogle andre ting i dit liv, der gør, at du har det sådan?’ Det er jo sådan det, man kalder et åbent spørgsmål. Og så må man se, om de bider på i virkeligheden, og der sker noget. Det er faktisk ikke ret tit, at folk siger det. Men altså, de kan jo sige, der er problemer derhjemme, eller vi skændtes meget eller sådan et eller

andet. Jeg synes egentlig, at det er sjældent, at det andet [vold] boner ud.”

(Mand, praktiserende læge)

Når lægen opsporer voldsudsættelse, er det som beskrevet typisk ved at undersøge bagvedliggende årsager til en patients uafklarede psykosomatiske symptomer. Dette gør lægen oftest ved at lave forskellige undersøgelser af patientens fysiske helbred, såsom at tage blodprøver, måle blodtrykket og f.eks. henvise patienten til speciallæger for at kunne udelukke, at der findes en somatisk forklaring på symptomerne. De symptomer, lægerne ser hos patienter, som har været udsat for vold af en nærtstående, kan være forskellige belastningsreaktioner, som kan komme til udtryk i indre uro, ondt i maven, søvnbesvær, koncentrations- og hukommelsesbesvær. Som en læge beskriver, så er smerter et udbredt uafklaret somatisk symptom:

”Det kan være alt muligt, smerter er det meget ofte, også selvom de ikke er blevet slået. Altså, det gør ondt og at have det sådan, og det gør ondt på dem. Det er jo ikke fordi, at de opfinder smerterne, de har ondt.”

(Kvinde, praktiserende læge)

Enkelte læger beskriver også, at de kan se, at patientens livskvalitet er påvirket af den latente vold:

”Det påvirker en hel masse med livskvalitet, utryghed eller det vigtigste, at man aldrig ved, hvad der sker. Man ved aldrig, hvad der sker i morgen, hvad sker der i aften, når jeg kommer hjem, hvad sker der, når den anden part kommer hjem. [...] Det er nok mere usikkerheden, som er problemet, tror jeg. Utrygheden. Og det kan jeg da godt forstå, de er bange for. Det er nok mest det.”

(Mand, praktiserende læge)

I enkelte tilfælde kan opsporingen også skyldes, at lægen får et notat fra en skadestue, hvor patienten er blevet behandlet for akutte fysiske skader, og hvor der måske kan stå beskrevet, at patienten har været udsat for vold, eller at lægen undersøger fysiske skader, som ikke umiddelbart kan opstå, sådan som patienten forklarer det.

Hvis lægen kender patienten godt, er lægen også mere tilbøjelig til at kunne se, hvis, som en læge formulerer det, ”patienten ikke ligner sig selv”. Det kan f.eks. være væggtab, nedtrykthed eller deres holdning, når de kommer ind i klinikken. Symptomerne er ikke nødvendigvis tegn på voldsudsættelse, men kan skyldes forskellige sammenfaldne problemer i patientens liv, og lægerne beskriver, at deres opgave er at afdække hvilke omstændigheder, der leder til symptomerne. Det udfordrer derfor muligheden for at opspore volden, fordi der kan være forskellige årsager, såsom arbejdspress, misbrug i familien eller økonomisk marginalisering, som sammen bidrager til de uafklarede symptomer.

Det empiriske materiale viser tillige, at lægerne sjældent har mistanke om voldsudsættelse, når de spørger til en patients uafklarede psykosomatiske symptomer. For lægerne hænger dette sammen med, at de ikke identificerer voldsudsatte patienter så ofte, men som beskrevet i foregående kapitel kan dette også hænge sammen med, at lægernes afgrænsninger af vold i nære relationer er flydende og ofte uafklaret.

Enkelte læger beskriver, at de kan få mistanke om, at der er trivselsproblemer i patientens liv, hvis vedkommende bliver siddende, efter at henvendelsesårsagen er afklaret, eller hvis de henvender sig med for lægen mindre problemer. Som en lægen her beskriver, så kan sådanne henvendelser få hende til at blive opmærksom på, om der kan være alvorligere problemstillinger, der er skyld i patientens lægekontakt:

Interviewer: Hvordan mærker man det [at der er noget, de vil fortælle]? Hvordan bliver man opmærksom på det?

Læge: Altså, det kunne jo være, at hvis de kom her med nogle fuldstændig ligegyldige ting, du ved, de har en liste med otte emner på, og de fem af dem er fuldstændig ligegyldige.[...] Det har været sådan noget med, at jeg har en plet her, og er det nu farligt, eller mit hår falder af, eller, altså sådan nogle småtterier. [...] Men det er tit det med, at patienten bruger måske i virkeligheden hele konsultationstiden på at finde ud af, om de har tillid til lægen.
(Kvinde, praktiserende læge)

Netop de uafklarede symptomer, tristhed og spørgsmål, som lægen opfatter som bagateller, mener krisecentermedarbejderen bør give anledning til mistanke om vold. På begge centre har medarbejderne mødt voldsramte, som er blevet behandlet for angst og depression, men hvor personalet tolker det som symptomer på voldsudsættelse, hvorfor de mener, at den egentlige årsag til symptomerne overses:

” [...] Men det handler tit om, altså vi får tit kvinder ind, hvis det er en voldelig partner, som de har været sammen med i mange år, og hun for eksempel har været i behandling på grund af stress og depression, hvor det er helt tydeligt, når hun kommer herind, det her er ikke en kvinde, der er psykisk skrøbelig, eller som har problematikker i den retning. Det her, det er en kvinde, som reagerer på volden, og så får hun ligesom symptombehandling, eller så har hun ikke sagt det til lægen, fordi hun ikke har stolet på, at lægen kunne hjælpe hende. [...] Så hun har ikke fået sagt noget, lægen har ikke fået spurgt, og så kommer hun i behandling for noget, som er forkert. Jeg tror helt sikkert, at den kvinde har oplevet i en periode at få det bedre, fordi medicinen virker jo stadigvæk, men det er stadig bare en fejl diagnose. Vi har også kvinder, som har været sygemeldt i lang tid på grund af stress, hvor de har tænkt, at det er arbejdsrelateret, men når de kommer herind, så går det op for dem, ’hov det her har faktisk ingenting med mit arbejde at gøre, det her har faktisk noget at gøre med, at jeg ikke kunne holde ud at være derhjemme.”

(Medarbejder, kvindekrisecenter)

Medarbejderen på mandecenteret understreger, at de ofte ser en sammenhæng mellem depressionssymptomer og voldsudsættelse, og at det derfor kan være væsentligt for lægerne at være opmærksomme på vold blandt mandlige patienter, som udviser tegn på depression:

”[...] Det forudsætter, at det er en læge, der er god til at spotte, det jeg sagde før, med depression. Altså, vi ved, at der er et tæt sammenhæng mellem depression og selvmord, og der er langt flest mænd, der begår selvmord. Lige nu er det mest kvinder, der bliver spottet som havende en depression.”

(Medarbejder, mandecenter)

I den forbindelse beskriver én af de voldsramte mænd, hvordan han er blevet tilbudt antidepressiv medicin og senere sovemiddel i forbindelse med de psykiske følger af voldsudsættelsen.

At spørge til eller rundt om vold

Når lægen opdager, at en patient er udsat for vold, sker det enten; 1) gennem direkte spørgsmål til f.eks. fysiske skader, eller 2) gennem mere åbne spørgsmål i et forsøg på at afdække årsagerne til patientens uafklarede psykosomatiske symptomer. I tabel 3 nedenfor er gengivet eksempler på de forskellige spørgsmål, som de praktiserende læger har givet i interviewene.

Tabel 3. Oversigt over mulige tegn på vold og spørgsmål i forbindelse med at afdække årsagen hertil

Lægernes eksempler på uafklarede psykosomatiske symptomer	Eksempler på lægernes spørgetilgang,
<p>Indre uro</p> <p>Søvnproblemer</p> <p>Koncentrationsbesvær</p> <p>Hukommelsesbesvær</p> <p>Smarter (f.eks. ryg og mave)</p> <p>Hjertebanken</p> <p>Brystmerter</p> <p>Utryghed</p> <p>Angst</p> <p>Nedtrykthed/tristhed</p> <p>Utryg ved gynækologisk undersøgelse</p> <p>Påtager sig skylden for andres opførsel</p> <p>Lavt selvværd</p> <p>Isolation fra omgivelserne</p>	<p>Direkte spørgsmål</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nogle gange er der nogen, der gør noget ved én, der ikke er rart. Er det noget, du har oplevet? - Jeg bliver bekymret, når jeg ser det mærke/skade, kan det hænge sammen på en anden måde? - Er der nogen, som har slået dig/gjort dig fortræd/gjort noget ved dig? - Er der vold derhjemme? <p>Åbne spørgsmål</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jeg kan ikke, når jeg undersøger dig, finde nogen oplagt forklaring på det. Kunne det være noget andet, der var tale om? - Man kan jo være i klemme rigtig mange steder i forhold til ens ægtefælle, i forhold til ens børn, i forhold til ens familie, i forhold til ens økonomi, i forhold til ens arbejde. Er der noget, som generer dig? - Hvordan går det derhjemme? Hvordan har du det i dit parforhold? - Kunne du tænke dig, at ændre noget i dit parforhold? - Sidste gang snakkede vi om, hvordan går det derhjemme. Er der ikke noget, du har lyst til at fortælle lidt mere om, fordi jeg er faktisk bekymret for dig?

Lægernes konkrete erfaringer med at spørge patienter direkte til voldsudsættelse er generelt begrænsede. Dette skyldes blandt andet, at de for at spørge på den måde, gerne vil have nogle klare indikationer på vold enten ved fysiske skader eller skadestuerapporter eller som en

læge beskriver, indikationer på problemer i en relation:

Interviewer: Har du nogensinde spurgt direkte?

Læge: Kun hvis jeg sidder og får en fornemmelse af, de skal ligesom sige 'det går ikke så godt med min mand' for eksempel. Hvis vi nu for eksempel siger 'jamen, det går fint'. De bliver nødt til at give mig lidt at gå videre med, altså så godt kender jeg dem jo ikke. Jeg har aldrig været hjemme hos dem for eksempel. Jeg er nødt til at have lidt at gå videre med.

(Kvinde, praktiserende læge)

For lægerne er det vigtigt at være sikre på, at der er tale om vold for at bringe de mere direkte spørgsmål på banen af hensyn til deres relation til patienten, sådan som en læge beskriver det:

"Altså, jeg kan godt finde på at spørge folk, 'bliver du slået?' eller sådan noget lignende. Det har jeg ikke nogle problemer med. [...] Det gør man selvfølgelig først, hvis man er derude, hvor man ved, at der er noget turbulens i forvejen og sådan noget lignende."

(Mand, praktiserende læge)

Citatet illustrerer det forhold, at der ofte skal være tegn på vold, som kan bestyrke lægens mistanke og få denne til at spørge direkte. Turbulens i forholdet kan eksempelvis være, at der er alkoholmisbrug eller svære socioøkonomiske vilkår. Som tabel 3 viser, så går de direkte spørgsmål typisk på konkrete handlinger, som har haft konsekvenser for patienten som f.eks. at spørge til skader eller bekymringer, og som måske associeres med fysisk vold. Ordet 'vold' anvender lægerne sjældent, fordi det er forskelligt, hvad patienterne forstår ved begrebet, sådan som en læge beskriver:

"[...] Der danner sig måske nogle billeder oppe i hovedet på patienten, at det er slet ikke sådan, det er vel. 'Uha nej, så tør jeg slet ikke sige, hvad det er jeg oplever' vel."

(Kvinde, praktiserende læge)

Derudover mener nogle læger, at det opleves som intimiderende eller mistænkeliggørende, hvis de spørger direkte, fordi begrebet associeres med noget alvorligt.

Mest udbredt er det, at lægen benytter åbne spørgsmål til at afdække de uafklarede symptomer. De åbne spørgsmål er ofte rettet mod forskellige områder af patientens tilværelse f.eks. arbejdsliv, familieliv, parforhold og økonomisk situation eller netværk, og giver lægen mulighed for på en struktureret måde at identificere årsager til patientens mistrivsel og somatiske symptomer. Empirien viser, at lægerne benytter de åbne spørgsmål for at give patienterne mulighed for selv at italesætte deres problemer, sådan som en læge beskriver, så kan kommentarer som, "han taler ikke pænt til mig" eller "jeg får hele tiden at vide, at det ikke er godt nok, det jeg gør", få lægen til at spørge videre ind til et parhold eksempelvis.

Udfordringer for opsporingen

Lægens vej til opsporing er ikke kun afhængig af lægens spørgetilgang, men kan udfordres af en række forhold relateret til relationen mellem læge og patient. I det empiriske materiale er følgende forhold fremtrædende:

- At værne om relationen til patienten
- At have voldsudøveren som patient
- At opleve vold som et tabuiseret emne
- At frygte patientens forlegenhed
- At forholde sig til komplekse problemer
- At den voldsramte har svært ved dansk
- At konsultationen er tidsbegrænset

Forholdene har ikke kun indflydelse på, om lægen spørger patienten om vold, men har også indflydelse på, om patienten selv fortæller lægen herom. I de følgende fire underafsnit beskriver, hvordan hver af de ovenstående syv forhold kan få betydning for opsporingen.

Relationen mellem læge og patient

Relationen mellem den alment praktiserende læge og patienten er afgørende for patientens villighed til at tale med lægen om f.eks. vold.

For både voldsramte og lægerne i undersøgelsen fremstår tillid som et væsentligt fundament, såsom en læge beskriver:

”Altså der er jo igen et eller andet i tillidsforholdet, der ligesom bestemmer, at jeg inviterer, og at du beslutter, hvad du vil bruge mig til.”

(Kvinde, praktiserende læge)

Muligheden for at opspore vold afhænger således af, at patienten føler sig fortrolig nok i relationen til lægen, for at kunne give lægen viden nok til at kunne identificere problematikken. Enkelte af lægerne italesætter selv ’tillid’ som centralt, mens andre taler om vigtigheden af, at lægen kender sine patienter:

”[...] Det er meget svært at få dem til at sige, at ’jeg bliver slået’. Rigtig meget svært. Man skal virkelig kende dem mere end godt.”

(Mand, praktiserende læge)

Tillid opbygges over tid, og flere læger fremhæver, at de skal kende patienten ”godt” – det vil sige have set patienten over flere år eksempelvis, for at kunne spørge mere indgående til vold.

Men empirien viser tillige, at tillidsrelationen mellem læge og patient kan opfattes som en barriere. For nogle patienter kan det være manglende tillid i relationen til lægen, der afholder dem fra at tale om volden. For nogle praktiserende læger kan det være frykten for, at patienten mister tillid til lægen, der afholder dem fra at spørge mere direkte til voldsudsættelse. På den måde kan dét at værne om tilliden til patienten blive en barriere for opsporingen af volden.

Mangel på tillid til lægen, mener de alment praktiserende læger, er noget der kan afholde patienter i at fortælle om volden. Patienten skal stole på lægens tavshedspligt og stole på, at uanset voldens karakter, så har de lægens fortrolighed.

” [...] Men jeg tror også, at de der får tæsk, fysisk vold, er så kuede, så de tør jo ikke sige det vel. De er bange for, at man anmelder det. Så selvom jeg siger, at ’det bliver jo mellem os, der er intet, der kommer ud fra denne her journal, andet end det, du giver tilladelse til’. Det er svært alligevel.”

(Kvinde, praktiserende læge)

Nogle læger beskriver, at de har haft tilfælde med patienter, hvor volden er kommet bag på dem, fordi familien udefra set har fremstået velfungerende både økonomisk og socialt. Det socioøkonomiske parameter og tillidsrelationen kan således udfordre lægernes mulighed for at opspore en eventuel voldsramt, fordi det forekommer dem fjernt at mistænke vold i ”pæne middelklassefamilier”, som de kender godt og i øvrigt opfatter som velfungerende. På trods heraf er der generel enighed blandt lægerne om, at vold kan forekomme i alle socioøkonomiske kontekster og på tværs af alder, køn og etnicitet. Andre studier har også fremhævet, at patienters socioøkonomiske status nogle gange bliver en markør for, hvor sandsynlig vold i nære relationer ville være (Sugg 1991; Warshaw 1993).

Flere læger beskriver i undersøgelsen, at de nøje vurderer deres spørgsmål om vold i forhold til den relation, de har til patienten og f.eks. patientens alder og sociale baggrund. Enkelte læger er eksempelvis tilbøjelige til at spørge en yngre patient mere direkte end for eksempel en ældre patient. Andre læger har oplevet, at patienter henvender sig med mindre problemstillinger for at undersøge, om de har tillid til lægen. Netop patienternes tillid til lægen genfindes også blandt de voldsramte, som beskriver, at deres lyst til at fortælle om volden, kan være udfordret af, at de ved, at voldsudøveren er patient hos lægen:

”Det er jo op til os [patienter]. I sidste ende er det op til os at gøre dem opmærksomme på, hvad er problemstillingen. For mit vedkommende i hvert fald, der kan jeg bare sige, jeg var ikke særlig oplysende, for-

di jeg vidste, jeg vidste jo godt, at det også var hendes læge.”

(Voldsramt mand)

” [...] Hvis hun [lægen] havde sagt, vi siger det ikke til din mor eller bror, hvad du har sagt, så havde jeg sagt det til hende ligeud. Men hun sagde jo ikke det, så bagefter da jeg var færdig, så spurgte hun, 'har mor det godt?', så tænkte jeg 'okay, altså hun er også tæt på familien'. Så tænker jeg 'ja ja, de har det fint'. Hvis hun havde sagt, 'jeg siger ingenting om, hvad du sagde', så havde jeg sagt det til hende [lægen].”

(Voldsramt kvinde)

For de voldsramte kan et forhold, der kan fremme tilliden, være, at lægen understreger over for patienten, at denne har tavshedspligt og ikke videregiver eller drøfter information fra én patient med en anden, selvom de er i familie. Tillid har nemlig en transaktionel dimension, idet patienten overlader noget information til lægen, som potentielt kan forværre patientens situation, f.eks. hvis voldsudøveren får det at vide. På den måde overgiver patienten med voldsafsløringen også magt til lægen (Grimen 2009). Nærværende undersøgelse viser, at netop dét at have både voldsramt og udøver som patienter, kan være en udfordring. Opfattelsen af at udvise loyalitet over for patienterne ved at forholde sig ”objektivt” til patientens erfaringer kan forhindre, at nogle læger spørger til vold, fordi de kan føle sig illoyale over for den/de formodede voldsudøvere:

Interviewer: Hvilke udfordringer eller barrierer tænker du ellers, der kan være ud over tid, i forhold til at opspore, at nogen kan være udsat for hold?

Læge: [...] Det, der først lige kommer op, er jo noget med, at man jo kender resten af familien. Altså, vi kender jo modparten, ikke. Vi kender jo børnene, vi kender ligesom familien. Og det kan jo godt ligesom, at det kan jeg slet ikke forestille mig foregår hjemme hos dem, fordi han er da så sød, eller hun er da så sød, og det er nogen søde børn, de har. Altså at ens forestillingsevne slet ikke er der.

(Kvinde, praktiserende læge)

Interviewer: Efter du er blevet kontaktet med det her projekt, var der så noget, der satte nogle tanker i gang omkring de patienter, du har?

Læge: Jeg tænkte som hovedregel, jeg synes ikke, at det er noget, der fylder særlig meget. Men jeg synes egentlig også, at det er et vanskeligt område, fordi det, der er karakteristisk ved sådan nogle steder [hos en praktiserende læge], det er jo, at det er her, vi arbejder med familier. Det vil sige, at hvis der er én, det går ud over, så er der en anden en, der er involveret, som egentlig også er patient her. Det kan godt gøre tingene svære, fordi der også er noget med tillidsforhold og sådan noget, hvem har egentlig ret i den her sag og sådan noget.

(Mand, praktiserende læge)

Citaterne illustrerer, hvordan patientrelationen til både voldsramt og udøver kan gøre det svært for lægerne dels at tro på den voldsramte, dels at reagere på volden. I et forsøg på at forholde sig ”neutrale” eller ”objektive” benytter nogle læger dét, man kan kalde kontraindicerede praksisser, som kan øge risikoen for en eskalering af volden (Sugg 1991; Taft, et al. 2004). Det kan f.eks. være at tale med den formodede voldsudøver eller at tilbyde konsultation sammen. Nogle læger beskriver, at de i et forsøg på at forholde sig neutrale, forsøger at finde forklaringer på den voldsudøvenes reaktion, hvilket kan medføre en indirekte skyldbelægning af den mulige voldsramte patient, selvom formålet for lægen kan være at forstå kompleksiteten i patientens erfaringer:

”Jamen jeg prøver at stille mig neutralt an, og så siger jeg, 'hvad er det egentlig, der foregår?' [...] Og hvis hun siger, 'jamen det er også fordi, han er dum, og fordi et eller andet bum bum', så siger jeg, 'jamen, kunne der være andre årsager til det? Kunne der være en årsag til, han er presset, økonomi, børn fra et tidligere ægteskab, familie? Kunne du tirre ham? Kunne du sætte et eller andet, en reaktion i gang? Kunne du gøre et eller andet, som gør, at han reagerer, og han så er magtesløs og slår ud? Eller hvad?' Normalt er jeg ikke særlig meget på den ene side i forhold til den anden. Jeg forsøger at holde mig neutral og kigge ude fra objektivt og sige, 'hvad er det egentlig, der foregår?' Men

forsøger samtidig at være meget empatisk selvfølgelig. Men det er ikke fordi, at patienterne de får et... jævnligt får jeg også udtrykt, hvad jeg mener om situationen. Det bliver ikke på den måde pakket ind, det vigtige er en direkte diskussion, direkte, men selvfølgelig skal man gøre det på en ordentlig måde, og patienterne skal forstå, hvorfor jeg også er kritisk over for deres sammenhænge, deres historie, deres fortælling. Den er jo mange gange noget farvet af situationen, det kan jo ikke være andet.”

(Mand, praktiserende læge)

Dette genkendes også fra centrene, hvor man på kvindekrisecenteret har oplevet, at voldsramte kvinder kan have endnu sværere ved at fortælle om volden, hvis de oplever at blive mødt med mistro eller forslag om fælles samtaler:

” [...] Vi har nogle ret grelle tilfælde, hvor, hvis manden er gået til samme læge for eksempel, så har lægen gået ind i, 'jamen, han er jo sådan en sød og rar mand, og jeg har også kendt ham og hans børn jo altid, og de er så søde og pæne i tøj', eller du ved sådan noget. Så er lægen begyndt at modargumentere det, som kvinden har sagt og sådan ikke troet på hende, og så er det klart, så siger hun det aldrig til nogen igen [smågrin]. Der går i hvert fald nogle år, inden hun tør, for det er jo klart, det er hendes allerstørste frygt, det er jo, at ingen vil tro på hende.”

(Medarbejder, kvindekrisecenter)

Lignende fund er også beskrevet i et australsk studie, hvor lægerne i et forsøg på at balancere loyaliteten overfor begge parter, bryder deres tavshedspligt og taler med voldsudøvere om deres adfærd (Taft, et al. 2004). Særligt udfordrende er skilsmisssager, hvor det kan være svært at differentiere vold fra konflikter, og hvor nogle læger nævner, at de i sådanne tilfælde er særligt opmærksomme på børnenes trivsel. Dette genkendes også fra en af de voldsramte mænd, som fandt det svært at tale med sin læge om volden, da denne også var læge til hans ægtefælle. Den voldsramte beskriver, hvordan han har haft svært ved at have tillid til, at lægen kan forstå hans situation, når han

kender partneren og ikke umiddelbart har kompetencerne til at identificere, at symptomerne stammer fra den voldsudsættelse, manden oplever.

Tabu, skam og forlegenhed

Undersøgelsen viser, at læger opfatter vold i nære relationer som et tabubelagt emne for patienterne. Som en læge beskriver: ”Det er generelt, det er ret tabubelagt og nok også noget skamfuldt.” Lægerne beskriver, at de forestiller sig, at patienterne kan være ”fløve” eller ”pinlige” over volden, og det kan afholde dem fra at italesætte det over for lægen på trods af en tillidsfuld relation. Vold i nære relationer kan være omgærdet med skam, fordi den voldsramte føler at han eller hun selv bærer en del af ansvaret, mener de praktiserende læger. Det bekræftes af de voldsramte og centermedarbejderne- En af centermedarbejderne fortæller, at dét at skulle italesætte volden over for sin læge kan være forbundet med oplevelsen af at blive stigmatiseret:

” [...] Plus, at der er al skammen omkring, hvad så næste gang, når barnet får mellemørebetændelse, og man skal op til samme læge og blive konfronteret med det, man lige har sagt, som er meget privat og skamfuldt kan opleves som meget privat og skamfuldt. Det gælder jo egentligt for alle de andre fagpersoner, der er omkring kvinden også, den eneste forskel er jo, at lægen har dem meget ofte på tomandshånd og det er tit nogle meget private ting, man i forvejen snakker om.”

(Medarbejder, kvindekrisecenter)

Men det er ikke kun patienterne, for hvem det kan opleves som skamfuldt. At voldsudsættelsen kan opfattes som omgærdet af skam kommer også til udtryk blandt nogle af lægerne i form af forlegenhed. Således beskriver enkelte læger, at de har sværere ved at spørge patienter, som de kan se oplever sådanne spørgsmål som grænseoverskridende. Det gælder især familier, som i forvejen ikke har sociale problemer:

Interviewer: [...] Kan du sige lidt om, er der nogen forskelle mellem dem, du ser, der kan være udsat for vold?

Læge: Ja, der er meget stor forskel. Altså, fysisk vold, der har jeg nogle stykker, som har et hårdt liv. Det kan være misbrugere, alkoholmisbrugere, men også stofmisbrugere i det hele taget. Der har jeg i hvert fald nogle stykker, som er udsat for fysisk vold af deres partner. Det siger de selv, og det har jeg aldrig været i tvivl om. Fysisk vold hos de sådan mere pæne familier, det kommer sjældent frem sådan umiddelbart. Det er nok også dem, der er sværest at få i tale, fordi de synes, det er skamfuldt. [...] Det er ikke så svært for de familier, som åbenlyst har et socialt problem i forvejen af den ene eller anden karakter.

Interviewer: Det er lettere for dem?

Læge: Det er lettere for dem, helt klart.

Interviewer: Er det også lettere for dig at spørge?

Læge: Ja.

Interviewer: Hvordan kan det være?

Læge: Det tror jeg uden tvivl, at det er. Det er nok fordi, at det er mere åbenlyst, og fordi jeg oplever, at de andre synes, det er pinligt. Det er sådan en feedbackfølelse. [...] Men det er nok mere det, at jeg oplever, jeg kan næsten, det ånder langt væk af, at de ville synes, det var pinligt [griner]. Og det kan jeg simpelthen mærke helt nede i storetåen. Så jeg tænkte 'hvordan skal jeg nu få spurgt om det, uden at de får det rigtig dårligt af det?'

(Kvinde, praktiserende læge)

Som den praktiserende læge beskriver i citatet oven for, så kan lægens forlegenhed over at spørge være en barriere for opsporingen. Både et tidligere dansk studie og internationale studier beskriver i lighed hermed, at læger kan opleve det som akavet at skulle italesætte vold som årsag til patientens mistrivsel, fordi de kan føle at spørgsmålet er påtrængende. Lægerne kan også have sværere ved at spørge patienter, som de i højere grad selv kan identificere sig med, og som ikke har åbenlyse sociale udfordringer (Mørk, et al. 2014; Sugg 1991; Westmarland, et al. 2004). Det kan således betyde, at nogle læger kan have lettere ved at identificere vold i de familier, som de sociale myndigheder allerede er involveret i, på grund

af eksempelvis misbrugsproblemer og/eller økonomisk marginalisering.

Sprog og komplekse problemstillinger

For lægerne kan det også være særligt udfordrende at identificere vold blandt patienter, der har svært ved at kommunikere på dansk. Bruget af tolk nævnes af en læge som en udfordring, idet tolkens tavshedspligt ikke nødvendigvis kan garanteres. Ligeledes udgør det også en potentiel fare at bruge familiemedlemmer som tolke, idet deres loyalitet kan være med voldudøveren og ikke den voldsramte, og de kan også i sig selv være voldsudøvere, idet der ikke nødvendigvis kun er én voldsudøver. Denne problemstilling kendes også fra kvindekrisecenteret og beskrives også i den danske undersøgelse 'Familien betyder alt' om vold mod kvinder i etniske minoritetsfamilier, hvor det ligeledes er krisecentermedarbejdernes erfaringer, at voldsramte kvinder med denne baggrund er udsat for isolationsvold (Danneskiold-Samsøe, et al. 2011). At blive afskåret fra omverdenen gør den gruppe af voldsramte særligt sårbare og besværliggør opsporing af volden, dels fordi de ikke kender det offentlige system, og ikke ved, hvor de kan henvende sig for at få hjælp, dels fordi de kun har besøgt sundhedsvæsenet under følge af familiemedlemmer og derfor ikke har haft mulighed for at tale med lægen alene (Danneskiold-Samsøe, et al. 2011).

At have svært ved både at tale og forstå dansk kan også besværliggøre den voldsramtes kommunikationsmuligheder med lægen, når patienten er på egen hånd. Det kan lede til, at de ikke formår at kommunikere deres situation til lægen, og at de heller ikke nødvendigvis forstår de spørgsmål og støttemuligheder, som lægen kommer med. Således beskriver en af de voldsramte kvinder sine vanskeligheder med at kommunikere med sin læge:

"[...] der er også nogle læger, de forstår ikke sådan, de snakker alt for hurtigt, og som udlænding, fordi det er ikke alle sammen [patienter], der kender sprog, og det er ikke alle sammen, som snakker rigtig som dansk sprog. Så der er nogen læ-

ger, der snakker alt for hurtigt, og hvis du spørger ham, 'hvad er det for noget, hvad har du sagt?', så han så kigger sådan her, du ved. Så de giver sig ikke tid til at spørge."

(Voldsramt kvinde)

derudover kan det være en udfordring for lægerne at opspore volden, fordi patienter med etnisk minoritetsbaggrund, som er flygtet eller migreret til Danmark, ikke er bekendt med dansk lovgivning på området, og ikke ved at vold opfattes som et samfundsmæssigt problem (Berglund, et al. 2010).

I forbindelse med komplekse problemstillinger, såsom misbrug, socioøkonomisk marginalisering og psykiske lidelser, kan lægerne være udfordret af, at den voldelige adfærd bliver set som en del af patientens øvrige problemstillinger, og for nogle som en konsekvens heraf, og at volden derfor ikke nødvendigvis opfattes som den dominerende problemstilling. Det kan gøre, at voldens betydning for patienten negligeres, selvom det for nogle patienter kan være hovedårsagen til deres mistrivsel.

Tid

Tid nævnes ofte i udenlandske studier som en barriere for lægernes mulighed for at spørge patienten om voldsudsættelse, fordi lægerne føler, at de spørger til en problemstilling, som de måske ikke kan afdække inden for konsultationstidens ramme (Berglund, et al. 2010; Sugg 1991; Taft, et al. 2004; Warshaw 1993; Westmarland, et al. 2004). I nærværende undersøgelse har lægerne ikke en samstemmende opfattelse af konsultationstidens betydning. Det er dog ofte lægernes bekymring, at tiden kan afholde patienten fra at svare ærligt på de åbne spørgsmål, fordi de måske fornemmer, at der ikke er tid til at tale om problemet og dermed mister modet til at fortælle om volden. Men lægerne har forskellige opfattelser af, hvorvidt tid kan afholde dem fra at spørge til vold. Således er der læger, som mener, at konsultationstiden kan få indflydelse på, om de spørger til vold. Omvendt er der også læger, for hvem dette ikke italesættes som en udfordring, men hvor løsningen er at spørge patienten og herefter

vurdere i samråd med patienten, om der skal bookes en ny og længere konsultationstid, sådan som en læge beskriver her:

"Det er ikke tiden, der gør, at man vil afholde sig fra at spørge, hvis jeg tror, det er relevant. Og så kunne jeg jo gøre det, at jeg sagde 'det lyder ikke så godt, har du lyst til, at vi tager nogle samtaler om det'. Og det kunne så være løsningen på det. Det er mere den anden vej rundt, at jeg er bekymret for det. Altså, at patienterne fornemmer, at på grund af travlhed, så synes de ikke, at de kan nå at sige det."

(Mand, praktiserende læge)

For et par af lægerne kan tidsfaktoren opleves som begrænsende, idet de gerne vil give patienten tid til at tale om problemet:

Læge: Vi har travlt. Det er tit, vi må lukke, og så kan jeg ikke nå at stille de åbne spørgsmål, fordi tiden er gået allerede. Jeg har måske kun de sidste to minutter af tiden tilbage, fordi de første nu gik med at finde ud af, om der nu var tillid eller ej.

Interviewer: Hvad gør I så? Du beskrev tidligere, at de først åbnede op til sidst?

Læge: Ja, og så er det sådan lidt at nå at fornemme, det her er en fornemmelse, er der mere at komme efter her, eller så må jeg lige gå fem minutter over her, og så bliver jeg lidt stresset, eller sådan også siger, at 'du må komme igen'. Og så bruge de sidste minutter på at lægge en plan, 'så må du komme tilbage til mig', og 'kom nu,' og så er det lidt det, om de bliver skræmt af, at vi så pludselig ikke har mere tid. [...] Så det er tit, at vi må gå lidt over tid, når man sådan vil komme ned i det.

(Kvinde, praktiserende læge)

I tråd med disse lægers erfaringer kan også voldsramte opleve, at konsultationstiden er en begrænsning, særligt hvis de har svært ved at kommunikere med og italesætte deres oplevelser for lægen. På mandecenteret er det også medarbejderens erfaring, at mænd kan have svært ved at fortælle åbent om deres voldsudsættelse, og at manden kan opleve, at lægen ikke altid tager sig tid til at lytte til patienten, og det kan gøre ham mere tilbageholdende over for at tale om volden:

”[...] Det kræver lige lidt tid, og de fleste mænd er egentlig rigtig gode til at fortælle om det, hvis man bare giver det lidt tid og gode pauser. Det er nok svært [at tale om], hvis det er sådan en læge, der har travlt og sådan og hurtigt skal videre.”

(Medarbejder, mandecentret)

Også medarbejderen fra kvindekrisecenteret har erfaring fra de voldsramte, som hun møder, at den korte tid kan have indflydelse på, om man som patient kan nå at tale sig frem til volden som problem. Men som både centermedarbejderne og de praktiserende lægerne beskriver, så er løsningen ofte, at lægen sammen med patienten finder en ny tid, hvor de kan tale om problemet. Dette forudsætter dog, at lægen har nået at fornemme, at patienten har behov for at tale med lægen, og at patienten vel at mærke kommer til den efterfølgende tid.

Holdningen til screening

Som beskrevet i litteraturgennemgangen indledningsvist, så har der været et stigende fokus på primærsektorens mulighed for at opspore voldsramte gennem screeningsspørgsmål. I denne sammenhæng henviser rutinemæssig screening til dét at spørge alle eller udvalgte patientgrupper om voldudsættelse, uanset om der er tegn på dette eller mistanke herom (Amar, et al. 2013; Mørk, et al. 2014).

Alle interviewpersoner blev i nærværende undersøgelse spurgt til deres holdning til rutinemæssig screening for vold i almen praksis. Interviewene med de alment praktiserende læger viser, at der blandt samtlige læger var skepsis over for brugen af screening i forhold til at opspore voldsramte. Der var enkelte læger, som var positivt stemt over for at prøve screeningsspørgsmål af, men ikke på alle patienter. Generelt var lægernes holdning til screening i forhold til vold i nære relationer således negativ, hvilket skyldes; 1) etiske overvejelser, og 2) akavethed over for patienten. Disse fund er i tråd med en tidligere dansk undersøgelse (Mørk, et al. 2014), men står i kontrast til et større svensk litteraturstudie. Her argumenterer forskerne for at have tilstrækkelig viden-

skabelig støtte i forskningen til at kunne anbefale, at man inden for en række områder som f.eks. mødresundhedspleje (*Mödrehälsovård*), på kvindeklinikker og akutmodtagelser kan spørge patienter om deres erfaringer med vold (Heimer 2010). I Norge har Helsedirektoratet også indført rutinemæssige spørgsmål om vold til alle gravide på gynækologiske/obstetriske afdelinger (Helsedirektoratet 2014). Dette på trods af, at der ikke er enighed om evidensen for, at screening mindsker voldsudøvelsen og forbedrer kvindelige voldsramtes sundhed (Höglund 2010).

Etiske overvejelser

Lægernes etiske overvejelser er relateret til det, der kan kaldes et risiko-effekt ræsonnement på såvel individ som samfundsniveau. Dette ræsonnement tager afsæt i de konsekvensetiske principper, hvor udbyttet skal maksimeres, og de negative konsekvenser for patienten og samfundet minimeres (Höglund 2010). Det empiriske materiale viser, at en central etisk overvejelse er, om screeningen forårsager mere skade end gavn for de patienter, som udsættes herfor. Lægerne udtrykker bekymring for, om bebyrdselsen ved at spørge alle patienter kan stå mål med det antal af voldsramte, som lægerne vil kunne opspore:

”Min holdning til screening i al almindelighed det er, at man skal passe rigtig meget på, hvad man gør. Der er rigtig mange falske positive og falske negative. Hvis der er alt for mange falske negative, så fanger vi dem jo ikke alle sammen. Men hvad så med de falske positive? Alle dem, som tror, at de er syge, hvor de ikke er det? Eller alle dem, som man beskylder for at være voldsramte, hvor de ikke er det, og man bare skaber splid i familien? Det er ikke godt.”

(Mand, praktiserende læge)

Som citatet illustrerer, så ligger der også en etisk overvejelse om hvor vidt at lægen måske skaber unødigt bekymring eller mistænkeliggørelse hos patienter, hvor vold ikke er et problem. I forlængelse heraf overvejer nogle af lægerne også, om de muligheder, de har for at tilbyde støtte til de voldsramte, kan forsvare, at

de forsøger at finde frem til dem. Lignende etiske overvejelser har også været fremsat i internationale studier, hvor et dilemma er, at variationen i de støttemuligheder, der er for voldsramte, er afhængig af, hvor de voldsramte befinder sig geografisk. Et andet dilemma er, at man ved at have rutinemæssig screening kan risikere at forholde sig til vold i nære relationer på en uniform måde, selvom der er store variationer inden for de voldsramtes erfaringer og støttebehov (Höglund 2010; Lavis, et al. 2005). Som en læge beskriver, så er han imod screening til voldsramte, fordi det er uklart for ham, hvordan fænomenet afgrænses, hvordan han kan hjælpe den voldsramte og voldudøveren efterfølgende, og om de tilbud, der er til rådighed, har en dokumenterbar gavnlige effekt:

”Og man vil lave screening, hvor man vil bebyrde en masse mennesker ved at spørge dem om nogle ting, som ikke nytter dem noget. Og så står vi med en hel uklar strategi for, hvad kan det egentlig gavne de mennesker, vi finder. Er det ikke bare politisk gejl? [...] Jeg bliver dårlig af den slags. Direkte dårlig fordi jeg synes, det er en helt misforståelse af screening. Man har jo slet ikke nogen klar strategi. Det er bare, at man siger, vold det er ikke godt, jamen hvad er vold?”

(Mand, praktiserende læge)

Lægernes etiske overvejelser på samfundsniveau er rettet mod forholdet mellem omkostningseffektiviteten og omfanget af problemet. Det vil sige, om de økonomiske udgifter for samfundet forbundet med screening kan stå mål med omfanget af voldsramte, som kan opspores, og effekten, som de vil kunne få ud af det. I den forbindelse argumenterer nogle læger, at der er problemer, som er større end vold i nære relationer, og at de i så fald snarere burde screene herfor. Flere læger efterspørger ”evidens”, ”sikker viden” eller en ”dokumenteret effekt” for, at det gavner at benytte screening.

Lægernes ønske om ”sikker viden” er forsøgt imødekommet i et systematisk Cochrane-review af 11 randomiserede og kvasirandomiserede studier af screeningprogrammer for

kvinder over 16 år. Litteraturstudiet viser, at screening i 6 af studierne øgede identifikationen af voldsramte patienter, mens der i tre studier ikke var nogen evidens for, at screening øgede henvisningen til specialiserede tilbud for voldsramte (O’Doherty, et al. 2014). I den svenske undersøgelse ”Tack för ni frågar” (Socialstyrelsen 2002) afprøvede man på forsøgsbasis nogle screeningsspørgsmål om voldsudsættelse af på godt 50 jordemodermottagelser (barnmorskemottagningar) og ungdomsmottagelser (ungdomsmottagningar). Her blev mere end 9.300 kvinder spurgt om voldsudsættelse, hvoraf 1.300 opgav nogensinde at have været udsat for (fysisk) vold, kontrol, trusler eller seksuelle overgreb. For hovedparten af kvinderne lå erfaringer år tilbage, men 150 af kvinderne havde brug for akut hjælp. Motiveringen for at spørge alle kvinder var tredobbel: 1) for at give kvinder en chance for at fortælle om deres voldsoplevelser, 2) for at vise kvinder at det ikke er acceptabelt at blive udsat for vold og overgreb, og 3) for at vise kvinder, at de kan søge og få hjælp, hvis de har behov for dette (Socialstyrelsen 2002). Det vil sige, screeningen motiveredes ikke kun af muligheden for at give akut støtte og hjælp, men også af en mere forebyggende indsats i form af oplysning omkring, hvad der er voldelig adfærd.

Akavethed

Det empiriske materiale viser tillige, at de praktiserende læger er ukomfortable ved at stille spørgsmålene, når de ikke har en fornemmelse af, om det er relevant at spørge til:

”De fleste familier, vi har, kender vi, jo, og er utrolig velfungerende. Hvis vi skulle screene dem, jeg synes, det vil virkelig være helt besynderligt. Jeg tror også, at de vil synes, at det vil være meget underligt. ‘Hvorfor dog det, hvorfor skal vi lige snakke om det, vi har det jo godt?’. Så er vi ovre i et område, hvor man kan sige, at jeg også selv synes, at det vil være helt besynderligt og ikke har nogen mistanke om noget som helst. I og med at det trods alt ikke er noget, det er jo få patienter, det drejer sig om, i forhold til dem vi har. Det vil jeg aldrig gøre.”

(Mand, praktiserende læge)

Som citatet illustrerer, så er der også en tæt forbindelse mellem lægernes akavethed ved potentielt at screene og deres opfattelse af problemets omfang. Netop undervurdering af problemets omfang genkendes også fra et tidligere dansk studie samt flere internationale undersøgelser (Mørk, et al. 2014; Tønnesen 2010; Warshaw 1993).

Medarbejderen på kvindekrisecenteret er generelt mere positivt stemt over for screening for vold i almen praksis. Medarbejderen understreger vigtigheden af, at screening følges af en handlingsplan for patienten med henvisning til relevante tilbud, noget som lægerne også finder afgørende. Samtidig påpeger medarbejderen også, at det er vigtigt, at lægen spørger på en måde, som ikke stigmatiserer den voldsramte, fordi vedkommende måske ikke er klar til at handle på de tilbud og den vejledning, som lægen giver. Det er derfor centralt for medarbejderen, at lægen har kendskab til, hvordan patienten fastholdes i processen ud af volden:

”Altså, jeg tror bare, at det, der er vigtigt, det er, at man ikke kun finder ud af, om der er vold, men også har en eller anden form for opfølgning på det. Der skal være en eller anden plan for, hvordan håndterer jeg [lægen], hvis hun indrømmer, at hun er voldsramt, og der bor børn der for eksempel, og hun ikke er klar til at gå fra ham. Altså, hvordan bliver man i det den proces, det er, hvordan hjælper man kvinden i den proces, det er, så hun også kan vende tilbage [til lægen], hvis hun i næste uge har børn, der får mellemørebetændelse, når hun først har indrømmet det. Så hun ikke bare skifter læge, fordi hun ikke kan overskue det.”

(Medarbejder, kvindekrisecenter)

Litteraturen fra udlandet peger på, at netop manglende viden om området herunder afgrænsningen af vold i nære relationer og rutine med at håndtere patienter hermed samt manglende handleplaner for intervention, kan være

forhindringer for sundhedsprofessionelle i primærsektoren (Tønnesen 2010).

De voldsramte er generelt mere skeptiske over for idéen. Kvinderne understreger, at det tager tid at åbne op og sætte ord på dét, man oplever, over for lægen. Det vil således i givet fald måske tage flere forsøg, før en voldsramt fortæller om volden til lægen. De voldsramte kvinder lægger særlig vægt på vigtigheden af ikke at stille spørgsmålene i andres påhør, f.eks. foran familiemedlemmer. Generelt kan de voldsramte være bange for, at hvis de svarer på spørgsmål hos lægen herom, at det så kan få repressalier for dem og gøre, at volden eskaleres. Eksempelvis hvis lægen bryder sin tavshedspligt ved at involvere voldsudøveren eller tager kontakt til sociale myndigheder. De voldsramte mænd beskriver, at de vil have meget svært ved at svare på spørgsmål om vold, hvis de ikke engang selv opfatter dét, som de oplever, som vold, og fordi de i højere grad vil associere dette med fysisk vold. Dette understreger den centrale indflydelse, som formuleringen af spørgsmålene og måden, de stilles på, kan have for de svar, som lægerne kan få.

I tabel 4 har vi samlet nogle spørgsmål, som er anvendt til screening for vold blandt sundhedsprofessionelle i andre undersøgelser, for at illustrere mangfoldigheden af de spørgetilgange, som tidligere er benyttet. Screenings-spørgsmålene er ofte direkte frem for åbne og indirekte og en mulig konsekvens heraf kan være, at patienter, som ikke selv definerer handlingerne som vold, svarer negativt. På nogle måder minder om spørgsmålene om de direkte måder, som lægerne i nærværende undersøgelse beskriver, at de kan anvende. Spørgsmålene fra Sverige og Norge er stillet mundtligt i samtale med patienten, mens spørgsmålene fra HITS-instrumentet er besvaret skriftligt af patienten.

Tabel 4. Eksempler på screeningsspørgsmål fra andre lande

Kilde	Eksempler på screeningsspørgsmål
<p>Sverige <i>"Tack för ni frågar" – Screening om våld mot kvinnor</i> Socialstyrelsen 2002</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vi er begyndt at stille alle kvinder, som vi møder, spørgsmål om de er eller har været udsat for vold eller overgreb. Det gør vi, fordi det er så almindeligt, og vi ved, at det påvirker kvinders sundhed. Lever du nu eller har levet i en relation, hvor du er blevet kropsligt skadet, truet eller været bange? - Da vold er almindeligt forekommende i kvinders liv, er vi begyndt at spørge alle om deres erfaringer med overgreb. Har du været udsat for nogen handling som f.eks. mishandel, seksuelt overgreb eller noget andet krænkende, som du ikke har villet været med til?
<p>Norge <i>Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen – hvordan avdekke vold</i> Helsedirektoratet 2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Er du nogensinde bange i dit eget hjem? Er du bange for din partner eller andre? - Er du nogensinde blevet ydmyget af din partner, tidligere partner eller andre? - Bliver du nedværdiget offentligt, forhindret i at møde venner eller gøre ting, du ønsker? - Er du nogensinde blevet slået, sparket eller på anden måde angrebet fysisk? Hvis ja, hvornår og af hvem, hvor mange gange, og hvilke skader fik du? - Har nogen gjort noget seksuelt mod dig, som du ikke har villet? Hvis ja, hvornår og af hvem? - Har nogen i løbet af det sidste år gjort dig bekymret for dine børns tryghed, eller er du bekymret for dit barns tryghed, når det bliver født? Hvis ja, af hvem?
<p>USA <i>HITS: A Short Domestic Violence Screening Tool for Use in a Family Practice Setting</i> Sherin et al., Family Medicine 1998</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hvor ofte gør din partner følgende? <ul style="list-style-type: none"> Skader dig fysisk Håner dig eller taler ned til dig Truer med at gøre dig fortræd Skriger og bander ad dig <p>Spørgsmålene besvares ud fra en skala, hvor en samlet sum på mere end 10 er en indikation på partnervold</p> <p>Skala: 1= aldrig, 2= sjældent, 3= nogle gange, 4= ganske ofte, 5= ofte</p>

Lægens støttemuligheder

I dette kapitel beskriver vi de alment praktiserende lægers overvejelser og praksis for at imødegå voldsramte patienter og deres behov, og sammenholder dette med de voldsramtes og centerpersonalets erfaringer. Kapitlet er inddelt i to hovedafsnit, hvor vi først beskriver lægernes overvejelser omkring støtte af en voldsramt patient, dernæst lægernes egne støttemuligheder og deres kendskab til og brug af kommunale og regionale tilbud til voldsramte.

Mellem afmagt og succeskriterier

I de tilfælde, hvor volden er identificeret som årsag til patientens psykosomatiske problemer, beskriver lægerne, at de i fællesskab med patienten forsøger at afdække de behov og muligheder, som patienten selv ser for at ændre sin situation. Fokus er på at afdække patientens livsbetingelser og handlekapalet med det formål at skabe konkrete forandringer for patienten, som vel at mærke ikke altid kan indfries, fordi patienten står i misbrugs-, socioøkonomiske eller sygdomsproblemer. Da deres erfaringer er begrænsede, er lægernes overvejelser bygget på en blanding af konkrete erfaringer og forestillede scenarier.

Den usikkerhed, som kan opstå i forhold til mulighederne for at hjælpe den voldsramte patient, kan være af afgørende betydning for lægernes villighed til at spørge til vold. Problemstillingen konfronterer lægerne med deres egne følelser, opfattelser og erfaringer med vold, og det er i sidste ende det, som kan få betydning for deres overvejelser om støtte til patienten (Warshaw, et al. 1998). Enkelte læger beskriver, hvordan de undgår at tage problemstillingen op, hvis de ikke kan se, hvordan det skal kunne gavne patienten. Interviewuddraget viser i tråd med de foregående afsnit, at lægernes rolle foreskriver, at de hjælper patienterne på den mest gavnlige og løsningsorienterede

måde ud fra deres kendskab til problemstillingen og vurderingen af muligheder for støtte:

”[...] Altså, jeg elsker at finde halsbetændelse, for så kan jeg give penicillin, og så kan jeg slå den ned. Og jeg elsker også at finde depression, som jeg kan behandle. Og jeg elsker også at tale med folk, og den dér parterapi var jeg da rigtig, rigtig stolt af. Jeg er super, super glad for at finde noget, som jeg kan gøre noget ved. [...] Det er slet ikke sikkert, at jeg ved at rode i de traumer løser nogle problemer. Det kan være, at jeg tværtimod åbner Pandoras æske, og det vælter frem med elendighed, som de lige præcis nu holder styr på. [...] Jeg er meget pragmatisk. Jeg lukker ikke noget ud fra folk, hvis jeg ikke har sådan rimelig sikkerhed for, hvor det skal føre hen.”

(Mand, praktiserende læge)

I undersøgelsen kan der skelnes mellem to positioner blandt lægerne i forhold til deres overvejelser om at støtte voldsramte:

1. Støtten er betinget af, at lægerne føler, de kan forbedre patientens situation.
2. Støtten tager afsæt i patientens muligheder for at forbedre sin livssituation.

For begge positioner gælder det, at lægen ønsker at se en forbedring for patienten, og de finder det motiverende, når deres støtte bærer frugt. I forhold til den førstnævnte position er dette mål i høj grad vejledende for, om lægen vælger at gå ind i voldsproblematikken med patienten, og også for hvilke støttemuligheder patienten tilbydes. Det vil sige, enkelte læger vurderer, at hvis de ikke mener, det kan forbedre patientens situation, vil de undvige at spørge ind til dette, fordi det kan virke demotiverende for lægen, når støtten ikke umiddelbart hjælper patienten:

Interviewer: Er der ting, der kan afholde dig fra at spørge nogen ind til det?

Læge: Nej, ikke ret meget. Jo, altså det kan afholde mig, hvis jeg tror, at det skader patienten.

Interviewer: Kan du uddybe det?

Læge: Jamen, hvis jeg tror, at jeg begynder at rode op i noget, som ikke skaber nogen glæde. Altså hvis jeg ikke tror, at jeg kan gøre noget ved det, og her der mener jeg meget, meget bredt gøre noget ved det. Altså herved mener jeg også, at vise en selvforståelse hos patienten gør, at jeg kan gøre noget ved det, så er det jo fint nok. Men hvis jeg ikke kan se et trick ved at snakke om det, så snakker jeg ikke om det, så tager jeg det ikke op, så vil jeg godt lade det gå hen. Og så kan man jo så sige, er jeg en kylling? Det kan godt være, at jeg er det. At tage nogle problemstillinger op, som jeg ikke kan se en løsning på, det kan godt være, at alene det at snakke om det, er en løsning og en hjælp. Men hvis jeg tror, at det her kun skaber ballade og problemer, så tænker jeg mig om to gange, før jeg tager emnet op. Men det er klart, hvis patienten kommer og siger, jeg vil gerne, så er det klart, så skal vi selvfølgelig snakke om det. Men det er ikke altid, at man bare skal snakke for at få det afdækket, hvis man så ikke har et bud på, hvad man så kan gøre.

(Mand, praktiserende læge)

Lægerne i den anden position vurderer i højere grad støttemulighederne ud fra patientens situation, og et succeskriterium her kan være at bidrage til patientens egen erkendelse af at ville forandringer.

Undersøgelsen viser, at alle læger uanset position kan føle afmagt over for at hjælpe voldsramte patienter og særligt dem, for hvem volden er en del af flere forskellige problemstillinger. Som en beskriver, så kan støtte til voldsramte patienter være præget af en vis magtesløshed, som netop knytter sig til det forhold, at vold i nære relationer er en problemstilling, som er relationelt betinget:

Interviewer: Er der noget, som du mener, at I som alment praktiserende læger ikke kan opfylde i forhold til den her særlige gruppe patienter? [...]

[Længere tænkepause]

Læge: [...] Det er jo et svært spørgsmål, for man kan sige at i virkeligheden, så det, vi helt primært kan være, er jo at støtte og lytte til, hvad det er, de voldsramte fortæller os, og prøve at hjælpe dem til at komme videre. Der hvor det kan gå rigtig galt, der er rigtig mange sociale ting, vi har ikke har noget, altså hvis ægtefællen bliver ved med at drikke, det kan jeg jo ikke gøre noget ved. [...] Så kan jeg prøve at sige det til kvinden, som stadigvæk bliver der, det er der jo nogen, der gør, det kan man jo ikke løse på den måde det problem. Folk har jo også selv et ansvar. Men det er klart, jeg vil støtte dem i det, altså som jeg siger, at nogen gange er det rigtige jo at forlade sådan en situation med de omkostninger, det har.

(Mand, praktiserende læge)

Som lægen beskriver i ovenstående citat, så er vold en problemstilling, der udfordrer lægernes muligheder for at forbedre patientens sundhed og trivsel, fordi ansvaret for bedring opfattes som patientens eget. I den biomedicinske sundhedsmodel ligger ansvaret for bedring hos lægen, som diagnosticerer og behandler årsagen til patientens symptomer. Set fra denne sundhedsmodel er de fysiske symptomer typisk forårsaget af problemer hos den individuelle patient (Warshaw 1997). Men årsagen til vold i nære relationer er ikke et individuelt problem, men et socialt problem, der ligger i relationen til voldsudøveren, og derfor opfattes ansvaret for bedring hos patienten, fordi det ligger uden for lægens muligheder for at behandle årsagen. For lægerne kan det være en udfordring at hjælpe voldsramte patienter, fordi deres hjælpertil-selvhjælp tilgang forudsætter, at patienten selv er i stand til at handle og derigennem udviser en form for handlekraft.

Tidligere undersøgelser har vist, at det kan skabe frustration hos lægen, når muligheden for forbedring er i patientens egne hænder, fordi det afhænger af, om de følger lægens råd og f.eks. henvender sig til de relevante rådgivningssteder. Det kan således få nogle læger til at vurdere patientens motivationsgrad, før de vælger at støtte patienten (Sugg 1991). Netop denne frustration i forhold til, at patienten ikke

altid handler rationelt i forhold til de anbefalinger eller tilbud, som lægen foreslår, genkendes hos medarbejderen fra kvindekrisecentret:

Medarbejder: Langt de fleste [læger] reagerer jo med, 'arh du skal bare gå fra ham, hvorfor i alverden er du ikke gået fra ham noget før?' Det er ligesom den reaktion, som vi hører fra de allerfleste [voldsramte], altså både læger, men også i et andre professionelle og private netværk.

Interviewer: Ja, og hvad tænker du om det?

Medarbejder: Jamen jeg tænker, at det fastholder kvinden i volden. For det eneste, hun bliver mødt med, det er, du har ikke sat dine grænser, så du er lidt selv ude om det, det er i hvert fald sådan, hun hører det i hvert fald, og så går hun tilbage, så bliver hun der, så tænker hun, så har jeg ikke fortjent bedre. [...] Hele mit indtryk er blandt læger, og blandt mange andre [professionelle], at kulturen er ligesom, 'hvorfor er du ikke bare gået?' I stedet for, 'hvordan kan det være, at han er voldelig?' [...] Der er ikke den der dybere forståelse for, hvad det er for nogle mekanismer, psykologiske og så videre, som kan fastholde hende.

(Medarbejder, kvindekrisecenter)

For at opnå bedst mulig succes med deres støtte og behandling vurderer lægerne deres muligheder for at hjælpe i forhold til kompleksiteten af det problem, som patienten står i. Og enkelte af lægerne giver udtryk for, at de er mere tilbøjelige til at fokusere på støttemuligheder for de patienter, hvor volden er det lægerne beskriver som en "isoleret problemstilling". Dette er særligt gældende for lægerne i den første position, hvor støtten er betinget af, at lægerne føler, de kan forbedre patientens situation. Centralt er det også, at lægernes mulighed for at vurdere, om patienten kan drage nytte af lægens støtte, er betinget af lægens kendskab til eventuelle støttemuligheder:

"Og du kommer ud for nogle grimme ting, som du ikke kan gøre noget ved. Og jeg vil ikke sige, at det gør én kynisk, men det gør nok, at man får et fokus på det, der kan lade sig gøre, og man prøver på at lægge sin energi, hvor man skal, og hvor

det nytter. [...] Og så er det bare, at jeg siger, hvis der kommer en kvinde til mig med et blåt øje, hvad skal jeg bruge det til? Hvad kan jeg love hende, jeg kan gøre? Hvad er det her? [...] Jeg bliver nødt til nogle gange for at beskytte mig selv, men også for at beskytte relationen, at koncentrere mig om det, som jeg ved noget om."

(Mand, praktiserende læge)

Som citatet illustrerer, så er lægens vurdering af patientens mulige udbytte betinget af lægens opfattelse af sine støttemuligheder til patienten. Forholdet mellem disse to faktorer, kan være afgørende for, om lægen vurderer at kunne få succes med en "behandling". Dette trækker tråde til de konsekvensetiske overvejelser beskrevet i det foregående kapitel, idet lægernes overvejelser om at hjælpe voldsramte patienter er betinget af deres kendskab til området og til eksisterende tilbud for voldsramte, samt den mulige effekt, de vurderer, patienten kan have af disse.

Lægens tilgang til støtte

Undersøgelsen viser, at lægerne har varierende om end begrænset kendskab til de eksisterende tilbud for voldsramte. Dette er en helt central barriere, både for deres måde at imødekomme voldsramte patienter, men også for selve opsporingen, fordi det, som i tråd med andre undersøgelser, kan afholde nogle læger fra at spørge, når de ikke ved, hvordan de kan støtte og viderehenvise en voldsramt patient (McCall-Hosenfeld, et al. 2014a). Præmissen for at opspore voldsramte patienter for lægerne er, at de også har tilbud for de voldsramte, og lægernes opfattelse af de muligheder, de har, varierer. For lægerne kan det også være en udfordring at støtte de voldsramte, fordi de jævnligt får nye opgaver, som ligger uden for den biomedicinske sundhedsmodel og uden for den viden, som lægerne har, og her bliver kendskabet til støtte-tilbud målrettet voldsramte fremhævet:

"Altså, jeg oplever nogle udfordringer i, at jeg er ikke parterapeut, jeg er ikke psykolog, jeg er ikke socialrådgiver. Jeg er bare en helt almindelig læge, der er vant til at behandle lungebetændelse og astma. Det er så kompleks et problem. Så jeg mangler

simpelthen, til trods for at jeg har været i faget i 20 år, jeg mangler viden. Og det ved jeg heller ikke, om det skal ligge hos mig, det må jeg så sige. Jeg ville være glad, hvis der var et sted, jeg kunne sende dem hen. Ikke fordi jeg ikke vil snakke med dem, ikke fordi jeg ikke vil tage mig af det, men det er en stor opgave at ligge oven i de opgaver, vi har i forvejen. Så jeg har nok en fornemmelse af, også hvis det skal gøres ordenligt, så skal det være folk, der er professionelle til det.

(Kvinde, praktiserende læge)

Behovet for viden om, hvor lægerne kan viderenhvise voldsramte patienter, er et generelt ønske for de praktiserende læger. I den forbindelse lægger enkelte læger vægt på behovet for evidens eller "sikker viden" for effekten af eller gavnligheden af tilbud som for eksempel kvindekrisecentre eller psykolog, hvilket også er i tråd med fundene i det foregående kapitel, samt deres holdning til rutinemæssig screening. Flere påpeger således, at der skal være en sammenhæng mellem opsporing og tilbud:

"Det gælder jo sådan set i mange af de ting, vi undersøger, hvis vi skal finde nogen, det kan vi jo nogle gange godt, og det kan også være sygdom og sådan noget, så skal vi også have et eller andet sted at gøre ved dem. Det er jo ikke særlig sjovt at finde noget og så sige 'jamen hvad gør vi så'. Så vil jeg nok stå sådan lidt 'jamen okay, og hvad gør vi så her'. Så kunne jeg måske komme med nogle brochurer fra det ene og det andet, 'der kan du henvende dig der', men gør de det? Som regel så er det sådan, at hvis jeg finder noget, så vil jeg jo gerne have en eller anden kommandovej og sige 'okay så kan jeg henvende mig der, og så sker der et eller andet'. Fordi det er ikke mig, der skal drive hele møllen, det kan jeg ikke. Jeg kan finde dem, og så kan jeg sende folk til det rigtige sted hen. Men præcis sådan noget her [vold], der ved jeg ikke rigtig, hvor jeg vil sende dem hen."

(Mand, praktiserende læge)

I tråd med internationale forskning (Höglund 2010; Lavis, et al. 2005) påpeger lægerne, at de har en form for etisk forpligtelse, når de opsporer voldsramte patienter, i også have noget at tilbyde dem. Når lægerne beskriver deres til-

gang til støtte, er det med afsæt i patientens kontekst. Det er således patienten, som afgør, hvad der er bedst for dem. Men medarbejderne på krisecentrene påpeger også, at lægerne kan spille en central rolle i forhold til at dokumentere volden i patientens journal. Dette kan være en mere indirekte og langsigtet tilgang til støtte, da der måske kan gå år, før den voldsramte har behov for at kunne dokumentere volden. Dette er også en overvejelse, som enkelte af lægerne gør sig, men dette gælder typisk fysiske skader og ikke i samme udstrækning psykisk vold. I nedenstående citat beskriver medarbejderen på kvindekrisecenteret vigtigheden af, at lægen dokumenterer voldsforløbet:

"[...] Hun er en af dem, som har haft rigtig mange samtaler med sin læge undervejs, og hvor det fremgår mange steder i hendes journal, at hun bliver udsat for vold derhjemme. Og også hvor lægen meget fint har skrevet ned, 'jeg har henvist hende til LOKK', og jeg har henvist hende til bla bla bla' og 'anbefalet hende det her' og sådan noget. Lægen har taget det virkelig alvorligt, også selvom at manden har siddet i venteværelset."

(Medarbejder, kvindekrisecenter)

Samtaler og samtaleforløb

I undersøgelsen er en af lægernes egne støttemuligheder samtaler eller samtaleforløb hos den alment praktiserende læge. Samtaler er enkeltstående konsultationer, hvor lægen taler med patienten om deres situation, dokumenterer eventuelle fysiske skader og undersøger deres behov for støtte. Det kan også munde ud i, at patienten og lægen sammen søger på internettet efter tilbud, såsom et kvindekrisecenter eller en rådgivning. Nogle af lægerne beskriver også, at de tilbyder samtaler med begge parter, hvis volden finder sted i et parforhold, eller hvis de fornemmer, at der er konflikt i forholdet:

"Så ville jeg gøre det, hvis jeg kom i problem der, at den ene part fortalte mig noget, så ville jeg invitere dem begge to ned og sige, at jeg synes, de skal bestille en tid begge to, så kan vi tage en snak om det her. Nej, det der med at skille tingene ad, det er jo dagligdag, så det er man jo nødt

til at kunne håndtere. [...] Men hvis jeg har oplevet noget med vold, og at det var et problem for den ene, så ville jeg foreslå, at man, med mindre at vedkommende selv ligesom følte, at hun kunne ordne det, at man så bad partneren om at komme med ned, og så tage en snak, hvor man eventuelt får snakket med dem om at få noget hjælp til at få løst tingen.”

(Mand, praktiserende læge)

For lægerne er det ikke altid lige til at adskille et konfliktfyldt forhold fra et forhold, hvor der forekommer vold. Nogle læger mener, at de ved at samtale med begge parter har mulighed for at hjælpe den voldsudøvende part med at få indsigt i sin uhensigtsmæssige adfærd, eller at parret sammen kan se hvilken adfærd, der f.eks. ansporer til vold i et parforhold. Internationale studier har også beskrevet, hvordan nogle læger kan have et behov for at finde den ”objektive sandhed” og derfor også taler med voldsudøveren eller med parret sammen. Dette kan lede til en eskalering af volden, og kan også medføre en indirekte skyldbelægning af den udsatte, som fremadrettet kan være mere tilbageholdende i forhold til at tale om volden (Sugg 1991; Taft, et al. 2004).

For de voldsramte er lægens opfattelse af deres situation vigtig. En anerkendende og ikke-dømmende tilgang til de voldsramtes erfaringer er central for at styrke dem i deres egen virkelighedsopfattelse. Nedenstående citat illustrerer den modsatte tilgang, som kan have den negative konsekvens, at patienterne opfatter volden som selvforskyldt, og at den voldsramte ikke tør tale om volden efterfølgende:

”Lægen spørger mig, ’hvorfor sagde du, at du har ikke så godt og sådan?’. Jeg har sagt til ham [lægen], at jeg kom, fordi jeg har levet sammen med ham mange [år], så derfor, jeg har det ikke så godt. ’Jeg kom ikke til dig før, men nu er jeg så helt færdig, og så kommer jeg til dig’ og sådan. Så sagde han [lægen] ’det er altid de arabiske kvinder, der klager, og det er altid dem, der har problemer med deres mænd. Så jeg har et forslag til dig, hvorfor køber du ikke en billet og rejser til dit hjemland.’”

(Voldsramt kvinde)

Det empiriske materiale viser, at nogle af lægerne har erfaringer med samtaleforløb med voldsramte patienter. Ofte kan lægerne dog kun komme i tanke om få tilfælde, så erfaringsgrundlaget i forhold til dette tilbud til voldsramte er begrænset. Lægerne beskriver, at de har mulighed for at tilbyde patienter generelt samtaleforløb 7-10 gange af en halv times varighed, og at dette tilbud honoreres ved en højere takst end sædvanlige konsultationer. Nogle vælger også at have samtaler med patienten uden at kalde det et decideret samtaleforløb, men i stedet refererer til en række konsultationer. Lægerne beskriver samtaleforløbene som terapeutiske, rådgivende eller støttende samtaler, hvor de hjælper patienten i gang med eller fastholder dem i en proces, der har til formål at forbedre deres situation. Enkelte læger beskriver, at de nøje vurderer muligheden for at have et succesfuldt forløb med patienten, inden de tilbyder dette. Der kan således være nogle kriterier, som afgør, hvorvidt enkelte læger finder patienten og dennes situation egnet til et samtaleforløb. De kriterier er blandt andet, at problemstillingen er isoleret, at patienten udviser handlekraft, og at der ikke er sproglige barrierer, som kræver f.eks. tolk. I tråd med andre studier (Warshaw 1993), så viser nedenstående citat de overvejelser, som nogle læger kan gøre sig om at opnå succes med deres behandling, og hvordan vurderingen af muligheden herfor kan blive vejledende for, hvem der tilbydes samtaler:

Læge: [...] I sådan et forløb, hvis man skal gå ind i sådan noget, så skal man altid gøre noget klart selv, ’tror jeg, at jeg kan gøre noget her’, punkt et. Og så skal man også være ærlig over for sig selv, ’er det noget jeg egentlig faktisk magter, orker jeg at gå ind i det her?’. Fordi ellers så gider man ikke, og så fører det nok ikke til noget. Når de betingelser er opfyldt, så kan man godt sige, ’skal vi ikke tage sådan et sammen?’ Vi kalder det et samtaleforløb, det er jo en form for terapiforløb, men altså meget støttesamtaler. ’Hvor langt er du kommet?’ ’Hvordan står det til?’ Så får de måske nogle opgaver med hjem. ’Til næste gang vil jeg gerne have, at du har fået snakket med dem og dem, og at du har set

på noget, hvem skal flytte, eller hvad der nu skal ske.' Og så høre, hvordan det nu er gået, for at holde folk lidt fast i det. På de udvalgte der fungerer det faktisk.

Interviewer: Har du en særlig patient, som du kan huske, som du kan beskrive, hvordan det her skete? Hvordan I kom i gang med det, og hvad der skete efter?

Læge: Der vil sjældent være så meget fysisk vold involveret, det er mere på den psykiske side, hvor de bliver terroriseret på den måde. Så tager vi nogle forløb. Der har jeg haft nogle stykker, hvor de godt kan se det. Og så er det egentlig bare at fastholde dem i den proces, de er i gang med. Det kan godt lade sig gøre nogle gange. Så er det sådan set meget sjovt.

Interviewer: Hvordan mærker du det?

Læge: Det er jo tilfredsstillende. Det er jo altid det, man vil jo gerne som behandler, hjælpe folk. Man vil også gerne have, at det lykkes, det er jo lidt det, vi lever af sådan rent mentalt. Hvis man omvendt kaster sig ind i sådan et forløb, og det så smuldrer, eller der ikke rigtig sker noget, så er det sådan, også for én selv, så er det jo ikke særlig opmuntrende vel. Så kan det godt føles som et nederlag. Der slog man ikke til, eller det kunne godt være, at man ikke kunne gøre noget, det kan man jo oftest ikke, men man vil jo gerne have succeserne.

(Mand, praktiserende læge)

Som lægen beskriver, så kan det være svært for lægerne at håndtere, hvis den voldsramte patient ikke følger lægens råd. For lægerne er omdrejningspunktet for samtalen med den voldsramte patient at se på mulighederne for, hvordan patienten kan ændre de forhold, vedkommende står i. Lægerne giver udtryk for en stor forståelse for den voldsramtes situation og de dilemmaer, som vedkommende måtte stå i. Men lægerne er samtidig drevet af at se en forandring for patienten, og således beskriver enkelte læger, at de nogle gange føler, at de "skubber" eller "presser" patienten til at følge lægens handlingsanvisninger. For de voldsramte kan dette betyde, at de føler, at de skuffer lægen ved ikke at kunne leve op til de handlingsanvisninger eller råd, som lægen kommer med. Det kan efterfølgende gøre det svært for

patienten at tale med lægen om volden igen, viser undersøgelser (Lavis, et al. 2005).

Samarbejde med andre tilbud

I tråd med såvel udenlandske som en tidligere dansk undersøgelse, så viser det empiriske materiale, at lægernes kendskab til og erfaringer med at samarbejde med andre tilbud omkring voldsramte patienter er relativt begrænset (Mørk, et al. 2014). Ikke desto mindre, så er det en udbredt erfaring blandt lægerne, at de voldsramte kan have brug for hjælp, som den alment praktiserende læge ikke selv kan tilbyde i sin praksis, og som ligger uden for den praktiserende læges fagområde. Dette indikerer således, at der er et behov for at kunne viderehenvise med målrettede tilbud til voldsramte. I undersøgelsen ser vi viderehenvielse som en del af at samarbejde – og for de alment praktiserende læger måske den mest centrale del.

Interviewene med såvel læger som voldsramte og centermedarbejdere viser, at de voldsramte patienters behov varierer alt afhængig af deres individuelle livsomstændigheder. Ofte handler det dog om hjælp til at bearbejde til de psykiske følger af volden og til håndtering af den måde, som de er forbundet praktisk, juridisk og økonomisk til voldudøveren, herunder spørgsmål relateret til fælles børn. Det kan også være hjælp til at finde en bolig eller at skaffe overblik over økonomien. For nogle voldsramte handler det tillige om, at de er udfordret ved at være arbejdssøgende, have sygdom, have misbrug eller have svært ved at tale og forstå dansk, hvilket kan gøre opsporingen i sig selv en udfordring. For lægerne kan en målgruppe som ældre også være udfordrende at hjælpe, fordi de kan have særlige pleje- eller hjælpebehov, hvor et tilbud som et krisecenter ikke nødvendigvis er det rette. Det samme gælder voldsramte ældre, hvor voldsudøveren er et psykisk sygt barn eller et barn med misbrug, eller hvis den ældre udsættes for vold af en dement ægtefælle.

Enkelte læger udtrykker bekymring for, om de ved at hjælpe patienten ud af volden skaber flere problemer, sådan som en læge beskriver:

”[...] Man kan også vende det om og sige, hvis man løser ét problem i forhold til, at man måske bryder et parforhold, jamen så kommer der to nye op, der hedder bolig, børn, økonomi og sådan noget. Så enten skal man løse dem, eller også så sidder man og efterlader patienten med ét problem løst og så tre nye, og har jeg så gjort noget godt?”

(Mand, praktiserende læge)

Lægernes opfattelse af, at de skal kunne håndtere sociale problemer, som relaterer sig til vold i nære relationer, kan være udtryk for lægernes mangel på kendskab til de eksisterende støtte-tilbud. I Danmark findes der en række forskelligartede tilbud målrettet voldsramte, som både inkluderer telefonisk og ambulans rådgivning som f.eks. Center for Voldsramte ved Frederiksberg hospital, Mødrehjælpen og den døgn-åbne anonyme hotline i LOKK, botilbud som kvindekrisecentre og mandecentre samt behandling af voldsudøvere i Dialog mod Vold og specialrettede tilbud til personer udsat for æresrelateret vold som f.eks. RED eller Etnisk Ungs rådgivning. Lægerne i undersøgelsen har kun et begrænset kendskab til og erfaring med at henvise til disse. De har ingen systematiseret tilgang til brugen af tilbuddene, og flere læger giver i den forbindelse udtryk for, at de savner et sted, hvor de kan finde information om tilbud til voldsramte. De savner så at sige en enkelt og systematiseret indgang til tilbuddene. Undersøgelsen viser også, at lægerne savner kendskab til de forskelligartede tilbuds indhold. Flere læger har eksempelvis kendskab til kvindekrisecentre, men kun få af lægerne kan erindre, at de har henvist voldsramte direkte hertil. Kvindekrisecentre opfattes af nogle læger som et særligt akuttilbud, hvor akutheden defineres ud fra eksempelvis voldens fysiske karakter:

” [...] Men de tilfælde, vi taler om her, hvor det ikke er, at de kommer med brækkede arme og ben, men hvor de måske igennem årevis har været udsat for psykisk vold eller småt fysisk vold, eller hvad vi nu skal kalde det [smågrin], der kan vi ikke rigtig bruge dem [kvindekrisecentre]. Dels synes de [patienterne] ikke selv, at de hører hjemme på et kvindecener, og det er en

meget vigtig del af det, altså de ville jo synes, at det er fuldstændig absurd, at de skulle på sådan et kvindecener, fordi så slemt var det jo ikke.”

(Kvinde, praktiserende læge)

På trods af at kvindekrisecentrene foruden midlertidig bolig typisk tilbyder socialrådgivning, juridisk og økonomisk rådgivning og i et vist omfang psykologisk/terapeutisk hjælp, så er der en opfattelse af, at tilbuddet gælder en særlig udsat gruppe voldsramte. Af interviewuddraget fremgår det også, at lægen kan opleve, at voldsramte ikke opfatter sig selv som tilhørende målgruppen, det kan eksempelvis være, hvis de ikke er udsat for grov fysisk vold, eller hvis de er ældre og ser tilbuddet som noget målrettet yngre personer. Opfattelserne af hvilke målgrupper tilbuddene retter sig til understreger behovet for, at lægen har noget viden om tilbuddets indhold og kan forklare dette for den voldsramte.

Patienter udsat for psykisk vold og andre voldsformer opfattes af lægerne i mindre grad som målgruppen for kvindekrisecentrene. At der kan herske tvivl om, hvem målgruppen for kvindekrisecentrene er, understøttes af medarbejderen på kvindekrisecentrets erfaringer, som beskriver, at centeret flere gange har oplevet kvinder henvist fra egen læge eller psykiatrisk skadestuen som er psykotiske eller på anden måde uden for centerets målgruppe. Men i tråd med citatet nedenfor, så er det ofte patienter, der har været udsat for grov fysisk vold, som opfattes som målgruppen. En læge beskriver en kollegas erfaring med et kvindekrisecenter således:

”Jeg snakkede lige med en kollega forleden dag, som havde en eller anden, som var ramt, voldsramt mere eller mindre, og som ikke rigtig kunne komme ud af det der samliv, hun levede, og så var hun til sidst blevet banket, om ikke til plukfisk så noget i den der retning, og så havde hun [lægen] sagt, ’ej ved du nu hvad, nu bliver du nødt til det’. Kvindekrisecenter tænkte så vedkommende, lægen, og så ringede de op og sagde ’hallo, hvad gør vi her fordi...’, og så blev de mødt med i den grad ud-

strakte arme. Jamen, det var intet problem, nu skulle de bare høre, de skulle bare lige komme sådan og sådan, hun skulle bare komme inden der, og så vil de tage en snak med hende, og hvis det var det, så kunne de se, hvordan det var derfra, og de måtte endelig ringe og så kunne de aftale nærmere. Der var ingen grænser for, hvad de gjorde, konkret gjorde. Og det vil de meget gerne. Og jeg tror, at der mange andre steder, der er tilsvarende.”

(Mand, praktiserende læge)

Kollegaen havde fundet centeret på nettet, og det er også tilfældet, når lægerne generelt søger information om tilbud, idet de ofte beskriver at de googler sig frem til tilbud. Det er tydeligt i interviewet, at lægen selv var overrasket over den positive samarbejdsoplevelse, kollegaen havde haft, og det understreger vigtigheden af, at lægerne kender tilbuddenes indhold. Det er forskelligt lægerne imellem, hvorvidt de ser det som deres opgave at rette henvendelse til et tilbud for patienten, eller om de ser det som deres opgave at informere patienten om tilbuddene. Grundet tidspres er det ofte information om et eventuelt tilbud og opfordring til patienten om selv at rette henvendelse hertil, som foretrækkes af lægerne.

Kvindekrisecentertilbuddet hører under Serviceloven og er et kommunalt tilbud med det formål at 'tilbyde midlertidigt ophold i boformer til kvinder, som har været udsat for vold, trusler om vold eller tilsvarende krise i relation til familie- eller samlivsforhold. Kvinderne kan være ledsaget af børn, og de modtager under opholdet omsorg og støtte.' (Serviceloven, kap. 20, §109). Det vil sige, at tilbuddet ikke retter sig mod nogen særlig gruppe af voldsramte, men voldsramte kvinder generelt. Således beskriver medarbejderen på kvindekrisecenteret sin opgave i forhold til de voldsramte, hun møder:

”Og så tager jeg mig af voksensagen, det vil sige, at jeg tager mig af både det, der handler om volden, som kun handler om kvinden, som ikke handler om børnene og alt det, der er i forhold til hende udadrettet i forhold til hendes voksensag. Så det vil sige kontakt til sagsbehandler, jobcen-

ter, læger, psykologer, politi, advokater, Udlændingestyrelsen. Altså alt, hvad man overhovedet kan forestille sig, som er specifikt i hendes sag, ud fra hvad der nu sker af ting og sager. Og så har jeg jo de her samtaler med kvinderne om volden, og det er selvfølgelig vores hovedfokus, men vi kan ikke kun fokusere på volden, for der er altid så meget andet praktisk, som halter, når kvinderne kommer her, fordi de har nogle naturlige konsekvenser af volden, sådan noget som nedsat arbejdsevne og alt muligt, som vi skal arbejde med, mens de er her. Krisesyntomer i det hele taget.”

(Medarbejder, kvindekrisecenter)

Som citatet illustrerer, så arbejder man på kvindekrisecenteret netop med de tilhørende sociale problemer, som lægerne beskriver enten udgør en del af den voldsramtes situation eller opstår i kølvandet, når patienten bryder relationen til voldsudøveren.

For mænd findes der mandcentre, som hører under Servicelovens kapitel 20 §110, som er botilbud målrettet 'personer med særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig, og som har behov for botilbud og for tilbud om 'aktiverende støtte, omsorg og efterfølgende hjælp.' I modsætning til kvindekrisecentre er mandcentre således ikke målrettet voldsramte mænd, men deres tilbud henvender sig også til denne målgruppe. Her fortæller en af de voldsramte mænd om de forhold, som man skal tage stilling til, når man bryder med voldsudøveren, som i dette tilfælde er hans hustru:

”[...] Du skal tage stilling til bofælle, der skal være en bodeling, du skal måske i retten om det. Du skal tage stilling til, om der skal være bopæl med børnene, om det skal være fælles forældremyndighed, eller hvad der skal. Jeg har været glad for, at der overhovedet har været noget, der eksisterer, som hedder mandcenter. Men jeg må da indrømme, at den ekspertise den mangler. Der mangler én, der bare ved alt om alt, orakel for den sags skyld.”

(Voldsramt mand)

Som citatet illustrerer, så har mandecenteret været i stand til at hjælpe manden med rådgivning, blandt andet i forhold til juridiske og samværmæssige spørgsmål, men samtidig efterlyser de voldsramte mænd også både psykologhjælp, som ikke tilbydes på centeret, og bedre overblik over de forskellige statslige og kommunale instanser, som involveres, når der er samværssager. Flere voldsramte kvinder og mænd beskriver, at det er kaotisk at finde ud af, hvor de kan få hjælp i det de beskriver som en "urskov" af muligheder. Lægen kan spille en central rolle i forhold til at kunne henvise patienten videre til tilbud, der kan rådgive patienten om sine muligheder for støtte og hjælp.

Foruden kvindekrisecentrene, så har enkelte læger erfaring med at henvise voldsramte til psykolog eller psykiater, kommunen eller politiet. Netop efterspørgslen på psykologhjælp i forbindelse med hjælp til de praktiske forhold er noget, som kendes både fra mandecenteret og kvindekrisecenteret. Med en henvisning til psykolog får patienten 60 procent i tilskud og skal selv betale de resterende 40 procent af behandlingen. Det kræver således, at patienten har ressourcerne til egenbetalingen. Nogle læger og medarbejderen fra kvindekrisecentret beskriver, at det kan være en udfordring for voldsramte, der er social marginaliseret, og som ikke har adgang til ressourcer, eller som frygter, at voldsudøveren vil få det at vide, fordi de har fælles økonomi:

Interviewer: [...] kan du prøve at sige lidt om, hvad det er for nogen måder, man kan imødekomme deres behov på som praktiserende læge?

Læge: Altså, hvis det er sådan noget med samtale, så har vi jo lidt begrænset muligheder hos os, så kan jeg jo lave en henvisning til psykolog, men der er jo det der med egenbetaling, som jo kan være også ret begrænsende for patienten. Så den er jo svær. Den er jo også svær at sige, for hvis de har forsikringer, det kan du bruge din forsikring til. Den er jo også svær for patienten at gå videre med.

Interviewer: Hvordan det?

Læge: Hvis de sidder og tænker, jamen så skal jeg fortælle forsikringen, at jeg har

været udsat for vold med nogen i min familie. Det kan da heller ikke være rart.
(Kvinde, praktiserende læge)

En enkelt læge beskriver, at det kan være positivt for patienten at tale med en psykolog frem for egen læge, da patienten dermed ikke konfronteres med problemstillingen, når patienten besøger lægen. Nogle læger fortæller, at de kan opfordre patienten til at anmelde volden til politiet, typisk hvis det har været grov fysisk vold eller for eksempel stalking. I forhold til anmeldelse til politiet, så har lægen en væsentlig rolle i forhold til at dokumentere volden i patientens journal og også i forhold til at dokumentere andre konsekvenser end blot de fysiske skader. Netop lægens rolle i forhold til dokumentation understreges også af begge centermedarbejdere, hvor man har erfaringer med den betydning, det kan have for en politianmeldelse, hvis der foreligger beskrivelser heraf i patientens journal. Her kan lægens opfattelse af vold få indflydelse på deres beskrivelser af patientens oplevelser. En enkelt læge havde negative erfaringer med politiet, som ikke havde hjulpet den stalkingramte patient til trods for, at dennes ekskæresterede havde et tilhold. Her måtte lægen selv kontakte politiet og få omgangskredsen i tale, som til sidst fik bremset stalkeren.

I forhold til samarbejde med tilbuddene, så efterlyser centermedarbejderne, at lægerne får bedre kendskab til vold i nære relationer og til hvilke dynamikker, der er på spil for den voldsramte. Den viden mener medarbejderne er centrale, for at lægen kan dokumentere den voldsramtes følger af volden, som centrene bruger i f.eks. forældremyndighedssager eller i forbindelse med anmeldelse af vold:

"Men tit er det jo, altså volden er jo overstået, når de er her [på kvindekrisecenteret], så det er tit mere historisk, kan man sige, at hvis kvinden har været oppe og fortælle noget, og lægen ikke har fået skrevet det ind. Altså, det er jo et kæmpe problem i forhold til at dokumentere volden, og det oplever vi altså også indimellem. Men også at de [læger] ikke rigtig tør at bruge ordet vold, men i stedet bruger

ordet konflikt. Men problemet med konflikt det er jo, at der igen er noget gensidighed i det, det er jo ikke noget, som en anden udsætter én for, som er ulovligt, det betyder, at man står og råber af hinanden måske. [...] Det er en del af vores samarbejde med lægerne at få indhentet journaler i forbindelse med, at vi skal med kvinden op og anmelde volden. Og tit så læser vi dem igennem, og nogle gange tænker vi, argh det kan ikke bruges til noget.”

(Medarbejder, kvindekrisecenter)

Netop sådanne beskrivelser genkendes også fra lægerne, som giver udtryk for, at de kan have svært ved at adskille vold fra konflikt. Det er også i tråd med medarbejderen fra mandecentrets erfaringer, hvor de oplever, at kvinderne til de voldsramte mænd, som henvender sig, er på kvindekrisecenter. Dog er det vigtigt at understrege, at dette ikke er ensbetydende med, at der er en lige magtbalance i forholdet, idet den ene part kan have magten. Udfordringen for den alment praktiserende læge er i den forbindelse at få dokumenteret volden på en sådan måde, at magtbalancen og påvirkningsgraden beskrives, hvilket er to af de forhold, som begge centermedarbejderne beskriver ligger til grund for deres vurderinger af de voldsramte.

Den skærpede underretningspligt

I undersøgelsen er samtlige læger meget opmærksomme på den skærpede underretningspligt, som de har i forhold til børn. Denne skærpede forpligtelse er lægerne særdeles opmærksomme på i forhold til voldsramte patienter, og særligt hvis volden er rettet mod barnet. Nogle læger beskriver, hvordan de oplever, at patienter kan have svære senfølger efter vold i barndommen, og eksempelvis kan påvirke deres evne til at knytte sociale relationer som voksne. Underretningspligten betyder blandt andet, at de alment praktiserende læger skal underrette kommunen, hvis de får kendskab til 'at et barn eller en ung under 18 år kan have behov for særlig støtte', eller 'at et barn eller en ung under 18 år har været udsat for overgreb.' (Lov om Social Service, kap. 27, §153). Loven giver en tryghed for lægerne, fordi de ved, at hvis barnet udsættes for vold, så skal de under-

rette dette til kommunen i modsætning til med voksne patienter.

Undersøgelsen viser, at der også inden for lovens rammer forekommer en vis fortolkning. Det er således ikke umiddelbart tydeligt i lovgivningen, hvorvidt lægerne skal indberette, hvis der er vold i en familie, men hvor volden ikke er direkte rettet mod barnet, f.eks. i tilfælde, hvor barnet er vidne til vold mod den ene forælder eller bor i en familie, hvor lægen blot har mistanke om, at der forekommer vold:

Interviewer: Så hvis du oplever, at der er vold i denne her parrelation, og der også er børn?

Læge: Så ville jeg begynde at blive bekymret. Nogen kan håndtere det, og nogen kan ikke håndtere det.

Interviewer: Så den skærpede underretningspligt er den, hvis børnene bliver udsat for volden?

Læge: Ja, det er klart.

Interviewer: Eller hvis de er vidne til volden også?

Læge: Det kommer så på, hvordan de [...] det, jeg fortalte om før, der lavede jeg en underretning, fordi det var helt tydeligt, at der efterfølgende havde været nogle problemer for barnet. Men det er ikke sådan, at hvis mor kommer ned og fortæller, at far har slået, at jeg så automatisk laver en indberetning. Man skal ligesom også have noget i forhold til barnet. Hvis barnet pludselig har ondt i maven, og jeg ved at forældrene, så kan man sige, så er det mere relevant at tage op.

(Mand, praktiserende læge)

Som interviewuddraget viser, så er denne vurdering baseret på et subjektivt skøn fra lægen. Enkelte læger beskriver, at de i den forbindelse lægger vægt på, om barnet virker påvirket, f.eks. indadvendte, "for flinke", ondt i maven eller pludselige sengevædere, og enkelte beskriver, at de vil være mere forsigtige med at lave en underretning til kommunen, hvis de kun har en mistanke.

I et internationalt litteraturstudie ligestilles dét at være vidne til vold med en form for psykisk vold mod et barn (Holt, et al. 2008). At være

vidne til vold er en betydelig risikofaktor for dårligere psykisk udvikling og for, at barnet selv udsættes for fysisk og seksuel vold (Christensen 1999; Holt, et al. 2008; Janson 2010). Dette er også understreget i Socialstyrelsens definition af vold i nære relationer, hvor der blandt andet står, at ”volden kan have samme effekt på andre personer, der overværer eller overhører handlingen.”⁴ Derudover kan voldudøveren bruge barnet i voldsudsættelsen, f.eks. ved at få barnet til at vende sig mod den voldsramte (Janson 2010).

Hovedparten af lægerne har erfaringer med at underrette kommunen i tilfælde med børn, men ikke nødvendigvis på grund af vold, der kan også være mistanker om vanrøgt. For enkelte læger kan børnenes mistrivsel også være indgangen til at tale om den vold, som patienten selv oplever, sådan som en læge beskriver:

”for kvinden er det tit måske en indgangs-
port til, at hun også vil fortælle noget, for
hun er jo også bekymret for sine børn i
langt de fleste tilfælde. Og kan godt se, at
det, der foregår, måske ikke er rigtigt, og
ved bare ikke, hvor hun skal gå hen med
det. Altså, der findes jo ingen piller for det
[griner]. Nogen bruger lægen til alting, og
andre tænker, hvor skal jeg gå hen, og der
er det første step jo ligesom at sige, ’vi kan
og vi vil gerne hjælpe.’

(Kvinde, praktiserende læge)

Som lægen beskriver, så er det centralt, at patienten har tillid til, at lægen kan støtte og rådgive patienten, men det kan være en udfordring, hvis lægen får mistanke om, at et barn er vidne til vold, fordi den også sætter lægens relation til familien på spil. En læge understreger således, at det, man skal være sikker på, det er, at der er ”substans” i mistankerne, før man underretter kommunen. Den internationale litteratur på området peger netop på, at dette og andre forhold kan udfordre muligheden for at opspore voldsramte børn. Det gælder også, hvis vold i et parforhold alene ses ud fra et voksenperspektiv, selvom der er børn i familien. Det kan be-

virke, at man overser, hvor meget af volden som foregår mellem voksne, og som børnene egentlig forstår. Andre forhold, som kan udfordrer professionelle i at opdage barnets udsathed, er børnenes loyalitet over for forældrene og deres manglende tillid til professionelle, såsom politiet og socialmyndigheder (Flaherty, et al. 2004; Holt, et al. 2008; Janson 2010).

⁴ Se Socialstyrelsens hjemmeside: <http://socialstyrelsen.dk/voksne/vold-i-naere-relationer/viden-om-vold>, besøgt november 2016

Tilgange til viden og nye samarbejdsmuligheder

I dette kapitel ser vi på mulighederne for at optimere lægernes muligheder for dels at opspore, dels at støtte de voldsramte patienter, som de møder. Kapitlet er inddelt i tre afsnit, som omhandler lægernes praksis for erhvervelse af ny viden, deres idéer til en konkret måde at samarbejde med eksisterende tilbud på og en skitse til en mulig model med fokus på at øge alment praktiserende lægers samarbejde med tilbud til voldsramte. Med samarbejde menes i høj grad viderehenvisning.

Veje til viden

En del af formålet med undersøgelsen har været at undersøge mulighederne for øget tværsektorielt samarbejde omkring voldsramte personer via kontakt til alment praktiserende læge. Dette er også tidligere beskrevet som værende optimalt for at kunne støtte voldsramte bedst muligt og for på lang sigt at forebygge de omkostninger på både individ- og samfundsniveau, som vold i nære relationer afstedkommer (Tønnesen 2010; Warshaw, et al. 1998). I den forbindelse har vi afdækket, hvilke idéer de alment praktiserende læger selv har hertil. Det empiriske materiale viser, at der er tre gensidigt forbundne forhold, som har betydning for lægernes samarbejdsmuligheder med kommunale og regionale tilbud til voldsramte:

1. Øget kendskab til vold i nære relationer og afgrænsningen heraf
2. Organiseret adgang til tilbuddene og kommunikation hermed
3. Kendskab til tilbuddenes eksistens og indhold

I det foregående kapitel har vi beskrevet, hvordan lægernes kendskab og brug af de eksiste-

rende tilbud er begrænset. En forudsætning for at bruge disse er dog dels kendskab til tilbuddenes målgruppe, indhold og virkning, dels en viden om, hvordan målgruppen identificeres. Det er flere af de praktiserende lægers ønske, at der bliver en enklere indgang til de eksisterende tilbud, da dette på nuværende ikke eksisterer på samme måde som for f.eks. misbrugsbehandling. For at imødekomme førstnævnte behov har flere af lægerne selv nogle idéer, som er beskrevet i tabel 5. De fire informationskanaler er ikke de eneste, men de hyppigst nævnte veje til viden blandt lægerne i undersøgelsen.

Alle læger understreger, at de modtager meget ny information hele tiden, og at det derfor er en udfordring at huske tilbud, som man ikke benytter så ofte. Ligeledes nævner enkelte læger, at projektbaserede tilbud er en udfordring, fordi de er tidsbegrænset og kræver, at lægen holder sig orienteret om, hvilke der eksisterer, og hvilke der er afsluttet. Kun en enkelt af lægerne kan huske at have set Sundhedsstyrelsens temaavis om vold i nære relationer med råd og henvisningsmuligheder for sundhedspersonale. Temaavisen blev sendt ud til samtlige alment praktiserende læger i landet i 2012.⁵ På baggrund heraf vurderede regeringen i sin seneste handlingsplan, at ”Læger og sundhedspersonale har med en indsats fra Sundhedsstyrelsen fået øget kendskab til vold i familien og i nære relationer og har hermed mulighed for at identificere tegn på vold og stille patienterne relevante spørgsmål ved mistanke om vold. Ved tegn på vold kan læger og sundhedspersonale rådgive borgerne om, hvor de kan søge støtte og hjælp”.⁶

⁵ Se temaavisen på følgende link: https://www.sundhed.dk/content/cms/6/38906_temaavis.pdf

⁶ Se ’Indsats mod vold i familien og i nære relationer’, Regeringen, juni 2014, s. 23.

Tabel 5. Indgange til vidensdeling blandt alment praktiserende læger

Indgang	Beskrivelse	Vidensformidling
PraksisNyt	Elektronisk nyhedsbrev for almen praksis i Region Hovedstaden. Nyhedsbrevet udkommer to gange månedligt på mail.	Skriftligt indlæg
Store Praksis Dag	Årlig uddannelsesdag i Region Hovedstaden for læger, uddannelseslæger, sygeplejersker, laboranter, sekretærer og andet praksispersonale.	Mundtligt oplæg
Lægedage	Lægedage er et landsdækkende efteruddannelses-tilbud for de praktiserende lægers og deres praksispersonale, der hvert år tilbyder en uges kurser.	Mundtlig undervisning og foredrag
Tolvmandsforeninger	Decentral Gruppebaseret Efteruddannelse eller "Tolvmandsforeninger" er grupper for læger i et lokalområde med fokus på efteruddannelse, erfaringsudveksling og socialt fællesskab.	Mundtligt oplæg

Men enkeltstående oplysningstiltag fører ikke nødvendigvis til øget kendskab til eller forandret praksis, sådan som en læge beskriver:

"Problemet er, at jeg tror, at vi får to eller tre af dem om ugen, nogen gange er de så tykke, at de ikke bliver læst. Jeg kan lige så godt være ærlig. Det gør vi simpelthen ikke. Det er fuldstændig umuligt. Ud over dem så kommer der ugeskrift, månedsskrift og videnskabelige artikler. Det er ikke muligt. Det eneste, man kan håbe på, det er, at man kan huske, at man har set den, så når man får problemet, så kan vi vende tilbage til den. Det er sådan den måde, det fungerer på."

(Mand, praktiserende læge)

Viden skal være praktisk funderet og skal give mening for de alment praktiserende læger i konsultationskonteksten. Som lægen i interviewet påpeger, så er det lægernes erfaring, at de får meget ny information, som de skal forholde sig til ad mange forskellige informationskanaler. Det er vigtigt, at informationen giver mening for lægerne. Det vil sige, at lægerne informeres om problemets omfang, om hvorfor dette sociale problem er centralt for lægerne at forholde sig til, og om på hvilken måde lægens involvering kan gavne patienten.

Dette vil således kunne adressere nogle af de overvejelser om patientudbytte og konsekvensetiske principper, som kan afholde lægerne fra at adressere problemet. Derudover skal informationen gentages rutinemæssigt for at fastholde og etablere en bevidsthed omkring området.

Foruden de fire indgange, som nævnes af lægerne, fremhæver enkelte læger også Ugeskrift for Læger og temadage i regionerne som mulige indgange til viden om området vold i nære relationer. Alle læger på nær to var positivt stemt over for at få besøg i deres tolvmandsforeninger af overlæge Trine Rønne Kristensen fra Center for Voldsramte på Frederiksberg Hospital, og lægerne så i det hele taget tolvmandsforeningerne som en god indgang til at få mere viden om området og de tilbud, der eksisterer. Som en læge beskriver, så er tolvmandsforeningerne noget, som de fleste læger bakker op om, og som giver mulighed for drøftelse af et område og erfaringer i fællesskab på tværs af praksisser:

"Vi har jo vores tolvmandsforeninger, hvor det kunne udbredes via tolvmandsforeningerne, man kunne sagtens forestille sig, at hvis der blev en sådan instans, at de så tog rundt i tolvmandsforeningerne

og fortalte om, at de [tilbuddene] var der, og hvad de kunne, og hvad de ikke kunne. Altså, at man ligesom brugte den indgangsport til os alle sammen. Langt de fleste af os kommer jo i de der tolvmandsforeninger og kommer til møderne. Og de, der ikke kommer, der forelægger så et referat, så det ville i hvert fald være en god måde at få det ud på.”

(Kvinde, praktiserende læge)

I forlængelse heraf har kvindekrisecenteret også erfaringer med at undervise professionelle som f.eks. politiet i problemstillingen vold i nære relationer, herunder hvorfor og hvordan den voldsramte og børn reagerer, samt hvilket tilbud de som krisecenter har. Som medarbejderen beskriver, så går en del af undervisningen blandt andet ud på at skabe forståelse for voldsramtes adfærd, som kan forekomme irrationel, og som kan virke demotiverende på politiet og andre, som vil støtte den voldsramte:

”politiet oplever meget tit det med, at så kommer de ud, fordi kvinden har ringet og været rigtig bange og sådan noget, men når politiet kommer, så benægter kvinden. Så det er hele tiden det dér, altså det bliver de [politiet] jo rigtig trætte af, og det kan man ikke bebrejde dem, men der er stadig en masse samtale omkring, hvordan bevarer man ligesom motivationen i at blive ved med at tage ud til de her ting og tage kvinden alvorligt, selvom at hun i det næste øjeblik benægter, hvad der lige er sket, eller ikke tør sige det, når manden står ved siden af.”

(Medarbejder, kvindekrisecenter)

På mandecentret er vold stadig et nyt fokusområde. Her har man igangsat flere nye tilbud, som man blandt andet oplyser kommunale samarbejdspartnere om. Tidligere har man kontaktet praktiserende læger for at gøre opmærksom på centerets tilbud, men medarbejderens erfaring er, at det ikke i sig selv gav flere henvisninger til centeret. Det understreger således, hvordan informationen skal være rutinemæssig, således at lægerne kontinuerligt bliver gjort opmærksom på området og ligeledes får indsigt i den måde, som man kommunikerer om vold med patienterne på. Det er med-

arbejderen på mandecentrets erfaring, at mænd ofte ikke selv opfatter dét, de er udsat for, som vold.

'Soft' – én indgang til tilbud

Undersøgelsen viser, at lægerne efterspørger en mere systematiseret indgang til de eksisterende tilbud til voldsramte, som de eventuelt kan henvise deres patienter til. Softportalen eller i daglig tale 'Soft' udgør sådan en indgang. Softportalen er en side under Sundhed.dk, hvor alment praktiserende læger (og borgere) kan se hvilke sundheds- og forebyggelsestilbud, der udbydes på kommunalt og regionalt niveau. Siden fungerer også som værktøjet i forbindelse med henvisninger til de relevante tilbud, da der er en henvisningsvejledning til den praktiserende læge, hvis tilbuddet kræver en sådan. Softportalen blev af samtlige praktiserende læger nævnt som et sted, hvor de finder information om de eksisterende tilbud i forhold til f.eks. demens eller forskellige typer misbrug etc. Ingen af lægerne havde dog kendskab til, at der lå tilbud til voldsramte eller voldsudøvere på siderne.

Der findes 29 kommuner i Region Hovedstaden, og en gennemgang af samtlige kommunale tilbudssider på Softportalen viser, at ingen kommuner har listet de kommunale eller regionale tilbud, som eksisterer for voldsramte. Dog findes der henvisning til et regionalt tilbud ”Patientnetværk: Kvinder og mænd udsat for seksuelle overgreb”, som ikke kræver henvisning fra egen læge. Tilbuddet står under rubrikken 'Seksuel sundhed' under hospitalstilbud og ikke under en rubrik for vold og overgreb, selvom tilbuddet henvender sig til personer udsat for seksuelle overgreb.

Næsten alle læger benytter Sundhed.dk til at finde relevante tilbud til deres patienter. Som illustreret nedenfor, så understreger flere af lægerne, at det kræver viden, at finde de relevante tilbud på Sundhed.dk. Det er derfor en forudsætning for, at lægerne kigger på Sundhed.dk, at de ved, at de her kan finde viden om tilbud til voldsramte:

Interviewer: Hvordan er en god måde for jer praktiserende læger at få oplysning om, hvor der findes sådan nogle steder, og hvad vil være en god måde til at starte med at få oplysningerne?

Læge: Altså der er to. Dels får vi det, der hedder praksisinformation. Det er fra regionen, det er på regionsplan. Det kommer sådan en gang om måneden eller sådan noget lignende.

Interviewer: Praksisnyt?

Læge: Ja, Praksisnyt eller sådan noget. Der kunne det komme ud. [...] Hvis der var et eller andet, at det kunne ligge på kommunens hjemmeside eller på, Sundhed.dk, hvor vi kunne linke over til direkte, så kunne man huske det.

(Mand, praktiserende læge)

Som lægen beskriver så er en mulig måde at gøre opmærksom på tilbuddene at oprette en særlig rubrik som på linje med de eksisterende rubrikker og angive de tilbud, som den alment praktiserende læge kan henvise patienter til. I den forbindelse nævner flere af lægerne, at det er centralt, at de kan kommunikere enkelt og sikkert med tilbuddene. For at kunne sende en henvisning til et tilbud stilles der visse sikkerhedsregler for lægens kommunikationspraksis, fordi kommunikationen skal være krypteret. Det er derfor vigtigt, at der ikke stilles krav om særlig henvisningsformalier. Som en læge understreger, så fremmer man kommunikationen og brugen af tilbuddene ved "at holde de formelle krav meget lavt".

På Sundhed.dk findes også Lægehåndbogen, som ingen af lægerne dog nævnte som et sted, de ville søge. En søgning på 'partnervold' og 'vold i nære relationer' gav ingen resultater, til gengæld var der et resultat på 'voldtægt', hvor der blandt andet er en juridisk definition og beskrivelse af medicinsk behandling samt link til relevante henvisningsmuligheder. Hvis man søger på 'krisecenter', kommer der en beskrivelse af kvindekrisecentertilbuddet, men denne indeholder ingen beskrivelse af vold i nære relationer som fænomen. Der er ingen resultater, når man søger på 'mandecenter'.

Model til at øge et tværsektorielt samarbejde

På baggrund af flere lægers erfaringer og idéer til et øget tværsektorielt samarbejde med de eksisterende tilbud til voldsramte i såvel kommunalt som regionalt regi, har vi skitseret en model (figur 2). Modellen adresserer hvert af de tre førnævnte forhold, som undersøgelsen viser er en forudsætning for at kunne øge lægernes opsporing af voldsramte og et muligt samarbejde omkring denne gruppe patienter.

For at adressere det første forhold, skal de praktiserende lægers kendskab til vold i nære relationer og herunder hvordan de genkender tegn herpå og afgrænser fænomenet fra eksempelvis fra konflikter, øges. Denne viden kan udbredes dels på lokalt niveau i de tolvmandsforeninger, som lægerne er en del af, og dels på regionalt niveau gennem oplæg ved Store Praksisdag i Region Hovedstaden. Undervisning og oplæg bør varetages af professionelle, som har specialiseret sig i vold i nære relationer, og som arbejder med voldsramte.

For at adressere det andet forhold, der handler om tilbuddenes organisering, anbefales det, at der oprettes en samlet indgang for tilbuddene til voldsramte på Softportalen på Sundhed.dk. Dette kan eksempelvis gøres ved, at der oprettes en rubrik med overskriften 'Vold og overgreb' for hver kommune og på hospitalsniveau, så de praktiserende læger har let og overskuelig adgang til de tilbud, som eksisterer.

For at adressere det tredje forhold, som handler om vedvarende udbredelse af viden om tilbuddene, anbefales det, at Region Hs nyhedsbrev PraksisNyt rutinemæssigt på årsbasis udbreder kendskabet til problemområdet og de muligheder lægerne har for at opnå mere viden herom på f.eks. Sundhed.dk.

Figur 2. Model til et øget tværsektorielt samarbejde



6. Sammenfattende diskussion

Nærværende undersøgelse viser, at der er tre overordnede forhold på henholdsvis det individuelle niveau hos lægen, på det relationelle niveau mellem læge og patient og på det strukturelle niveau i organiseringen omkring samarbejde og oplysninger omkring eksisterende tilbud, som udfordrer de alment praktiserende lægers mulighed for at opspore og støtte voldsramte patienter.

Det individuelle niveau

Det *første* forhold er på det individuelle niveau hos den alment praktiserende læge og omhandler definitionen af vold i nære relationer. Definitionen har en afgørende betydning for, hvordan lægerne forholder sig dels til patientens psykosomatiske symptomer, dels de oplevelser, som patienten fortæller om. Undersøgelsen viser, at det er forskelligt fra læge til læge, hvordan vold i nære relationer afgrænses, og derfor også, hvad lægen opfatter som voldsudsættelse. Nogle læger mener, at handlingen skal have til hensigt at skade, mens andre mener, at handlinger i afmagt, som ikke nødvendigvis har til hensigt at skade, kan være vold. I den forbindelse kan det være en udfordring for lægerne at adskille vold fra f.eks. konflikter i et parforhold eller fra andre sociale problemer som misbrug. Fælles for lægernes opfattelse af vold i nære relationer er dog, at de ikke mener, at det er en problematik, de møder så ofte i deres praksis.

På baggrund af data fra den nationale sundheds- og sygelighedsundersøgelse fra 2010 estimeres det, at godt 33.000 kvinder og 13.000 mænd årligt udsættes for partnervold (Helweg-Larsen 2012). Disse estimater er kun for fysisk vold, og det må antages, at omfanget af voldsramte er højere, når andre voldsformer som f.eks. psykisk og seksuel vold inkluderes.

Når de alment praktiserende læger ikke oplever, at de møder voldsramte patienter så ofte, kan det blandt andet skyldes, at der blandt lægerne er uklarhed omkring, hvordan vold i nære relationer skal afgrænses. Lægernes afgrænsninger af fænomenet får således konkrete praktiske implikationer for opsporingen af voldsramte og for den måde, lægerne fortolker voldsramte patienters voldserfaringer (Grimen 2009).

På kvindekrisecenteret har medarbejderen erfaret, at lægens opfattelse og afgrænsning af vold kan have stor betydning særligt for den psykiske vold, som kan være svær at identificere, fordi dét, der foregår, er subtilt. Lignende fund er også gjort i andre undersøgelser, der viser, at lægernes afgrænsning af vold har indflydelse på deres vurdering af omfanget af problemet (McCall-Hosenfeld, et al. 2014a; Mørk, et al. 2014; Warshaw 1993).

Lægernes opfattelse af vold er blandt andet præget af deres fagdisciplinære baggrund. Lægernes uddannelse udgør et særligt akademisk felt, hvor opfattelsen af sundhed traditionelt set har været præget af en biomedicinsk sundhedsopfattelse (Lavis, et al. 2005; Warshaw 1993). I denne sundhedsforståelse er fokus på fraværet af sygdom, og lægens opgave er at diagnosticere og behandle patienten til at blive rask/sund. Læger udvikler igennem deres uddannelse nogle særlige dispositioner for, hvordan de skal agere som læger. Dispositioner udgør dét, som Bourdieu kalder habitus (Bourdieu 1977). I udviklingen af deres medicinske habitus socialiseres lægerne i de vidensformer, værdier og praksisser, som værdsættes i det biomedicinske paradigme (Brosnan 2014; Møller 2009; Wilken 2011).

I modsætning til tidligere forskning er lægerne i nærværende undersøgelse generelt meget

opmærksomme på patientens livsomstændigheder i bred forstand, og flere læger beskriver, at de ser på "det hele menneske". Det kan betyde, at det kan være svært at adskille vold i en nær relation fra andre problemer, som patienten står i. Således kan volden hos nogle patienter ses som en konsekvens af eller del af en social problemstilling, selvom den måske udgør det centrale problem for patienten.

Som sundhedsprofessionel besidder lægen en form for autoritativ position og dermed også en definatorisk magt, som kan have afgørende betydning for, hvordan den voldsramte patient opfatter sin situation (Grimen 2009). Lægernes opmærksomhed på patientens sociale livsomstændigheder ligger fjernere fra den rolle, som lægernes medicinske habitus foreskriver, at de skal udfylde. Det kan påvirke deres opfattelse af, hvad deres rolle er i forhold til et socialt problem som vold i nære relationer.

Konsultationen er et felt, hvor fokus er på patienten som individ og på at identificere årsagen til patientens symptomer og behandle disse. Men vold i nære relationer er en problemstilling, som rækker ud over det enkelte individ, og hvor sociale, økonomiske, psykiske og fysiske følger ikke kan behandles af lægen alene (Lavis, et al. 2005). Lægernes begrænsede viden om vold i nære relationer kan medføre såkaldt *blocking* adfærd, hvor lægen vender sig mod de fysiske symptomer eller skifter emne, sådan at fokus er på den del af problemet, som giver mening for lægen at involvere sig i (Maguire and Pitceathly 2002; Warshaw 1997). For nogle praktiserende læger i undersøgelsen kan der som konsekvens af det forbedringsorienterede fokus opstå en modvilje over for at spørge til vold, hvis lægen ikke kan se, hvordan det kan gavne patienten. Det handler for lægerne således både om muligheden for konkret at kunne forbedre patientens situation og derigennem helbred, og om en egen tilfredsstillelse ved at kunne gøre den forskel, som det medicinske habitus foreskriver, at lægen skal kunne.

Det relationelle niveau

Det *andet* forhold, som undersøgelsen viser har betydning for opsporing af voldsramte patienter, er på det relationelle niveau i forholdet mellem patient og læge. Rammerne for denne relation bliver sat i konsultationen, som kan anskues som et socialt rum i det, der, jævnfør Bourdieus praksisteori, udgør et medicinsk felt (Brosnan 2014). Lægens vej til opsporing er således præget af de rammer, som konsultationen sætter for relationen mellem læge og patient, såsom tidsbestilling, konsultationstiden og lægens samarbejde med eksterne aktører. Rammerne er også præget af lægens medicinske habitus, som betinger lægens opfattelse af sin rolle i relation til patienten.

I den forbindelse viser undersøgelsen, at tillid mellem læge og patient har en afgørende rolle for patientens villighed til at tale om volden. Men at tale om vold sætter samtidig tilliden på prøve for både læge og patient. Ved at dele viden om vold med lægen kan patienten føle sig sårbar over for voldsudøveren, hvis denne eller de sociale myndigheder involveres. Lægen kommer derved til at besidde det, man kan kalde transaktionel magt i forhold til at potentielt kunne viderebringe viden, som patienten deler i konsultationen (Grimen 2009). Et problem som vold stiller således andre krav til tillidsrelationen mellem læge og patient, fordi voldsudøveren også kan være patient hos lægen. Ligeledes kan bekymringen for at lave skår i tilliden afholde lægen fra at spørge til direkte vold, hvis der ikke er tydelige indikationer herpå.

Undersøgelsen viser, at lægerne kan opleve forlegenhed ved at spørge til vold, fordi det opfattes som et skamfuldt problem for patienten og som noget nogle læger frygter, at patienten kan finde krænkende. Lægerne beskriver generelt deres erfaringsbaserede viden fra voldsramte patienter som lille, idet de sjældent oplever at møde voldsramte patienter i deres praksis. Det har indflydelse på, hvor fortrolige de er med at spørge hertil.

Det strukturelle niveau

Det tredje forhold er på det strukturelle niveau i den forstand, at det handler om lægens kendskab til og samarbejde med målrettede tilbud til voldsramte. Med samarbejde menes generelt en form for viderehenvisning til et tilbud. Den alment praktiserende læges mulighed for at støtte og hjælpe en voldsramt patient er således betinget af lægens kendskab til tilbuddene og den måde, som adgangen til viden herom er organiseret. De praktiserende lægers egne muligheder er begrænset til individuelle- eller parsamtaler eller til at viderehenvise til psykolog/psykiater, som ikke nødvendigvis er specialiseret i vold i nære relationer. Ingen af lægerne i undersøgelsen har erfaringer med eller kendskab til Center for Voldsramte på Frederiksberg Hospital, som de også kan henvise til, og som er det eneste tilbud i sundhedssektoren i Region Hovedstaden, der er målrettet voldsramte.

Undersøgelsen viser, at lægernes kendskab til og brug af de eksisterende målrettede tilbud til voldsramte er begrænset, og det kan få konsekvenser for opsporingen, fordi det kan afholde lægerne fra at spørge til vold, når de ikke ved, hvad de kan tilbyde den voldsramte patient. Lægerne er drevet af at skabe forbedringer for patienten i det omfang, de har mulighed herfor, og undersøgelsen viser, at lægerne kan være bekymret i forhold til at opspore et problem som vold, hvis de ikke ved, hvad de reelt kan tilbyde den voldsramte. I den forbindelse efter-spørger lægerne en mere systemiseret indgang til de eksisterende tilbud, og undersøgelsen viser, at lægerne også har brug for et større kendskab til tilbuddenes indhold og de dynamikker i voldsudsættelsen, som kan afholde patienten fra ikke altid at følge lægens råd.

Fremadrettede muligheder

For at adressere udfordringerne på de tre niveauer har vi også undersøgt holdningen til rutinemæssig screening som et instrument til tidlig opsporing. Rutinemæssig screening for vold har været et omdiskuteret initiativ internationalt set, og forskningen peger i forskellige retninger. Det er derfor langt fra entydigt, om

rutinemæssig screening medfører en forbedring for de voldsramte patienter, som opspores.

Nærværende undersøgelse viser, at lægerne ikke er motiveret for denne tilgang til opsporing af voldsramte. Det skyldes etiske overvejelser i forhold til den enkelte patient og til samfundet. Således vurderer flere læger umiddelbart ikke, at bebyrdelsen ved at spørge alle patienter kan stå mål med det antal af voldsramte, som kan opspores, og at det heller ikke vil være omkostningseffektivt for samfundet.

Undersøgelsen viser, at det er vigtigt for lægerne, at der er en form for dokumenteret effekt for indsatsens virkning, inden den igangsættes. For lægerne er det således centralt, at de kun benytter screening, hvis de har evidensbaseret viden om, at dette rent faktisk kan forbedre noget for patienterne, ved at de opsporer flere voldsramte, og at de tilbud, de har til patienterne, kan hjælpe dem ud af deres problemer.

Samtidig viser undersøgelsen, at den direkte spørgetilgang, som nogle læger kan anvende, minder meget om de måder, som man har screenet på i f.eks. Sverige og Norge. Forskellen er bare, at lægerne i undersøgelsen først spørger direkte til voldsudsættelse, når de har klare mistanker om vold. På baggrund heraf peger undersøgelsen på, at øget viden om symptomerne og kendetegnene ved vold i nære relationer måske kan være en måde at få praktiserende læger til at spørge flere patienter om voldsudsættelse. En motivering for at spørge flere om voldsudsættelse er ikke kun den kortsigtede direkte hjælp, som voldsramte kan tilbydes, men også den mere langsigtede og indirekte hjælp, som kan ske ved at tale om, hvad voldelig adfærd er, og at det ikke er acceptabelt (Socialstyrelsen 2002). Det kan så at sige være en mere langsigtet strategi at give patienten information om, at lægen til hver en tid er parat til at tale med patienten og vejlede denne videre, hvis og når den voldsramte er klar hertil.

På baggrund af fundene i undersøgelsen foreslår vi derfor en model, som adresserer udfordringerne på hvert af de tre niveauer for der-

igennem at øge mulighederne for tidligere opsporing af voldsramte og et tværsektorielt samarbejde mellem alment praktiserende læger og de tilbud, der er målrettet voldsramte i Region Hovedstaden:

- På det individuelle niveau foreslår vi, at praktiserende læger opnår et øget kendskab til vold i nære relationer på to niveauer; 1) lokalt niveau i de tolvmandsforeninger, som lægerne er en del af, og 2) på regionalt niveau gennem oplæg ved Store Praksisdag i Region Hovedstaden. Undervisning og oplæg kan varetages af professionelle, der arbejder med voldsramte.
- På det relationelle niveau foreslår vi, at kendskab til området og de muligheder, lægerne har for at opnå mere viden herom på f.eks. Sundhed.dk, udbredes rutinemæssigt gennem Region Hovedstadens nyhedsbrev PraksisNyt. Vi forventer, at den øgede viden om området og kendskabet til målrettede tilbud kan styrke tillidsrelationen mellem læge og patient i forhold til at tale om vold og dermed styrke det relationelle niveau.
- På strukturelle niveau foreslår vi, at der oprettes en samlet indgang til tilbuddene for voldsramte på Softportalen under Sundhed.dk med en rubrik 'Vold og overgreb' for hver kommune og på hospitalsniveau, sådan at de praktiserende læger har let og overskuelig adgang til de aktuelle tilbud. En oversigt over modellen kan ses i figur 2.

Litteratur

- Amar, A., et al.
2013 Screening and counseling for violence against women in primary care settings. *Nurs Outlook* 61(3):187-91.
- Andersen, Susan, et al.
2011 Vold gør sårbar.
- Arredondo-Provecho, A. B., et al.
2012 [Workers in primary health care and partner violence against women]. *Rev Esp Salud Publica* 86(1):85-99.
- Berglund, Anna, Gun Heimer, and Åsa Witkowski
2010 Att fråga om våldsutsatthet som en del i anamnesen. Nationellt centrum för kvinnofrid.
- Bourdieu, Pierre
1977 *Outline of a Theory of Practice. Volume 16: Cambridge university press.*
- Bradley, Fiona, et al.
2002 Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *Bmj* 324(7332):271.
- Brosnan, Caragh
2014 Medical Education and Pierre Bourdieu. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society.*
- Chave, F, and C Morvant
2004 Den medicinske behandling af samlivsvold: Institut de l 'Humanitaire-Commission Européenne.
- Christensen, Else
1999 Social arv i voldsramte familier: Socialforskningsinstituttet.
- Craig, Charlene
2003 Domestic Violence and Health Professionals. A short study on woman's experiences. Northern Ireland Woman's Aid Federation.
- Danneskiold-Samsøe, Sofie, Yvonne Mørck, and Bo Wagner Sørensen
2011 Familien betyder alt: Frydenlund Academic.
- Feder, G., et al.
2011 Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: A cluster randomised controlled trial. *The Lancet* 378(9805):1788-1795.
- Flaherty, E. G., R. Jones, and R. Sege
2004 Telling their stories: Primary care practitioners' experience evaluating and reporting injuries caused by child abuse. *Child Abuse and Neglect* 28(9):939-945.
- Freund, K. M., S. M. Bak, and L. Blackhall
1996 Identifying domestic violence in primary care practice. *Journal of General Internal Medicine* 11(1):44-46.
- Gregory, A., et al.
2010 Primary care identification and referral to improve safety of women experiencing domestic violence (IRIS): protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMC public health* 10:54.
- Grimen, Harald
2009 Power, trust, and risk. *Medical anthropology quarterly* 23(1):16-33.
- Halkier, B
2008 Fokusgruppeinterview (2. Udgave). Forlaget Samfundslitteratur.
- Heimer, G, T Andersson, and S Lucas
2014 Våld och hälsa. En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa: NCK-rapport.

- Heimer, Gun; Berglund, Anna
2010 Sammanfattning och slutsats. Nationellt Centrum för Kvinnofrid, Uppsala Universitet.
- Heiskanen, Markku, and Minna Piispa
2008 Violence against women in Finland. Results from two national victimisation surveys. PUBLICATION SERIES-EUROPEAN INSTITUTE FOR CRIME PREVENTION AND CONTROL 56:136.
- Helsedirektoratet
2014 Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen - hvordan avdekke vold.
- Helweg-Larsen, Karin
2012 Vold i Nære Relationer: Omfanget, karakteren og utviklingen samt indsatsen mod partnervold blandt kvinder og mænd-2010: Syddansk Universitet. Statens Institut for Folkesundhed.
- Helweg-Larsen, Karin, et al.
2010 Voldens Pris: Samfundsmæssige omkostninger ved vold mod kvinder.
- Hjemdal, Ole Kristian, Hanne Sogn, and Line Schau
2012 Vold, negative livshendelser og helse. En gjennomgang av data fra to regionale helseundersøkelser. Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress.
- Holt, Stephanie, Helen Buckley, and Sadhbh Whelan
2008 The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. Child abuse & neglect 32(8):797-810.
- Häger Glenngård, Anna; Steen Carlsson, Katarina; Berglund, Anna
2010 Ekonomiska konsekvenser av mäns våld mot kvinnor. En kunskapsöversikt samt kostnadsberäkningar utifrån tre typfall. NCK, Uppsala Universitet.
- Höglund, Anna T
2010 Etiske aspekter på att rutinemässigt fråga om erfarenheter av våld i nära relationer. Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen.
- Isdal, Per
2000 Meningen med volden: Kommuneforlaget.
- Janson, Staffan
2010 Barn som lever med våld i hemmet.
- Johansen, Katrine Binesbøl Holm, Tine Tjørnhøj-Thomsen, and Karin Helweg-Larsen
2013 Stalking i Danmark: En kortlægning af erfaringer, konsekvenser og støttebehov. Syddansk Universitet. Statens Institut for Folkesundhed.
- Jonassen, J. A., and K. M. Mazor
2003 Identification of physician and patient attributes that influence the likelihood of screening for intimate partner violence. Academic Medicine 78(10 SUPPL.):S20-S23.
- Kimmel, Michael S
2002 "Gender Symmetry" in Domestic Violence A Substantive and Methodological Research Review. Violence against women 8(11):1332-1363.
- Krug, Etienne G, et al.
2002 The world report on violence and health. The lancet 360(9339):1083-1088.
- Kvale, Steinar, and Svend Brinkmann
2009 Interview: introduktion til et håndværk: Hans Reitzel.
- Lavis, Victoria, et al.
2005 Domestic violence and health care: Opening Pandora's box-challenges and dilemmas. Feminism & Psychology 15(4):441-460.
- Liebschutz, Jane M, and Emily F Rothman
2012 Intimate-partner violence—what physicians can do. N Engl J Med 367(22):2701-32703.
- Longino, Helen E, L Alcoff, and E Potter
2002 Subjects, power, and knowledge: Description and prescription in feminist philosophies of science. Knowledge and inquiry: Readings and epistemology:385-404.
- Maguire, Peter, and Carolyn Pitceathly
2002 Key communication skills and how to acquire them. British Medical Journal 325(7366):697.

- Malpass, A., et al.
2014 Women's experiences of referral to a domestic violence advocate in UK primary care settings: A service-user collaborative study. *British Journal of General Practice* 64(620):e151-e158.
- McCall-Hosenfeld, Jennifer S, et al.
2014a "I Just Keep My Antennae Out" How Rural Primary Care Physicians Respond to Intimate Partner Violence. *Journal of interpersonal violence* 29(14):2670-2694.
- McCall-Hosenfeld, Jennifer S., et al.
2014b "I just keep my antennae out": How rural primary care physicians respond to intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence* 29(14):2670-2694.
- McCauley, J., et al.
1995 The 'battering syndrome': Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine* 123(10):737-746.
- McNutt, L. A., et al.
1999 Reproductive violence screening in primary care: perspectives and experiences of patients and battered women. *Journal of the American Medical Women's Association* (1972) 54(2):85-90.
- Mørk, Trine, Pernille Tanggaard Andersen, and Ann Taket
2014 Barriers among Danish women and general practitioners to raising the issue of intimate partner violence in general practice: a qualitative study. *BMC women's health* 14(1):1.
- O'Doherty, Lorna J., et al.
2014 Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ : British Medical Journal* 348.
- Oriel, Kathleen A., and Michael F. Fleming
1998 Screening men for partner violence in a primary care setting: A new strategy for detecting domestic violence. *The Journal of Family Practice* 46(6):493-498.
- Pape, Hilde, and Kari Stefansen
2004 Den skjulte volden. En undersøkelse om Oslobefolkningens utsatthet for trusler, vold og seksuelle overgrep. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- PLO
2013 Praksistølling 2013. Praktiserende Lægers Organisation.
- Ramsay, J., et al.
2012 Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *Br J Gen Pract* 62(602):e647-55.
- Regeringen
2010 National strategi til bekæmpelse af vold i nære relationer: Regeringen.
- Regeringen
2014 National handlingsplan 2014 - Indsats mod vold i familien og i nære relationer. L. Ministeriet for Børn, Integration og Social Forhold, ed.
- Richardson, J., et al.
2002 Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *Bmj* 324(7332):274.
- Saur, Randi
2007 Vold i nære relasjoner. Forslag til felles opplæringstiltak for ansatte i relevante hjelpetjenester. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress a/s.
- Schwandt, Thomas A
2000 Three epistemological stances for qualitative inquiry. *Handbook of qualitative research* 2:189-213.
- Socialstyrelsen
2002 "Tack för ni frågar" - Screening om våld mot kvinnor.
- Sogn, Hanne, and Ole Kristian Hjemdal
2010 Vold mot menn i nære relasjoner. Kunnskapsgjennomgang og rapport fra et pilotprosjekt: Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Statistics, Office for National

- 2015 Chapter 4: Violent Crime and Sexual Offences - Intimate Personal Violence and Serious Sexual Assault.
- Stenager, Kristina , and Gráinne Stevenson
2013 Voksne, som lever med vold i nære relationer. Sociale indsatser, der virker. Socialstyrelsen.
- Stolt, Eleonora
2010 Mäns utsatthet för våld i nära relationer–mötet med hälso-och sjukvården. NCK rapport 4.
- Sugg, N. K., and T. Inui
1992 Primary care physicians' response to domestic violence: Opening Pandora's box. *Journal of the American Medical Association* 267(23):3157-3160.
- Sugg, Nancy K
1991 Opening Pandora's box: primary care physicians' response to domestic violence. Sundhedsstyrelsen
2012 Vold i nære relationer. Råd og henvisningsmuligheder for sundhedspersonale. Sundhedsstyrelsen, ed: Sundhedsstyrelsen.
- Taft, Angela, Dorothy H Broom, and David Legge
2004 General practitioner management of intimate partner abuse and the whole family: qualitative study. *bmj* 328(7440):618.
- Thoresen, S, and OK Hjemdal
2014 Vold og voldtekt i Norge: En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv. Norway, NKVTS: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Tønnesen, E
2010 Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen. Frågor om våldsutsatthet ur primärvårdsperspektiv. NCK-rapport 2010 4.
- Warshaw, Carole
1993 Domestic violence: challenges to medical practice. *Journal of Women's Health* 2(1):73-80.
- Warshaw, Carole
1997 Intimate partner abuse: developing a framework for change in medical education. *Academic Medicine* 72(1):S26-37.
- Warshaw, Carole, JF Monagle, and DC Thomasma
1998 Domestic violence: changing theory, changing practice. *Health care ethics: critical issues for the 21st century*.
- Westmarland, Nicole, Marianne Hester, and Pam Reid
2004 Routine enquiry about domestic violence in general practices: A pilot project. Bristol: School of Policy Studies, University of Bristol.
- WHO, and EG Krug
2002 World report on violence and health. 2002.
- Wilken, Lisanne
2011 Bourdieu for begyndere: Samfundslitteratur.