

Vold gør sårbar

Skadestuers møde med voldsudsatte kvinder

**Mette Volsing
Lene Johannesson**

**Landsorganisation for
Kvindekrisecentre**

LØKK
LANDSORGANISATION AF KVINDERKRISECENTRE

**Susan Andersen
Karin Helweg-Larsen
Karin Sten Madsen**

Statens Institut for Folkesundhed

Statens Institut for
Folkesundhed
Syddansk Universitet

Vold gør sårbar

Skadestuernes møde med voldsudsatte kvinder

**Mette Volsing
Lene Johannesson**

Landsorganisation for
kvindekrisecentre

LØKK

**Susan Andersen
Karin Helweg-Larsen
Karin Sten Madsen**

Statens Institut for Folkesundhed



Vold gør sårbar

Skadestuernes møde med voldsudsatte kvinder

Susan Andersen, Karin Helweg-Larsen, Karin Sten Madsen. Mette Volsing, Lene Johansson

Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Copyright © Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København, maj 2011.

Gengivelse af uddrag, herunder tabeller, figurer og citater er tilladt med tydelig henvisning.

Print: Reproafdelingen, Københavns Universitet

Trykt udgave:

ISBN 87-7899-184-6

Elektronisk 87-7899-185-4

Rapporten kan rekvireres ved henvendelse til

Statens Institut for Folkesundhed

Øster Farimagsgade 5 A, 2

1399 København K

Tlf.: +45 3920 7777

sif@si-folkesundhed.dk

Forord

Vi opsøger skadestuen, når vi pådrager os skader, der er så alvorlige, at de skal undersøges og behandles. Eller når vi bliver påført sådanne skader, som det hvert år er tilfældet for et ukendt antal kvinder og mænd, udsat for partnervold. Vold gør sårbar langt udover den fysiske smerte. Derfor er det vigtigt, at der på skadestuerne findes et optimalt beredskab til at behandle både akutte skader og give den nødvendige omsorg, støtte og vejledning, således at langtids-skader kan afværges eller reduceres.

Denne undersøgelse af skadestuers møde med voldsramte kvinder er blevet til i et frugtbart samarbejde mellem Statens Institut for Folkesundhed og Landsorganisationen for Kvindekrisecentre. Undersøgelsen er finansieret af Sundhedsstyrelsen gennem Satspuljeprojektet "Styrket sundhedsindsats for socialt udsatte og sårbare grupper".

Ni skadestuer har deltaget i undersøgelsen, to skadestuer for hver region i Danmark, dog kun en skadestue i region Nordjylland. Vi vil gerne takke afdelingssygeplejersker og personale på Bispebjerg Hospital, Helsingør Hospital, Næstved Sygehus, Nykøbing Falster Sygehus, Odense Universitetshospital, Århus Sygehus, Herning Sygehus, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg og Ålborg Sygehus for i en travl hverdag at have taget sig tid til at besvare vores spørgsmål.

Dataindsamlingen er foretaget af projektkoordinator Mette Volsing, Landsorganisationen for Kvindekrisecentre og projektmedarbejder Karin Sten Madsen, Statens Institut for Folkesundhed. Databearbejdning og sammenskrivning af resultaterne er foretaget på Statens Institut for Folkesundhed af videnskabelig assistent Susan Andersen. Speciallæge Karin Helweg-Larsen er som projektleder ansvarlig for redigering af rapporten.

Lene Johannesson
Sekretariatschef
Landsorganisation for Kvindekrisecentre

Karin Helweg-Larsen
Seniorforsker
Statens Institut for Folkesundhed

Indhold

1 Sammenfatning og anbefalinger	7
1.1 Anbefalinger	9
2 Hvorfor er dette emne interessant?	10
2.1 Baggrund	10
2.1.1 Definition af vold	10
2.1.2 Voldens omfang	10
2.1.3 Sundhedsvæsenets indsats	11
2.1.4 Regeringens indsats mod vold mod kvinder	11
3 Tidligere studier	13
4 Formål med undersøgelsen	15
4.1 Materiale og metode	15
4.2 Interviewundersøgelsen	15
4.2.1 Spørgeskemaundersøgelsen	16
5 Skadestuer i Danmark	19
5.1 Skadestuer der deltog	19
5.1.1 Deltagelse i spørgeskemaundersøgelse	19
5.2 Omfang af skadestuekontakter pga. vold mod kvinder	20
5.3 Karakteristik af kvinderne	22
5.3.1 Voldsudsatte kvinder af anden etnisk baggrund end dansk	23
5.4 Rutiner for registrering af kontaktårsager	23
5.5 Registreringsmønstre ved mistanke om vold	24
5.6 Anmeldelse og sporsikring	25
5.6.1 Bevågenhed om partnervold	25
5.7 Samtale med den voldsudsatte kvinde uden pårørende	26
5.8 Adgang til tolkebistand	27
5.9 Skriftlige instrukser for modtagelse af voldsudsatte kvinder	27
5.9.1 Vejledning i at spørge til skadens årsager	28
5.9.2 Samtale med den voldsudsatte om årsag til skaden	29
5.10 Metoder til oplæring af skadestuepersonale	30
5.11 Information og informationsmateriale til kvinden	33
5.11.1 Mundtlig information	33
5.11.2 Skriftligt informationsmateriale	34
5.11.3 Alternative henvisningsmuligheder	34
5.12 Skadestuernes eksterne kontakter	35
5.12.1 Kvindekrisecentre	35
5.12.2 Politi	36
5.12.3 Praktiserende læger	37
5.12.4 Socialforvaltning	37
5.12.5 Internetsider	38
6 En forbedret modtagelse af voldsudsatte kvinder	39
6.1 Skadestuepersonalets forslag	40

7 Dialogmøde	43
8 Anbefalinger	45
9 Litteratur	47
10 Bilag.....	48
Bilag 1 Spørgeskema	48
Bilag 2 Interviewguide.....	53
Bilag 3 Anbefalinger udsendt inden dialogmøde	54
Bilag 4 Mødedeltagelse ved dialogmøde den 16. september 2010.....	56
Bilag 5 Dagsorden til dialogmøde den 16. september 2010	58

1 Sammenfatning og anbefalinger

Denne undersøgelse kortlægger den aktuelle praksis på danske skadestuer for modtagelse, undersøgelse og behandling af kvinder udsat for fysisk vold i hjemmet og fremsætter en række anbefalinger til, hvordan skadestuernes modtagelse af voldsramte kvinder kan styrkes.

Undersøgelsen blev udført på 9 danske skadestuer og bestod af kvalitative interview med skadestuens afdelingssygeplejerske eller anden ansvarlig sygeplejerske og en spørgeskemaundersøgelse blandt det øvrige personale på skadestuerne (i alt 108 personer).

Kortlægningen omfattede følgende områder:

- Personalets vurdering af omfanget af henvendelser til skadestue på grund af vold i hjemmet
- Registrering af skader opstået på grund af vold i hjemmet
- Fysiske rammer
- Procedurer for modtagelse af voldsramte kvinder
- Personalets kompetence
- Kendskab til og samarbejde med andre instanser

Personalet blev derudover bedt om at komme med forslag til forbedringer.

Omfang af henvendelser

Det er i sagens natur vanskeligt at vide, nøjagtig hvor mange kvinder, der henvender sig til skadestuen på grund af vold i hjemmet, da ikke alle kvinder oplyser årsagen til skaden. Der var på de enkelte skadestuer meget stor forskel i oplevelsen af, hvor mange kvinder, der henvender sig efter vold i hjemmet. Generelt var man af den opfattelse, at et ukendt antal kvinder ikke opgiver den korrekte årsag til deres henvendelse.

Registrering af skader

Når en patient henvender sig til skadestuen registreres årsagen til skadestuekontakten umiddelbart af skadestuesekretæren på skadesedlen og indgår i registreringen til Landspatientregisteret. Får man senere under behandling af skaden viden om, at skaden er opstået af anden grund end først oplyst, eks. ved vold, kan oplysningen på skadesedlen ændres, således at skaden registreres som et voldstilfælde. Der er imidlertid stor spredning blandt skadestuerne i besvarelsenerne af, hvorvidt dette fandt sted, og det er sjældent at registreringen til Landspatientregisteret ændres.

Fysiske rammer

Der er på en række skadestuer sikret fysiske rammer, der tilgodeser patienternes behov for diskretion ved den første anamneseoptagelse, dvs. at de kan give forklaring om årsagen til skadestuekontakten uden at blive overhørt af andre patienter. Der er derved god mulighed for, at skadestuepersonalet kan få oplysninger om, hvorvidt skader er opstået ved partnervold. På andre skadestuer er dette ikke tilgodeset.

Procedurer

Det er et fåtal af skadestuer, der har en instruks eller nedskrevne retningslinjer, der specielt er rettet mod modtagelse og opfølgning af kvinder, der henvender sig med skader opstået ved vold i hjemmet. På skadestuer, som også fungerer som centre for voldtægtsofre, 'låner' man fra de instrukser, der er udfærdiget til modtagelse af voldtægtsofre.

På flertallet af skadestuer tilkaldes tolk til ikke-dansktalende kvinder, men på seks ud af de ni skadestuer mener knap halvdelen af personalet dog ikke, at det er rutine at tilkalde tolk.

Kompetencer

På en række skadestuer er der udpeget en kontaktperson, oftest en sygeplejerske, der varetager rutiner for modtagelsen af kvinder udsat for vold. På andre skadestuer er der ikke på dette område sikret en særlig kompetence blandt skadestuepersonalet. Generelt mener man ikke, at der blandt personalet er en særlig bevågenhed om partnervold. En egentlig oplæring af sygeplejersker, eks. gennem kurser, i modtagelse og behandling af voldramte kvinder er ikke et tilbud på skadestuerne. Oplæring sker ved sidemandslære eller 'learning by doing'.

Kendskab og samarbejde med andre instanser

Der er generel stor tilfredshed med samarbejdet med politiet. På flertallet af skadestuer informeres en voldsramt kvinde altid mundtligt om mulighederne for kontakt til de sociale myndigheder, krisecentre og psykolog. Der er dog betydelig variation i oplevelsen af samarbejdet med sociale myndigheder, idet der er skadestuer, hvor ingen sygeplejersker har oplevet et samarbejde med socialforvaltningen, til skadestuer hvor halvdelen af sygeplejerskerne har oplevet et sådant samarbejde.

Skadestuepersonalets kendskab til lokale kvindekrisecentre ligger forholdsvist højt blandt sygeplejersker og sekretærer, men lavt blandt læger. På et par skadestuer har dog op til en tredjedel af sygeplejerskerne ikke kendskab til de lokale kvindekrisecentre. På en række skadestuer er der etableret samarbejde med lokale kvindekrisecentre, men der er stor variation i omfanget af dette samarbejde.

Der er bl.a. af Landsorganisation for Kvindekrisecentre (LOKK) blevet udarbejdet omfattende informationsmateriale til forskellige professionelle grupper og informationsfoldere til kvinder udsat for vold. Dette skriftlige materiale er tilgængeligt på mange skadestuer og udleveres til patienter, der har været udsat for vold, mens der er ringe viden om tilgængeligt webbaseret informations- og rådgivningsmateriale til voldsudsatte kvinder.

Følgende diagram opsummerer de eksisterende ligheder og forskelle skadestuerne i mellem og skitserer deres forslag til optimering af modtagelsen af voldsudsatte kvinder.

Generel praksis	Forskelle mellem skadestuer	Forslag til optimering
<ul style="list-style-type: none"> • Samtale i enerum uden pårørende • Information om mulighed for anmeldelse og kontakt til sociale myndigheder mm. • Hvis der findes pjecer til den voldsramte kvinde, udleveres de direkte til kvinden • Sidemandslære eller 'learning by doing' • Samarbejde med politi 	<ul style="list-style-type: none"> • Mulighed for at informere om årsag til skaden i diskretion • Kontaktårsagskode kan ændres efter undersøgelse • Tolkebistand • Vejledning i at spørge til skadens årsag • Pjecer til kvinden • Kendskab til og samarbejde med kvindekrisecentre • Samarbejde med socialforvaltning • Person med særlig kompetence i personalegruppen 	<ul style="list-style-type: none"> • Højere bevågenhed om partnervold • Skriftlige instrukser • Kurser eller efteruddannelse • Øget samarbejde med lokale krisecentre • Akut henvisning til socialrådgiver og øget samarbejde med socialforvaltning • Samarbejde med praktiserende læge • Kendskab til diverse hjemmesider

1.1 anbefalinger

På baggrund af undersøgelsen resultater og et afholdt dialogmøde mellem de deltagende afdelingssygeplejersker og repræsentanter fra lokale kvindekrisecentre, anbefales det, at indsatsen over for voldsramte kvinder, der kontakter en skadestue, forbedres på følgende områder:

- Kortfattet instruks til nyansat personale
- Efteruddannelse af personale eller udvalgt personale med henblik på at sikre høj kompetence ved modtagelsen af voldsofre (kvinder udsat for partnervold)
- Mulighed for samtale med voldsofre under fortrolige omstændigheder lige fra første kontakt til skadestuen
- Sikring af mulighed for akut henvisning til rådgivning enten ved socialrådgiver på hospitalet eller i socialforvaltningen (døgnavagt)
- Regelmæssig kontakt med lokale kvindekrisecentre, fx i form af fremmøde af personale fra centrene på skadestuen
- Overveje muligheden for, at der oprettes en åben rådgivningsfunktion på sygehuset, fx en til to gange månedligt, hvori der inddrages medarbejder fra lokale krisecentre
- Sikring af at der på skadestuen er tilgængelig information fra LOKK og om lokalt kvindekrisecentre
- Etablering af kontakt mellem skadestue og regionalt voldtægtscenter (etableret på 8 hospitaler i tilknytning til gynækologisk afdeling eller akut modtagelse).
- Sikring af mulighed for henvisning til psykolog ved behov

2 Hvorfor er dette emne interessant?

Hvert år henvender omkring 6000 kvinder sig til skadestuen efter at have været udsat for vold, som i ca. hver tredje tilfælde er vold udøvet i en nær relation, dvs. af kvindens nuværende eller tidligere partner. Når kvinden henvender sig til skadestuen, er det for at få hjælp til behandling af den skade, hun er blevet påført, og skadestuen har mulighed for at blive en vigtig ressource for kvinden også udover den medicinske behandling. Det er derfor vigtigt, at man på skadestuen har bevågenhed, kompetence og et beredskab, der kan møde voldramte kvinder på den mest hensigtsmæssige måde.

I 2007 udgav WHO en vejledning om forebyggelse af skader og vold (Preventing injuries and violence. A guide for Ministries of Health)(WHO 2007), hvori det anbefales, at der gennemføres en kortlægning af det aktuelle beredskab i de nationale sundhedsvæsen, og at der udvikles undervisning og protokoller med henblik på at sikre en systematisk opfølgning og tværfaglig indsats overfor skadevirkningerne ved voldsudsættelse.

Denne undersøgelse er et bidrag til en sådan kortlægning af det aktuelle beredskab på ni skadestuer i Danmark.

2.1 Baggrund

Det er påvist, at vold mod kvinder i nære relationer, såkaldt partnervold, i særlig grad kan medføre fysiske og psykiske helbredsproblemer. WHO har således beskrevet vold mod kvinder som et alvorligt folkesundhedsproblem og har i "World Report on Violence and Health, 2002"(WHO 2002) påpeget, at sundhedsvæsenet igennem en tidlig opsporing af voldsofre, kvalificerede sundhedstilbud og lettilgængelig adgang til tværfaglig støtte kan forebygge senfølger til vold

2.1.1 Definition af vold

WHO har udarbejdet en definition af vold, der beskriver vold som: Det forsætlige brug af fysisk magt eller kraft, truet eller faktisk, mod én selv, en anden person eller mod en gruppe eller et samfund, som enten resulterer i eller har en høj sandsynlighed i at resultere i kvæstelser, død, psykologisk skade, udviklingshæmmelse eller afsavn.

2.1.2 Voldens omfang

Befolkningsundersøgelser, seneste Statens Institut for Folkesundheds Sundheds- og sygelighedsundersøgelsei 2005 viser, at skønsmæssigt 28.000 kvinder i Danmark årligt er udsat for en eller flere former for fysisk vold udøvet af en nuværende eller tidligere partner (Helweg-Larsen & Frederiksen 2007).

Langt fra alle af kvinder udsat for vold henvender sig til de offentlige myndigheder, men der politianmeldes årligt ca. 4.500 tilfælde af vold, inklusive trusler om vold mod kvinder, hvoraf knap hver femte voldsanmeldelse angår partnervold. Der kan ud fra politianmeldelser og data om skadestuehenvendelser pga. vold identificeres ca. 7.500 voldsudsatte kvinder pr. år. Knap 2.000 kvinder tager årligt ophold på et kvindekrisecenter som følge af partnervold, en del har anmeldt til politi og/eller haft kontakt til skadestue.

2.1.3 Sundhedsvæsenets indsats

Folketinget vedtog allerede i april 1998 et beslutningsforslag om et landsdækkende og lettilgængeligt tilbud inden for det offentlige sundhedsvæsen til ofre for vold og voldtægt, og på baggrund af dette udarbejdede Sundhedsstyrelsen i oktober 1998 en vejledning om den fremtidige organisation af sundhedsvæsenets indsats, der især skulle omfatte ofre for voldtægt. Der er efterfølgende i sygehusvæsenet etableret centre for voldtægtsofre først ved Århus Kommunehospital og Rigshospitalet og siden på regionalsygehuse spredt over landet. Her er der udviklet standarder for akut modtagelse, behandling og tværfaglig støtte til ofre for voldtægt og etableret samarbejde med relevante instanser, som kan indgå i en opfølgende behandling. Hensigten med etablering af centrene har været at gøre hjælpen rettidig og let tilgængelig og at målrette og tilpasse både den akutte modtagelse og den opfølgende behandling til ofre for voldtægt for dermed at kunne begrænse risikoen for langsigtede skadevirkninger af overgrebet.

Selvom det oprindeligt var hensigten, at sundhedsvæsenets tilbud om centreret og tværfaglig bistand skulle tilbydes også til ofre for vold, blev et sådant tilbud aldrig etableret, og der blev ikke udviklet standarder eller retningslinjer for sundhedsvæsenets modtagelse af ofre for fysisk vold.

2.1.4 Regeringens indsats mod vold mod kvinder

Siden 2002 har regeringen udfærdiget en national strategi til bekæmpelse af vold i nære relationer, som er blevet udmøntet i 3 handlingsplaner, som skal sikre en helhedsorienteret og tværfaglig indsats. Med handlingsplanerne har regeringen ønsket dels at iværksætte en række konkrete tiltag til forebyggelse af vold i nære relationer og støtte af ofre og voldsudøvere, dels at sende et signal om, at man ønsker en holdningsændring, der afprivatiserer vold i nære relationer.

I handlingsplanerne indgår en række tiltag, der retter sig mod fagfolk for at sikre, at fagfolk har de rette kompetencer til at støtte ofre for vold i nære relationer. I regeringens handlingsplan for 2002 – 2004(2002) hedder det at:

De sociale myndigheder eller sundhedsmyndighederne og den praktiserende læge spiller en vigtig rolle i behandlingen af voldsramte kvinder. Ofte undlader ofrene at oplyse om den egentlig årsag til deres skader, eller de henvender sig på grund af psyko-somatiske lidelser, uden at fortælle om situationen derhjemme. Regeringen vil forbedre de berørte faggruppers viden om, hvordan man bedst håndterer en sådan situation. Der skal udarbejdes en såkaldt "værktøjskasse" til de faggrupper, der møder disse ofre. Værktøjsskassen skal indeholde lovregler, henvisningsmuligheder, indsatsmuligheder, råd og vejledning.

En faglig værktøjskasse for **Læger og Sygeplejersker** udkom i 2004 som led i Ligestillingsministeriets oplysningskampagne: Stop volden mod kvinder – Bryd tavsheden .

I regeringens 'Handlingsplan til bekæmpelse af mænds vold mod kvinder og børn i familien 2005–2008(2005), er der ikke lagt op til initiativer, der direkte retter sig mod det sundhedsfaglige område, men til en videreførelse af kampagnen Stop volden mod kvinder – Bryd tavsheden samt uddannelsesdage for fagfolk med det formål, at

... (efter)uddanne fagfolk i mænds vold mod kvinder i familien – med et helhedsorienteret sigte, som inddrager de voldsramte kvinder, børnene og manden samt forhold, der særligt vedrører etniske minoriteter. Der vil blive lagt særlig vægt på børn.

Handlingsplanen lægger desuden op til en undersøgelse af undervisningen på relevante grund- og videreuddannelser om vold i nære relationer. Men blandt andet for lægestudiets vedkommende er undervisning om problemstillingen, vold i nære relationer, endnu ikke en obligatorisk del af undervisningen. Emnet kan dog indgå i anden undervisning, hvis de studerende viser interesse for det. Dette sker imidlertid yderst sjældent.

Sygeplejeuddannelsen foregår på 18 forskellige uddannelsessteder. Her indgår emnet: Vold mod kvinder i familien på to tredjedel af uddannelserne, dog i varierende omfang og i høj grad afhængigt af de studerendes interesse for området .

Regeringen handlingsplan 2010 - 2012 'National strategi til bekæmpelse af vold i nære relationer' påpeger vigtigheden af, at man som voldsramt bliver mødt med både forståelse og professionel støtte. Konkret vil man (pkt. 13) gøre en indsats overfor sundhedsfagligt personale på eks. landets skadestuer for at

'... forstærke den indsats, som sundhedspersonalet allerede i dag udfører med at henvise voldsofre til relevant hjælp, skal personalet selv løbende have viden om de nuværende og kommende støttemuligheder.

Handlingsplanen (pkt. 27) lægger endvidere op til, at der udvikles lettilgængelig information til fagfolk via en webbaseret guide med information, handlingsanvisninger og gode råd til fagfolk, der håndterer sager om partnervold.

3 Tidligere studier

Adskillige amerikanske studier har undersøgt og diskuteret, hvilke screeningsredskaber, der er velegnede til at identificere kvinder udsat for vold, især kvinder der henvender sig til sundhedsvæsenet. Der er bred enighed om, at rutinescreening er den mest effektive måde at opdække partnervold ved kvinders henvendelse til skadestuer (Plichta 2007a; Plichta 2007b). Fordelen ved at screene regelmæssigt eller rutinemæssigt for partnervold er, at ofre ofte ikke af sig selv fortæller om volden, men til gengæld gerne fortæller, hvis de spørges direkte (Daugherty & Houry 2008a; Olive 2007b). Der er ikke evidens for at anbefale ét bestemt screeningsredskab (Rabin *et al.* 2009), dog anbefales det, at screeningsinstrumentet er kort og direkte, og at spørgsmålet indsættes i patientjournalen (Daugherty & Houry 2008b).

Der er barrierer for screening, bl.a. at skadestuepersonalet ikke ønsker at screene for partnervold, fordi de tvivler på deres egne evner og mangler viden om hjælpemuligheder (Daugherty & Houry 2008c; Olive 2007d). Desuden peges der på, at institutionelle faktorer kan stille sig hindrende i vejen, især at personalet mangler tid og rum til at spørge patienterne, og følelsesmæssige faktorer som mangel på ejerskab og følelse af at spørgsmålet er upassende (Olive 2007c). Der mangler dokumentation for, at en patient gentagne gange bliver udsat for partnervold, idet partnervold sjældent bliver noteret i patientens journal (Daugherty & Houry 2008d).

Muligheder for intervention

Når kvinder udsat for partnervold bliver spurgt om, hvilken form for intervention de ønsker, fremhæves information og individuel rådgivning (Chang *et al.* 2005b). Kvinderne ønsker rådgivning om sikkerhed og interventioner, der respekterer kvindens selvstændighed og ikke fastlåser hende i en rolle som offer for partnervold (Chang *et al.* 2005a). En lille andel angiver, at de ønsker par-rådgivning, men de ønsker ikke at komme på et kvindekrisecenter. Dette kan hænge sammen med uvidenhed blandt kvinderne om, hvad et kvindekrisecenter er og kan tilbyde. Der var blandet holdning til at få et efterfølgende telefonisk opkald, hvilket skyldes kvindernes bekymring for at sætte deres sikkerhed på spil.

Voldsudsatte kvinders oplevelse af mødet med sundhedspersonale

Ofre for partnervold får i mindre grad end andre tilfredsstillet deres forventninger til mødet med sundhedspersonalet (Plichta 2007c). De ønsker, at sundhedspersonalet 1) skaber en atmosfære af sikkerhed, støtte og tillid, 2) hjælper til med at sikre adgang til ressourcer, 3) er respektfuld, 4) tager sig tid til at lytte, 5) forklarer hvordan vold kan påvirke helbredet og 6) ikke presser dem (Plichta 2007d).

Det anbefales ud fra en gennemgang af studier af omsorgen for skadestuepatienter, der har oplevet vold i hjemmet, at skadestuer og akut modtageafdelinger bør have et beredskab ofre for vold i hjemmet, som fokuserer på 1) fysisk, psykologisk og følelsesmæssig støtte, 2) patienten og dennes families sikkerhed og 3) fremme self-efficacy, og ikke mindst, at der er undervisning herom for sundhedspersonale (Olive 2007a).

4 Formål med undersøgelsen

Formålet med nærværende undersøgelse er at kortlægge den aktuelle praksis på danske skadestuer for modtagelse, undersøgelse og behandling af kvinder udsat for fysisk vold i hjemmet og med baggrund heri at fremsætte en række anbefalinger til, hvordan skadestuernes modtagelse af voldsramte kvinder kan styrkes.

Som et overordnet delmål indgår at medvirke til at udvikle et lokalt samarbejde med kvindekrisecentre til at udvikle bred kompetence og adækvate tilbud til voldsofre, der kontakter skadestuer.

4.1 Materiale og metode

Undersøgelsen kombinerer en spørgeskemaundersøgelse blandt personalegrupper på landets skadestuer (herefter 'personalegrupper' eller 'sygeplejersker') med interview med afdelingssygeplejersker eller sygeplejersker med særlig erfaring i modtagelse af kvinder udsat for vold (herefter 'sygeplejersker fra interview/de interviewede sygeplejersker').

Spørgeskemaundersøgelsen præsenterer et overblik over landets skadestueberedskab, herunder viden om, i hvilket omfang skadestuerne kontaktes af kvinder, der har været udsat for vold, hvordan de håndterer modtagelsen af voldsudsatte kvinder, og om der er grundlag for forbedringer. Formålet med interviewundersøgelsen var at få en dybere og mere nuanceret beskrivelse af praksis og en detaljeret indsigt i personalets ønsker. Desuden at relatere sygeplejerskernes udsagn til resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen, herunder kortlægge diskrepans mellem udsagn fra afdelingsledelse/erfarne sygeplejersker og personale.

Der blev udvalgt ni skadestuer fordelt over hele landet, således at der deltog en eller to skadestuer fra hver region. Afdelingssygeplejersken på hver skadestue blev skriftligt og telefonisk kontaktet og informeret om undersøgelsen. Afdelingssygeplejersken blev anmodet om at medvirke i et interview og opfordre skadestuepersonalet i at deltage i en spørgeskemaundersøgelse. Samtlige adspurgte deltog i interview og lod personalet deltage i spørgeskemaundersøgelse. Såfremt der på skadestuen var en sygeplejerske med erfaring med voldsudsatte kvinder eller særligt udpeget til området, blev denne person opfordret til at deltage i interviewet.

4.2 Interviewundersøgelsen

Interviewene blev gennemført på de respektive skadestuer af Statens Institut for Folkesundhed og Landsorganisation af Kvindekrisecentre i efteråret 2009 og havde følgende temaer (bilag 2):

- Omfanget af henvendelser fra kvinder, der har været udsat for vold
- Procedure og praksis når en kvinde fortæller hun har været udsat for vold, eller personalet får mistanke om, at en kvinde har været udsat for vold
- Kendskab til foranstaltninger herunder krisecentre
- Fremtidsønsker

Interview blev optaget på båndoptager. Efterfølgende foretog vi meningskondensering til at sammenfatte essensen i informanternes udsagn. Ved meningskondensering trækkes informanternes udtrykte meninger sammen til kortere formuleringer. Hovedbetydningen af det, der er sagt, omformuleres i få ord, ved at lange udsagn sammenfattes til kortere udsagn. Spredte sammenhørende udsagn blev således sammenskrevet til kortere formuleringer. Herefter formuleres de temaer, der vil danne de overordnede overskrifter i analysen.

4.2.1 Spørgeskemaundersøgelsen

I forbindelse med hver enkelt interview blev der udleveret 20 spørgeskemaer, som efterfølgende blev videregivet til sekretærer, sygeplejersker og læger på de enkelte skadestuer (Bilag 1). Med spørgeskemaet fulgte en skriftlig information om undersøgelsen og om, at deltagelse var anonym. Spørgeskemaet rummede spørgsmål om følgende temaer:

- *Omfanget af henvendelser på skadestuen på grund af vold i hjemmet.* Svarpersonen skulle give sit skøn over antallet kvinder per måned, som kontakter skadestuen for at blive behandlet for skader opstået efter vold i hjemmet, og som fortæller, at skaden er opstået efter vold. Svarmuligheder var 0-4, 5-9, 10-19, >20 eller 'ved ikke'. Desuden et skøn over antallet af voldsudsatte, som **ikke** fortæller, hvordan skaden er sket, igen med svarmuligheder 0-4, 5-9, 10-19, >20 eller 'ved ikke'. Derudover var der spørgsmål om det antal voldsudsatte kvinder, som svarpersonen selv havde modtaget og behandlet inden for det sidste år.
- *Skadestuens rutiner for registrering.* Først blev der spurgt til, hvem der er den første person, som kvinden kan henvende sig til. Dernæst var der spørgsmål om, hvorvidt der er mulighed for at kvinden 'diskret' kan informere skadestuens personale om voldsudsættelsen og spørgsmål om, hvornår kontaktårsagen registreres, og om denne registrering kan ændres på et senere tidspunkt.
- *Skadestuens procedurer.* Som indledning til spørgsmål om skadestuens procedurer, blev der spurgt om, hvorvidt svarpersonen oplever, at der er bevågenhed eller opmærksomhed om partnervold, med svarmuligheder 'i høj grad', 'i nogen grad', 'i ringe grad', og 'slet ikke'. Der blev spurgt om hvorvidt, der findes en skriftlig instruks for rutiner ved modtagelse af kvinder, der skønnes at have været udsat for vold i hjemmet. Herefter var spørgeskemaet udformet således, at hvis deltageren svarede ja til, at der findes instruks, skulle deltageren svare på, hvad instruksen indeholdt. Ved gennemgang af de besvarede spørgeskemaer, viste det sig, at en stor del af deltagerne havde misforstået denne del af spørgeskemaet og på den baggrund, valgte vi ikke at bruge besvarelse vedrørende indhold i instrukser.
- *Skadestuens praksis.* Et central emne i undersøgelsen var skadestuens praksis, og svarpersonen blev spurgt, om skadestuepersonalet taler med kvinden i enerum, tolkebistand til ikke-dansk talende kvinder, vejledning i at spørge til skadens årsager, vejledning i **ikke** at spørge til skadens årsager, og om kvinden informeres om muligheder for anmeldelse og kontakt til de sociale myndigheder, krisecentre og/eller psykolog.
- *Skadestuepersonalets kompetence.* For at belyse hvordan skadestuepersonalet opnår kompetence til at modtage og behandle voldsudsatte kvinder, blev der spurgt om, hvordan skadestuepersonalet lærer at tage imod kvinder udsat for vold med svarmuligheder: Sidemandslære, kurser, 'learning by doing' og 'andet', som blev efterfulgt af muligheden

for en fritekstbesvarelse. Desuden var der spørgsmål om svarpersonens personalegruppe tilbydes efteruddannelse/kurser om partnervold, og om der i personalegruppen findes personer med særlig kompetence inden for problemstillingen.

- *Samarbejdspartnere.* Dette tema blev belyst ved spørgsmål om, hvorvidt svarpersonen oplevede, at skadestuen i sager, der omhandler vold mod kvinder, har et samarbejde med en eller flere af følgende instanser; Politiet, kvindekrisecentre, praktiserende læger og socialforvaltningen.
- *Informationsmateriale* til kvinden. Her blev spurgt, om der fandtes informationsmateriale, og om dette blev udleveret direkte til kvinden.
- *Kendskab til foranstaltninger/krisecentre,* som omfatter hotline for voldsudsatte kvinder på www.lokk.dk, kvindekrisecentre i lokalområdet, www.voldmodkvinder.dk, rådgivnings-siden på www.lokk.dk, rådgivning for fagfolk på www.lokk.dk og andre rådgivningscentre. Der kunne svares ja eller nej til kendskab til hver af foranstaltningerne. Grundet teknisk fejl i opsætning af spørgeskema manglede der en afkrydsningsboks til 'kendskab til rådgivning for fagfolk på www.lokk.dk', og vi måtte lade dette spørgsmål udgå af undersøgelsens resultater.
- *Forslag til forbedring.* Til sidst i undersøgelsen var to fritekstspørgsmål, som giver deltageren mulighed for at stille forslag til, hvad der kunne forbedre skadestuens modtagelse af voldsudsatte kvinder, og hvad der kræves for, at disse forbedringer kan gennemføres.

Data fra spørgeskemaer blev indtastet i en samlet fil og analyser gennemført ved hjælp af SAS 9.1. Sygehusene blev anonymiserede med bogstaver eller tal. I analyserne blev skadestuerne rangordnet efter deres andel af deltagere, der havde besvaret ens på et spørgsmål, således at spredningen af besvarelser og niveauet inden for temaerne blev belyst. I nogle af figurerne bliver den samlede andel for sygehusene ikke 100 pct., hvilket skyldes manglende besvarelser.

5 Skadestuer i Danmark

5.1 Skadestuer der deltog

Borgere med akut opstået skade eller sygdom inden for det sidste døgn kan henvende sig til landets skadestuer og skadestuer. De fleste skadestuer kræver ikke henvisning fra egen læge eller lægevagt. I Region Midtjylland skal borgeren dog tage telefonisk kontakt inden henvendelse eller få henvisning fra egen læge eller lægevagt, og i Region Nordjylland kan borgeren tage direkte til skadestuen på Aalborg Sygehus, mens de øvrige skadestuer i regionen er lægevisiteret og således kræver henvisning fra lægevagten eller egen læge.

Der findes 51 offentlige skadestuer og -klinikker i Danmark, hvoraf 35 er døgnåbne. På skadestuerne er der ansat mere erfarne sygeplejersker, som arbejder alene. Skadestuen er bemannet med læger fra forskellige specialer, sygeplejersker, lægesekretærer, portører og evt. social- og sundhedsassistenter. På mange skadestuer er der ansat behandlersygeplejersker, som er særligt uddannede til selvstændigt at undersøge og behandle udvalgte lidelser.

I undersøgelsen deltog personale fra ni skadestuer med to skadestuer fra hver region på nær en region, som har en skadestue med¹. Alle skadestuer er døgnåbne, og en skadestue er lægevisiteret (tabel 1).

Tabel 1. Undersøgelsens ni skadestuer med oplysninger om årlige antal skadestuekontakter, region, døgnåben og lægevisitation

	Antal skadestuekontakter per år	Region	Døgnåben	Visitation
Sygehus A	21.536	Hovedstaden	Ja	Nej
Sygehus B	41.679	Hovedstaden	Ja	Nej
Sygehus C	23.453	Sjælland	Ja	Nej
Sygehus D	16.301	Sjælland	Ja	Nej
Sygehus E	46.819	Syddanmark	Ja	Nej
Sygehus F	31.925	Syddanmark	Ja	Nej
Sygehus G	53.954	Midtjylland	Ja	Nej
Sygehus H	13.000	Midtjylland	Ja	Ja
Sygehus I	46.812	Nordjylland	Ja	Nej

^a Baseret på tal fra Landspatientregistret 2009 eller tal på sygehusenes hjemmeside

Det årlige antal kontakter på disse ni skadestuer varierer mellem 13.000 til omkring 54.000 kontakter. Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen vedrørende omfanget af voldsudsatte kvinders skadestuekontakter (se kapitel 5) viser, at der kun er tre af skadestuerne, som har 0-4 kontakter fra voldsudsatte kvinder om måneden, hvilket svarer til højst 50 kontakter om året.

5.1.1 Deltagelse i spørgeskemaundersøgelse

Spørgeskemaet er besvaret af 108 ansatte fra 9 skadestuer, svarende til mellem 6 og 21 personer fra hver skadestue. Størstedelen (80 pct.) var sygeplejersker, 11 pct. var sekretærer, 6 pct.

¹ Bispebjerg Hospital, Helsingør Hospital, Næstved Sygehus, Nykøbing Falster Sygehus, Odense Universitetshospital, Århus Sygehus, Herning Sygehus, Sydvestjydsk Sygehus Esbjerg og Ålborg Sygehus

var læger, og 4 pct. var social- og sundhedsassistenter (tabel 2). Der var sygeplejersker blandt svarpersonerne fra samtlige sygehuse, mens der kun var læger og sekretærer fra fire sygehuse og social- og sundhedsassistenter fra to sygehuse. 41 pct. af sygeplejerskerne havde været ansat på skadestuen i mindre end fem år og 34 pct. havde været på skadestuen i mindst 10 år. Lægerne havde været på i skadestuen i under 5 år, og lægesekretærene havde enten været på skadestuen i under 5 år eller mindst 15 år. Knap en fjerdedel (23 pct.) af samtlige deltagere oplyste, at de tidligere har været ansat på en anden skadestue.

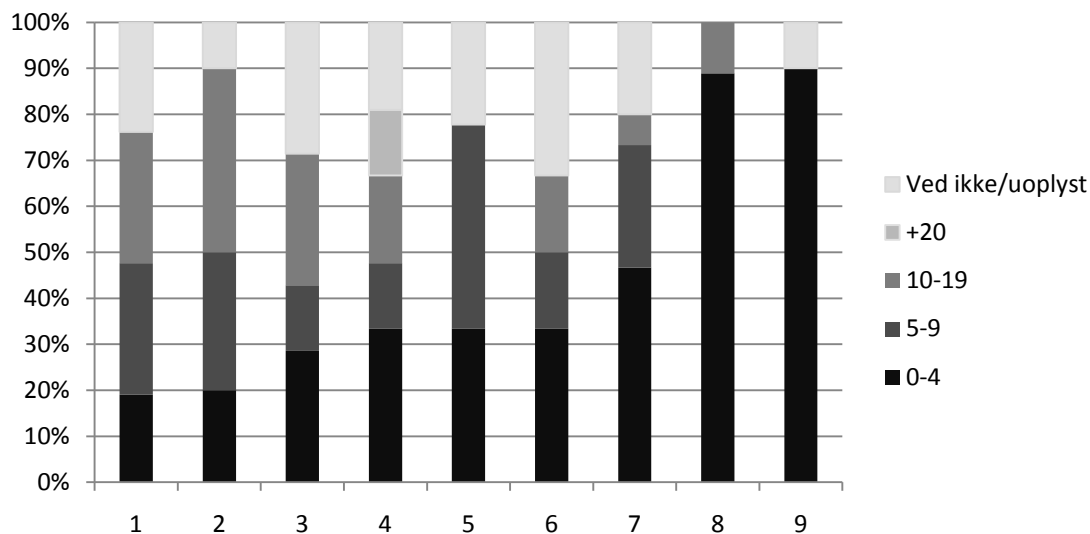
Tabel 2. Deltagernes stilling, varighed af ansættelse og tidligere ansættelse på anden skadestue.

	Alle personale- grupper	Sekretær	Sygeplejerske	Læge
Antal	108	12	86	6
Procent	100	11,1	79,6	5,6
Varighed af ansættelse på nuværende skadestue (procent)				
<5 år	44,7	54,6	41,4	100,0
5-9 år	20,4	0,0	24,4	0,0
10-14 år	19,4	0,0	23,2	0,0
+ 15 år	15,5	45,4	11,0	0,0
Har været ansat på anden skadestue (procent)	23,1	18,2	22,9	50,0

5.2 Omfang af skadestuekontakter pga. vold mod kvinder

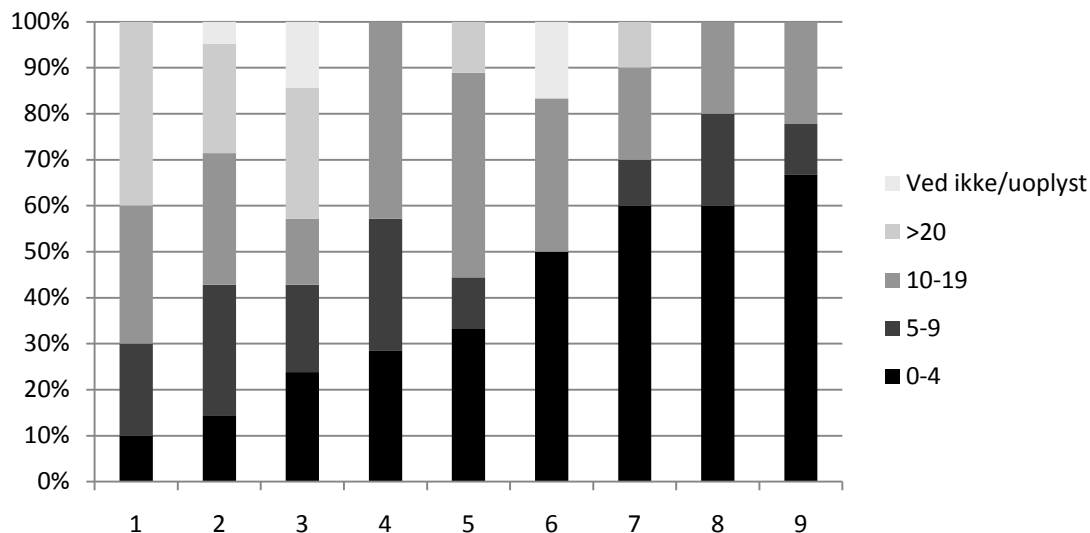
Skadestuepersonalet blev bedt om at komme med et skøn på antallet af kvinder, der hver måned kontakter skadestuen for at blive behandlet for skader opstået efter vold i hjemmet samt antallet af kvinder, som personalet selv har modtaget og behandlet inden for det sidste år. Der er stor usikkerhed og uenighed blandt personalet om det faktiske antal kvinder, der hver måned ankommer til hver enkel skadestue for at blive behandlet for følger af vold i hjemmet (figur 1). Denne forskellighed kan muligvis forklares ved manglende opmærksomhed på problemet, vold mod kvinder, hos den ansatte, men også manglende opmærksomhed i afdelingen.

Figur 1. Antal kontakter per måned, som fortæller, at årsag til skade er vold i hjemmet. Sygehuse rangordnet efter andel deltagere, der har svaret 0-4 kontakter.



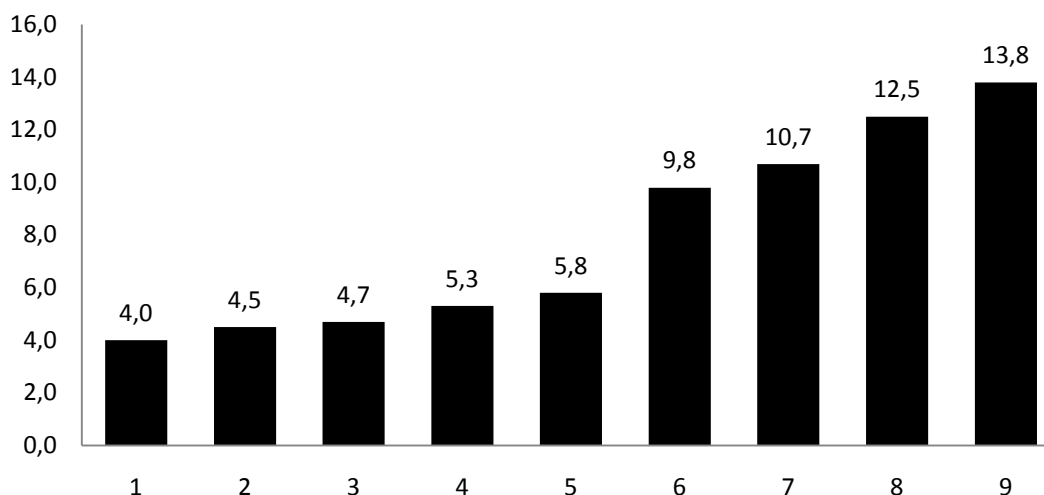
Figur 2 viser, at der også er stor variation i personalets angivelse af antal kontakter på skadestuen, hvor kvinden **ikke** fortæller, at vold i hjemmet er årsag til skaden, men hvor personalet antager, at det er tilfældet. Generelt angiver personalet, at der kommer flere kvinder på skadestuen, der ikke fortæller at årsag til skaden er vold i hjemmet end kvinder, der fortæller, at årsag til skaden er vold i hjemmet.

Figur 2. Antal kontakter per måned, som ikke fortæller, at årsag til skade er vold i hjemmet. Sygehuse rangordnet efter andel deltagere, der har svaret 0-4 kontakter.



Antallet af kvinder udsat for vold i hjemmet, som hver sygeplejerske selv har modtaget og behandlet indenfor det sidste år, varierer mellem gennemsnitligt 4 kvinder til 14 kvinder blandt de ni skadestuer (figur 3).

Figur 3. Gennemsnitligt antal kvinder udsat for vold, som sygeplejersker har modtaget og behandlet inden for seneste år. Sygehuse rangordnet efter gennemsnitlige antal kontakter.



5.3 Karakteristik af kvinderne

Ved interviews bekræftes det, at det kan være svært at sætte tal på hvor mange voldsudsatte kvinder, skadestuerne modtager. På samtlige 9 skadestuer giver svarpersonerne udtryk for, at det er vanskeligt at sige præcist, hvor mange kvinder de modtager, der har været udsat for vold i hjemmet. Flere steder var vurderingen, at der havde været tale om et fald i løbet af de senere år.

Det er langt fra alle kvinder, der kommer på en skadestue som følge af vold i hjemmet, der angiver vold som årsag til skaden. Det er almindeligvis klart, hvis kvinden er ledsaget af politi eller krisecenter, eller i de meget alvorlige tilfælde, hvor hun kommer ind med Falck. De voldsudsatte kvinder, der ellers angiver årsagen til skaden, har gerne en veninde eller en anden pårørende med.

På flere skadestuer er vurderingen, at der kommer nogenlunde lige så mange voldsudsatte kvinder, der ikke angiver vold som årsag til skaden, som kvinder, der opgiver vold som årsag. Mange siger, at de er gået ind i en dør, faldet ned af en trappe eller lignende:

Der er i hvert fald rigtig mange, der siger, at de er faldet, som forklaring på blå øjne, trykket brystkasse eller andre skader. Men det kan ske, at det under behandlingen af skaderne bliver klart, at der er tale om vold. (Sygehus F)

Flere skadestuer har erfaret, at kvinder, der har været udsat for vold i hjemmet, primært kommer på skadestuen sidst på aftenen eller først på natten, og i weekenden. Der er flest i alderen 30 – 40 år. Der er dog også kvinder i 20'erne. Her er der ofte alkohol inde i billedet. Der kommer også mænd, der har været udsat for vold i hjemmet, men dog i langt mindre målestok.

På en skadestue er vurderingen, at der også findes en gruppe kvinder på 50 – 80 år, der har været udsat for vold igennem mange år, og som ikke ønsker at anmelde det. På en anden skadestue vurderes kvinderne som socialt belastet, men man har samtidigt øje for, at det kan

være lettere at få øje på voldsudsatte kvinder, som er socialt belastet (defineret som kvinder med lav uddannelse, alkoholmisbrug, pillemisbrug og andre relaterede sociale problemer).

...generelt er det nok sådan, at det er sværere at få øje på volds ofre blandt dem, der ikke er socialt udsatte. (Sygehus C)

5.3.1 Voldsudsatte kvinder af anden etnisk baggrund end dansk

Svarpersonerne kommer med meget forskellige bud på, hvor stor en andel kvinder af anden etnisk baggrund end dansk udgør af det samlede antal kvinder udsat for vold. Voldsudsatte kvinder af anden etnisk baggrund bliver bl.a. karakteriseret ved, at de sjældent kommer alene:

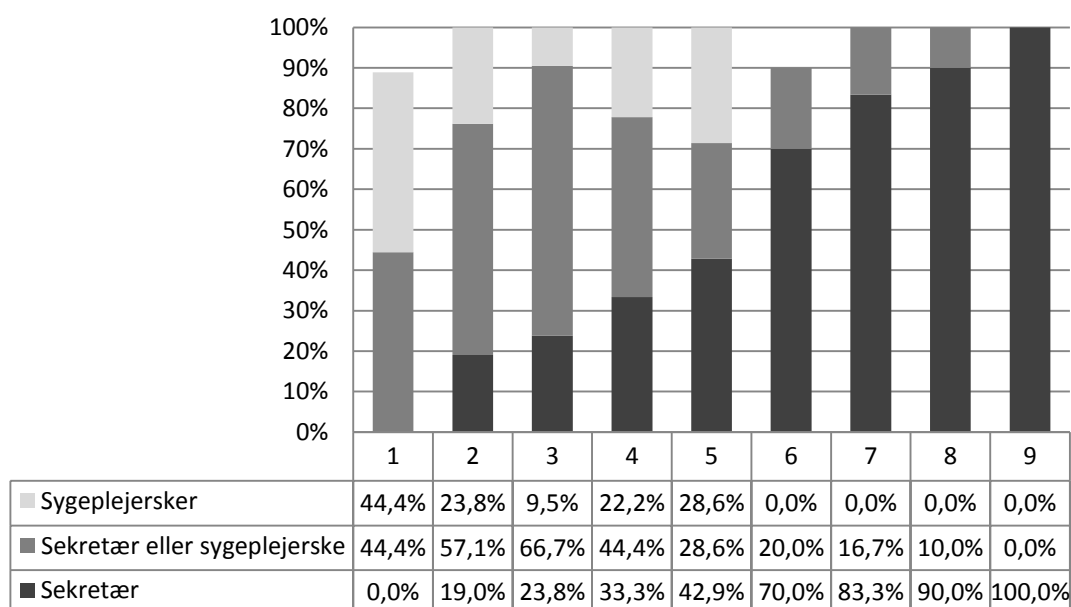
Når der er tale om kvinder af anden etnisk baggrund, kan det være sværere at danne sig overblik. Dels er de langt mere påklædt, så det kan være svært at fange fysiske tegn på vold. Dels har de ofte familie med, som kan gøre det vanskeligere at få direkte kontakt med patienten. (Sygehus H)

Nogle af svarpersonerne oplever, at disse kvinder ingenting fortæller om årsagen til skaden, mens andre oplever, at de hverken er mere eller mindre tilbøjelige til at holde det skjult.

5.4 Rutiner for registrering af kontaktårsager

Mellem 70-100 pct. af deltagerne fra fire sygehuse angiver, at sekretæren er den første person, som en voldsudsat kvinde henvender sig til (figur 4). Deltagere fra de resterende sygehuse angiver ikke entydigt, hvem kvinden henvender sig til på skadestuen.

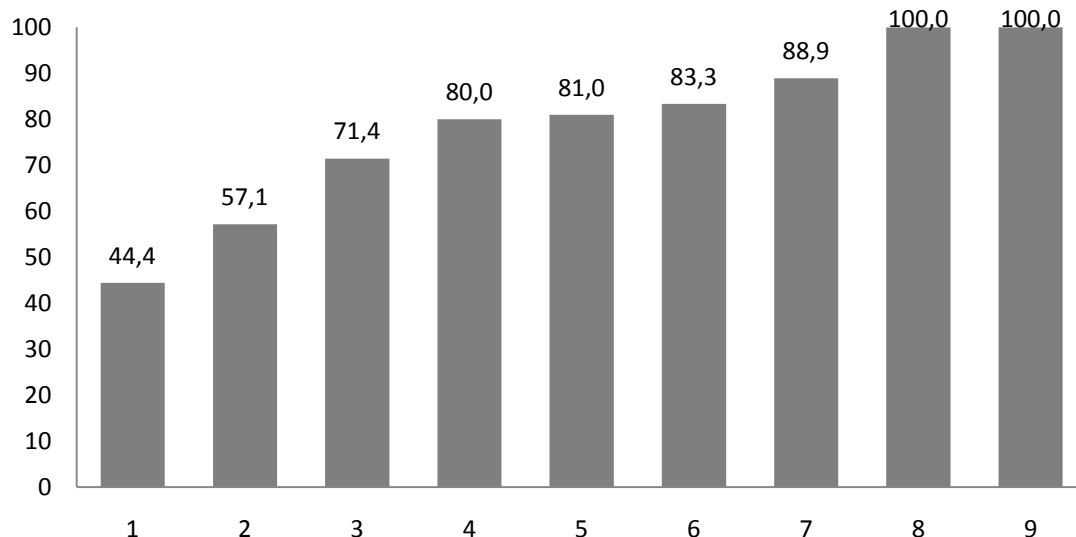
Figur 4. Den første person, en voldsudsat kvinde kan henvende sig til, på skadestue. Sygehuse rangordnet efter andel, der har svaret 'en lægesekretær'.*



* Note: Figuren medtager ikke kategorien 'uoplyst'.

Der er stor forskel på sygehusenes andel af deltagere, der angiver, at det er muligt for kvinden at informere skadestuepersonalet om voldsudsættelsen i diskretion, fra et sygehus med kun 44 pct. til sygehuse med 100 pct. (figur 5).

Figur 5. Er der mulighed for, at den voldsudsatte kvinde 'diskret' kan informere skadestuens personale om voldsudsættelsen? Sygehuse rangordnet efter andel deltagere, der angiver 'ja'.



Ved interviews kom det ligeledes frem, at der flere steder tages særlige hensyn ved modtagelsen af kvinder, der er udsat for vold. Kvinden kan for eksempel blive tilbudt at vente i et andet lokale end venteværelset, så hun kan være i fred. (Sygehus C)

Samtlige sekretærer og størstedelen (80 – 100 pct.) af sygeplejersker angiver, at kontaktårsagen registreres af skadestuens sekretær samtidigt med personoplysninger registreres i Det Grønne System (sygehusenes patientadministrative system) undtagen et sygehus, hvor samtlige sygeplejersker angiver, at kontaktårsager ikke registreres i det grønne system inden undersøgelse af læge eller sygeplejerske.

5.5 Registreringsmønstre ved mistanke om vold

Ved interviews kom det frem, at det ikke er almindeligt, at skadestueseddel (dvs. de primære oplysninger ved ankomsten til skadestuen) ændres, selv om det under behandlingen bliver klart, at kvinden har været udsat for vold og ikke som anført på skadesedlen for en ulykke. Ved henvendelse anføres den skade, som personen oplyser. Skadesedlen og dermed registreringen til Landspatientregisteret bliver ikke ændret senere trods nye oplysninger. Men det bliver anført i journalen, hvad patienten oplyser som årsag til skaden. Hvis personalet har mistanke om, at der er tale om vold i hjemmet, bliver det anført, at patienten "angivelig" har været udsat for vold i hjemmet. Personalet spørger altid ind til årsagen til skaden. Det sker som udgangspunkt af medicinske årsager, da det er vigtigt at få afklaret, om der kunne være andre skader end de umiddelbart synlige.

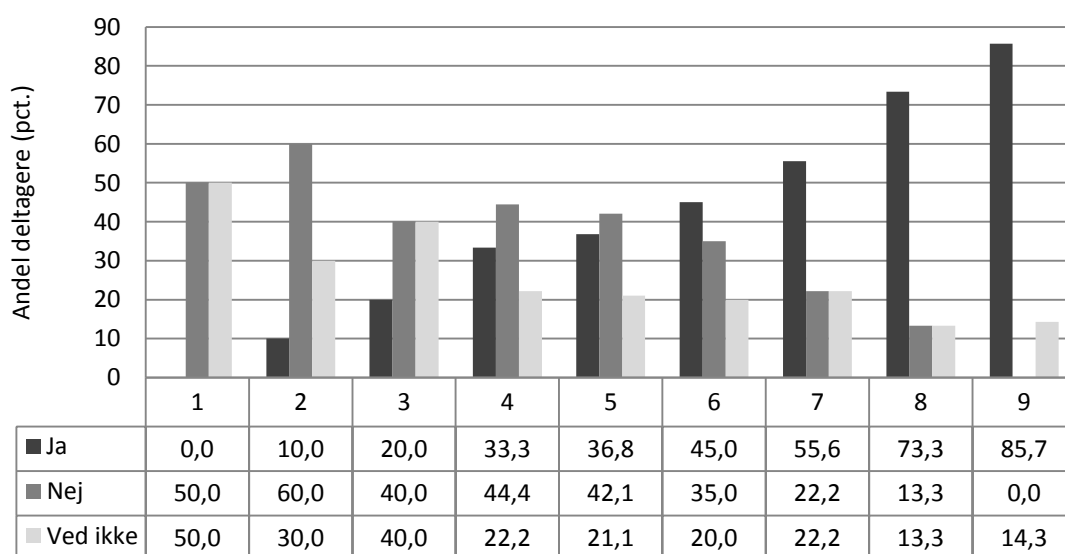
På nogle skadestuer vil en mistanke om, at skader skyldes udsættelse for vold altid blive anført i journalen, men på andre ikke. Det kan i praksis afhænge af den enkelte behandlende læge.

Hvis lægen har mistanke til, at der er tale om vold i hjemmet, bliver det anført, da det kan blive relevant ved senere voldsepisoder. Hvis sygeplejersken har mistanke, bliver det ikke automatisk videregivet til lægen, og ført til journal. (Sygehus H)

Det er ikke kutyme, at mistanke om vold anføres i journalen. (Sygehus A)

I personalegrupperne er der stor usikkerhed om, hvorvidt den registrerede kontaktårsag bliver ændret, hvis en læge eller sygeplejerske i sin undersøgelse af patienten opdager, at skaden er opstået ved vold. Således angiver mellem 13 pct. og 50 pct., at de ikke ved om kontaktårsag ændres (figur 6). Desuden er der meget stor spredning mellem sygehusenes andele af deltagere, der angiver, at kontaktårsag ændres, fra sygehuse med 0 pct. til sygehuse med 86 pct.

Figur 6. De registrerede kontaktårsager kan ændres når undersøgelse viser, at skaden er opstået ved vold. Sygehuse rangordnet efter andel deltagere, der angiver 'ja'.



5.6 Anmeldelse og sporsikring

Mange kvinder politianmelder ikke volden, men personalet opfordrer dem ofte til det.

Hvis der er tale om en voldsramt kvinde, gør lægerne ekstra meget ud af beskrivelsen i journalen, da de ved, at den er vigtig i forhold til bevisførelse. (Sygehus C)

Der er ikke rutine for fotografisk dokumentation af skader, men det forekommer dog.

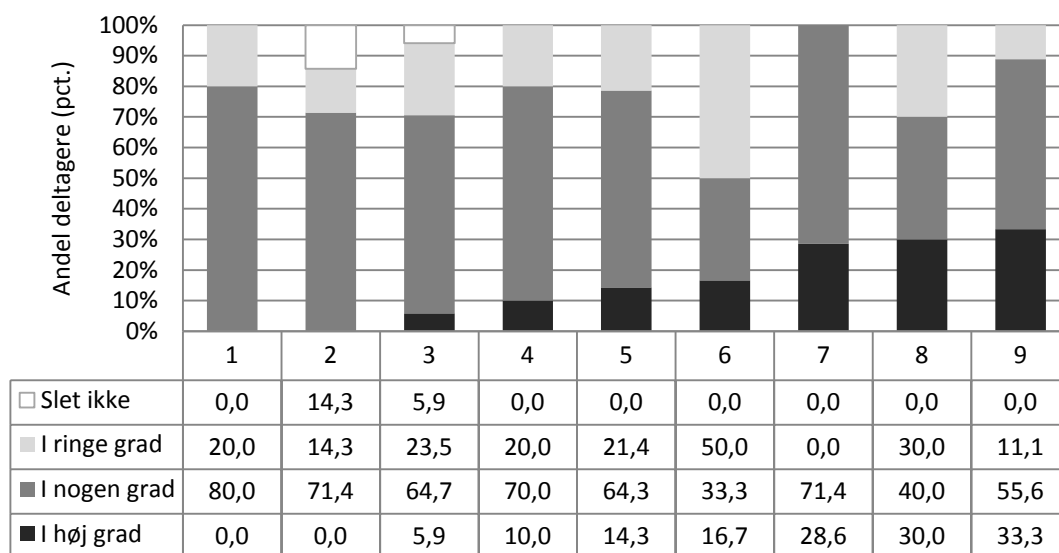
Skadestuerne modtager også kvinder, som ikke har behov for akut behandling, men hvor årsagen til henvendelsen er et ønske om en dokumentation af evt. skader til brug for en politianmeldelse, dvs. udfærdigelse af en politiattest.

5.6.1 Bevågenhed om partnervold

Skadestuepersonalet blev spurgt om, i hvilken grad de oplever, at der på skadestuen er bevågenhed eller opmærksomhed om emnet med følgende svarmuligheder: I høj grad, i nogen grad, i ringe grad og slet ikke. Kun en mindre andel af sygeplejersker (0 – 33 pct.) angiver, at

der er høj bevågenhed på voldsudsatte kvinder (figur 7). Men det er stor forskel mellem sygehusene i hvor stor grad, der opleves bevågenhed på emnet. Fra et sygehus, hvor kun halvdelen af sygeplejersker angiver, at der er bevågenhed på emnet i nogen eller høj grad, til et sygehus, hvor alle sygeplejersker angiver, at der er bevågenhed i nogen eller høj grad. Generelt angiver læger og sekretærer højere bevågenhed på emnet end sygeplejersker.

Figur 7. Bevågenhed/opmærksomhed om vold mod kvinder i hjemmet. Sygehuse rangordnet efter andel sygeplejersker, der angiver, at der er bevågenhed på skadestuen i høj grad.



5.7 Samtale med den voldsudsatte kvinde uden pårørende

På alle skadestuer taler personalet med kvinden uden pårørende til stede. Blandt sygeplejerskerne er der således 94 pct., der angiver, at de taler med kvinden i enerum, og kun 1 pct. angiver, at de ikke taler med kvinden i enerum.

Det er flere steder almindeligt, at eventuelt medfølgende pårørende eller ægtefæller bliver bedt om at gå udenfor, hvis personalet vurderer, at der er brug for at tale med patienten i enerum.

Hvis patienten har sin samlever med, kan han blive bedt om at gå udenfor døren af lægen. Hvis sygeplejersken har mistanke til vold beder hun således lægen om at sikre, at de kan tale med patienten i enerum. (Sygehus A)

Pårørende er ikke til stede under undersøgelsen, men bliver fulgt tilbage til venteværelse. Det kan forårsage protester, men dem tager man med. (Sygehus G)

En af svarpersonerne oplever imidlertid ikke nødvendigvis, at der kommer noget ud af at tale med kvinden i enerum uden pårørende:

Hvis der skønnes at være behov for det, bliver der talt med dem i enerum. Der kommer dog sjældent noget ud af det. Selv når de indrømmer volden, dysser de det ned (...). (Sygehus D)

Andre steder er vurderingen, at der ikke er tid til at tale med kvinder, der ikke indrømmer vold.

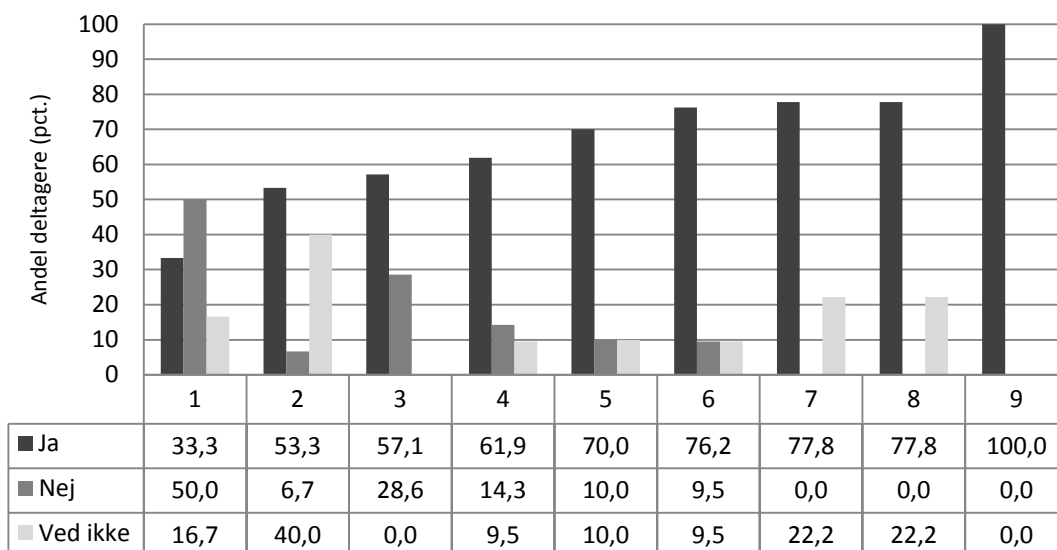
(...) ikke procedure for at tale med kvinder, der ikke indrømmer vold, da der ikke er tid til 'detektivarbejde'. Ellers er det op til patienten, om man taler med dem i enerum. (Sygehus B)

På et sygehus søger de desuden at undgå, at voldsudsatte kvinder bliver behandlet af en mandlig sygeplejerske.

5.8 Adgang til tolkebistand

Mellem 33 pct. og 100 pct. af deltagere fra de ni sygehuse angiver, at der anvendes tolk til ikke-dansk talende kvinder, mens mellem 7 pct. og 50 pct. af personalet på seks sygehuse angiver, at der ikke anvendes tolk (figur 8). En relativ stor andel på størsteparten af sygehuse angiver, at de ikke ved, om der tilkaldes tolk.

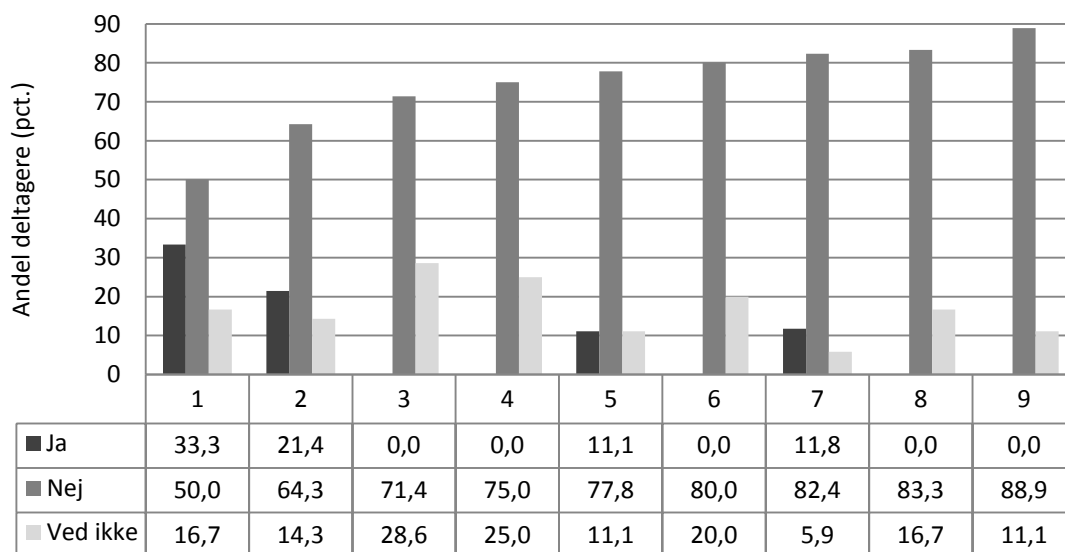
Figur 8. Brug af tolk til ikke-dansk talende voldsudsatte kvinder. Sygehuse rangordnet efter andel, der angiver, at der tilkaldes tolk til ikke-dansk talende kvinder.



5.9 Skriftlige instrukser for modtagelse af voldsudsatte kvinder

Størstedelen (67 pct. – 100 pct.) af sygeplejersker angiver, at der ikke findes, eller at de ikke har viden om, der findes skriftlig instruks for rutiner ved modtagelsen af kvinder, der skønnes at have været udsat for vold i hjemmet (figur 9).

Figur 9. Skriftlig instruks for rutiner ved modtagelse af kvinder, der skønnes at have været udsat for fysisk vold i hjemmet. Sygehuse rangordnet efter andel sygeplejersker, der angiver, at der ikke findes instruks.



Blandt svarpersoner, der angiver, at der ikke findes instruks, oplever 63 pct. et behov for instruks, 14 pct. har ikke behov for instruks, 3 pct. ved ikke, og 21 pct. har ikke besvaret spørgsmålet.

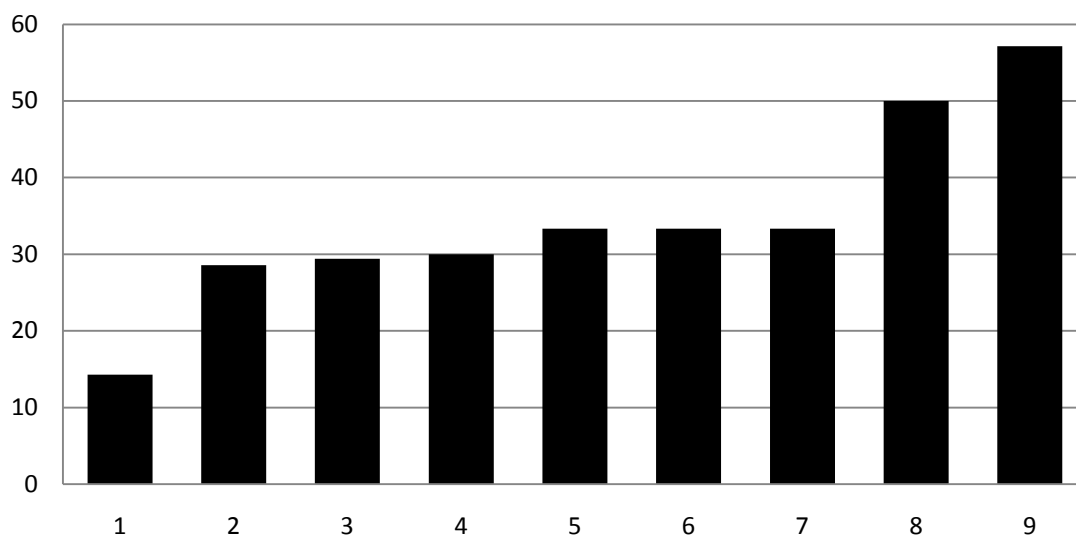
De sygehuse, der samtidig fungerer som voldtægtscentre, har instruks for modtagelse af voldtægts ofre. Her oplever personalet, at de får nogle rutiner og metoder i forhold til sporsikring, anmeldelse og opfølgning, som de også kan bruge i forhold til voldtægts ofre. På en af skadestuerne har de valgt at bruge samme fremgangsmåde ved voldtægts ofre som ved voldtægts ofre:

Nedskreven procedure for voldtægts ofre, men ikke for voldtægts ofre, omend praksis er stærkt inspireret af praksis for voldtægts patienter. (Sygehus H)

5.9.1 Vejledning i at spørge til skadens årsager

På størstedelen af sygehuse angiver omtrent en tredjedel af sygeplejersker, at de er blevet vejledt i at spørge om årsagerne til skaden (figur 10). På et sygehus angiver kun 14 pct. sygeplejersker, at de er blevet vejledt i at spørge til skadens årsag, og på to sygehuse var omkring halvdelen af sygeplejersker (hhv. 50 pct. og 57 pct.) blevet vejledt i at spørge til skadens årsag.

Figur 10. Vejledning i at spørge til skadens årsag. Sygehuse rangordnet efter andel sygeplejersker, der angiver, at de er blevet vejledt i at spørge til skadens årsag.



Kun en enkelt blandt alle deltagere angiver at have fået vejledning i **ikke** at spørge til skadens årsager blandt alle faggrupper.

5.9.2 Samtale med den voldsudsatte om årsag til skaden

På flere skadestuer er det almindelig rutine, at personalet spørger ind til, hvordan skaderne er opstået. Det gøres primært for at sikre, at alle skader bliver behandlet, også dem der ikke umiddelbart er synlige. Hvis patienten benægter, at vold er årsag til skaden, kan personalet være konfronterende og give deres bud på, hvordan skaden er opstået.

Praksis er, at der spørges ind til årsag til skaden af behandlingsmæssige årsager med henblik på at vide, om der kan være andet end de synlige skader, der skal behandles:

Hvis der er mistanke om vold, bliver patienten konfronteret med det, hvis patienten fastholder, at det ikke er vold, kan personalet holde fast i, at det ikke lyder sandsynligt ud fra de skader, der kan ses. Det er svært, når patienten ikke vil indrømme det. (Sygehus A)

Kommer kvinden med en usandsynlig forklaring på skaderne bliver hun konfronteret med at sygeplejersken har en anden fornemmelse. (Sygehus G)

Andre steder spørges der ikke automatisk ind til årsagen til skaden, da fokus er på behandling af de fysiske skader. Hvis personalet spørger ind til årsagen, kan der opstå et behov for at følge en samtale til dørs. Det bliver nogle steder nedprioriteret, da der ikke er tid til at følge ordentligt op.

(...) hvis personalet får mistanke om, at en kvinde kan være voldsramt, så bliver der spurgt ind til det. Hvis hun benægter, kan personalet finde på at sige "Jeg tror ikke på dig". Det løser nogle gange op. Men der er også dem, der ikke vil indrømme det. Dem, der ikke indrømmer det, er den tunge gruppe. Skadestuen har desværre ikke mulighed for at følge op – udover at det anføres i journalen, hvis der er tegn på vold. (Sygehus F)

Andre steder bliver samtalen prioriteret høj, og personalet tager sig tid, også selvom, der reelt ikke er tid til det. Lokalemangel kan også være et problem, da der er grænser for, hvor længe man kan benytte en behandlingsstue, når der er mange patienter, der venter.

På flere skadestuer giver de interviewede sygeplejersker udtryk for, at det kan være vanskeligt at konfrontere kvinden med mistanken om vold. Nogle kvinder bryder sammen og vil gerne tale om det, mens andre vedbliver med at fastholde forklaringen. I de tilfælde, hvor personalet er i tvivl, om vold er årsag til skaden, er det særligt vanskeligt at konfrontere den voldsudsatte kvinde, men mange gange fremgår det dog af skaderne, at de ikke er opstået, som kvinden forklarer.

Det er forskelligt, hvor højt det bliver prioriteret at spørger ind eller blot lade det blive ved mistanken. Flere steder er det dog sådan, at personalet kan finde på at holde fast i en mistanke og gøre kvinde opmærksom på, at hun udsætter sig selv og sine børn for fare.

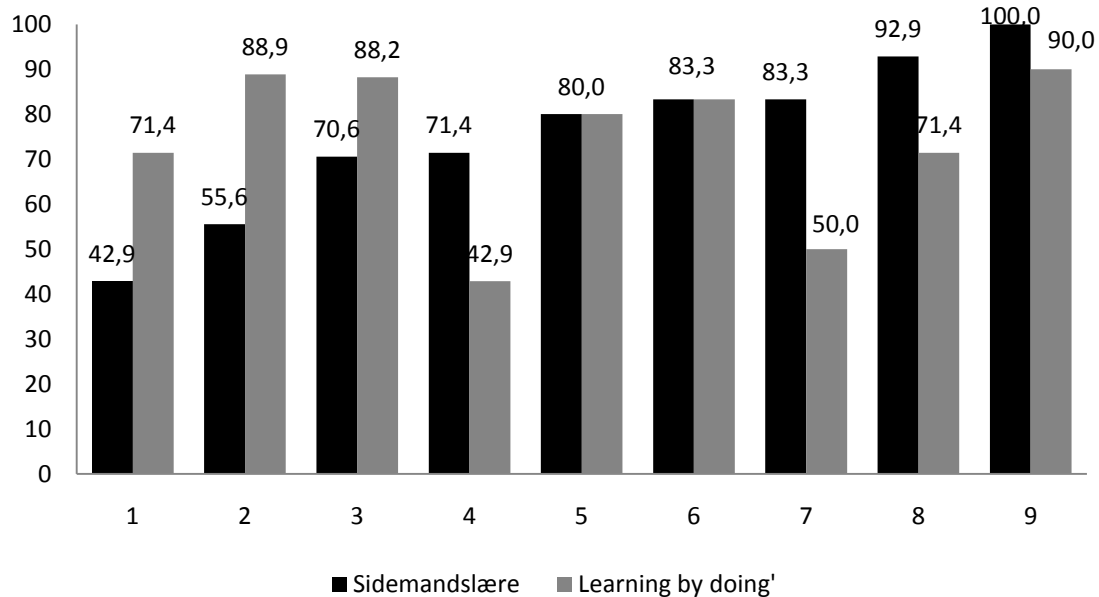
De interviewede sygeplejersker giver generelt udtryk for at, erfaring gør dem bedre til at "spotte" volds ofre. Det synes også at være personafhængigt, hvor højt det bliver prioriteret at konfrontere og vejlede kvinder, der har været udsat for vold. Andre faktorer kan også være medvirkende til en skærpet opmærksomhed. For eksempel har de på en af skadestuerne haft en sygeplejerske, der var frivillig på det lokale krisecenter. Det skabte en øget opmærksomhed på området.

5.10 Metoder til oplæring af skadestuepersonale

77 pct. af sygeplejersker og 67 pct. af læger angiver, at de lærer at tage imod kvinder udsat for vold ved sidemandslære, mens lidt over halvdelen af sekretærer (58 pct.) angiver, at de lærer ved sidemandslære. 'Learning by doing' er også en udbredt måde at lære at tage imod kvinder udsat for vold blandt sygeplejersker (77 pct.) og læger (67 pct.) og mindre udbredt blandt sekretærer (50 pct.).

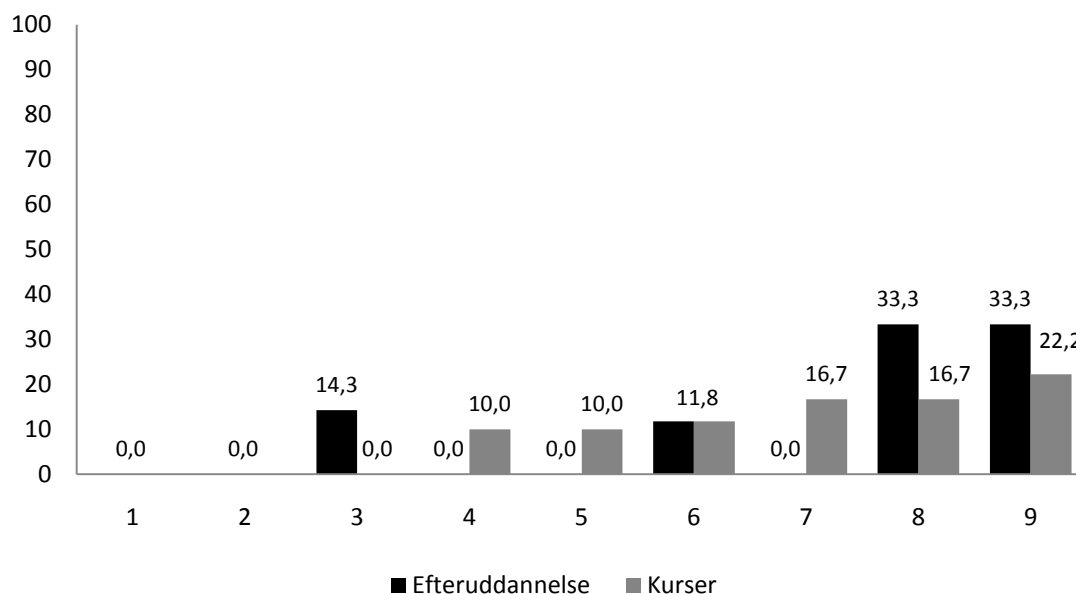
Andelen af sygeplejersker, der angiver, at de lærer ved sidemandslære eller ved 'learning by doing', varierer fra skadestue til skadestue. Der er et sygehus, hvor kun 43 pct. af sygeplejersker angiver sidemandslære, og der er et sygehus, hvor samtlige sygeplejersker angiver, at de lærer at tage imod voldsudsatte kvinder ved sidemandslære (figur 11). Samme variation ses i sygehusenes andel af sygeplejersker, der lærer ved 'learning by doing', laveste andel er 43 pct. stigende til 90 pct..

Figur 11. Andel sygeplejersker, der angiver, at de lærer at tage imod kvinder udsat for vold ved sidemandslære og ved 'learning by doing'.



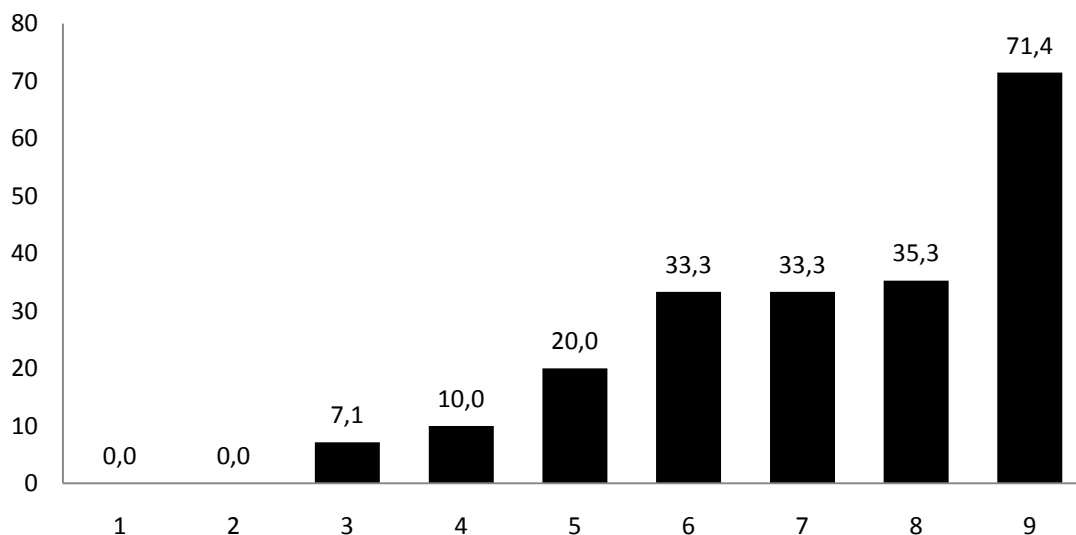
De færreste angiver, at de lærer at tage imod kvinder udsat for vold på kurser. Blandt sekretærer og sygeplejersker angiver henholdsvis 8 pct. og 9 pct., at de lærer om emnet på kurser. Der er dog ingen sygeplejersker, der har oplevet sådanne kurser på tre ud af ni sygehuse (figur 12). I tråd hermed er det også de færreste, der oplever, at deres personalegruppe tilbydes efteruddannelse eller kurser om vold mod kvinder. Mellem 12 pct. og 33 pct. af sygeplejersker fra fire sygehuse angiver, at personalegruppen tilbydes efteruddannelse om emnet. På de resterende sygehuse angiver ingen sygeplejersker, at de fik tilbudt sådanne kurser.

Figur 12. Andel sygeplejersker, der angiver, at de lærer at tage imod kvinder udsat for vold ved kurser eller ved at personalegruppen tilbydes efteruddannelse/kurser om emnet.



Mellem 7 pct. og 71 pct. af sygeplejersker på syv skadestuer rapporterer, at der findes en person med særlig kompetence i deres personalegruppe (figur 13). Fra de resterende to skadestuer rapporterede ingen sygeplejersker, at der findes en person med særlig kompetence i emnet.

Figur 13. I personalegruppen findes en person med særlig kompetence om voldsudsatte kvinder. Sygehuse rangordnet efter andel sygeplejersker, der angiver, at der findes en person med særlig kompetence i emnet.



Deltagerne fik mulighed for at beskrive andre læringsmetoder end de oplyste i spørgeskemaet. Herfra fremgår det, at en skadestue har den praksis, at en nøgleperson ved morgenmøderne informeres om forløbet af den voldsudsatte kvindes kontakt med skadestuen.

Af interviewene fremgik det, at introduktionen af nyt personale på skadestuerne primært sker ved sidemandsoplæring. Det er således også på den måde, nyt personale bliver introduceret til, hvordan man skal håndtere patienter, der har været udsat for vold. Samtidig fremgik det også, at vold mod kvinder ikke er et emne, der er særligt fokus på:

Nyt personale lærer hen ad vejen, hvordan det [voldsudsatte kvinder] skal håndteres. Der er altid nyt og erfarent personale sammen, så de nye lærer af de mere erfarne. Der er også en god fornemmelse for, hvem der er god til at håndtere de forskellige typer tilfælde. (Sygehus C)

De fleste handler per konduite. Det har ikke tidligere været overvejet, at få det [voldsudsatte kvinder] med i introduktionen af nye medarbejdere. (Sygehus D)

Fast procedure for oplæring på 3 måneder, hvor de enkelte ekspertgrupper videregiver viden. Alle skal have traumekursus. Dog ikke flere af de erfarne, da det er en barriere, at kurset er på engelsk. Der er ingen speciel undervisning i vold. Herudover modtager hele personalet løbende efteruddannelse og kurser. Senest i kommunikation og konflikthåndtering. (Sygehus A)

Nyt personale er føl i en måned hos en mere erfaren kollega og oplæres således ved at se, hvad de andre gør. Der findes en "Social mappe" med telefonnumre til [navn på krisecenter] etc. som gennemgås. (Sygehus B)

Oplæringen i at modtage kvinder udsat for vold består således hovedsagligt i at blive introduceret til bl.a. relevante telefonnumre:

Nye medarbejdere bliver introduceret til det ved at telefonlisten gennemgås. Her er telefonnumre til [navn på krisecenter 1], [navn på krisecenter 2] og politiet. Det bliver så samtidig forklaret i hvilke tilfælde telefonnumrene bruges. Når der er tale om en voldsramt, vil det normalt være en af de mere erfarne, der tager dialogen med patienten. På den måde lærer de nye medarbejdere, hvordan det skal håndteres. (Sygehus A)

Afdelingssygeplejerskerne synes generelt, at det er en god idé med mere uddannelse. Det kunne for eksempel være som obligatorisk emne på sundhedsuddannelserne og som tilbud om efteruddannelseskurser eller temadage.

På en af skadestuerne har de udvalgt to sygeplejersker til at være nøglepersoner for området vold mod kvinder. Det er foranlediget af, at politiet i 2008 indkaldte de institutioner, der arbejder med vold mod kvinder. Formålet var at skabe et samarbejde, der kunne få flere voldsudsatte til at anmelde volden.

5.11 Information og informationsmateriale til kvinden

Sundhedspersonales blev spurgt om, hvorvidt den voldsudsatte kvinde informeres om mulighederne for anmeldelse, kontakt til de sociale myndigheder, krisecentre og/eller psykolog. Desuden blev de spurgt om hvorvidt, der findes informationspjecer til kvinden, og om de udleveres direkte af personalet.

5.11.1 Mundtlig information

Størstedelen af sygeplejersker (90 pct.) rapporterer, at kvinden informeres om mulighederne for anmeldelse og kontakt til de sociale myndigheder, krisecentre og/eller psykolog. Kun få (1 pct.) angiver, at kvinden ikke informeres, og 8 pct. angiver, at de ikke ved om kvinden informeres.

Hvis patienten indrømmer volden, anbefaler personalet normalt, at det meldes til politiet. Det kan også forekomme, at personalet er behjælpelig med at kontakte [navn på krisecenter] eller et andet krisecenter. (Sygehus B)

Hvis kvinden er voldsramt, prøver personalet at overtale hende til at kontakte politiet og/eller de sociale myndigheder. Der er mange, der ikke har lyst til at anmelde volden. Skadestuen hjælper også med kontakt til krisecenter. (Sygehus A)

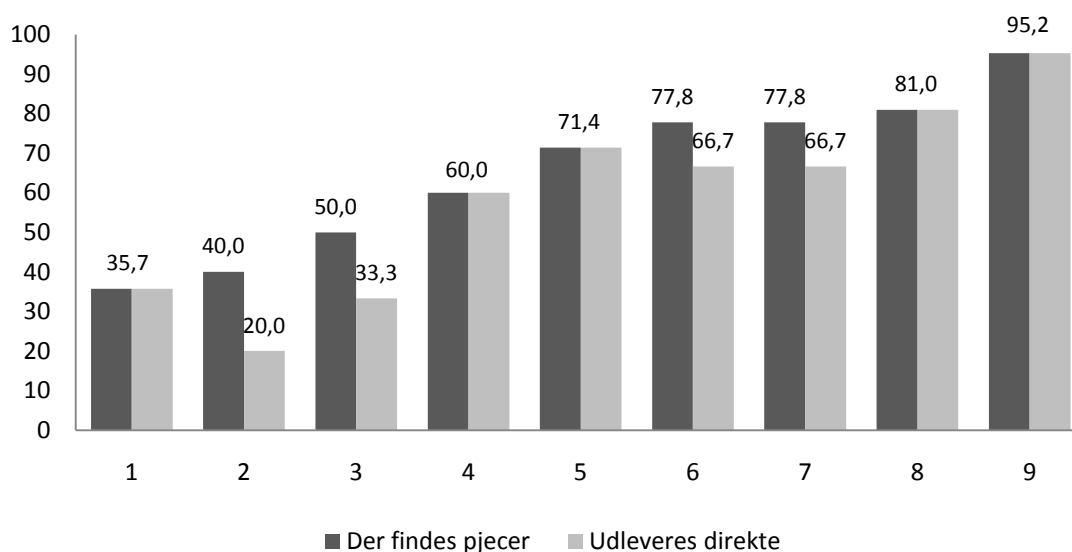
En af svarpersonerne påpeger i den forbindelse, at skadestuen ikke har mange henvisningsmuligheder, og at de voldsudsatte kvinder i øvrigt sjældent vil tage imod de eksisterende tilbud, hvilket opleves som svært at håndtere:

Der er meget lidt at tilbyde kvinderne. Skadestuen tilbyder at tage kontakt til krisecentret. Men de fleste vil hellere hjem eller være hos pårørende. Det er sjældent, at der er nogen, der gerne vil på krisecenter. Det er svært at håndtere, at de som regel ikke vil hjælpes. (Sygehus D)

5.11.2 Skriftligt informationsmateriale

Der er stor variation i andelen af personale (35 pct. – 95 pct.), der angiver, at der findes pjecer til kvinden på skadestuen (figur 14). Blandt det personale, der rapporterer, at der findes pjecer på skadestuen til kvinden, angiver alle, at pjecerne udleveres direkte til kvinden på fem skadestuer. På de resterende skadestuer angiver mellem 14 pct. og 50 pct., at de ikke udleverer eksisterende pjecer til kvinden.

Figur 14. Findes der pjecer til den voldsudsatte kvinde på skadestuen, og udleveres de direkte til kvinden? Sygehuse rangordnet efter andel, der angiver, at der findes pjecer til kvinden på skadestuen.



På de fleste skadestuer giver de interviewede udtryk for, at de meget gerne ville have noget relevant og målrettet informationsmateriale, som de kan give til kvinder, der er udsat for vold. Information om, hvad vold er, og hvor kvinden kan henvende sig for at få ordentlig råd og vejledning. Vold er fortsat et tabu, og der derfor også er behov for generel oplysning. På flere skadestuer har man pjecer om vold mod kvinder stående i venteværelset. Blandt andet den lille gule folder på 10 sprog fra kampagnen "Stop volden – Bryd tavsheden". På nogle skadestuer findes tillige pjecer fra det lokale krisecenter.

Der står pjecer i venteværelset, som patienter kan tage på eget initiativ. Personalet kan også finde på at give pjecen til kvinder, der skønnes at have behov for informationen. (Sygehus D)

Skadestuen har de små gule foldere om vold stående ved lægevagten, hvor de bliver taget af patienter i en lind strøm på alle sprog. Og de ligger ikke og flyder i nærheden eller i skraldespande i umiddelbar nærhed. (Sygehus H)

5.11.3 Alternative henvisningsmuligheder

Svarpersonerne fortæller derudover, at der på skadestuen bliver gjort et stort stykke arbejde for, at den voldsudsatte kvinde ikke sendes hjem eller ud på gaden. Her bliver der fundet på løsninger, som kan give kvinden lidt tid, fx en kortvarig indlæggelse på sygehuset.

Skadestuen kan også finde på at tilbyde indlæggelse i et døgn, så der er bedre tid til at finde en løsning. Patienter bliver ikke sendt ud til ingenting. Hvis der er nogen, der kommer og spørge efter en patient, får de ikke at vide, om vedkommende er der. Patienten bliver oplyst om, hvem der gerne vil i kontakt med dem, og så må de selv vende tilbage. (Sygehus D)

Der er også kvinder, som ikke kan tage hjem, og som ikke ønsker at tage på krisecenter. Her prøver personalet at finde en løsning blandt kvindes familie eller netværk. Det sker, at det ikke kan lade sig gøre. Så har man i nogle tilfælde valgt at indlægge kvinden et døgn, eller indskrive hende på patienthotellet. (Sygehus I)

Personalet gør meget for, at kvinderne ikke blot bliver sendt ud på gaden. Hvis de kommer om natten, har de ofte en god veninde med, som de kan tage hjem til. Der er også tilfælde, hvor man vælger at indlægge kvinden natten over. Der er også mange, der hellere vil klare sig selv – særligt dem, der ikke er socialt udsatte i øvrigt. (Sygehus C)

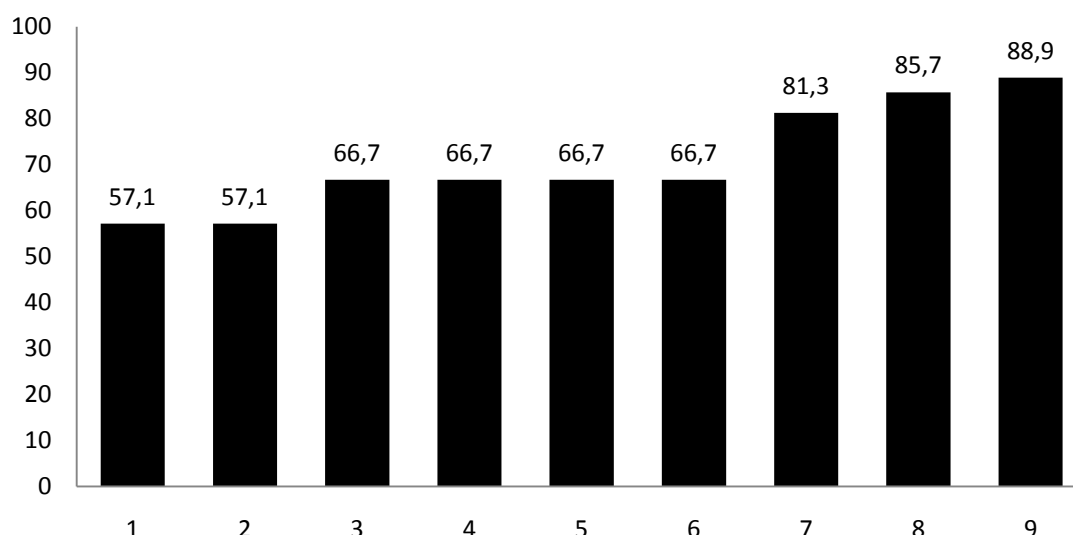
5.12 Skadestuernes eksterne kontakter

I spørgeskemaet indgik spørgsmål om, hvorvidt skadestuepersonalet oplever, at skadestuen samarbejder med henholdsvis kvindekrisecentre, politi, praktiserende læger og socialforvaltning i sager, der omhandler vold mod kvinder.

5.12.1 Kvindekrisecentre

Blandt sygeplejersker og sekretærer er der henholdsvis 86 pct. og 75 pct., der kender til lokale kvindekrisecentre, mens kun 33 pct. af lægerne kendte kvindekrisecentret.

Figur 15. Sygehuse rangordnet efter andel sygeplejersker, der angiver samarbejde med kvindekrisecentre



Af interviewene fremgår det, at alle skadestuer har telefonnumre og adresser på de nærmeste krisecentre, hvortil de kan henvise kvinder, der har været udsat for vold. Dog er der flere steder uklarhed om, hvilke krisecentre, der var i området/regionen. Personalet tager normalt

hånd om at kontakte krisecentret for at sikre en plads til kvinden, hvis hun ønsker det. Det er ikke alle steder, at krisecentret er behjælpelige med at finde en ledig plads på et andet krisecenter, hvis de ikke kan tilbyde en plads. På en af skadestuerne har de erfaring med, at personalet fra krisecentrene henter kvinden på skadestuen.

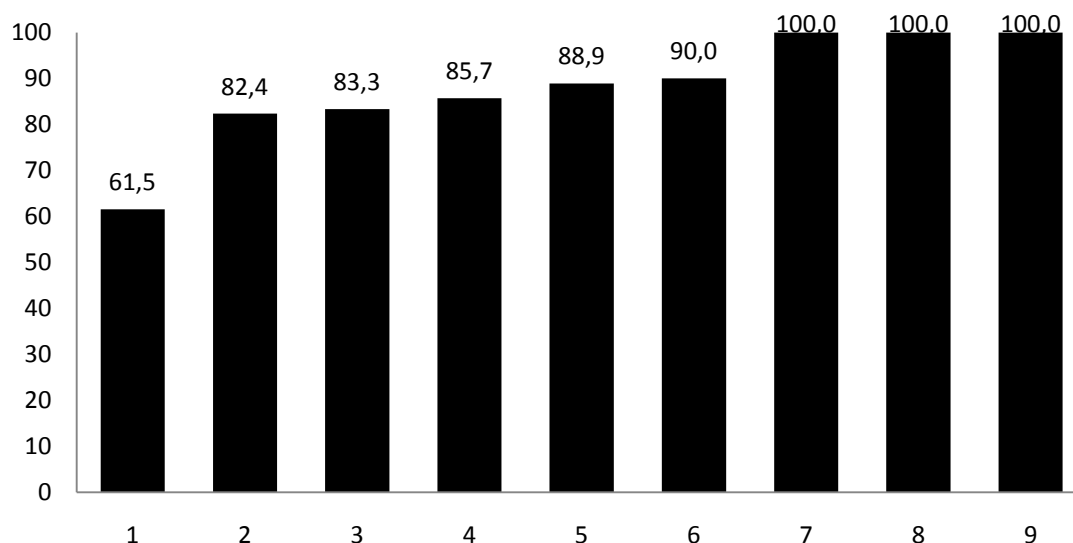
Nogle gange kan de sende en taxa for at hente kvinde, andre gange kommer krisecentrets personale og henter kvinden. Det virker rigtig godt, at de kommer og på den med er med på et tidligere tidspunkt. (Sygehus A)

På de fleste skadestuer er erfaringen, at der er mange kvinder, der ikke ønsker at komme på krisecenter. De anser krisecentrene for at være et sted for kvinder med massive sociale problemer, og kan derfor ikke identificere sig med det, hvis de ikke har andre sociale problemer end volden. Flere afdelingssygeplejersker giver udtryk for, at de ville ønske, de kunne henvise voldsudsatte kvinder til et sted, hvor de kunne få fred et par dage og en ordentlig rådgivning. Mange kvinder vælger at tage hjem igen eller hjem til en pårørende. Flere skadestuer fortæller, at de i nogle tilfælde vælger at indlægge kvinden en nat, hvis der ikke findes anden løsning.

5.12.2 Politi

De fleste deltagere rapporterer, at skadestuen har samarbejde med politiet i sager, der omhandler vold mod kvinder. Fra otte ud af ni sygehuse angiver 82 - 100 pct. af sygeplejerskerne, at der er samarbejde med politi (Figur 16).

Figur 16. Sygehuse rangordnet efter andel sygeplejersker, der angiver samarbejde med politi.



Sygeplejerskerne fremhæver også, at skadestuerne har et godt samarbejde med politiet, og at de typisk står for at transportere den voldsramte kvinde:

Politiet er behjælpelig med at køre kvinder til krisecentre – også længere væk i andre regioner, hvis det er nødvendigt. (Sygehus I)

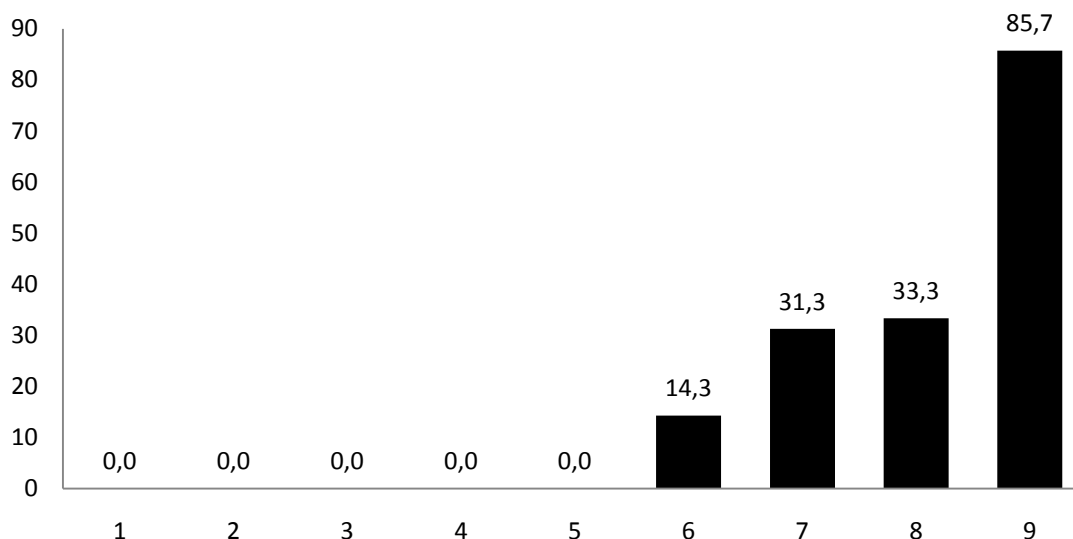
En af sygeplejerskerne fortæller om et særligt tæt samarbejde med politiet, som er opbygget over mange år og styrket ved personlige relationer:

Skadestuen har et meget fint samarbejde med politiet. De lokale betjente er kendte ansigter på skadestuen. F.eks. kan de på valgfri og lignende godt finde på at komme forbi ind i mellem for at følge resultatet på TV. Der er også flere sygeplejersker, der er gift med betjente. Så forholdet er tæt. Politiet har et godt blik for voldsramte og er altid behjælpelige, hvis f.eks. en kvinde skal på krisecenter, og hun har brug for at komme hjem omkring under med behov for beskyttelse. Eller hvis der er brug for at hente børn, derhjemme, når moderen bliver indlagt eller skal på krisecenter. (Sygehus A)

5.12.3 Praktiserende læger

Samarbejde med praktiserende læger i sager omhandlende vold mod kvinder er sparsom. Således har ingen sygeplejersker eller skadestuelæger fra fem sygehuse oplevet et samarbejde med praktiserende læger. Der er stor variation mellem de resterende sygehuse, idet 14 - 86 pct. af sygeplejersker angiver, at de har samarbejde med praktiserende læger (Figur 17).

Figur 17. Sygehuse rangordnet efter andel sygeplejersker, der angiver samarbejde med praktiserende læge.



Svarpersonerne har således generelt den holdning at: '.... der er ikke noget samarbejde med praktiserende læger'. Der er dog en skadestue, der oplever, at der er et godt samarbejde med de praktiserende læger. Dette samarbejde forklares bl.a. ved, at de praktiserende læger tidligere har været på skadestuen:

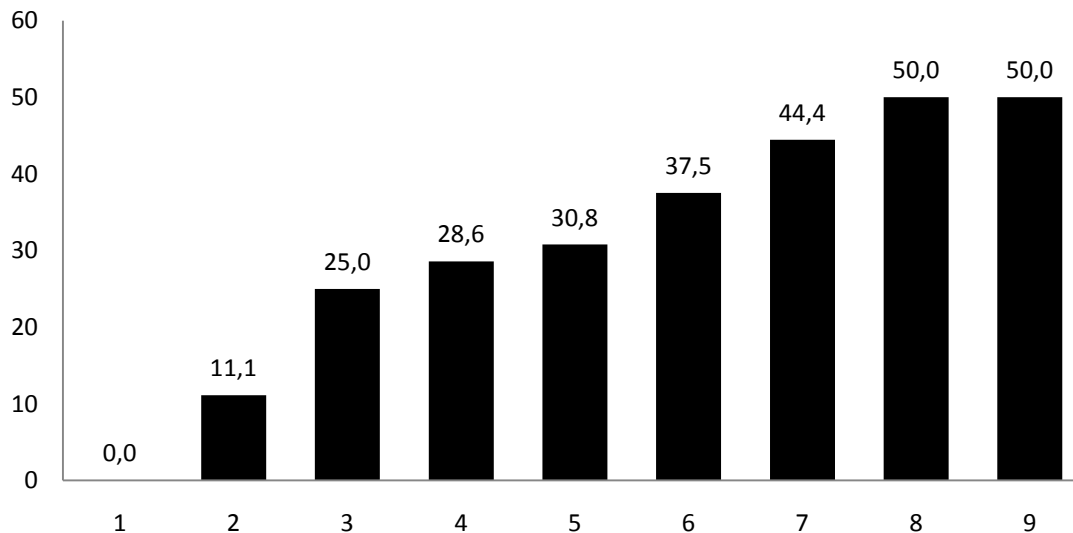
Hvis en kvinde er kommet forslået ind 4 -5 gange og fortsat benægter, at hun er udsat for vold, så kan skadestuen godt finde på at samle oplysningerne og sende dem til den praktiserende læge. Eller lægen bliver ringet op. Der er en særlig god kontakt med de praktiserende læger, der har været reservelæger på skadestuen. Det er en af fordelene ved at være "provinshospital", at det blandt andet er muligt at følge gengangerne. (Sygehus A)

5.12.4 Socialforvaltning

Som det fremgår af figur 18, er der kun en mindre andel af sygeplejersker, der har oplevet samarbejde med socialforvaltningen i sager om vold mod kvinder. Desuden er der variation imellem de undersøgte sygehuse. Der er sygehuse, hvor ingen sygeplejersker har oplevet sam-

arbejde og sygehuse, hvor halvdelen af sygeplejersker har oplevet samarbejde med socialforvaltningen.

Figur 18. Sygehuse rangordnet efter andel, der angiver samarbejde med socialforvaltning.



Selvom det ser ud til, at der mangler et ordentlig samarbejde med socialforvaltningen i kommunen, gælder dette dog ikke for alle skadestuer. Således beretter to svarpersoner om jævnlig kontakt med sagsbehandlere i kommunen i sager om bl.a. vold:

Skadestuen har ved vold og voldtægtssager mange gange kontakt med sagsbehandlere i kommunen. Mange gange har patienterne i forvejen en sagsbehandler. (Sygehus H)

Skadestuen har en socialrådgiver tilknyttet. Personalet kan også vælge at tage kontakt til patientens sagsbehandler i kommunen. (Sygehus I)

5.12.5 Internetsider

Der er ringe kendskab til Hotline for voldsudsatte kvinder på www.lokk.dk, idet kun henholdsvis 11 pct. og 17 pct. blandt sygeplejersker og sekretærer har kendskab og ingen læger. Der er ligeledes sparsomt kendskab til LOKKs rådgivningsside (www.lokk.dk), hvor 8 pct. sygeplejersker, 7 pct. blandt sekretærer og ingen læger angiver kendskab til rådgivningssiden. 18 pct. blandt sygeplejersker og 17 pct. blandt læger og sekretærer angiver at kende til internetsiden www.voldmodkvinder.dk.

6 En forbedret modtagelse af voldsudsatte kvinder

Spørgeskemaundersøgelsen og interview viser, at der er række områder, hvor skadestuerne har den samme praksis eller er fælles om ikke at have en bestemt praksis. Men der er også en lang række områder, hvor der er større forskelle mellem skadestuernes praksis.

Af figur 19 fremgår de ligheder og forskelle, vi har fundet frem til i undersøgelsen. Eksempelvis er det en generel praksis på skadestuerne, at den voldsramte kvinde tilbydes samtale i enerum, uden der er pårørende tilstede. Til gengæld er der **ikke** høj bevågenhed om partnervold, der mangler skriftlige instrukser til personalet om emnet, de får ikke tilbudt kurser eller efteruddannelse i emnet og der er generelt manglende samarbejde med de praktiserende læger. Der er forskelle i skadestuernes praksis i forhold til, om personalet taler med den voldsramte kvinde i enerum uden pårørende til stede. Desuden er der bl.a. forskelle på, hvorvidt kontaktårsagskoden kan ændres, tolkebistand, vejledning af personale i at spørge til skadens årsag, informationspjecer til den voldsramte kvinde og samarbejde med krisecentre. Endvidere har vi vurderet, at der er forskelle på skadestuernes praksis med hensyn til at have en person i personalegruppen med særlig kompetence på området. Det gør vi på baggrund af, at der på en skadestue eksplicit er udpeget en nøgleperson. Der er dog lav eller ingen rapportering af kompetencepersoner på de resterende skadestuer.

Figur 19. Ligheder og forskelle med skadestuers modtagelse af voldsramte kvinder.

Generel praksis	Forskelle mellem skadestuer	Lav rapportering
<ul style="list-style-type: none">•Samtale i enerum uden pårørende•Information om mulighed for anmeldelse og kontakt til sociale myndigheder mm.•Hvis der findes pjecer til den voldsramte kvinde, så udleveres de direkte til kvinden•Sidemandslære eller 'learning by doing'•Samarbejde med politi	<ul style="list-style-type: none">•Mulighed for at informere om årsag til skaden i diskretion•Kontaktårsagskode kan ændres efter undersøgelse•Tolkebistand•Vejledning i at spørge til skadens årsag•Pjecer til kvinden•Kendskab til og samarbejde med kvindekrisecentre•Samarbejde med socialforvaltning•Person med særlig kompetence i personalegruppen	<ul style="list-style-type: none">•Høj bevågenhed om partnervold•Skriftlige instrukser•Kurser eller efteruddannelse•Samarbejde med praktiserende læge•Kendskab til hjemmesider: www.voldmodkvinder og foranstaltninger på www.lokk.dk

6.1 Skadestuepersonalets forslag

Både deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen og svarpersonerne blev spurgt om, hvilke tiltag der kan gøre skadestuens modtagelse af voldsudsatte kvinder bedre, og hvad der skal til for, at tiltagene kan gennemføres (Tabel 20).

Figur 20. Skadestuepersonalets svar på, hvad der kan forbedre skadestuens modtagelse af kvinder udsat for vold, og hvilke tiltag der kan/bør iværksættes.

Instruks	<ul style="list-style-type: none"> •Nedsætte arbejdsgruppe •Øge faglighed
Diskretion	<ul style="list-style-type: none"> •Den fysiske indretning, evt. ombygning, enerum •Være diskret ved opskrivning
Personalets viden om emnet, henvisningsmuligheder og instanser	<ul style="list-style-type: none"> •Uddannelse, temadag, undervisning. Fx af folk fra krise-center eller psykolog eller studiebesøg på krisecenter •Information og oplysning fra ledelsen •Foredrag fra 'kvinder, der har stået der'
Fokus på patientgruppen	<ul style="list-style-type: none"> •Opmærksomhed på patientens historie •Tale om emnet, åbenhed om tabu •Vente med oprettelse af skaden til efter samtale med patient i enerum
Samarbejde, internt og eksternt	<ul style="list-style-type: none"> •Fællesmøder mellem personalegrupper •Sørge for at tilkalde socialarbejder, tolke mm. •Bedre/nye tilbud at henvise til •Tættere samarbejde med krisecentre
Psykolog og/ellers socialrådgiver tilknyttet skadestuen	<ul style="list-style-type: none"> •Skal kunne tilkaldes akut eller mulighed for henvisning
Tryghed	<ul style="list-style-type: none"> •Ingen ventetid (minus venteværelse) •Sygeplejerske skal overtage fra sekretær eller modtage ved tegn på vold •Kontinuitet i personalekontakt
Nøgleperson	<ul style="list-style-type: none"> •Tovholder på patientforløbet: Giver alle involverede information •Ressourceperson, der er engageret og føler ansvar for området: Inspirere personalegruppe og give viden
Personalets kommunikation med patienten	<ul style="list-style-type: none"> •Spørge ind - lytte. Lære samtaleteknikker. •Gøre opmærksom på tavshedspligten
Pjecer til kvinderne	<ul style="list-style-type: none"> •Flere slags pjecer, som giver større information •Minimum en pjece med telefonnr., adr., visitkort mm.
Ledelsens holdning og prioritering	<ul style="list-style-type: none"> •Afsætte tid og økonomi •Prioritering af uddannelse og information •Velvillighed, interesse og lydhør overfor emnet
Personalets prioritering og interesse	<ul style="list-style-type: none"> •Deltage i temadage, udarbejde instruks mm.
Folkeoplysning	<ul style="list-style-type: none"> •Øget fokus i medierne

Sammenfattende afdækker spørgeskema- og interviewundersøgelsen et behov for at styrke følgende faktorer i det interne og eksterne samarbejde om modtagelse, rådgivning og opfølgning af skadestuekontakter pga. udsættelse for partnervold/vold:

- Kontakten til politi
- Samarbejdet med socialforvaltning
- Mulighederne for akut kontakt til socialrådgiver/socialarbejder
- Henvi sning til psykolog
- Brugen af tolkebistand
- Samarbejdet med eksisterende modtagelser af voldtægts ofre
- Kontakt med lokale krisecentre, herunder besøg på centrene og sikring af informationsmateriale fra kvindekrisecentre (LOKK).

Det blev desuden anbefalet:

- At oprette en åben rådgivningsfunktion på sygehuset fx en gang ugentligt, hvori inddrages en medarbejder fra det lokale krisecenter.
- Kontinuitet i kontakten til kvinden: Kvinden skal følges af den samme sygeplejerske hele vejen.

7 Dialogmøde

Det var oprindelig hensigten at afprøve forslagene til forbedringer skadestuernes modtagelse af kvinder udsat for vold på udvalgte skadestuer, men denne plan viste sig ikke at være realistisk.

I stedet blev det besluttet at invitere skadestuernes afdelingssygeplejersker og sygeplejersker med særlig viden/ansvar til et møde omkring undersøgelsens resultater for her at diskutere, hvordan man på skadestuerne kunne anvende undersøgelsens resultater og anbefalinger til at forbedre modtagelsen af kvinder udsat for vold i hjemmet.

Da undersøgelsen bl.a. havde vist, at der var et generelt ønske om at opnå et tættere samarbejde mellem skadestuerne og kvindekrisecentrene, blev det besluttet at invitere medarbejdere fra kvindekrisecentre til at deltage i mødet, og således initiere en dialog mellem skadestuernes afdelingssygeplejersker og krisecentrenes ledere og medarbejdere.

Dialogmødet blev afholdt i september 2010 med deltagelse af 12 afdelingssygeplejersker og 22 krisecentreledere og -medarbejdere (jf. bilag 4). Deltagerne havde forud for mødet fået tilsendt anbefalingerne (jf. bilag 3). På mødet blev undersøgelsens resultater fremlagt, og undersøgelsens anbefalinger blev diskuteret i grupper (jf. bilag 5).

Et væsentligt resultat af mødet var, at skadestuepersonale og ledere i de lokale krisecentre fik indbyrdes kontakt, og at der blev aftalt fremtidigt samarbejde om problemstillingen.

Deltagerne tilsluttede sig de anbefalinger, der er fremsat med baggrund i spørgeskemaundersøgelse og interview, og som er gennemgået i det følgende kapitel 8.

8 anbefalinger

Fysiske rammer

Aktuelt er der på en række skadestuer sikret fysiske rammer, der tilgodeser patienternes behov for diskretion ved den første anamneseoptagelse, dvs. de kan give forklaring om årsagen til skadestuekontakten uden at blive overhørt af andre patienter, og der er derved god mulighed for at skadestuepersonalet kan få oplysninger om, hvorvidt skader er opstået ved partner-vold. På andre skadestuer er dette ikke tilgodeset. Aktuelt ændres de fysiske rammer for akut modtagelser i de fleste regioner, og der vil formentlig fremover være bedre mulighed på samtlige skadestuer for diskretion ved modtagelse af bl.a. ofre for vold.

Det anbefales:

- At der sikres diskretion ved den første anamneseoptagelse ved skadestuesekretær eller sygeplejerske ved, at kvinden kan forklare årsagen til skadestuekontakten i enerum med sekretær og sygeplejerske
- At kvinden får mulighed for at tale alene med skadestuepersonalet, dvs. at evt. medfølgende ægtefælle ikke skal deltage heri.

Personalets kompetence

På en række skadestuer er der i dag udpeget en kontaktperson, oftest en sygeplejerske, der varetager rutiner for modtagelsen af kvinder udsat for vold. På nogle skadestuer samarbejder kontaktpersonen med sygehusets modtagelse for voldtægtsofre. På andre skadestuer er der ikke sikret en særlig kompetence blandt skadestuepersonalet med henblik på at sikre en hensigtsmæssig modtagelse og opfølgning af kontakter vedrørende vold mod kvinder.

Det anbefales:

- At der på de enkelte skadestuer udpeges en eller flere sygeplejersker, der som ansvarsområde har at sikre et kvalificeret tilbud til kvinder udsat for vold
- At kontaktpersonen løbende orienterer det øvrige skadestuepersonale om praksis for modtagelse og opfølgning, herunder
- At kontaktpersonen opdaterer skadestuens instruks vedrørende modtagelse og opfølgning
- At der sikres kendskab blandt skadestuepersonalet til eksisterende materiale, herunder website information om vold mod kvinder; fx www.voldmodkvinder.dk
- At skadestuepersonalet holdes orienteret om lokale/regionale kvindekrisecentre og deres tilbud til voldsramte kvinder
- At der inddrages erfaringer fra lokale/regionale modtagelser i sygehusvæsenet beregnet for voldtægtsofre
- At der tilbydes kurser til skadestuepersonalet i problemstillingen vold mod kvinder i parforhold, herunder: Tegn på vold, voldens dynamik, samtaler om vold, voldens hyppighed og indvirkning på kvindernes helbred.

Undervisning kan varetages af personalet på lokalt/regionalt krisecenter suppleret med studiebesøg på lokale krisecentre.

Skriftlig instruks til personalet

Det er et fåtal af skadestuer, der aktuelt har en instruks, der specielt er rettet mod modtagelsen og opfølgningen på kontakter som følge af partnervold. En instruks kan bidrage til at sikre gode rutiner, hvorfor det anbefales:

- At udarbejde en kortfattet instruks for standard procedurer for modtagelse
- At instruksen omfatter:
- Regler for diskretion ved anamneseoptagelsen
- Praksis for registrering
- Stillingtagen til behovet for tolkebistand
- Regler og procedurer for politianmeldelse
- Praksis for dokumentation af fysiske følger af vold
- Muligheder for henvisning til eksisterende tilbud i sundhedsvæsenet
- Mulighed for kontakt til lokalt krisecenter
- Udlevering af informationsmateriale til kvinden.

Information til kvinden/patienten

Der er bl.a. af LOKK, Landsorganisationen for Kvindekrisecentre, blevet udarbejdet omfattende informationsmateriale til forskellige professionelle grupper og informationsfoldere til kvinder udsat for vold. Dette materiale er aktuelt tilgængeligt på mange skadestuer og udleveres til patienter, der har været udsat for vold.

Der er behov for, at der på alle skadestuer er et informationsmateriale, som informerer om:

- Regler og procedurer for politianmeldelse
- Muligheder for kontakt til og støtte fra primær sundhedsvæsen og sociale myndigheder
- Kontaktadresser til lokale krisecentre og andre tilbud uden for sygehusvæsenet med oplysning om deres tilbud
- Krisecentrene prioriterer løbende kontakt med stedlig skadestue, idet problematikken er hovedopgave i krisecentrene, mens den kun udgør en lille del af skadestuers opgaver.
- Orientering om hvor der fås viden om 'vold mod kvinder' herunder henvisning til Internet-adresser/websites, fx www.voldmodkvinder.dk

Registreringspraksis

Der er nødvendigt med registreringer, der sikrer et korrekt datagrundlag for at beskrive omfanget af skadestuehenvendelser som følge af vold og til forskning om fysisk vold mod kvinder. Det kan overvejes at:

- Kontaktårsag registreres ved afslutningen af skadestuebesøget, og ikke som nu i starten.

9 Litteratur

Regeringens Handlingsplan til bekæmpelse af vold mod kvinder 2002-2004. Ligestillingsministeren, Ligestillingsafdelingen. 2002. København.

Regeringens Handlingsplan til bekæmpelse af mænds vold mod kvinder og børn i familien 2005-2008. <ligestillingsministeren 2005. København.

Chang, J. C., Cluss, P. A., Ranieri, L., Hawker, L., Buranosky, R., Dado, D., McNeil, M. & Scholle, S. H. (2005) Health care interventions for intimate partner violence: what women want. *Womens Health Issues*, **15**, 21-30.

Daugherty, J. D. & Houry, D. E. (2008) Intimate partner violence screening in the emergency department. *J.Postgrad.Med.*, **54**, 301-305.

Helweg-Larsen K, Frederiksen ML. Mænds vold mod kvinder. Omfang, karakter og indsats mod volden (2007) Statens Institut for Folkesundhed.

Olive, P. (2007) Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base. *J.Clin.Nurs.*, **16**, 1736-1748.

Plichta, S. B. (2007) Interactions between victims of intimate partner violence against women and the health care system: policy and practice implications. *Trauma Violence Abuse*, **8**, 226-239.

Rabin, R. F., Jennings, J. M., Campbell, J. C. & Bair-Merritt, M. H. (2009) Intimate partner violence screening tools: a systematic review. *Am.J.Prev.Med.*, **36**, 439-445.

WHO . World report on violence and health. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, and Lozano R. 2002. Geneva, WHO.

WHO . Preventing injuries and violence. A guide for Ministries of Health. 2007. Geneva.

Yderligere henvises til:

Hanne Hviid; Dorte Scharling; Hanne Ramsbøl. Læger og sygeplejersker : faglig værktøjskasse (Stop volden - bryd tavsheden). VFC Socialt Udsatte 2004.

Maskell, A (2005) Vold i Familien – et forsømt eller prioriteret undervisningsemne? Vfc Socialt udsatte

10 Bilag

Bilag 1 Spørgeskema

SPØRGESKEMA OM SKADESTUENS MODTAGELSE AF KVINDER UDSAT FOR VOLD I HJEMME

Sygehusets navn: _____

Hvad er din stilling: _____

Hvor længe har du været ansat på denne skadestue: _____

Har du tidligere arbejdet på andre skadestuer: _____

Omfang af henvendelser på grund af vold i hjemmet

Hvor mange kvinder kontakter hver måned skadestuen for at blive behandlet for skader opstået efter vold i hjemmet? (dvs. som fortæller om, hvordan skaden er opstået)

Angiv venligst dit skøn over antallet pr. måned

0-4 _____
5-9 _____
10-19 _____
>20 _____
Ved ikke _____

Hvor mange kvinder har du formodning om kontakter skadestuen uden at fortælle, at årsagen til skaden er vold i hjemmet?

Angiv venligst dit skøn over antallet pr. måned

0-4 _____
5-9 _____
10-19 _____
>20 _____
Ved ikke _____

Hvor mange kvinder* har du selv modtaget og behandlet for følger af vold i hjemmet inden for det seneste år?

_____ Antal

*Både kvinder der selv har fortalt om volden, og kvinder hvor du har haft en formodning om vold

Skadestuens rutiner for registrering af kontaktårsager

Hvem er den første person, som kvinden kan henvende sig til?

- Skadestuens sekretær
- En sygeplejerske
- Anden person, hvem? _____

	Ja	Nej	Ved ikke
Er der mulighed for, at kvinden 'diskret' kan informere skadestuens personale om, at hun har været udsat for vold?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registreres kontaktårsagen af skadestuens sekretær samtidigt med at personoplysninger registreres i "det grønne system", dvs., inden kvinden er undersøgt af sygeplejerske/læge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Såfremt kontaktårsagen registreres af skadestuens sekretær, bliver den evt. ændret, efter at en sygeplejerske eller læge har undersøgt patienten og konstateret, at skaden er opstået ved vold?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skadestuens procedurer og praksis

	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke
Oplever du, at der på skadestuen er bevågenhed/opmærksomhed om problemet, vold mod kvinder i hjemmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er der en skriftlig instruks for rutiner ved modtagelse af kvinder, der skønnes at have været udsat for vold i hjemmet?		Ja	Nej	Ved ikke
Hvis 'Ja', omfatter instruksen:				
Vejledning i hvordan man i skadestuen taler med voldsudsatte kvinder?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information om?				
Diskretion, dvs. personalets tavshedspligt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt til myndigheder, såfremt der er børn involveret		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt til politi vedr. evt. politianmeldelse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilkaldelse af tolk		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt til lokale kvindekrisecentre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt til familie, venner		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psyko/social opfølgning		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis "Nej": Oplever du, at der er behov for en instruks?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skadestuens praksis

	Ja	Nej	Ved ikke
Taler man med kvinden i enerum (dvs. uden pårørende tilstede)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilkalder man tolk til ikke dansktalende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du blevet vejledt i at spørge ind til årsagerne til skaden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du blevet vejledt i IKKE at spørge ind til årsagerne til skaden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informeres kvinden om mulighederne for anmeldelse, kontakt til de sociale myndigheder, krisecentre, psykolog?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skadestuepersonalets kompetence

Hvordan lærer man i skadestuen at tage imod kvinder udsat for vold?

	Ja	Nej	Ved ikke
Sidemandslære	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Learning by doing"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tilbydes din personalegruppe efteruddannelse/kurser om problemstillingen, vold mod kvinder?

Ja Nej Ved ikke

Er der i din personalegruppe personer, som har en særlig kompetence om problemstillingen, enten ved at have deltaget i kurser, eller ud fra mangeårig praktisk erfaring?

Ja Nej Ved ikke

Samarbejdspartnere

Oplever du, at skadestuen i sager, der omhandler vold mod kvinder, har et samarbejde med:

	Ja	Nej	Ved ikke
Politiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvindekrisecentre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prak. læger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialforvaltningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informationsmateriale til kvinden

	Ja	Nej	Ved ikke
Findes der på skadestuen pjecer til kvinden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Udleveres de direkte til kvinden af personalet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kendskab til foranstaltninger/krisecentre

Har du kendskab til følgende:

	Ja	Nej
Hotline for voldsramte kvinder på www.lokk.dk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kvindekrisecentre i lokalområdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
www.voldmodkvinder.dk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rådgivningsside på www.lokk.dk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rådgivning for fagfolk på www.lokk.dk		
Andre rådgivningscentre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>LOKK står for Landsorganisationen for kvindekrisecentre</i>		

Forslag til fremtidig forbedring

Kan du pege på tre ting, der vil kunne gøre skadestue modtagelsen af kvinder udsat for vold i hjemmet bedre end den er i dag?

- 1.
- 2.
- 3.

Hvad mener du, der skal til for at disse tre ting kan gennemføres?

Tak for din hjælp med at udfylde dette skema.

Bilag 2 Interviewguide

Præsentation af hvem vi er, og hvad vi vil.

Omfanget af henvendelser?

Hvor mange voldsudsatte kvinder henvender sig i skadestuen?

Hvordan registreres de?

Hvad sker, når en kvinde fortæller, at hun har været udsat for vold?

Er der i skadestuen en procedure/systematik som følges?

Hvis ja: Hvordan er proceduren? Hvem udfører hvad?

Er den tilfredsstillende, nem at følge, tilstrækkelig detaljeret, en hjælp for personalet? Er den kendt for alle? Hvordan bliver man introduceret til proceduren?

Føler man sig kompetent til at varetage proceduren? Hvilke vanskeligheder er der i forhold til at følge den (tekniske og/eller personlige vanskeligheder)?

Hvis nej: Hvordan er praksis?

Er det tilfredsstillende, ligetil, unødvendigt – eller er der ønske om en anden praksis? Hvilke problemer skaber det at der ikke er procedure? Er der fordele ved ikke at have en procedure?

Hvad sker, når der hos personalet opstår **mistanke** om, at en kvinde er voldsudsat?

Er der i skadestuen en procedure som følges?

Hvis ja: Hvordan er proceduren? Hvem udfører hvad?

Er den tilfredsstillende, nem at følge, tilstrækkelig detaljeret, en hjælp for personalet? Er den kendt for alle? Hvordan bliver man introduceret til proceduren?

Føler man sig kompetent til at varetage proceduren? Hvilke vanskeligheder er der i forhold til at følge den (tekniske og/eller personlige vanskeligheder)?

Hvis nej: Hvordan er praksis?

Er det tilfredsstillende, ligetil, unødvendigt – eller er der ønske om en anden praksis? Hvilke problemer skaber det at der ikke er procedure? Er der fordele ved ikke at have en procedure?

Kendskab til foranstaltninger/krisecentre.

Hvis du skulle bestemme, hvordan man i fremtiden skal modtage voldsudsatte kvinder på skadestuen, hvordan ville det så komme til at se ud?

Hvad skal der til for at nå dertil?

Systematik? Uddannelse i voldsproblematik? Samtaleteknik? Ledelse? Specialisering? Tilkald af socialrådgiver?

Bilag 3 anbefalinger udsendt inden dialogmøde

Fysiske rammer

Aktuelt er der på en række skadestuer sikret fysiske rammer, der tilgodeser patienternes behov for diskretion ved den første anamneseoptagelse, dvs. de kan give forklaring om årsagen til skadestuekontakten uden at blive overhørt af andre patienter, og der er derved god mulighed for at skadestuepersonalet kan få oplysninger om, hvorvidt skader er opstået ved partnervold. På andre skadestuer er dette ikke tilgodeset. Aktuelt ændres de fysiske rammer for akut modtagelser i de fleste regioner, og der vil formentlig fremover være bedre mulighed på samtlige skadestuer for diskretion ved modtagelse af bl.a. ofre for vold.

Det anbefales:

- At der sikres diskretion ved den første anamneseoptagelse ved skadestuesekretær eller -sygeplejerske ved, at kvinden kan forklare årsagen til skadestuekontakten i enerum med sekretær og sygeplejerske
- At kvinden får mulighed for at tale alene med skadestuepersonalet, dvs. at evt. medfølgende ægtefælle ikke skal deltage heri.

Personalets kompetence

På en række skadestuer er der i dag udpeget en kontaktperson, oftest en sygeplejerske, der varetager rutiner for modtagelsen af kvinder udsat for vold. På nogle skadestuer samarbejder kontaktpersonen med sygehusets modtagelse for voldtægts ofre. På andre skadestuer er der ikke sikret en særlig kompetence blandt skadestuepersonalet med henblik på at sikre en hensigtsmæssig modtagelse og opfølgning af kontakter vedrørende vold mod kvinder.

Det anbefales:

- At der på de enkelte skadestuer udpeges en eller flere sygeplejersker, der som ansvarsområde har at sikre et kvalificeret tilbud til kvinder udsat for vold
- At kontaktpersonen løbende orienterer det øvrige skadestuepersonale om praksis for modtagelse og opfølgning, herunder
- At kontaktpersonen opdaterer skadestuens instruks vedrørende modtagelse og opfølgning
- At der sikres kendskab blandt skadestuepersonalet til eksisterende materiale, herunder website information om vold mod kvinder; fx www.voldmodkvinder.dk
- At skadestuepersonalet holdes orienteret om lokale/regionale kvindekrisecentre og deres tilbud til voldsramte kvinder
- At der inddrages erfaringer fra lokale/regionale modtagelser i sygehusvæsenet beregnet for voldtægts ofre
- At der tilbydes kurser til skadestuepersonalet i problemstillingen vold mod kvinder i parforhold, herunder: Tegn på vold, voldens dynamik, samtaler om vold, voldens hyppighed og indvirkning på kvindernes helbred. Undervisning kan varetages af personalet på lokalt/regionalt krisecenter suppleret med studiebesøg på lokale krisecenter.

Skriftlig instruks til personalet

Det er et fåtal af skadestuer, der aktuelt har en instruks, der specielt er rettet mod modtagelsen og opfølgningen på kontakter som følge af partnervold. En instruks kan bidrage til at sikre gode rutiner, hvorfor det anbefales:

- At udarbejde en kortfattet instruks for standard procedurer for modtagelse
- At instruksen omfatter:
 - Regler for diskretion ved anamneseoptagelsen
 - Praksis for registrering
 - Stillingtagen til behovet for tolkebistand
 - Regler og procedurer for politianmeldelse
 - Praksis for dokumentation af fysiske følger af vold
 - Muligheder for henvisning til eksisterende tilbud i sundhedsvæsenet
 - Mulighed for kontakt til lokalt krisecenter
 - Udlevering af informationsmateriale til kvinden.

Information til kvinden/patienten

Der er bl.a. af LOKK, Landsorganisationen for Kvindekrisecentre, blevet udarbejdet omfattende informationsmateriale til forskellige professionelle grupper og informationsfoldere til kvinder udsat for vold. Dette materiale er aktuelt tilgængeligt på mange skadestuer og udleveres til patienter, der har været udsat for vold.

Der er behov for, at der på alle skadestuer er et informationsmateriale, som informerer om:

- Regler og procedurer for politianmeldelse
- Muligheder for kontakt til og støtte fra primær sundhedsvæsen og sociale myndigheder
- Kontaktadresser til lokale krisecentre og andre tilbud uden for sygehusvæsenet med oplysning om deres tilbud
- Orientering om hvor der fås viden om 'vold mod kvinder' herunder henvisning til Internet-adresser/websites, fx www.voldmodkvinder.dk

Registreringspraksis

Der er nødvendigt med registreringer, der sikrer et korrekt datagrundlag for at beskrive omfanget af skadestuehenvendelser som følge af vold og til forskning om fysisk vold mod kvinder.

Det kan overvejes at:

- Kontaktårsag registreres ved afslutningen af skadestuebesøget, og ikke som nu i starten.

Bilag 4 Mødedeltagelse ved dialogmøde den 16. september 2010

Arrangører

Navn	Stilling	Organisation
Karin Helweg Larsen	Seniorforsker	SIF
Karin Sten Madsen	Projektmedarbejder	SIF
Susan Andersen	Videnskabelig assistent	SIF
Lene Johannesson	Sekretariatschef	LOKK
Mette Volsing	Projektkoordinator	LOKK

Fra skadestuerne

Navn	Stilling	Sygehus
Anette Frahm	Afdelingssygeplejerske	Regionshospitalet Herning
Marie Toft	Spl m ansvarsområde	Århus Sygehus
Kirsten Scherrebeck	Spl m ansvarsområde	Århus Sygehus
Gea Tepper	1. assistent	Odense Universitetshospital
Marianne Køier	Afdelingssygeplejerske	Næstved Sygehus
Anja Alexandersen	specialeansvarlig spl	Næstved Sygehus
Ina M. Andersen	Afdelingssygeplejerske	SVS, Esbjerg.
Lisbeth Hansen	Afdelingssygeplejerske	Gentofte Hospital
Henrik Johansen		Gentofte Hospital
Birgitte Taasby	Afdelingssygeplejerske	Bispebjerg Hospital
Anne Marie Kjær	Afdelingssygeplejerske	Helsingør Hospital
Vibeke Hald	Afdelingssygeplejerske	Nykøbing F

Fra krisecentrene

Navn	Stilling	Krisecenter
Anette Hylgaard	Leder	Heradøtrenes Krisecenter - Kalundborg
Dorrit Schneider	Pædagog	Heradøtrenes Krisecenter - Kalundborg
Yvonne Dujardin	Forstander	Herfølge Krisecenter
Judith Klitgaard	Souschef	Herfølge Krisecenter
Marianne Kierkegaard	Krisecenterleder	Røntofte - Helsingør
Ditte Bruun Olsen	Socialrådgiver	Røntofte - Helsingør
Jette Høngaard		Nakskov Krisecenter
Pia Bucholtz		Nakskov Krisecenter
Helle Walsted Samuelsen	Krisecenterleder	Danner - København
Henriette Højberg	Leder af videnscenter	Danner - København
Mette Speich		Boligfondens Krisecenter - Hellerup
Pia Kronborg		Boligfondens Krisecenter - Hellerup
Solveig Arnbrister	Forstander	Frelsens Hærs Krisecenter Næstved
Karen Margrethe Jacobsen	Pædagog	Frelsens Hærs Krisecenter Næstved
Hanne Hou	Krisecenterleder	Hillerød Krisecenter
Gitte Blomgreen		Hillerød Krisecenter
Kirsten Heinfelt	Krisecenterleder	Ringsted Krisecenter
		Ringsted Krisecenter

Lis Vahlun
Lene Hakmann
Mette Bak
Helle Kjems
Marianne Brøndberg

Krisecenterleder
Krisecenterleder

Roskilde Krisecenter
Frederiksværk Krisecenter
Kvindehjemmet - København
Egmontgården
Egmontgården

Bilag 5 Dagsorden til dialogmøde den 16. september 2010

- 10.30 Kaffe/the mm.
- 11.00 Velkomst v/speciallæge Karin Helweg-Larsen, Statens Institut for Folkesundhed (SIF) og sekretariatsleder, Landsorganisationen for Kvindekrisecentre (LOKK) Lene Johannesson
- 11.15 Præsentation af undersøgelsens hovedresultater
- Hvordan udførte vi undersøgelsen v/projektmedarbejder Karin Sten Madsen, SIF
 - Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen v/videnskabelig assistent Susan Andersen, SIF
 - Resultater fra interviews v/projektkoordinator Mette Vol-sing, LOKK
- 12.00 Gruppearbejde
- Kort præsentation af anbefalinger v/Karin Helweg-Larsen
 - Diskussion af anbefalinger i grupper
- 13.00 Frokost
- 13.45 Tilbage melding på anbefalinger og diskussion
- 14.45 Afrunding og tak for i dag

Rapporten kortlægger den aktuelle praksis på danske skadestuer for modtagelse, undersøgelse og behandling af kvinder udsat for fysisk vold i hjemmet

Rapporten er blevet til i et samarbejde mellem Statens Institut for Folkesundhed og Landsorganisation for Kvindekrisecentre og baserer sig på en undersøgelse af praksis på ni skadestuer i Danmark

