

Speciale i sundhedsfremme

Sundhedsvæsenets møde med voldsramte

Gruppen er:

- Ann-Sofie Messmer Mathiasen (59943)
- Terese Skovgaard Vick (60348)



Uddannelsessted:	Roskilde Universitet
Fag:	Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier
Niveau	Kandidat
Semester:	4.
Kurstype:	Speciale
Samlet antal tegn:	222.783
Normal sider:	103
Eksamen på tværs af sprogskel:	Nej

*Anslag er inkl. mellemrum. Opgavens omfang er inkl. forside og litteraturliste

Ser vi de voldsramte kvinder?

- **Sundhedsvæsenets møde med voldsramte kvinder**



Billede fra Socialstyrelsen & Rambøll (2011)

Abstract

The following thesis will attempt to uncover some of the underlying structures of the interaction between women, who have or are suffering from domestic violence, and the health care personnel. Further, will we investigate why the majority of these women stay in the abusive relationship for a minimum of five years, and why they have not been helped sooner. The thesis is built upon a qualitative analysis, consisting of interviews with a doctor, a physical therapist, and several emergency nurses, to obtain their experiences from firsthand interactions with the women. During the analysis we investigate according to relevant theoretical frameworks, such as Michel Foucault's and Dorthe Birkmose's, how the personnel interact with the women. In this analysis, we will use evil, power, discipline, trust etc. as terms.

The analysis uncovers several complications in the interaction between the health care personnel and the women exposed to domestic violence. Some of the complications we discuss are the lack of information regarding women in domestic violence, a tight work schedule, lack of education, etc. The complications reach into a macrolevel, as the political scene characterizes the opportunity and flexibility of the health care personnel. Finally, we conclude the thesis with an outlook to Norway, as they have divided the area of domestic violence into different sections of the ministry, amongst others the Ministry of Health, that then cooperate to identify victims. This is opposed to Denmark where it is only divided in two sections and is not a part of the Ministry of Health.

Indholdsfortegnelse

Motivation og problemfelt	6
Problemfelt	6
Problemformulering	9
Begrebsafklaring	11
Forskerposition	11
Sundhedsforståelse	12
Det åbne sundhedsbegreb	12
Specialets videnskabsteoretiske standpunkt	15
Refleksionsproces omkring valget af denne retning	16
Kritisk realisme	16
Formål	17
Viden	18
Ontologi og epistemologi	18
Videnskabsteoretisk argumentation for anvendte teorier	20
Videnskabsteoretisk argumentation for metodiske valg	21
Metode	21
Litteratursøgning	22
Semistruktureret interview	23
Informanter	24
Etiske overvejelser angående anonymitet	25
Case-orienteret	25
Metodologi	27
Slutningsform og fremgangsmåde	27
Retroduktion, abstraktion og abduktion	28
Refleksioner omkring den teoretiske ramme	30
Michel Foucault - magt og disciplinering	32
Niklas Luhmann - tillid	32
Dorthe Birkmose - ondskab	32
Specialets teoretiske ramme	33
Magt, disciplinering og tidsstyring i sundhedsvæsenet	33
Tidsstyring	36
Sundhedspersonalets handlen i arbejdet	36
Tillid	36
Ondskab og forråelse	38

Analysestrategi	42
Analyse	43
Delanalyse 1 - Hvordan hjælper sundhedsvæsenet de voldsramte og hvilken betydning har det for opsporingen?	43
Tilgang, disciplinering og overvågning af sundhedspersonalet	44
Panoptikon og tid	46
Etiske overvejelser i mødet med voldsramte kvinder	47
Når sundhedspersonalet handler ondt i en travl hverdag	49
Samtale med, og relationsdannelse til de voldsramte kvinder	52
Tidsstyringens betydning for håndteringen af voldsramte kvinder	55
Kompleksiteten ved mistanken om vold	56
Patient-behandler relation	58
Delkonklusion 1	60
Delanalyse 2 - Hvilke muligheder og udfordringer oplever sundhedspersonalet i deres arbejde for at hjælpe voldsramte kvinder?	61
Voldsramtes kvinders ret til selvbestemmelse	61
Sundhedspersonalets gode hensigter kan ende med forråelse	63
Magtbalancens betydning i samtalen med de voldsramte kvinder	65
Tillid i samtalen - magtrelationens betydning	66
Sundhedspersonalets viden og uddannelse	68
Tidens betydning	70
Disciplinerings betydning for håndtering af mødet med voldsramte kvinder	70
Manglende videns betydning for handlingen	72
Vidensdeling	76
Delkonklusion 2	77
Diskussion - Kan tiltagene omkring opsporing af og videreformidling til voldsramte kvinder forbedres tiltagene omkring opsporing og videreformidling forbedres?	79
Behandling kræver samtykke	79
Pligten til at hjælpe	81
En strukturel forståelse af vold i Danmark	85
Forbedringsforslag	86
Konklusion	90
Perspektivering	93
Danmarks handlingsplan sammenlignet med Norges	93
Procesrefleksion	96
Litteraturliste	98

Motivation og problemfelt

Motivationen for specialets emne *sundhedsvæsenets møde med voldsramte kvinder, og den betydning det har for opsporingen af dem*, er præget af en faglig interesse. Vi har en faglig interesse for dette område, hvortil vi gennem kurser på studiet har vi fået en indsigt i *sundhedsvæsenet, ulighed i sundhed og sårbare grupper*.

Yderligere har vi gennem vores privatliv stiftet kendskab til, hvad det vil sige at være voldsramt. Dermed har vi en forståelse for 'kampen ud af volden', og hvordan det skaber komplekse problemer og udfordringer. Dette betyder, at vi har nogle forståelser i begyndelsen af undersøgelsen omkring dette emne, disse vil ikke et være bias, da vores kendskab til voldsramte ikke har handlet omkring sundhedsvæsenet.

Med afsæt i vores faglige viden og personlige erfaringer ved vi, at det har en sundhedsmæssig konsekvens at leve i et voldeligt forhold, hvilket skabte vores interesse for at arbejde med emnet. Denne interesse blev forstærket af TV2 dokumentarserien *'Fanget i et farligt forhold'* (2021), som portrætterer kvinder, der har været udsat for vold af forskellig karakter samt kampen ud af volden (Rasmussen, 2021).

Problemfelt

"Vold mod kvinder, som ofte udøves af nærtstående personer, er ifølge WHO et af de største sundhedsproblemer i verden. Volden medfører større sygelighed og dødelighed for kvinder end malaria, trafikulykker og krig tilsammen". (Holm, 2000: 10)

Som det fremgår af dette citat er vold et stort problem på verdensplan. Dette kommer ydermere til udtryk gennem det faktum, at vold i 1996 blev erklæret af den 49. World Health Assembly til at være et stort og voksende folkesundhedsproblem i verden (Dahlberg et al., 2002: xix).

I de seneste år har Danmark haft et øget fokus på vold i nære relationer, særligt på psykisk vold. Dette kommer blandt andet til udtryk, qua loven mod psykisk vold, der trådte i kraft 1. april 2019 (Oksbjerg, 2019). Dansk Sygeplejeråd omtaler i artiklen *'Vold mod kvinder en global epidemi'*, at til trods for at mange vestlige lande på nuværende tidspunkt er præget af en formel ligestilling: *"[...] udsættes kvinder i stort omfang for vold og sexchikane, som kan være mere eller mindre officielt accepteret"*. (Holm, 2000: 11)

Til trods for den øget opmærksomhed på vold indikerer nyere tal i Danmark, at vold i nære relationer stadig er et problem. Statistik fra Danner Stiftelsen viser, at der hvert år er 72.000 kvinder, som udsættes for psykisk vold og 38.000, der udsættes for fysisk partnervold (Danner: Vold mod kvinder). Vi vil pointere, at tallene kun dækker de tilfælde, som er blevet registreret. Danner Stiftelsen påpeger, at der må antages at være et større mørketal (Fock et al., 2017: 2). Vil argumentere for, at dette kommer udtryk i Danners årsstatistik fra 2020, der dokumenterer, at 31 % lever med vold i over 10 år. Ydermere viser statistikken, at 26 % oplever, at volden strækker sig over 5-10 år (Danner, 2020: 8).

Det fremgår ydermere af en rapport fra Socialstyrelsen, 2018, hvor voldens varighed undersøges i voksenlivet. Her fremgår det, at 37 % har været udsat for vold i over fem år i det seneste forhold (Socialstyrelsen, 2019: 6).

Det fremgår ikke af statistikkerne, hvorvidt disse kvinder har søgt hjælp i løbet af disse år. Vi vurderer, at de høje tal er et udtryk for voldens kompleksitet og udfordringer, og at det kræver en del at forlade et voldeligt forhold, derfor er hjælp udefra essentielt.

Vold kan ramme alle, men vi har i dette speciale valgt at fokusere på voldsramte kvinder. Argumentationen for dette valg, skyldes først og fremmest en begrænsning til en målgruppe. Vi har valgt denne målgruppe, da det er ved denne målgruppe, at vi observerer det største antal af voldsramte på årsbasis¹. De fremtalte tal skabte refleksioner hos os om, at disse kvinder i de plus fem år må have været i kontakt med sundhedsvæsenet. På baggrund af vores sundhedsfremmende perspektiv, fandt vi det relevant at undersøge sundhedspersonalet håndtering og arbejde med voldsramte kvinder, med udgangspunkt i den funktion de har i deres arbejde.

I forbindelse med vores fokus, valgte vi at kontakte Danner Stiftelsen². Formålet med at kontakte Danner var, at få en indsigt i, hvorvidt de oplevede, at der var mangel på viden på et konkret område eller tiltag der kaldte på evaluering, set ud fra et sundhedsfremmende perspektiv. I forbindelse med specialet er vi indgået et delvist samarbejde med Danner Stiftelsen. Vi havde en dialog med vicedirektør Mette Marie Yde Poulsen, omkring vores fokusområde, sundhedspersonalet, og deres arbejde med voldsramte kvinder. Vi havde gjort os en række overvejelser om, hvad der kunne være interessant i forbindelse med dette.

¹ Det estimeres 19.000 mænd er udsat for partnervold årligt (Lev uden Vold: tal og fakta om vold)

² Danner Stiftelsen er et kvindekrisecenter (Danner: Om os).

Hertil tilføjede hun, en oplevelse af mangel på viden omkring sundhedsområdet - hvordan sundhedssystemet møder de voldsramte kvinder, hvordan de hjælper, og hvad der medfører at kvinderne ikke bliver opsporet tidligere. Til trods for, at de, formentligt, løbende har haft kontakt med sundhedssystemet, Mette Marie påpeger, “[...] hele sundhedssektoren, skal også til at kigge på det som noget der er et relevant problem for dem. Hvor de også har et ansvar“.
(Bilag, H: 18-19)

Derfor har vi i dette speciale valgt at rette fokus på, hvorfor en stor mængde af voldsramte kvinder ikke får den fornødne hjælp gennem sundhedsvæsenet tidligere. Individuer er ofte i kontakt med sundhedsvæsenet flere gange i løbet af de ‘fem til ti’ år af forskellige årsager³. En kvinde, der er udsat for vold, kan have behov for eksempelvis lægebesøg på baggrund af volden, hvilket kan være grundet fysiske skader, psykosomatiske smerter, angst, mavesmerter etc. Derfor undrer vi os over, hvorfor der ofte går fem til ti år, før kvinderne får hjælp til at finde en vej ud af volden. Er det manglende information eller mangel på retningslinjer hos for eksempel de praktiserende læger, fysioterapeuter og akutmodtagelserne? Eller er hjælpen ikke tilstrækkelig?

Fagpersonalet inden for sundhedsvæsenet er ofte de, som møder voldsramte kvinder mens de udsættes volden. Dermed er sundhedsvæsenet dem som vi i denne undersøgelse, betegner som det ‘første møde’. Mette Marie tilkendegiver dette således: “Så det er jo det jeg synes der er så essentielt ved sundhedsvæsenet, det er, at de har muligheden for at opspore de her kvinder, der er udsat for vold meget tidligere end vi gør“. (Bilag, H: 4) Dette ligger i tråd med WHO's vurdering af, at alt sundhedspersonale i verden, gennem deres funktion, har en væsentlig rolle i forbindelse med opsporingen af voldsramte kvinder (Holm, 2000: 16).

Med udgangspunkt i ovenstående problemfelt, vores møde med Mette Marie Yde i begyndelsen af undersøgelsen, samt litteratursøgning på området, vurderer vi, at der er mangel på viden om, hvad der sker i mødet mellem sundhedsvæsenet og de voldsramte kvinder - hvilken betydning mødet har for opsporingen. Dette har vi i sinde at belyse gennem undersøgelsen.

Dette har ført til følgende problemformulering:

³ I 2020 var i alt 2 725 223 kvinder hos almen læge (Danmarks statistik: Lægebesøg).

Problemformulering

Hvorfor går der fem til ti år før størstedelen af voldsramte kvinder får den fornødne hjælp og hvordan møder sundhedsvæsenet dem?

- *Hvordan hjælper sundhedsvæsenet de voldsramte og hvilken betydning har det for opsporingen?*
- *Hvilke muligheder og udfordringer oplever sundhedspersonalet i deres arbejde for at hjælpe voldsramte kvinder?*
- *Kan tiltagene omkring opsporing af og videreformidling til voldsramte kvinder forbedres tiltagene omkring opsporing og videreformidling forbedres?*

Vi vil i denne undersøgelse arbejde ud fra *kritisk realisme*, da vores problemformulering søger at forklare og kritisere sociale fænomener og paradokser.

For at besvare problemformuleringen anvender vi kvalitativ empiri, i form af interviews. I den forbindelse inddrager vi blandt andet interview med eksperter på området, Trine Rønne, leder af Center for Voldsramte, og Mette Marie Yde, Vicedirektør ved Danner Stiftelsen. Derudover anvender vi interviews med en praktiserende læge, tre akutsygeplejersker og en fysioterapeut.

For at give en bredere forståelse af, hvordan situationen på dette område ser ud i Danmark på nuværende tidspunkt, vil vi kort redegøre for dette i nedenstående afsnit.

Den offentlige indsats i Danmark på nuværende tidspunkt

I vores søgen efter viden om, hvordan den offentlige sektor arbejder med problematikken, vold i nære relationer søgte vi efter handlingsplaner på et politisk niveau, hvorefter vi rettede fokus hen imod den indsats, der bliver gjort i praksis. Efter interviewet med Trine Rønne, skrev vi til Sundhedsstyrelsen for at få en forståelse af, hvilke retningslinjer de har på området. Vi fik følgende svar:

“Sundhedsstyrelsen har ikke retningslinjer for håndtering af vold i nære relationer. Området hører under Socialstyrelsen, og jeg vil derfor bede jer om at rette henvendelse til dem”. (Bilag, I: 1)

Dermed blev vi tidligt i undersøgelsen bevidste om, at hovedansvaret politisk, for voldsområdet ligger hos Socialstyrelsen. På deres hjemmeside har de udarbejdet en værktøjskasse til fagpersoner, som skal indgå i en samtale med voldsramte børn og voksne. Her ligger der beskrivelser af tegn på vold ved børn og voksne, gode råd til samtalen med en voldsudsat, og relevant lovgivning på voksenområdet (Socialstyrelsen: Værktøjskasse). En pointe i deres rådgivning er: *“Vær opmærksom på, at hjælp til den voldsramte er en anerkendelse af voldsproblemet. At undlade at hjælpe kan opfattes som en legitimering af volden”*. (Socialstyrelsen: Gode råd, når du taler med en voldsudsat)

I og med at voldsområdet ligger under Socialstyrelsen, har kommunerne en vigtig rolle i forbindelse med den offentlige indsats, omkring hjælp til voldsramte; adgang til at søge hjælp, krisecentre etc. Der har været et politisk fokus omhandlende forebyggende arbejde, vidensudvikling, samt at mindske volden i nære relationer i kommunerne (Olddrup et al. 2019: 4;6).

Der eksisterer ydermere en *spørgeguide om vold*, som har sine rødder hos behandlingstilbuddet Dialog mod Vold, der lavede et samarbejde med Københavns Kommune. Målet med dette var at give sagsbehandlere muligheden for at blive mere bevidste om, hvorvidt der var tale om en voldsramt; deraf skabe grundlaget for, at fagpersonene kan vurdere relevansen af at tilbyde hjælp i form af et behandlingsforløb (Knudsen & Volsing, 2018: 25- 26).

Kigger man på andre landes arbejde med voldsramte, viser en rapport fra 2001, som evaluerede på flere landes tiltag, at Danmark - modsat eksempelvis. Norge - på daværende tidspunkt, ikke havde en national handlingsplan. Norge har opsat 20 mål, hvilket blandt andet indebærer, at politiet skal styrkes i efterforskningen, bedre beskyttelse af ofre og koordinering af indsatsen. Der lægges stor vægt på forskning og uddannelse af fagpersoner og frivillige (Behrens & Tilia, 2001: 23). Den seneste danske handlingsplan er fra 2019 - *Handlingsplan til bekæmpelse af psykisk og fysisk vold i nære relationer*.

Det fremgår af denne, at formålet blandt andet, er at styrke en helhedsorienteret indsats, som fokuserer på forskellige voldsformer, samt at informere om tilbud på voldsområdet. Således at den enkelte person i højere grad kan få den nødvendige hjælp (Minister for ligestilling, 2019: 7).

Begrebsafklaring

I begyndelsen af specialet udarbejdede vi en begrebsafklaring, men i forbindelse med specialeprocessen vurderede vi, at den første begrebsafklaring, blev for omfattende. Vi havde tidligt i processen vurderet, at det kunne være gavnligt for læseren at forstå de forskellige dynamikker, der kan finde sted i et voldeligt forhold. Vi har efterfølgende revurderet dette, da specialet ikke omhandler volden i sig selv men de fænomener, der forekommer i sundhedssektoren, når en kvinde, som er i et voldeligt forhold, kommer ind på en skadestue, tager til lægen eller har et forløb hos en fysioterapeut.

Da vi benytter 'vold' og 'vold i nære relationer', som begreber er det relevant, at beskrive, hvad disse begreber indebærer.

Vi benytter begreberne som overbegreber, for de fænomener, der kan eksistere i voldelige forhold, herunder: *psykisk vold, kontrol, seksuel vold, fysisk vold, økonomisk og materiel vold, isolation og demoralisering*.

Vold i nære relationer kendetegnes ved, at der er en ulig magtfordeling, og hvor den ene part udøver magt, i form af eksempelvis ovenstående dynamikker. Yderligere kendetegnes voldelige forhold ved, at disse dynamikker er systematiske og vedvarende (Mødrehjælpen: Holdepunkt).

Forskerposition

Vores forskerposition i dette speciale er præget af, at vi både er observerende og deltagende. Dette skyldes vores ontologiske tilgang, hvor vi accepterer, at der er dele af virkeligheden, som eksisterer uafhængigt af vores erkendelse. Det vil sige, at vi observerer dele af virkeligheden, som er udgangspunktet for undersøgelsen; fænomenet om de voldsramte kvinder. Samtidig med dette, skaber vi gennem undersøgelsen større erkendelse på området ved at være deltagende, forklarende og fortolkende. Dette gør vi gennem en anvendelse af de inddragede teorier til at begrebsliggøre og forklare nogle af årsagerne til, at det kan tage mange år førend kvinderne, får hjælp til at træde ud af et voldeligt forhold. Grundet sundhedsperspektivet er det nødvendigt at klargøre vores forståelse af 'sundhed'.

Vi benytter os af det *åbne sundhedsbegreb*, hvilket uddybes i næste afsnit.

I denne forbindelse er det relevant for gennemsigtheden, at vi er eksplicitte omkring vores studieretning. Da dette har en betydning for, hvordan vi fortolker informanternes fortællinger. Vi har begge studieretningen Sundhedsfremme og sundhedsstrategier + pædagogik og uddannelsesstudier på kandidatuddannelsen. Vi har forskellige baggrunde fra bacheloruddannelsen, hvor den ene af os har en samfundsfaglig bachelor og den anden har en humanistisk. Dette vurderer vi som en styrke, da vi hermed gennem specialet har øje for de forskellige elementer, der kendetegner både humaniora og samfundsvidenskaberne.

Sundhedsforståelse

Vi har i denne undersøgelse et holistisk menneskesyn og benytter os af *det mere åbne sundhedsbegreb*, i forhold til vores forståelse af sundhed. Med det in mente har vi gjort os en række overvejelser om sundhedsforståelsen. Det område vi undersøger, sundhedsvæsenet, bevæger sig mere i den biomedicinske forståelse af sundhed. Dette er noget vi forholder os til under empiriindsamling og kodningen af empirien. På baggrund af dette gjorde vi os overvejelser omkring at inddrage et redegørende afsnit omhandlende den biomedicinske forståelse. Hvortil vi havde intentioner om, at både det åbne sundhedsbegreb og den biomedicinske forståelse skulle have en teoretisk funktion, og blive anvendt gennem analysen. Men i takt med at analyseprocessen udfoldede sig, stod det klart for os, at det kun var det åbne sundhedsbegreb, som var nødvendigt for undersøgelsen, da det er den sundhedsforståelse, som vi selv benytter os af. Ydermere er dette en undersøgelse, som går udover det biomedicinske, hvilket vil sige at det holistiske menneskesyn er essentielt, da det præger erkendelsen. I nedenstående afsnit vil vi redegøre for det åbne sundhedsbegreb, samt argumentere for vores valg.

Det åbne sundhedsbegreb

Vores forståelse af sundhed tager udgangspunkt i Steen Wackerhausens *åbne sundhedsbegreb*, hvilket adskiller sig fra andre forståelser af sundhedsbegrebet ved, at det i korte træk kan defineres således:

”Subjektets kontekstuelle handlekapacitet, hvilket mere detaljeret er et udtryk for relationsforholdet mellem subjektets mål (værdier), subjektets livsbetingelser og dets kropsbundne (psykiske og fysiske) handlefærdigheder”. (Wackerhausen, 2005: 43)

Argumentationen for at vi anvender det åbne sundhedsbegreb som vores ståsted og perspektiv indebærer, at sundhedsbegrebet både har en eksplicit og sprogligt udfoldet dimension og en implicit dimension, der ikke defineres, hverken sprogligt eller skriftligt; det er ubevidst og implicit indlejret hos individet, hvilket kommer til udtryk gennem handlinger og forestillinger (Wackerhausen, 2005: 45).

Det eksplicite sundhedsbegreb kan for nogle defineres som faktisk sundhed, såsom KRAM faktorerne⁴. Hvilket står i kontrast til det implicite, som dækker over noget uhåndgribeligt - eksempelvis trivslen i et parforhold. I kontekst til vores undersøgelse antager vi, at nogle af vores informanter arbejder ud fra en mere faktisk sundhedsforståelse, som i højere grad er præget af den biomedicinske sundhedsforståelse, hvor fokus er på det observerbare og symptomer. Hertil kan informanterne også have et implicit sundhedssyn. Det er vigtigt at pointere, at mennesker både kan have et eksplicit og et implicit sundhedssyn, og at disse to ikke nødvendigvis stemmer overens med hinanden.

En af de vigtigste faktorer i forbindelse med vores valg af sundhedssyn er, at en af de essentielle ting i det åbne sundhedsbegreb er *handlekapacitet*. Grundlaget for at dette er essentielt for vores perspektiv skyldes, at det indebærer de *subjektbundne handlefærdigheder*, som er individets psykiske og fysiske funktionsniveau. Udover dette indebærer det *subjektets generaliserede handlekapacitet*, hvilket er individets evne til at indfri egne mål, med afsæt i dets handle- og funktionsniveau samt dets livsbetingelser. Det er denne del af begrebet ‘handlekapacitet’, som er det centrale i henhold til det åbne sundhedsbegreb.

Et sundt individ er, ifølge Wackerhausen, et individ, der besidder fyldestgørende handlekapaciteter i forhold til de mål, individet ønsker at opnå med udgangspunkt i dets nuværende livsbetingelser; sundhed er et middel til at opnå målet (Wackerhausen, 2005: 49-50). Det kunne for eksempel være en voldsramte kvinde, der har den rette mængde af handlekapacitet til at bryde med volden, hvis dette er hendes mål.

⁴ Kost, rygning, alkohol og motion

Hertil skal det tilføjes, at der både eksisterer *ægte- og uægte mål*. Uægte mål karakteriseres ved, at de kan fremstå tvangsbetonet - både indefra og udefra. Dette kan eksempelvis forekomme, hvis en voldelig partner har en bestemt opfattelse af, hvilken vægt kvinden skal have, hvordan hun skal klæde sig og gennem kontrol påtvinger hende en bestemt adfærd. Et indvendigt uægte mål kan eksempelvis være en depression eller PTSD på baggrund af volden, der medfører at kvinden får et påtvunget mål om, at hun skal hvile mere med henblik på bedring.

I modsætning til uægte mål, eksisterer ægte mål, der udspringer fra individet selv. Det kan blandt andet være målet, som beskrevet ovenfor, at kvinden ønsker at bryde med forholdet, og opsøge hjælp, i forhold til at opbygge et sundt liv uden vold.

Det vil sige, at disse mål sker på baggrund af personens rationelle og selvkritiske refleksioner, hvor egne ønsker og handlinger er inkorporeret (Wackerhausen, 2005: 54-57).

Det som vi kommer til at fokusere mest på, i henhold til ægte- og uægte mål, i dette speciale er sundhedspersonalets evne og muligheder for at hjælpe kvinden med at skabe ægte mål, samt undgå de uægte mål. Som omtalt i problemfeltet har sundhedspersonalet en unik mulighed for at være en støtte, der kan hjælpe de de voldsramte kvinder. Eftersom at vejen ud af volden, og de udfordringer vold skaber, kræver det en viden om, hvordan samtalen med voldsramte kvinder skal tilgås. WHO har udstukket anbefalinger omkring, hvordan sundhedspersonalet i hele verden kan håndtere mødet:

WHO har opstillet nogle minimumsregler for, hvad sundhedspersonalet overalt i verden kan gøre:

1. Først og fremmest må sundhedspersonalet undgå at føje spot til skade med uvenlige attituder eller ved at antyde, at offeret selv bærer en del af skylden for sin situation. Det vil kun føre til, at offeret føler skam og mindreværd og isolerer sig yderligere.
2. Være opmærksom på tegn på vold og misbrug og følge op på det.
3. Rutinemæssigt spørge om klientens erfaringer med vold og misbrug, hvor der er mistanke.
4. Sørge for såvel medicinsk behandling som journalregistrering af tilfælde af vold mod og misbrug af kvinder/piger.
5. Henvise patienterne til passende sociale foranstaltninger, krisecentre eller støttegrupper
6. Respektere patientens behov for fortrolighed og hemmeligholdelse af informationer og journaler.

(Holm, 2000: 17).

På baggrund af ovenstående anbefalinger argumenterer vi for, at der eksisterer et behov for, at sundhedssektoren tager del i opsporingen af voldsramte kvinder på verdensplan. Vi vurderer, at dette behov som WHO observerer omkring sundhedspersonalets rolle i forbindelse med voldsområdet og de specifikke anbefalinger til sundhedspersonalet, er et udtryk for, at det er en mangel i praksis. Dermed er relevansen af anbefalingerne en del af argumentet for, at det er essentielt at undersøge, hvad der sker i mødet mellem voldsramte kvinder og sundhedspersonalet i Danmark.

Specialets videnskabsteoretiske standpunkt

Specialet søger, som nævnt i problemfeltet, en viden omkring, hvilke muligheder og udfordringer sundhedspersonalet oplever i mødet med voldsramte kvinder. Formålet er at få en større forståelse for, hvad der blandt andet kan ligge til grund for, 'at det kan tage fem til ti år, før størstedelen af voldsramte kvinder, kommer på et krisecenter eller får anden form for hjælp'.

Vi fokuserer, i denne undersøgelse, på de sundhedsprofessionelle og ikke de voldsramte kvinder. Argumentationen for dette valg indebærer, at vi har en antagelse om, at vi gennem sundhedspersonalets perspektiv, kan få et indblik i de gældende mekanismer og strukturer, som eksisterer i det daglige arbejde. Dette er med henblik på at diskutere udfordringerne, og hvad der eventuelt kan forbedres, med det formål at det i sidste ende vil gavne kvinderne. Valget af videnskabsteoretisk ståsted er faldet på kritisk realisme, men inden da gjorde vi os overvejelser omkring, hvad andre retninger kunne bidrage med. Dette vil vi kort belyse i det kommende afsnit. Efterfølgende vil vi redegøre for kritisk realisme, og hvordan denne retning kommer til udtryk gennem specialet. Den litteratur vi anvender til beskrivelsen af videnskabsteorien, er *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori*. Vores argumentation for anvendelse af denne er, at vi ikke bekender os fuldt ud til en specifik teoretikers forståelse af kritisk realisme, men vi er i stedet inspireret af retningen og dens formål.

Refleksionsproces omkring valget af denne retning

Vi havde i begyndelsen en formodning om, at sundhedsvæsenet kan spille en rolle i forbindelse med opsporingen af voldsramte. Dette efterlader os i startfasen af specialet med refleksionerne:

“Hvorfor er det problematisk at hjælpe voldsramte videre i systemet?

Hvilke strukturer præger den nuværende situation, og har de en betydning for opsporingen?”

Vi har valgt denne retning, fordi problemformuleringen stiller spørgsmålet: ‘hvorfor’. *Hvorfor går der fem til ti år før størstedelen af voldsramte kvinder får den fornødne hjælp og hvordan møder sundhedsvæsenet dem?*

Dermed har vi et hovedspørgsmål, der kalder på en forklarende analyse. Det er hermed nærliggende, at valget er, faldt på kritisk realisme. Vi har reflekteret over, om vi kunne have anvendt andre retninger, som kunne være gavnlige for undersøgelsen, samt hvilken viden dette kunne bidrage med. I denne forbindelse har vi reflekteret over, at trods forskelle, har hermeneutik og kritisk realisme nogle ligheder. Havde vi valgt hermeneutik, havde vi haft fokus på ‘forståelsen’ af et fænomen (Juul & Pedersen, 2012: 404). Dette betyder, at problemformulering ville have set anderledes ud. Hvis vores formål havde været at få en større forståelse for kvindernes oplevelser af mødet med sundhedsvæsenet, havde hermeneutik været et nærliggende valg. Da vi ikke søger en større forståelse af fænomenet, men vi vil forklare mekanismerne bag fænomenet, er valget faldet på kritisk realisme (Juul & Pedersen, 2012: 408).

Kritisk realisme

Kritisk realisme ses som et alternativ til positivismen og radikal konstruktivismen. Kritiske realister pointerer, at bruddet med positivismen kommer til udtryk ved, at den sociale virkelighed kan forstås som et *åbent system*; et system hvor det ikke er konstante mønstre. Til trods for at der er ligheder i måden, hvorpå samfunds- og naturvidenskaben undersøger et felt er der nogle forskelle, som er essentielle at pointere. Den sociale virkelighed er præget af en åbenhed, der medvirker, at samfundsvidenskaberne aldrig kan forudsige fremtidige begivenheder. Kritisk realisme fastholder derudover, at samfundsvidenskab ikke kan være værdineutral.

Når samfundet studeres, bør forskere ikke være tilbageholdende i henhold til brugen af viden med det formål at forme en samfundskritik, og i den forbindelse medvirke til at skabe sociale forandringer (Buch-Hansen & Nielsen, 2012:278-279).

Formål

Formålet i specialet er at forklare og begrebsliggøre de bagvedliggende generative mekanismer - de bagvedliggende kausale sammenhænge, som ligger bagved fænomenet. Denne begrebsliggørelse sker på baggrund af de teoretiske begreber (Juul & Pedersen, 2012: 408-409). I den forbindelse var vores start refleksioner, at manglende tid og viden på området skaber udfordringer i forhold til at spotte og hjælpe voldsramte kvinder. Disse refleksioner bunder i vores kendskab til korte konsultationer hos lægen og på akutmodtagelsen, hvor der løbes hurtigt. Dette antog vi ville påvirke mulighederne for samtalen med kvinderne, særligt ved mistanke om vold. I henhold til mængden af viden, var det ukendt for os, hvor stor en viden de forskellige faggrupper havde omkring voldsområdet. På baggrund af at det er et specialiseret område havde vi formodningen om, at den mængde af viden de har kunne grænse til minimal.

Ved hjælp af de valgte teorier, som vil blive præsenteret længere nede i afsnittet om videnskabsteori, har vi i sinde, gennem analysen, at anvende de teoretiske begreber aktivt for at få en større erkendelse af de multikausale sammenhænge. Vi vil derudover anvende analysens resultater i diskussionen, med det formål at reflektere over, hvilke forbedringer, der er relevante i forhold til de eksisterende vilkår sundhedspersonalet beretter om på nuværende tidspunkt.

Vi vil arbejde på baggrund af en rationel dømmekraft, hvilket medfører at den epistemologiske relativisme ikke er fuld relativisme. Det vil sige, at der er udsagn, der må anses som gyldige, mens andre udsagn må gå til grunde (Juul & Pedersen, 2012: 286).

Viden

Den viden som vi søger gennem specialet, vil aldrig være universel grundet de 'åbne systemer', der alle præges af forskellige mekanismer og strukturer.

Dermed kan disse systemer ikke formodes at være det samme andre steder. Til trods for, at der kan observeres en tendens på statistikkerne, kan der være forskellige generative mekanismer, som påvirker strukturerne, der kan ligge til grund for, hvorfor fænomenet om: *'Hvorfor størstedelen af voldsramte kvinder lever fem til ti år i den voldelige relation'* eksisterer. En af grundene til dette er de sociale interaktioner og den konkrete kontekst etc. Et andet element bundet i, at vi har udvalgt et udpluk af forskelligt sundhedspersonale, med forskellige funktioner, der har nogle retningslinjer.

Forklaringerne, i analysen, træder frem gennem begrebsdannelsen, hvilket kan forstås som en 'social konstruktion'. Skabelsen af ny viden er en videre byggelse, af allerede eksisterende viden, der omdannes. Ifølge kritisk realisme, forstås videnskab som en vedvarende social aktivitet, og i den forbindelse, viden som et socialt produkt. Derfor må vi gennem undersøgelsen omdanne, trække på samt anvende det sociale produkt gennem en kritisk undersøgelse, hvilket i dette speciale er sundhedspersonalets møde med voldsramte kvinder, (Buch-Hansen & Nielsen, 2012:284-285). I løbet af undersøgelsen og vores erkendelsesproces vil der, derfor opstå en dynamisk proces mellem vores nye viden, som bygger videre på vores eksisterende viden om emnet 'sundhedsvæsenets møde med voldsramte kvinder'.

Ontologi og epistemologi

Ved anvendelse og inspiration fra kritisk realisme, accepterer vi en bestemt forestilling om verdenen - virkeligheden er ikke begrænset af vores viden. Hermed antager vi, at trods manglende viden om, hvordan voldsramte kvinder håndteres i sundhedsvæsenet, er vi bevidste om, at der eksisterer viden uden for vores erkendelse (Buch-Hansen & Nielsen, 2012: 280).

Dette gælder blandt andet viden om, hvor stort mørketallet er og hvordan mødet mellem sundhedspersonalet og voldsramte håndteres i praksis. Ydermere ved vi, at mennesker ofte er i kontakt med sundhedsvæsenet af andre grunde end voldshændelser.

Derfor undrer vi os over, hvorfor størstedelen af voldsramte kvinder bliver i forholdet mellem fem til ti år, samt om sundhedsvæsenet opsporer disse kvinder og om opsporingen ville ske hurtigere i sundhedsvæsenet end i socialvæsenet?

I kritiske realisme eksisterer der to dimensioner; *den transitive* og *den intransitive dimension*. Den transitive dimension består af vores viden om virkeligheden; den viden vi har om, hvordan sundhedsvæsenet møder de voldsramte kvinder. Den intransitive udgør den virkelighed, der faktisk eksisterer uden for vores erkendelse.

Når vi gennem undersøgelsen tilegner os mere viden, skaber det potentiale for, at vores erkendelse vokser i den transitive dimension (Buch-Hansen & Nielsen, 2012: 280-281).

Kritisk realisme forstår virkeligheden ved, at der eksisterer en objektiv eksistens og en dybde dimension (Juul & Pedersen, 2012: 409).

I den forbindelse eksisterer tre domæner: Det *empiriske domæne*, som indeholder det vi kan observere, når vi undersøger emnet, ved eksempelvis at dykke ned i statistikkerne og litteratursøgningen. Det *faktiske domæne* indeholder alle fænomener, der eksisterer uafhængigt af om vi erfarer det - eksempelvis mørketallet, der ikke kan observeres i statistikkerne⁵.

Til slut eksisterer det *dybe domæne*, som indeholder det, vi ikke kan observere - de generative mekanismer, som præger strukturerne. De generative mekanismer er dem, som vi søger at trække frem gennem denne undersøgelse (Buch-Hansen & Nielsen, 2012: 281-282). For at begrebsliggøre dette inddrager vi Michel Foucault, Dorthe Birkmose og Niklas Luhmann. Ydermere anvender vi Steen Wackerhausen og teori om etik.

Aktør – strukturforholdet

På baggrund af kritisk realisme forholder vi os til aktør-struktur forholdet ved, at det indebærer en fastholdelse af modsætningsforholdet mellem strukturer og aktører. Strukturerne er medskabende til at danne muligheder og udfordringer for den sociale aktivitet (Buch-Hansen & Nielsen, 2012: 292-293). Fokuset på forholdet mellem aktørerne og strukturerne afspejler sig i vores valg af teoretikeren Michel Foucault, og hans teori omkring overvågning, disciplinering og magtforhold.

⁵ Hvert år laves der statistikker, hvor det tyder på, at der er et større antal voldsramte end der måles på årsbasis.

Da der er retningslinjer i sundhedsvæsenet, som personalet følger, når de arbejder. Vi formoder, at der er strukturer, som påvirker sundhedspersonalets muligheder for at handle.

Dernæst er der den sociale aktivitet, som forudsætter eksisterende sociale strukturer, hvilket kan medføre udfordringer. Hertil er det vigtigt at pointere, at de strukturelle positioner ikke tvinger aktøren til bestemte handlinger, men skaber en objektiv indflydelse, som kan påvirke handlerummet. Som en del af den sociale aktivitet eksisterer den *sociale interaktion*, som indebærer de menneskelige aktiviteter, hvilket de sociale strukturer er et produkt af. Aktiviteterne vil være strukturelt betinget men ikke strukturelt bestemt. Dette skyldes, at mennesker og deres egenskaber ikke er reduceret til den strukturelle kontekst, de indgår i. Aktører bliver konfronteret med en række af strukturer, i form af netværk, som kan være forbundet politisk, videnskabeligt og/eller kulturelt (Buch-Hansen & Nielsen, 2012:293-294).

I kontekst til de åbne systemer, formoder vi, at der er nogle politiske og kulturelle strukturer, som kan have en betydning for håndteringen af mødet mellem sundhedspersonalet og voldsramte kvinder, hvortil den sociale interaktion opstår.

Dertil skal det tilføjes, at der til trods for, at aktørerne ikke har en fuld viden om den kontekst som de deltager i, er de nødt til at fortolke på virkeligheden. Det medfører, at deres forståelser, ofte i samspil med andre aktører, påvirkes af dominerende idéer og diskurser (Buch-Hansen & Nielsen, 2012: 294).

Dette er relevant for vores problematik, grundet konceptet om at aktiviteterne påvirkes af det strukturelle, mens det kan medføre konsekvenser, som ikke var hensigten. Dette ligger i tråd med vores teori omkring ondskab og forråelse, af Dorthe Birkmose. Da vi antager, at sundhedspersonalet agerer og handler, på baggrund af den viden og forestilling som de har. Dette kan besværliggøre det, at få øje på de tegn, der træder frem hos voldsramte kvinder, hvis det ikke er grov vold.

Videnskabsteoretisk argumentation for anvendte teorier

Kritisk realisme giver os muligheden for, at bevæge os fra det empiriske domæne til det dybe domæne samt undersøge det, som vi formoder ligger i det faktiske domæne. Ved anvendelse af denne retning er det ofte en tendens, at der anvendes teori, som har rødder i kritisk realismes retning, at de nyttigste teorier er de, som på bedste vis kan forklare fænomenet. De områder vi

antager, grundet empirien, viser at det er nødvendigt at belyse problematikken med *magt, overvågning, disciplinering, ondskab og forråelse*. Vi har nævnt, at vi vil belyse problematikken omkring at størstedelen af voldsramte kvinder bliver i forholdet i fem til ti år, hvortil vi har haft en refleksionsproces omkring, hvilke teorier vi skulle inddrage med udgangspunkt i empirien. I denne forbindelse har vi vægtet hvilke teorier, der har den bedste forklaringskraft. Derfor har de teorier vi anvender ikke rødder i kritisk realisme, men vores argumentation for at anvende dem skyldes den mulighed, de giver os for at forklare fænomenet. Derfor bekender vi os ikke fuldt ud til kritisk realisme, men vi er inspireret af retningen. Vi har valgt at begrænse os til følgende teoretikere i dette speciale, Michel Foucault, Dorthe Birkmose, Niklas Luhmann, samt Steen Wackerhausen, der er vores sundhedsforståelse ligeledes, indgår etik som supplement til teorierne. Yderligere refleksioner omkring teorierne vil følge i selve teorigennemgangen.

Videnskab teoretisk argumentation for metodiske valg

Vi har i specialet ikke fokus på kvantitativ data i empiriindsamling. Grunden til at vi har vægtet kvalitativ empiri skyldes vores interesse for det, som ikke uden videre kan observeres i statistikker, eller som vi kan få svar på qua et spørgeskema. Da vores interessefelt ligger på det dybe domæne. Vi tager udgangspunkt i et statistisk fænomen, 31% lever med vold i mere end ti år og 26% oplever, at volden strækker sig mellem fem til ti år (Danner, 2020: 8).vi vurderer, at der er større sandsynlighed for dybdegående svar fra informanterne gennem semistrukturerede interviews end ved et spørgeskema. Derfor vurderer vi at den kvalitative metode form skaber større mulighed for erkendelse gennem fortolkning og forklaring.

Metode

Dette speciale baserer sig, som beskrevet, på kvalitativ empiriindsamling, i form af semistrukturerede ekspertinterviews med lederen fra Center for Voldsramte, Trine Rønne og vicedirektør fra Danner Stiftelsen, Mette Marie Yde Poulsen. Yderligere benytter vi semistrukturerede interviews med en privatpraktiserende læge, Kristian, sygeplejersker fra akutmodtagelser, Hanne, Pia og Louise og en fysioterapeut, Mette.

Litteratursøgning

Inden vi påbegyndte indsamlingen af empiri, udførte vi en litteratursøgning, hvor vi søgte på nyttig litteratur, som beskriver, hvordan sundhedsvæsenet modtager voldsramte kvinder, samt litteratur omhandlende den offentlige indsats på området i Danmark.

I vores søgen efter relevant litteratur i forhold til, hvilke værktøjer og redskaber, der anvendes til at opspore voldsramte kvinder i Danmark, benyttede vi Det Kongelige Biblioteks database (REX). I den forbindelse anvendte vi en bred søgestrategi (Andersen et. al., 2016: 67), hvor vi benyttede følgende søgeord: *Voldsramte, voldsramtes møde med sundhedsvæsenet, vold i nære relationer, krisecenter, voldsramte i Norge, voldsramte i sundhedssystemet i Norge, opsporing af voldsramte.*

Derudover gjorde vi brug af de databaser, der ligger på Danner Stiftelsen og Lev Uden Volds hjemmesider, hvor vi søgte efter publikationer på området: *Handlingsplan i DK, Opsporing af voldsramte og Norsk forskning ift. voldsramte i nære relationer.*

Nogle af søgeordene tog udgangspunkt i Norges handlingsplaner omkring voldsramte etc. Norge og Danmark er nabolande og minder generelt om hinanden i forbindelse med de politiske strukturer, sundhedsvæsen, befolkningens levestandarder etc. Dermed vurderede vi, at der er et sammenligningsgrundlag mellem de to lande. Vi vil i perspektivering komme ind på forskelle og lighederne mellem landenes håndtering af opsporingen af voldsramte kvinder.

Til slut i litteratursøgningen benyttede vi os af Syddansk Universitets søgedatabase, her anvendte vi søgeordene: *voldsramte, sundhedsvæsenet, voldsramte kvinder, voldsopfre og kvindekrisecenter.*

Til trods for en bred søgning fra start, tog vi fortsat udgangspunkt i vores første udkast til problemformulering "*Hvordan mødes voldsramte i sundhedssystemet samt hvordan håndterer sundhedsvæsenet opsporingsarbejdet?*", hvilket var medvirkende til at præcisere vores fund (Andersen et. al., 2016: 67).

I forbindelse med udarbejdelsen af specialet, har problemformuleringen ændret sig. Denne ændring bunder i nye erkendelser, der er opstået gennem litteratursøgningen. Her blev vi

bevidste om de høje tal, som eksisterer i forhold til længden af de voldelige forhold, hvilket ledte os til følgende problemformulering:

Hvorfor går der fem til ti år før størstedelen af voldsramte kvinder får den fornødne hjælp og hvordan møder sundhedsvæsenet dem?

Afslutningsvis har vi besøgt Socialstyrelsens hjemmeside. Dette gjorde vi, da vi erfarede, at området omkring vold i nære relationer politisk i Danmark, hører til under Socialstyrelsen. Vi ønskede her en forståelse for, hvad der gøres strukturelt på området i dag og hvad der fokuseres på, når det omhandler denne målgruppe.

Semistruktureret interview

Som nævnt benytter vi os af semistrukturerede interviews, hvilket giver os mulighed for at dykke ned i informanternes refleksioner i henhold til, hvordan sundhedspersonalet møder og håndterer voldsramte kvinder. Denne metode er dækkende til besvarelsen af problemformuleringen og de dertilhørende underspørgsmål. Da vi søger en viden, der ligger på det dybe domæne, finder vi frem til denne viden ved at forklare, hvordan sundhedspersonalet selv oplever håndteringen af voldsramte kvinder. Det vil sige, at vi gennem samtale med sundhedspersonalet, kan komme dybere ned i deres fortælling. Vi har reflekteret over, hvad en spørgeskemaundersøgelse kunne have givet til specialet. Eksempelvis ville der være mulighed for en større mængde af deltagere, hvilket ville generere flere svar på emnet.

I forlængelse af dette er semistrukturerede interviews gavnlig, i henhold til vores forskningsdesign, fordi vi ønsker at forklare de mekanismer, der præger strukturerne, som ligger under overfladen; hvilke muligheder sundhedspersonale har for at opspore voldsramte kvinder, samt hjælpe dem videre i systemet (Kvale & Brinkmann, 2015: 152). Denne mulighed ville ikke gøre sig gældende gennem spørgeskemaer. Derfor vurderer vi, at det for specialet er mere gavnligt med færre informanter, som vi kan gå i dybden med fremfor mange informanter, som svarer efter egen tolkning på spørgsmål i et spørgeskema.

En fordel ved at anvende semistrukturerede interviews, som metode, er muligheden for at gå ud over interviewguiden. Dermed er vi, som interviewere og informanterne, frie til at tage interviewet i andre relevante retninger indenfor området.

Yderligere er interviewereren fri til, at ændre i rækkefølgen af spørgsmålene eller lave små justeringer til formuleringen i interviewguiden, hvis det fungerer bedre i samtalen. Når vi tilpasser spørgsmålene, skaber det en flydende samtale, hvor der kan stilles opfølgende spørgsmål til informanten. Eventuelt hvis der er brug for at spørge dybere indtil interessante dele af informantens svar, hvilket ligeledes er essentielt i forbindelse med vores valgte videnskabsteoretiske retning (Kvale & Brinkmann, 2015: 194).

Informanter

Vi interviewer blandt andet Trine Rønde Kristensen, leder ved Center for Voldsramte på Frederiksberg hospital. Hun giver os muligheden for at åbne op for unik viden om, hvilke fordele og ulemper hun, som fagperson, oplever at kvinder udsat for vold i nære relationer står med - når de har været i kontakt med sundhedsvæsenet.

Dette er ligeledes en viden, vi vurderer, at Mette Marie Yde Poulsen, vicedirektør, i Danner Stiftelsen kan bidrage med udtalelser omkring. Både Mette Marie og Trine arbejder selv og har personale, som arbejder med voldsramte kvinder til dagligt. Derfor har de en særlig viden omkring, hvordan de voldsramte kvinder oplever de nuværende tiltag i sundhedsvæsenet.

Ydermere tilegner vi os viden gennem interviews med en privatpraktiserende læge, sygeplejersker på akutmodtagelser og en fysioterapeut. Denne viden tilegner vi os på baggrund af, at lægen, sygeplejerskerne og fysioterapeuten alle møder voldsramte kvinder qua deres arbejde, og de ved hvilke udfordringer, der kan være i mødet med kvinderne. Yderligere vurderer vi, at de har en unik mulighed for at opdage tegn på vold eksempelvis: psykosomatiske smerter, intense stemninger etc. (Socialstyrelsen: Viden til gavn).

I forbindelse med interviewene med Trine og Mette Marie, havde vi en refleksion om, at det kunne være spændende at få en indsigt i en socialrådgivers viden på dette område, da vedkommende arbejder med voldsramte kvinder på et krisecenter til dagligt. Dette resulterede i, at vi interviewede en socialrådgiver fra Danner Stiftelsen. Under udarbejdelsen af analysen fandt vi frem til, at socialrådgiverens perspektiv havde et andet afsæt end det, vores undersøgelse fokuserer på. Interviewet med socialrådgiveren, gav et relevant perspektiv på området, da hendes perspektiv lå på et mikroniveau, hvilket vil sige at hun talte de voldsramtes kvinders perspektiv. Men fordi vi arbejder på et mesoniveau og dette interview ville åbne op

for nogle perspektiver, som vi ikke kan følge til dørs, grundet formalia, i form af begrænset sideantal og tidshorisont, har vi valgt at undlade dette interview i undersøgelsen.

Etiske overvejelser angående anonymitet

I forbindelse med udførelsen af vores interviews fik alle informanterne valget om at være anonyme. Alle gav klart udtryk for, at de ikke ønskede at være anonyme. Trods dette har vi i løbet af analyseprocessen gjort os en række etiske overvejelser omkring, hvorvidt vi alligevel skulle anonymisere nogle af informanterne. Overvejelserne beror på at beskytte vores informanter på bedst mulig vis, samt respektere deres ønske, hvilket har gjort valget kompliceret for os (Poulsen, 2016: 80-81).

En af overvejelserne omkring det at anonymisere er, at vi anvender teori, der kan fremstå hårdt; begreber som eksempelvis tankeløs ondskab, forråelse, magt etc. Det er vigtigt for os, at vi ikke efterlader vores informanter i en værre position efter endt undersøgelse. Med det in mente har flere udtrykt, meget eksplicit, at de ikke ønsker at være anonyme og at de kan stå inde for det de har sagt. Derfor anonymiserer vi ikke deres fornavne, da deres navne er almindelige danske navne. Vi har valgt ikke at nævne konkrete afdelinger, by, praksis etc. Dermed forekommer der en delvis anonymisering af informanterne, samtidig med at vi respekterer deres ønske. I henhold til interviewene med Trine Rønde og Mette Marie Yde Poulsen, har vi valgt at benytte deres fulde navn samt stillinger, da vi bruger dem som eksperter på området.

Case-orienteret

Specialet er case-orienteret, da omdrejningspunktet er, hvordan sundhedsvæsenet møder voldsramte kvinder. Vi er hermed bevidste om, at vi har afgrænset os til målgruppen *kvindelige voldsramte*. Beslutningen omkring dette har været med det formål at indsnævre feltet til det omfang, som er muligt at undersøge med den begrænsede tidsramme som vi har. Ved specialets begyndelse havde vi en formodning om, at der ville forekomme sammenhænge mellem det informanterne, fortæller på tværs af hinanden. Denne antagelse, skyldes en

formodning om gældende retningslinjer, der er fastsat på et politisk niveau. Derudover er der et tidsligt aspekt i hverdagen, hvilket vi havde en forventning om ville blive en faktor, gennem de forskellige interviews.

Vi har en formodning om, at de mekanismer og strukturer vi finder frem til gennem specialet vil kunne diskuteres ud over de deltagere, som vi har med.

Dette da vores informanter kommer fra forskellige steder, samt at vi i specialet fokuserer på de overordnede retningslinjer som sundhedspersonalet arbejder ud fra (Bryman, 2016: 62). Vi er bevidste om, at vi ikke kan gøre krav på, at denne viden er universel. I og med at specialets udgangspunkt er, at empirien er 'teorigenerende' og ikke omvendt, har vi benyttet litteratursøgningen, som udgangspunkt for planlægningen af interviewdesignet.

Ydermere har vi, grundet emnet og dets sårbarhed, haft etiske og moralske overvejelser omkring, hvilke spørgsmål og hvem vi anvender som informanter. Det vil sige, at vi har benyttet tematisering til at finde frem til fokusområdet i interviewene og dermed i specialet (Kvale & Brinkmann, 2015: 154-155).

Vi har blandt andet valgt ikke at interviewe voldsramte kvinder, da de for det første vil kunne gå igennem en re-traumatisering. Derudover har vi valgt, at specialets fokus skulle være på et mesoniveau. Derfor benytter vi os ikke udelukkende af semistrukturerede interviews i deres grundform. Under interviewene med Trine og Mette Marie, læner vi os op ad ekspertinterviews, da de er to frontfigurer indenfor voldsområdet. Derudover er fokus i denne undersøgelse ikke at få en unik viden omkring deres private livsverdener, men på informanternes professionelle viden om de nuværende muligheder og udfordringer i forhold til håndteringen af voldsramte kvinder.

Med det formål at finde frem til de underliggende strukturer og mekanismer, valgte vi først at indhente empirien, for efterfølgende at gå i dybden med den relevante teori.

Herefter benytter vi en vekselvirkning mellem deltagernes beskrivelser og teoriens begreber til udformningen af analysen (Kvale & Brinkmann, 2015: 22). Dette vil blive uddybet i det metodologiske afsnit nedenfor og senere i analysestrategien.

Metodologi

Da vi er inspireret af kritisk realisme, er det derfor også denne retning, som vi læner os op ad metodologisk, hvilket betyder at verden udgøres af åbne systemer. Analyserne i kritisk realisme har til formål at forklare sociale fænomener eller sammenhænge med udgangspunkt i en større mængde af generative mekanismer, der ligger på det dybe niveau, som skaber strukturerne (Buch-Hansen & Nielsen, 2012:301).

I denne undersøgelse er det sociale fænomen, der skal forklares følgende: *Hvorfor størstedelen af voldsramte kvinder bliver i voldelige relationer i fem til ti år.*

Det er essentielt, at vi i undersøgelsen tager højde for de epistemologiske overvejelser, som ligger inden for kritisk realisme, da det har konsekvenser for den videnskabelige praksis. Hertil gælder forståelsen, at alle teorier og analyser, kan opfattes som fejlbarlige. Teorierne og analyserne er socialt konstrueret, præget af historiske rammer, og til trods for, at de kan være overbevisende, kan de ikke gøre krav på at være en fuld gengivelse af virkeligheden.

I forlængelse heraf skal det pointeres, at vores dannelse af viden ikke opstår i et tomrum. Alle teorier forholder sig på den ene eller anden måde til eksisterende viden. I vores tilfælde knytter dette sig an til vores allerede eksisterende viden om voldsområdet, inden vi påbegyndte undersøgelsen, som blandt andet bliver belyst i motivationen, problemfelt og forskerpositions afsnittet.

Dermed forekommer en forandring ikke ud af ingenting. Dette medfører, at man i sin videnskabelige praksis, bør lave en sammenhæng mellem den eksisterende viden og den nye viden, som dermed giver grundlag til at danne sit eget perspektiv (Buch-Hansen & Nielsen, 2012:301). Vi har derfor i sinde at tage udgangspunkt den viden, vi har frembragt ved hjælp af litteratursøgningen, vores viden forinden, og deraf skabe ny viden gennem analyse og diskussion.

Slutningsform og fremgangsmåde

Som en del af opbyggelsesprocessen har vi reflekteret over, hvilken slutningsform vi anvender. De mest brugte slutningsformer er *induktiv*, *deduktiv* eller *abduktiv*, som er med til at skabe opgavens struktur og design.

Vores første tanke var, under udarbejdelsen problemfeltet at benytte os udelukkende af den abduktive slutningsform.

Denne refleksion bestod i, at vi grundet vores søgen efter en dybere forklaring på fænomenet vurderede, at den abduktive slutningsform var ideel grundet vekselvirkningen mellem empiri og teori. Men i udarbejdelsen af selve problemformuleringen, samt i den videre bearbejdning af problemfeltet, vurderede vi, at specialet i stedet søgte en mere specifik struktur. En struktur der søger efter generative mekanismer, der kan være med til at forklare fænomenet, og hvad der kan ligge til grund for det. Derfor har vi valgt at anvende *retroduktion* som en del af slutningsformen i dette speciale. Når vi beskriver det som en 'del' af specialet skyldes det, at vi anvender både abduktion og retroduktion. Nedenstående vil vi argumentere for dette valg samt vores refleksioner omkring dette.

Det er gennem analysen, at retroduktion kommer til udtryk, og diskussionen vil efterfølgende bære præg af en mere abduktiv tilgang. Vi vil anvende vores viden fra analysen til at diskutere hvad og hvordan fænomenet kan forbedres set ud fra et sundhedsfremmende perspektiv. Vi anser ikke dette som værende problematisk, da begge slutningsformer har til formål at søge en forståelse og forklaring på et givent fænomen. Yderligere består begge slutningsformer af en vekselvirkning mellem empiri og teori. Det vil sige, at retroduktion på sin vis læner sig op af abduktion (Buch-Hansen & Nielsen, 2012: 304).

Retroduktion, abstraktion og abduktion

Argumentationen for at vi overvejende anvender retroduktion i undersøgelsen, hænger sammen med vores videnskabsteoretiske standpunkt og dermed problemformuleringen. Det vil sige, at vi finder frem til præmisserne, for en form for given 'konklusion'.

Med det forstås et allerede opstået fænomen *at størstedelen af voldsramte kvinder bliver i voldelige relationer i fem til ti år* (konklusionen) i samfundet - en observation, hvor vi har i sinde at undersøge, hvilke mulighedsbetingelser og kausale sammenhænge, der eksisterer for, at fænomenet opstår (Buch-Hansen & Nielsen, 2012: 304).

Retroduktion knyttes sammen med opfattelsen af, at verden er organiseret i en empirisk form for iagttagelig overflade - det vi kan observere statistisk. Dertil er den styret af dybdestrukturer, hvilket vi kan få adgang til gennem en teoretisk tilgang. Gennem retroduktion har vi mulighed for at isolere og trække de generative mekanismer frem. Mekanismerne skaber et formidrende led mellem selve dybdestrukturerne, og det som vi kan iagttage på det empiriske domæne.

Vi vil derfor i undersøgelsen bevæge os fra det empiriske domæne, til refleksioner om hvilke mekanismer, der kan være medvirkende til at fænomenet forekommer (Monrad & Olesen, 2018).

Derfor anvender vi både kreativitet og forestillingsevnen til at analysere. Som nævnt har vi 'konklusionen', men i søgen efter præmissen, stiller vi i begyndelsen af opgaven en række hypoteser (Buch-Hansen & Nielsen, 2012:304):

- *Manglende tid*
- *Viden på området*
- *Retningslinjer på området kan være begrænsende*

Disse vil vi gennem undersøgelsen afprøve i samspil med empirien og teorien (Buch-Hansen & Nielsen, 2012:304).

Vi anvender gennem undersøgelsen *abstraktion* som fremgangsmåde - den vil ofte spille sammen med retroduktion. Abstraktion er for kritiske realister, en metodologisk grundsten i samfundsvidenskaberne. Der er en forskel mellem tankeeksperimenter, åbne systemer, og de mere naturvidenskabelige eksperimenter, lukkede systemer. De naturvidenskabelige eksperimenter har stærke design, i forhold til at undersøge isolerede årsagsvirkningssammenhænge. I den sociale virkelighed, som vores undersøgelse har fokus på, fungerer det ikke som en laboratorieundersøgelse, men i stedet som et åbent system; et system, som indeholder mekanismer, der indgår i et samspil med hinanden. Ved fremgangsmåden abstraktion skal vi, som forskere, i tanken isolere de mest betydningsfulde mekanismer.

Når vi som forskere søger at overskride det beskrivende, komme under overfladen af det observerbare, er det nødvendigt for os at abstrahere og i tanken, lave en identifikation af de generative mekanismer og kræfter, der ligger til grund for fænomenet (Buch-Hansen & Nielsen, 2012:305).

Som nævnt anvender vi abduktion i løbet af undersøgelsen, hvilket vil komme til udtryk gennem diskussionen. Abduktion har til formål at forsøge at placere et givent fænomen i en ny teoretisk sammenhæng, med henblik på at få en større forståelse af fænomenet.

Det er en proces, på samme vis som retroduktion, hvor der startes med en empirisk iagttagelse, hvortil der ledes efter bedst mulige forklaring på det observerede fænomen (Monrad, M. & Olesen, S. P., 2018). Konklusioner ud fra denne slutningsform er ikke endelige, og der er af denne grund flere ligheder til retroduktion.

Når vi vælger at skelne mellem dem, skyldes det, at vi søger at være transparente omkring, at der eksisterer generative mekanismer og dybdestrukturer, som vi har til formål at få frem gennem analysen. Samtidig med at vi i diskussionen anvender en mild form for abduktion. Da vi anvender vores nye erkendelse om mekanismerne og strukturerne, hvor vi diskuterer, hvad der kan ændres i praksis, med det formål at forbedre den nuværende situation, set ud fra et sundhedsfremmende perspektiv.

Dermed vil specialets konklusion bære præg af den bedst mulige forklaring på fænomenet, samt en refleksion af analysens resultater. Vi accepterer her den præmis, at slutningen derfor ikke kan være universel og endegyldig, men er præget af vores valg af teori og fortolkning, samt præget af kontekst og at samfundet er under konstant forandring.

Refleksioner omkring den teoretiske ramme

Denne undersøgelse har, som nævnt, fokus på opsporingsdelen af voldsramte kvinder, med fokus på sundhedsvæsenet. Som belyst i problemfeltet er vi opmærksomme på, at der er flere instanser i samfundet, der kan påvirke opsporingen og kvindernes mulighed for at få hjælp. Vi har i denne undersøgelse begrænset os til at fokusere på det store åbne system, som vi vurderer sundhedsvæsenet er⁶, hvortil vi har fokuseret på et udpluk af mindre åbne systemer, der udspiller sig i sundhedssystemet - heraf sygeplejersker fra akutmodtagelse, en praktiserende læge og en fysioterapeut.

For at besvare problemformuleringen inddrager vi begreberne *Magt, disciplinering, panoptikon, tidsplan, tillid, ondskab og forråelse*. Som nævnt i afsnittet om sundhedsforståelse, vil vi ydermere anvende det åbne sundhedsbegreb, som en del af den teoretiske ramme. Begreberne er udvalgt gennem en refleksionsproces, hvor vi på baggrund af viden fra empirien har kunnet specificere, hvilke begreber og teorier der kan forklare og fortolke problemet på

⁶ se side 14 OBS AT DEN BLIVER VED AT VÆRE SIDE 14

bedst mulig vis. Denne proces begyndte under empiriindsamlingen, hvor der startede en refleksionsproces, under udførelsen af interviewene og kodningen.

Inddragelsen af magtteorien havde vi refleksioner om at anvende inden interviewene. Dette grundet at det danske system er opbygget via en top-down styring (Andersen & Pors, 2014: 278).

Dette skyldes, at det er politisk bestemt, hvor mange økonomiske ressourcer, der tilgår sundhedsvæsenet. Dermed er vi af den antagelse, at vilkårene for de respektive informanter indirekte er politisk bestemt - også i forbindelse med håndtering af voldsramte. Vi anvender i forbindelse med magtbegrebet Michel Foucault til at definere dette. I forlængelse af dette, havde vi ligeledes Bent Flyvbjerg i tankerne. Grunden til dette skyldes, at magtbegrebet kommer i mange definitioner, og for ikke at låse os fast på, at Foucaults 'sandhed' var den eneste rigtige, havde vi øje for andre definitioner. Vi fravalgte Flyvbjergs definition i løbet af analyseprocessen, da det blev tydeligt, at det var Foucaults definition af magt, der i dette tilfælde havde størst forklaringskraft.

For at kunne forklare hvad der sker i mødet vurderer vi, at det er nødvendigt at inddrage yderligere to teorier - en som belyser selvforståelsen og, relationsdannelse mellem behandler og patient samt en, som belyser handlingerne fra sundhedspersonalet. Derfor inddrager vi begreberne *tillid* af Niklas Luhmann, og *ondskab* og *forråelse* af Dorthe Birkmose. Argumentationen for dette bunder i, at vi kan læse ud fra empirien, at det er adfærden, både verbal og nonverbal, behandler og patient imellem, samt de valg sundhedspersonalet tager, der præger udfaldet af samtalen.

Efter påbegyndt analyseproces opstod en refleksionsproces, på baggrund af en dialog om, at etik og etiske overvejelser i sundhedspersonalets daglige arbejde ikke kunne overses i forhold til forklaringen af, hvorfor de handler som de gør. Med udgangspunkt i empirien og den analyseproces vi var påbegyndt, vurderede vi, at det var nærliggende at fremhæve de etiske retninger *deontologi (pligtetik)* samt *konsekvensetik*, og anvende det som supplerende teori.

Dermed har vekselvirkningen mellem empirien, og de teoretiske overvejelser været udslagsgivende for, hvad der til slut blev specialets teoretiske ramme.

Herunder vil der komme en kort præsentation, af de valgte teoretikere.

Michel Foucault - magt og disciplinering

Vi vælger at inddrage Michel Foucault, en fransk filosof, der var professor ved College de France, som også underviste på University of California, Berkeley (Klausen, 2020).

Foucaults analyser har til formål at belyse udviklingsmønstre, hvilket det sociale har fastsat - sådanne mønstre generer andre mønstre for social udveksling (Jensen, 2002 :11).

Et af hans værker er *Overvågning Og straf* (2002), som vi tager udgangspunkt igennem undersøgelsen. Foucault anvendes i denne undersøgelse for at begrebsliggøre *magt* og *disciplinering*.

Niklas Luhmann - tillid

Vi anvender Niklas Luhmanns teori om begrebet *tillid*. Luhmann blev i 1968 ansat på et universitet i Bielefeld (Mortensen, 1999: 7). Igennem bogen *Tillid - en mekanisme af social kompleksitet* (1968), er Luhmanns ambition, at begrebet tillid, er bedre egnet til at præcisere tillidens mulighedsbetingelser, i forskellige kontekster, kontra andre versioner af tillidsbegrebet (Mortensen, 1999. 11-12). Vi forholder os kritisk til denne teori, og forståelse fordi vi accepterer, at det ikke er den eneste sandhed omkring tillidsbegrebet, men at kommunikation, adfærd og selvfremstilling i mødet mellem parter er essentiel.

Dorthe Birkmose - ondskab

Vi benytter i undersøgelsen Dorthe Birkmoses bog *Når Gode Mennesker Handler Ondt* (2013) til at belyse onde og forræde handlinger blandt personale, der arbejder med mennesker.

Vi benytter hendes bogen som supplerende teori, da den er skrevet på baggrund af Birkmoses egne erfaringer i hendes praksis.

Birkmoses arbejde består i, at hun tager rundt i Danmark for at supervisere og undervise. Hun arbejder med personale, som der arbejder med individer der kæmper med medfødte hjerneskader, sindslidelser eller er udviklingsforstyrrede. Gennem Birkmoses praksis har hun fået indsigt i, at sundhedspersonalet omkring den syge, kan være lige så problemskabende som den syge selv (Birkmose, 2013: 24).

Vi vil argumentere for, at vi kan benytte hendes forståelse af *forråelse* og *ondskab* blandt personalet i denne sammenhæng. Da vi gennem undersøgelsen, ikke har fundet andre undersøgelser, der ser på forråelsens omfang i Danmark. Derudover vil vi argumentere for, at Birkmoses bog kan benyttes, da den bruges som undervisningsbog på blandt andet Syddansk universitet, hvilket medvirker til en øget legitimitet.

Specialets teoretiske ramme

Vores teoriafsnit vil være opdelt således, at vi først vil afdække *magt*, *disciplinering* og *tidsstyring* i sundhedsvæsenet. Dernæst begreberne *tillid*, *ondskab* og *forråelse* i forbindelse med mødet med de voldsramte kvinder. Afslutningsvis vil vi redegøre for to etiske retninger *deontologien - pligtetikken* og *konsekvensetikken*, der præger sundhedspersonalets handlemønstre.

Magt, disciplinering og tidsstyring i sundhedsvæsenet

Vi læner os op ad Foucaults definition af *magt*, *disciplinering*, *panoptikon* og *tidsstyringen*. Relations forholdet mellem to ulige parter, eksempelvis læge og patient, er interessant for undersøgelsen, grundet magtrelationen, der opstår i mødet. Denne relation har betydning for samtalen og det rum, der skabes med henblik på at tale om et sårbart emne, såsom vold.

‘Magt’ er ikke en evne individet besidder, den tildeles, udøves og afgives fra et individ til et andet. Det er en relation, som bliver opretholdt gennem en vekselvirkning mellem parterne, der potentielt kan skabe ændringer i selve magtrelationerne (Foucault, 2002: 41).

Set i lyset af at der er klare positioner for medarbejderne, på blandt andet akutmodtagelsen, er det magtrelationen mellem eksempelvis de garvede og de nye sygeplejersker, der er med til at opretholde orden og kvalitet i arbejdet.

Vi har reflekteret over, om den gældende magt i form af retningslinjer, som er pålagt medarbejderne, har en betydning for strukturen i arbejdet, og derfor i mødet med de voldsramte kvinder. Hvornår skal der reageres og hvor meget tid skal der bruges på dette? Og hvad skal de fokusere på i deres arbejde?

Dermed forstår vi i denne undersøgelse magt som noget, der udøves i en relation, eventuelt sundhedspersonalet imellem eller mellem sundhedspersonalet og patienten. Der gemmer sig en række af forhold, som har en indvirkning på, hvordan mødet udspiller sig. Dette aspekt af teorien er essentiel for, at vi kan forklare og begrebsliggøre, hvad der sker i mødet mellem sundhedspersonalet og patienterne og hvorvidt de flerartede magtforhold har en betydning.

Disciplinering

De refleksioner vi har gjort os i forbindelse med inddragelse af begrebet *disciplinering*, er med henblik på at kunne forklare og begrebsliggøre, adfærden hos sundhedspersonalet. Vi inddrager den panoptiske model i denne undersøgelse, på baggrund af dens anvendelige funktion, hvor formålet er at påtvinge en gruppe, i dette tilfælde sundhedspersonalet, en bestemt adfærd (Foucault, 2002: 223). Vi vil anvende den panoptiske model til at trække mening frem om overvågningen, som potentielt kan finde sted fra og af sundhedspersonalet - overvågning i venteværelset, konsultationen hos lægen samt under behandling hos en fysioterapeut. Yderligere anvender vi panoptikon til at fortolke den måde, hvorpå den kan anvendes til at skabe en bestemt adfærd hos personalet - eksempelvis når sygeplejersken følger retningslinjerne omkring journalføring.

I sin korthed er den panoptiske model i stand til at "*reformere moralen, bevare sundheden, give industrien fornyet livskraft, uddanne folk [...]*". (Foucault, 2002:224)

Der eksisterer den mere isolerede form for panoptikon og en 'mere åben udgave'. Vi vil ikke gå i dybden med den isolerede udgave, da det ikke er den, vi anvender gennem undersøgelsen. Men vi skitserer den kort for at give en forståelse af forskellen mellem den 'åbne' og den 'isolerede' udgave. Den åbne version af panoptikon anvender vi, da den indbefatter den implicite overvågning, som gennemsyrrer institutionerne, og dermed sundhedsvæsenet.

Panoptikon forstås oprindeligt ved et vagttårn placeret i centrum, omringet af enkeltceller, hvortil en vagt er placeret bag en lyskegle. Her har vagten fuldt udsyn og kan potentielt se alt, mens fangerne, grundet lyset, ikke har mulighed for at se, om de bliver overvåget. Dette medvirker til at skabe disciplinering af fangerne.

I den åbne udgave af panoptikon kan enhver person indtage overvågningspositionen i vagttårnet. Dette bevirker, at den disciplinære maskine kontrolleres demokratisk af alle, der

observerer fra vagttårnet. På den måde er det ikke kun sundhedspersonalet, der overvåger hinanden og patienten, men patienter kan også overvåge sundhedspersonalet.

Dermed fremstår indretningen af vagttårnet som en gennemsigtig bygning, hvor overvågningen kontrolleres af samfundet (Foucault, 2002: 220-224).

Vi har reflekteret over, om panoptikon, ud fra vores perspektiv, kan have en betydning for om kvinden åbner op eller benægter, hvis hun spørges direkte ind til volden. Dette skyldes, at overvågning både kan have positiv og negativ effekt.

En positiv effekt hvis overvågningen hjælper kvinden i forhold til den vold, hun udsættes for. Negativ effekt hvis overvågningen tolkes som et redskab til straf.

Den panoptiske model er derfor en funktionsmodel, der har til formål at belyse magtrelationen mellem individer og deres hverdagsliv (Foucault, 2002: 220-224).

Vi vil anvende teorien omkring panoptikon i analysen samt i diskussionen. Som beskrevet skaber overvågningen disciplinering. Det er med til at opretholde ro og orden i en urolig kontekst, hvor alt går stærkt, og der er mange, som har behov for hjælp. Grundet undersøgelsens problematik reflekterer vi over, hvorvidt der er behov for ændring i retningslinjerne i forhold til, hvad medarbejderne kan gøre, hvis de har mistanke til, at en kvinde er udsat for vold.

I Foucaults definition af disciplinering, indgår blandt andet fire 'teknikker'. Vi vil gå i dybden med dem vi finder relevante for undersøgelsen. Vi finder det nødvendigt at inddrage definitionen af disciplinering, omhandlende *funktionelle steder*. I disciplinære institutioner, vil disciplinen, med tiden, præge rummet. Hvordan det defineres, kan både handle om behov for at skabe et nyttigt rum, men ydermere et behov for overvågning (Foucault, 2002:159). En akutmodtagelse er et sted, hvor rummet skal være nyttigt, men der opstår ligeledes overvågning; den mere implicite overvågning, grundet regler, der skal overholdes af sundhedspersonalet.

Dernæst definerer Foucault de 'levende skemaer', hvilket er et essentielt redskab for disciplinens funktionsmåde. Disse har den funktion, at de kan omforme det, der fremstår forvirrende og farligt til mere ordnede mangfoldigheder.

Skemaerne anvendes til at overvåge og konstatere menneskets tilstedeværelse.

Formålet er derfor at håndtere mangfoldigheden gennem opdeling, hvilket skaber et større udbytte. 'Skemalægningen' skaber derfor mulighed for kontrol over helheden, der består af enkelthederne. Det er nødvendigt, at der er styr på, hvor den enkelte medarbejder er, således at der er kontrol over, hvem der har ansvaret (Foucault, 2002:164-165).

Tidsstyring

I forlængelse af refleksionerne omkring overvågning og kontrol, er *tid* en væsentlig spiller i den problematik som vi observerer - lægernes korte konsultationer og at der generelt løbes hurtigt på sygehusene (Bilag, E: 3). Ifølge Foucaults definition af *tidsplanen*, er dens fornemmeste rolle at danne nyttige rytmer og belyse tvangsmæssig beskæftigelse, som kan medvirke til, at der forekommer gentagelser (Foucault, 2002:165). Ved et fokus på kvaliteten af den anvendte arbejdstid, forekommer der en konstant overvågning, hvilket kan medføre at alle elementer, som kan fremstå forstyrrende forsvinder: "*Det drejer sig om at skabe en helt og holdent nyttig tid [...]*".(Foucault, 2002:165-166)

Dermed er vores forståelse, at tid er noget sundhedsvæsenet, anvender til at kontrollere arbejdet - tiden skal benyttes fornuftigt, for at hjælpe patienterne, samtidig med at der er et fokus på konkrete gentagelser, såsom journalføring.

Sundhedspersonalets handlen i arbejdet

Med henblik på at belyse hvordan sundhedspersonalet handler i mødet med voldsramte kvinder, anvender vi teori om tillid, Niklas Luhmann, som fokuserer på relationsdannelse og selvfremstilling. Yderligere inddrager vi teori om ondskab og forråelse, Dorthe Birkmose, i forhold til hvilke konsekvenser sundhedspersonalets handlinger i arbejdet kan have. Som supplerende teori inddrager vi et redegørende afsnit om etik. Udover at vi er af den forståelse, at disciplinering spiller en rolle i mødet mellem sundhedspersonalet og voldsramte kvinder, vil vi argumentere for, at det er væsentligt at anvende, de tre omtalte teorier for at forklare, de valg personalet tager.

Tillid

I mødet mellem en sundhedsprofessionel og en voldsramt kvinde, eksisterer der en række faktorer, forhold og dynamikker, som er medskabende til udfaldet af samtalen og mængden af tillid mellem parterne.

Tillid mellem sundhedspersonalet og kvinden kan have betydning for, hvad der bliver udvekslet af informationer omkring kvindens sårbare situation, da tillid er essentielt i større eller mindre grad, når det omhandler sårbare emner. I denne kontekst et emne, som er tabubelagt og præget af skyld og skam.

Ifølge Luhmann former det ' handlende ' individ gennem kommunikation et bevidst eller ubevidst billede af sig selv. Gennem kommunikationen og informationerne som det handlende individ giver om sig selv, kan der opstå risici - eksempelvis kan en voldsramt kvinde frygte for omfanget af de konsekvenser, det kan have, når hun fortæller om sine oplevelser i hjemmet.

I mødet mellem den sundhedsprofessionelle og den voldsramte kvinde giver de begge, gennem deres adfærd, en række oplysninger om dem selv; flere end de selv er bevidste om, også flere oplysninger end eventuelt ønsket, i forhold til hvordan de ønsker at fremstå.

Det vil sige, at det at ' handle ' og dermed kommunikere kræver et mindstemål af tillid; tillid til ikke at blive fejltolket, men at personen i stedet bliver forstået, som vedkommende selv ønsker at blive set. En manglende tillid kan få betydning for handlerummet, som af den grund blive begrænset. Modsat vokser handlerummet, hvis tilliden vokser; tilliden til vedkommendes egen selvfremstilling og til modtagerens fortolkning af denne (Luhmann, 1968 :82-83). Dermed er det essentielt for mødet, at der er en tilstrækkelig mængde tillid til stede for, at kvinden føler tryghed til at fortælle om sin livssituation.

Dannelsen af tillid mellem to parter afhænger af hinandens handlinger. Dertil følger, at der forekommer en mulighed for at blive skuffet. Tilliden indebærer en gensidig proces mellem de to parter - denne påbegyndes ved for eksempel, at lægen præsenterer tillid i form af en risikofyldt forud-ydelse. Dernæst er det op til den voldsramte kvinde at bekræfte denne (Mortensen, 1999: 21). Dermed skabes der mulighed for nye former for adfærd, heriblandt valget om at indgå i en samtale om vanskelige og skamfulde emner etc., hvilket opbygger mængden af *tillidskapital* (Luhmann, 1968: 83).

Mængden af tillidskapital forstærkes ikke over tid, af sig selv, men skal vedligeholdes eller forøges kontinuerligt. Der er risiko for, at tilliden mindskes og at der skabes mistillid, hvilket afhænger af konsekvenserne omkring det fortalte - påvirker dette 'kun' kvinden selv eller påvirkes børn, familie og ægtefælle af det sagte (Mortensen, 1999: 21-22).

Vi forstår i denne undersøgelse tillid som et nøgleord og et redskab i samtalen, i mødet mellem den sundhedsprofessionelle og den voldsramte kvinde. Vi vil anvende begrebet gennem analysen til at begrebsliggøre de mekanismer, der udspiller sig i relationen mellem parterne.

Ydermere for at belyse den betydning tillid får, samt de udfordringer og muligheder, tillid er med til at skabe. Dette gælder både de langvarige relationer, hvor behandler møder patienten gentagne gange, og dem, hvor det er kortvarigt, hvor behandler og patient møder hinanden en enkelt gang.

Ondskab og forråelse

Birkmose undersøger begreberne *ondskab* og *forråelse*, som er den definition vi benytter, når vi gennem analysen søger at forklare nogle af de mekanismer, der ligger under fænomenet 'hvorfor størstedelen af voldsramte kvinder lever i voldelige forhold i fem til ti år' og mødet med sundhedsvæsenet.

Først vil vi redegøre for begreberne *ondskab* og *onde handlinger*, da de er negativt ladet og ofte relateres til 'onde mennesker'. Birkmose skriver, at én af grundene til denne forståelse kan være, at mennesker under 2. verdenskrig blev forklaret, at det udelukkende var onde mennesker, der handler ondt (Birkmose, 2013: 16). Det er nødvendigt at pointere, at dette ikke er vores forståelse af ordet gennem undersøgelsen. Vores forståelse kan beskrives således: "*Bare fordi at man handler ondt, er man ikke et ondt menneske. Man er blot et menneske, og alle mennesker kan både handle godt og ondt*". (Birkmose, 2013: 16)

Noget andet mennesker ofte fokuserer på ved onde handlinger, er intentionen, der ligger bag. Hvis en person bliver krænket ved, eksempelvis et intentionelt slag i ansigtet, vil denne ofte opleve handlingen som mere smertefuld og ondskabsfuld, end hvis slaget kommer som et uheld - hvor det ofte vil modtages mindre smertefuldt og ondskabsfuldt, trods at den fysiske smerte er den samme (Birkmose, 2013: 17).

I forhold til om handlingen er intenderet, kan det være nemt for krænkeren at fralægge sig ansvaret for handlingen, "det var ikke med vilje".

Hertil skal det nævnes, at den krænkede aldrig med sikkerhed kan vide hvilke intentioner, der ligger bag handlingen, den krænkede kan tillægge krænkeren intentioner som personen ikke har haft (Birkmose, 2013: 18-19).

Set i kontekst til voldsramte kvinder er de samme mekanismer gældende. Kvinderne vil ofte føle sig mere krænkede, hvis manden intentionelt slår og nedgør hende etc. frem for, hvis de overbevises om, at det ikke var hans hensigt at gøre hende fortræd.

Onde handlinger kan inddeles i tre kategorier, den *idealistiske ondskab*, der kendetegnes ved, at målet helliger midlet. Her handler krænkeren i forsøget på at gøre en god gerning ved for eksempel at skælde et andet menneske ud eller ydmyge vedkommende (Birkemose, 2013: 19).

Dernæst er der den *egoistiske ondskab*, hvor den krænkende er bevidst om, at handlingerne er onde, men hvor henseendet er, at krænkeren har et mål, personen vil opnå. Dette kan eksempelvis være for at højne egen status eller for at kontrollere sin partner.

Til sidst er der den *tankeløse ondskab*, der karakteriseres ved, at krænkeren ikke tager stilling til, om handlingen er god eller ond. Personen gør derfor det, vedkommende får besked på, det personen plejer at gøre eller gør det samme som andre. I forbindelse med vores undersøgelse bliver sundhedspersonalet konstant konfronteret med valg omkring, hvordan de skal handle. Derfor er denne del af ondskab, den del som vi benytter os hovedsageligt af i analysen. Ifølge Birkemose er det denne form for ondskab ligeledes det, der præger sundhedspersonalet mest, når de forrædede handlinger sker (Birkemose, 2013: 19-20).

For at kunne gå i dybden med, hvad det vil sige, at sundhedspersonalet handler forrået, er vi nødt til at beskrive det, der kendetegner *forråelsen*.

Forråelse er en proces, hvor individet bliver tiltagende koldt, kynisk, rå og brutalt i sine tanker og handlinger. Dette bliver over tid en del af individets personlighedsstruktur (Birkemose, 2013: 15). Forråelse starter med en mild form for aggression, der over tid accelerer til handlinger, som er mere og mere krænkende.

Det vil sige, at første skridt i forråelsesprocessen er, når den første impuls til at handle ondt opstår hos individet/personalet. Det er helt naturligt, at impulsen opstår hos sundhedspersonalet, når de på deres arbejde bliver slået, bliver fortravlet, råbt af etc.

Impulsen opstår, når følelsen af afmagt bliver stærk nok i henhold til rådvildhed, handlingslammelse, vrede etc. Qua afmægtigheden og impulsen til onde handlinger er det

naturligt, at personalet reagerer gennem eksempelvis gengældelse, opgiveness eller vrede (Birkemose, 2013: 39).

Forråelsen kan ydermere foregå i det skjulte, når personalet undlader at handle. Dette sker eksempelvis ved, at personalet holder lange pauser, ikke opsøger patienter, ikke svarer på henvendelser etc. Ved ikke at handle, kan personalet holde forråelsen skjult for sig selv.

Dette kunne eksempelvis være, hvis sundhedspersonalet ikke handler ved mistanke om vold. Hvis forråelsen ikke opdages, kan det bevirke, at personalet ikke vedkender sig de onde handlinger. Dermed opstår der en risiko for gentagelser fremadrettet. Personalet får hermed ikke gjort noget ved afmagtsfølelsen og magtfølelsen, som den onde handling giver personalet (Birkemose, 2013: 40).

Hvis personalet skal kunne udholde den onde handling, er de, ifølge Birkemose, nødt til at legitimere den ved at lave deres egen fortælling om, at den onde handling var nødvendig; handlingen var på sin plads eller måske, endda, god. For eksempel at der er travlt, og dermed ikke tid til at gå ind i en samtale omkring vold. Dette leder til det sidste skridt af forråelsesprocessen, hvor personalet mener, at de onde handlinger er gode. Her vil handlingerne være lette at gentage, og mulighederne for at opdage forråelsen vil være minimale. Dermed ændres individet på baggrund af sine handlinger (Birkemose, 2013:40).

Deontologien og konsekvensetikens betydning for sundhedspersonalet

Tilvalget af etik, og retningerne *deontologi* og *konsekventialisme*, omtales gennem specialet som henholdsvis *pligtetik* og *konsekvensetik*. Valget skyldes, at de belyser forskellige fokusområder i henhold til, hvad der er grundlaget for etiske korrekte handlinger, og om der fokuseres på selve 'handlingen' eller 'konsekvensen' når sundhedspersonalet møder voldsramte kvinder. Vi vurderer ud fra empirien, at de begge træder frem i dagligdagen og påvirker adfærden, trods for deres forskelle. Til at redegøre for disse anvender vi primært *Politikens filosofileksikon* (2010) af Poul Lübcke samt *På den anden side - etik, dilemmaer og omsorg* (2005) af Søren Kayser.

Grundlaget for at inddrage forskellige kilder skyldes, at etik har mange fortalere og flere har arbejdet videre på definitionen af henholdsvis pligtetik og konsekvensetik. Derfor vil vi gennem anvendelse af flere kilder, danne vores forståelse af de etiske retninger. Vi argumenterer for, at det er en supplerende teori, da det er en refleksion, som er kommet til under analyseprocessen. Hertil har vi reflekteret over, at der for sundhedspersonalet må ligge nogle etiske overvejelser bag deres valg og handlinger, som præger at ondskab, adfærd og disciplineringen kan forekomme. Først vil vi redegøre for pligtetikken og dernæst konsekvensetik.

Når vi i analyseprocessen tager valget om at inddrage pligtetik, skyldes det, at vi læser af empirien, at adfærden til dels præges af fokus på handlingen; den etiske rigtige handling. Pligtetikken er karakteriseret ved forståelsen af, at den 'etiske korrekte handling' udføres på baggrund af et moralsk værdisæt, og hermed en pligtfølelse. Det vil sige, at selve konsekvensen af handlingen ikke er det essentielle i pligtetikken (Lübcke, 2010: 130). Ifølge pligtetikken, er der noget som vi skal fordi vi er forpligtet til det. Det vil sige, at mennesket udfører en handling, på baggrund af opfattelsen af, at det er det rigtige at gøre (Kayser, 2005: 53).

Ved pligtetik er et karakteristika, at sundhedspersonalet eksempelvis føler sig forpligtet til at lave en konkret moralsk og etisk handling, der præges af konteksten Vi gjorde os nogle overvejelser om, at det i empirien kommer til udtryk, at der i nogle tilfælde vægtes, hvad de har pligt til at gøre, nu og her, i den givne situation. Et andet karakteristika ved pligtetikken er, når der udføres en handling, der har en konkret forpligtelse over for et moralsk princip (Lübcke, 2010: 130). Et eksempel kunne være, hvis sundhedspersonalet føler de i situationen er moralsk forpligtet til at hjælpe en voldsramt kvinde.

Konsekvensetikken spiller en rolle i undersøgelsen, fordi den, modsat pligtetikken, fokuserer på konsekvensen af handlingen. Dermed er der ved denne tilgang mere fokus på konsekvensen af sundhedspersonalets handlinger, end på selve handlingen; hvilket betyder, at det er ud fra det at der vurderes om en handling er etisk forsvarlig. Hertil gælder, at den etisk korrekte handling er den, som skaber mest mulig lykke for den største mængde af mennesker. Det sundhedsfaglige personale er på baggrund af denne retning nødt til at forholde sig til, hvilke valg der skal tages ud fra, hvad det bedste udfald vil være (Lübcke, 2010: 388). I en hverdag og et job, der omhandler mange menneskers sundhed og velvære, hvor der kan være begrænset ressourcer, vurderer vi, at sådanne valg og refleksioner ofte melder sig.

Dertil følger, at det kan være besværligt at vurdere udfaldet af en situation. (Lübcke, 2010: 388). I denne forbindelse er det essentielt at vægte sikkerheden for at opnå glæde, når der handles, samt varigheden af denne. Ydermere graden af intensitet over tid, samt hvorvidt de positive konsekvenser er tilknyttet ubehagelige oplevelser. Derudover er det nødvendigt at forholde sig til antallet af individer, der påvirkes af handlingen. Dermed er det muligt at lave en vurdering af, hvilke handlinger der skaber gode eller/og dårlige konsekvenser - hvortil sundhedspersonalet ud fra dette kan vælge den bedst mulige (Kayser, 2005 :50). Dermed bliver konsekvensetikken essentiel i denne undersøgelse, da vi tolker, at alle vores informanter har dette for øje i deres arbejde.

Analysestrategi

Vi vil gennem en kritisk analyse, og ved anvendelse af teoriernes begreber forklare og fortolke, hvad der sker i mødet med sundhedsvæsenet og voldsramte kvinder. I den forbindelse forklarer vi, hvilke muligheder og udfordringer, der eksisterer på nuværende tidspunkt. Som nævnt i metodologien benytter vi os af en blanding mellem abstraktion og retroduktion. Retroduktion benytter vi ved, at vi undersøger et fænomen, som inden påbegyndelsen af specialet var aktuelt 'hvorfor går ofte fem til ti år før størstedelen af voldsramte kvinder får den fornødne hjælp'.

Hertil benytter vi os af abstraktion, hvilket kommer til udtryk, da vi først og fremmest benytter empirien til at finde de relevante teorier. Eksempelvis er det efter vi begyndte på analysearbejdet, at vi når erkendelsen om, at en supplerende teori om etik er essentiel for at kunne forklare de mekanismer, som kommer frem gennem empirien og analysen. I analysen benytter vi os af en vekselvirkning mellem empirien og teorien. Vi beskriver dermed først nogle fænomener, som informanterne beretter om i empirien, hvorefter vi benytter teorien til at begrebsliggøre de generative mekanismer, som kommer til syne. I forlængelse af dette har vi valgt at dele analyse op i del 1 og del 2. Delanalyse 1 omhandler, hvordan akutmodtagelsen, en praktiserende læge samt en fysioterapeut, og håndterer mødet med de voldsramte. Delanalyse 2 søger at forklare de eksisterende udfordringer og muligheder, som er på området. Vi vælger at dele analysen med henblik på at det er relevant at få en viden om, hvad der gøres på nuværende tidspunkt (del 1).

Efterfølgende bygger vi videre på dette ved at dykke ned i, hvilke muligheder og udfordringer som præger arbejdsdagen hos sundhedspersonalet (del 2).

For at rammesætte analysen og overskueliggøre den, har vi yderligere valgt at inddele del 1 og del 2 i flere underoverskrifter, der er essentielle for at kunne forklare overemnerne i delanalyserne, således vi kan svare på vores problemformulering.

Analyse

Vi vil i det følgende afsnit analysere den indhentende empiri med afsæt i informanternes citater. Formålet er at forklare, hvilke multikausale årsagssammenhænge, der kan ligge til grund for det nuværende fænomen i samfundet, at størstedelen af voldsramte kvinder lever i det voldelige forhold i fem til ti år, samt få en indsigt i, hvilken betydning dette har for opsporingsmulighederne. Dermed vil analysen fokusere på den viden, der ligger på det dybe domæne⁷. Her vil vi inddrage vores teorier omkring *magt, overvågning, disciplinering, tillid, ondskab, forråelse, etik og sundhedsforståelse* for at begrebsliggøre det, som træder frem i de åbne systemer, på det dybe domæne. Analysen vil dermed være med til at besvare vores problemformulering gennem abstrakt tænkning og fortolkning. Analysen består som nævnt af to delanalyser, der til slut rundes af med en delkonklusion til hver af de to analyser. Analysens resultater vil ydermere blive anvendt i diskussionen.

Delanalyse 1 - Hvordan hjælper sundhedsvæsenet de voldsramte og hvilken betydning har det for opsporingen?

Sundhedsvæsenet er et sted, vi mennesker ofte er i kontakt med. Med udgangspunkt i WHO's anbefalinger, har vi reflekteret over, at dette skaber en mulighed for, at sundhedsprofessionelle kan bidrage til opsporingen af voldsramte kvinder tidligere. Men hvad sker der i mødet mellem sundhedsvæsenet og den voldsramte kvinde, og hvor meget fokus er der på vold i nære relationer i behandlingssituationen?

⁷ Videnskabsteorien - Ontologi og epistemologi

For at forstå de generative mekanismer og dybdestrukturer, er vi nødt til at klargøre de eksisterende retningslinjer som sundhedspersonalet i de forskellige funktioner har

Som nævnt i problemfeltet vurderer WHO, at sundhedspersonale spiller en betydelig rolle i forbindelse med opsporing af voldsramte, hvor de i denne forbindelse har opstillet nogle 'minimumsregler' for sundhedspersonale i hele verden. I korte træk indbefatter disse guidelines, hvordan sundhedspersonalet kan håndtere, samt have øje for, at det er et sårbart emne (Holm, 2000: 17).

Nedenstående delanalyse vil belyse hvilke retningslinjer, der gør sig gældende, deraf disciplinering i arbejdet, hvilke etiske overvejelser, som vægtes i en fortravlet hverdag, relationen mellem patient og behandler samt tidens betydning. Dette har vi delt op i underoverskrifter med afsæt i de teoretiske begreber.

Tilgang, disciplinering og overvågning af sundhedspersonalet

Gennem undersøgelsen ser vi en tendens til, at der ved flere af faggrupperne ikke er klare retningslinjer for, hvordan de skal håndtere situationen, hvis der kommer en voldsramt kvinde. Mette, fysioterapeuten, fortæller, at hun ikke har fået angivet retningslinjer i forbindelse med området (Bilag, B: 5). Kristian lægens, stemmer overens med Mettes:

"[...] det tror jeg ikke jeg har. Jeg har en ide om, at vi også kan snakke om, hvordan de kommer væk fra det, og hvem de kunne kontakte ude i samfundet. Herunder, om hun har haft fat i politiet eller om hun skal væk fra sit hus eller sin bopæl. Så kan jeg godt støve nogle adresser op på væresteder, [...] som de kan kontakte for at komme væk fra situationen. Men jeg er ikke sikker på der lige ligger en eller anden vejledning fra Region Sjællands sygehusvæsen, [...] fra systemet om, hvordan jeg skal håndtere det". (Bilag, C: 3)

. Det kommer til udtryk i ovenstående, at de ikke er bekendt med eller oplært i nogle officielle retningslinjer, hvilket vi vurderer kan skabe en udfordring i praksis. Både Mette og Kristian møder deres patienter gentagne gange og har en anden mulighed for at opbygge en relation til patienterne. Kristian fortæller, hvordan han håndterer situationen, trods manglende retningslinjer.

Når Kristian som læge arbejder med sine patienter, er det essentielt, at der er en tillid til ham fra patientens side, at Kristian viser patienterne, at de kan betro sig til ham - også med sårbare emner: *“Jeg spørger om det jeg synes jeg kan bruge til et svar. Og når hun ved, at jeg godt tør spørge, så tør hun også godt fortælle, jamen det gik lidt for vidt med det der et eller andet”*. (Bilag, C: 10)

Med udgangspunkt i Luhmanns teori om tillid, tolker vi, at den relation, som Kristian opbygger med sine patienter grundlæggende baseres på tillid til, at de som professionelle har en viden, der giver dem mulighed for, at de kan hjælpe deres patienter med de sundhedsmæssige udfordringer, de har. Det vil sige, at Kristian har en åben og spørgende tilgang til sine patienter, hvilket kan være medskabende i forhold til tillid, til ham som læge, hvilket giver patienten mulighed for at betro sig til ham, uden at han har en uhensigtsmæssig reaktion.

Til trods for at Mette og Kristian begge har en hensigt om at hjælpe på bedst mulig vis, er fokus på vold ikke det de har beskæftiget sig mest med. Dette bliver eksplicit, da voldsområdet ikke er en del af pensum på deres respektive uddannelser. Deres viden på området er derfor minimal efter endt uddannelse, og den viden som de har er erfaringsbaseret.

Med udgangspunkt i Foucaults teori omhandlende disciplinering tolker vi, at alle informanternes tilgang til håndteringen er præget af den disciplinering, der forekommer ved at udføre deres arbejde på en ‘bestemt’ måde. En fremgangsmåde, der er præget af uddannelserne og deres faglige felt, etiske overvejelser og empati. Dette tolker vi til at rette Mette og Kristian hen mod en bestemt adfærd, når de sidder over for patienterne.

Den panoptiske model er med til at påvirke, hvordan mennesker agerer. Sundhedspersonalet præges af en bestemt adfærd fra uddannelsen, hvilket vi tolker som et udtryk for panoptikon. Mette og Kristian har nogle retningslinjer, de skal følge for blandt andet at beholde deres autorisation eller blive akkrediteret. Derfor føres der en løbende overvågning fra IKAS⁸, Patient Sikkerhedsstyrelsen og Sundhedsstyrelsen, som alle kan lave kontrolprøver for at sikre kvaliteten af behandlingen, eller at patienter kan rette henvendelse til disse instanser ved utilfredshed.

Vi tolker med afsæt i Foucaults teori, at der opstår en gensidig overvågning mellem behandler og patient. Patienterne overvåger behandleren, hvilket skaber en disciplinering i forhold til at sikre, at behandlingen forløber, som den skal. Dette er med til at sikre, at sundhedspersonalet

⁸ Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet

journalfører korrekt, på baggrund af de regler og retningslinjer, der er udstukket. Dette skaber den effekt, at behandleren udfører sit arbejde efter bedste evne og på basis af den erfaring vedkommende har. Det gælder også i forbindelse med voldsramte kvinder.

Panoptikon og tid

I empirien, er det tydeligt, at nogle patienter selv tager initiativ til at fortælle, at de er voldsudsat. Hvorimod andre fortæller det, hvis de bliver spurgt direkte, eller hvis der spørges blidt ind til volden; volden bliver eksplicit for sundhedspersonalet. Hanne, akut sygeplejerske, fortæller, at de som akutsygeplejersker screener patienterne, når de kommer ind på afdelingen:

”Altså vi hjælper med de ting som folk har bedt om hjælp til, som udgangspunkt. Det vil sige, jeg har slået mig, jeg har flækket mit øjenbryn, jeg har fået flækket min læbe, hvordan er det sket? Det er fordi jeg har fået bank af min mand. Nå, hvor er han henne nu? Altså selvfølgelig spørger vi om det. [...] Er det noget som du bliver bange over? [...] Hvad med politiet? Alle de her ting, selvfølgelig spørger vi ind til det“. (Bilag, A: 24)

Ovenstående citat tolker vi til at være et udtryk for Foucaults panoptikon og den disciplinering, der kommer til udtryk i arbejdet. Den ‘gennemsigtige’ overvågning som panoptikon medfører, skaber muligheden for at præge sundhedspersonalets adfærd i henhold til at følge regler og strukturer, som er opstillet for arbejdsopgaverne - for eksempel, at der skal optages anamnese⁹, måles værdier og journalføres. Når Hanne beskriver, at hendes arbejde består i at hjælpe patienten med det, som henvendelsen omhandler, handler hun på baggrund af en magtrelation. Magtrelationen har et politisk afsæt gennem retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen og regionerne.

Som sygeplejerske er hun underlagt samme regler i forbindelse med patientsikkerhed etc. som Kristian og Mette. Dette kommer til udtryk ved, at Hanne eksempelvis skal dokumentere forløbet, patienten har haft ved at føre journal.

Vi vurderer, at der for sygeplejerskerne foregår en overvågning blandt kollegerne, da der ankommer en stor mængde af patienter, og sygeplejerskerne er afhængige af hinanden. Denne afhængighed af hinanden udløser yderligere et behov for at vide, hvor alle er henne eller hvem der har ansvaret for de forskellige opgaver. Med udgangspunkt i Foucaults teori omkring

⁹ sygehistorie

disciplinerings teknikker, er dette et udtryk for de levende skemaer. Disciplineringen bliver relevant og nødvendig, da sygeplejerskerne skal handle hurtigt og korrekt, fordi patienter kommer ind med akutte problemer, og ventetiden kan være lang.

Dette bevirker blandt andet til, at Hanne ikke spørger kvinden indtil, hvorvidt hun er udsat for vold, selvom hun har mistanke til det: “[...] hvis du har fire timers ventetid på skadestuerne og har folk der sidder og venter, så er det bare ikke der, man går ind i det“. (Bilag, A: 7)

Med udgangspunkt i Foucaults teori om tid vurderer vi, at dette kan være med til at forklare nogle af de udfordringer, som eksisterer ved at skulle opspore voldsramte kvinder på en akutmodtagelse. Det er en ubekendt faktor, hvor lang tid en samtale vil tage, hvis sundhedspersonalet aktivt går ind i samtalen og spørger ind til volden. Med afsæt i teorien om handlende tid vurderer vi, at tidsstyringen er essentiel på en akutmodtagelse. Da det er med til at skabe en kontrol, struktur, orden og nyttige gentagelser. Vi tolker derfor, at Hanne blandt andet reflekterer over om, hvordan hun bedst udnytter tiden. Dette forårsager, at Hanne kun spørger ind til skader i henhold til vold, hvis kvinden har oplyst, at der er tale om vold.

Vi har gennem undersøgelsen og analyseprocessen reflekteret over, at det bliver tydeliggjort, at der i praksis arbejdes på baggrund af de elementer, som sundhedspersonalet får eksplicit information om. Louise, akutsygeplejerske, fortæller, at hun ikke har kendskab til nogle retningslinjer i forhold til mødet med voldsramte: ” *Det har vi garanteret, men jeg kender dem ikke* “. (Bilag, D: 6)

Dermed er der mulighed for, at der eksisterer retningslinjer, men der er et begrænset kendskab til det eller fokus på det. Vi vurderer, med udgangspunkt i Birkmoses teori om ondskab, at dette er et udtryk for tankeløs ondskab og forråelse. Fordi Louises mangel på handling er et udtryk for, at hun følger normen på afdelingen. Til trods for at Louise har mødt voldsramte kvinder, præges hendes svar på, om hun har kendskab til nogle retningslinjer på området af en ligegyldighed, hvortil forråelsen kommer til udtryk.

Etiske overvejelser i mødet med voldsramte kvinder

Til trods for en mangel på klare retningslinjer, er der steder hvor der handles på baggrund af etiske overvejelser hos sygeplejerskerne. Louise beskriver, hvordan hun handler, hvis hun ser en voldsramt person, sidde i venteværelset:

“[...] hente den voldsramte person, for det første, starter det med at jeg egentlig gerne vil prioritere, at de ikke skal sidde så længe i vores venteværelse. [...] der vil jeg gerne prøve at skærme dem. [...] Så jeg har mange etiske overvejelser med i forhold til, synes jeg, at de ikke skal sidde udstillet og stigmatiseret og har de overvejelser omkring det“. (Bilag, D: 4)

Under interviewet med Pia giver hun udtryk for et handlingsmønster, som ligner Louises, i forbindelse med håndteringen af den voldsramte kvinde i venteværelset. I ovenstående citat vurderer vi, at etiske overvejelser er essentielle i forhold til måden sygeplejerskerne handler på. De handler på baggrund af det som de vurderer, er det rigtige at gøre i forhold til den sårbare situation som kvinden befinder sig i. Dermed tolker vi med afsæt i vores redegørelse om etik, at det er konsekvensetikken, som kommer til udtryk i dette eksempel. Louise laver i situationen en aktiv vurdering af, hvad konsekvensen er for kvinden, hvis ikke hun bliver skærmet fra de øvrige patienter i venteværelset.

“Så prøver jeg at yde noget generel omsorg i forhold til at prøve at bruge noget kommunikation, tænker jeg, med noget nonverbalt sprog og vise man er til stede, holde nogle pauser så de har mulighed for at sige noget “. (Bilag, D: 4)

Når Louise benytter nonverbal kommunikation, et åbent kropssprog, pauser i samtalen etc. tolker vi det med udgangspunkt i Luhmanns teori til, at hendes adfærd og selvfremstilling er medskabende til at opbygge tillid mellem hende, som fagperson, og patienten. Når Louise benytter kommunikationen, giver det et indblik i hende som menneske. Dette antager vi kan få den voldsramte kvinde til at åbne op og give et billede af, hvem kvinden selv er, hvilket medvirker til at der dannes en relation mellem Louise og kvinden.

Det kræver, med udgangspunkt i teorien, at de sætter noget på spil i opbyggelsen af tilliden, hvortil der i konteksten kan opstå en problematik. Da der skal være tid til at danne tillid og relation til den voldsramte kvinde, hvilket er en faktor, som ikke altid er tilstedeværende på en akutmodtagelse. Louise forklarer i forlængelse af dette, at hun får mange patienter ind, og hun skal yde en service for dem alle. På nuværende tidspunkt er det tid hun mangler - tiden til at hjælpe de voldsramte kvinder:

“Jeg har en patient i den ene ende som ikke kan trække vejret og jeg har børn med nogle brækkede arme, så har jeg den voldsramte kvinde siddende, altså mange forskellige ting. De bliver ind og ud patienter”. (Bilag, D: 13)

Ud fra ovenstående bliver det tydeligt, som Hanne også pointerede, at sygeplejerskernes primære opgave er at behandle de skader, som patienterne kommer ind med og selv fortæller om. Som Louise nævner, har de for øje at trods mange patienter, der skal behandles, er det essentielt at skabe rum for, at de kan kommunikere undervejs, hvis patienterne har behov for det (Bilag D: 4). Når sygeplejerskerne oplever tilstrømning af patienter, som har behov for at blive tilset og behandlet, vil sygeplejerskerne være nødsaget til at inddrage konsekvensetiske overvejelser i løbet af deres dagligdag. Dermed er de nødt til at prioritere, hvilke patienter, der har et akut behov for hjælp og hvilke patienter, der kan vente. Vi formoder derfor, at der vil komme fokus på, hvad der skal gøres først, for at de skaber det bedst mulige udfald for flest mulige patienters helbred og velvære.

Når sundhedspersonalet handler ondt i en travl hverdag

På baggrund af ovenstående kan konsekvensen af travlhed være, at det går ud over nogle af de andre patienter, der venter i venteværelset. Louise fortæller om, hvordan det kan være svært at hjælpe de voldsramte kvinder, hvis hun skal bruge lang tid på at finde den rette hjælp til kvinden: *“[...] hvis vi kunne sige, du skal ringe på det her nummer i morgen, og du kan altså give noget konkret, så gider vi jo godt at gøre det”.* (Bilag, D: 14)

Vi tolker dette med udgangspunkt i Birkmose til at være et udtryk for forråelse. Louise tager et konkret valg om ikke at vægte opmærksomheden på denne målgruppe, da hun som sygeplejerske er nødt til at gøre sig etiske overvejelser og vurdere hvilken konsekvens, der er mest kritiske i situationen, når der er mange patienter.

Det kan være svært at vurdere, hvad det bedste udfald er, hvis ikke alle konsekvenser overvejes - hvad sendes den voldsramte kvinde hjem til? Kan det være et svigt, hvis kvinden oplever at sundhedspersonalet ikke hjælper? etc. Vi tolker at vurderingen, som Louise laver, bygger på de redskaber, viden og fokusområder som hun har med fra sin uddannelse - gennem regler om patientsikkerhed og personlige erfaringer.

Vi vurderer med udgangspunkt i empirien, at noget af problematikken ligger i, at de voldsramte kvinder, i mange tilfælde, kan blive overset og nedprioriteret på en akutmodtagelse eller skadestue. Dette vurderer vi ligeledes på baggrund af Pias udtalelser, hvor hun beskriver hverdagen som *“fortravlet”* og *“produktionsorienteret”*. Hun fortæller, at dette bevirker, at hun overser de små signaler, som kan være tegn på vold: *“Jeg håber vi finder nogle af dem, jeg er sikker på vi ikke finder dem alle”*. (Bilag, E: 3)

Det betyder ikke, at sygeplejerskerne ikke har fokus på denne gruppe af patienter, da de hjælper, når de opdager en voldsramt kvinde i venteværelset. Her er der enstemmighed fra både Pia og Louise, i forhold til vigtigheden af at afskærme kvinderne. Pia beskriver, at personalet er fokuseret på, at dette er en praksis, som alle er vidende om. Dette betyder, at når nyt personale starter på afdelingen er oplæringen af afskærmningen af de voldsramte kvinder noget som de nye kollegaer bliver oplært i med det samme. Hvis Pia observerer, at denne afskærmning ikke har fundet sted er det noget hun reagerer (Bilag, E: 7).

Med udgangspunkt i Foucaults teori tolker vi, at afskærmning af de voldsramte kvinder fungerer ved, at sygeplejerskerne oplærer de nye medarbejdere. Der opstår dermed en overvågning fra de garvede sygeplejersker, som et led i oplæringen. Forstået på den måde at de holder øje med, at de nye sygeplejersker gør tingene, ellers korrigerer de, hvis de observerer at afskærmningen af de voldsramte ikke sker. Dermed vurderer vi, at dette er et udtryk for panoptikon og dens overvågningsfunktion.

Ovenstående eksempel tolker vi til at være et udtryk for to typer af disciplinering. Først den, som en sygeplejerske oplæres i på skolen, dernæst ved oplæringen af de nye sygeplejersker, hvor der tillægges et nyt sæt regler præget af den gældende kultur på den konkrete afdeling. Uddannelsen præges af overordnede og generelle retningslinjer, og oplæringen på en ny arbejdsplads præges af de strukturer, der virker på den enkelte afdeling, der afhænger af mængden af kollegaer og patienter etc.

Oplæringen på afdelingen er præget af en disciplinering, der indebærer konsekvensetiske overvejelser, fordi sygeplejerskerne ikke har nogle officielle retningslinjer på dette område. Dette er en praksis, der baseres på patientsikkerhed. Trods dette kommer pligtetikken ydermere til udtryk i nedenstående citat:

“ [...] jeg vil ikke engang kalde det uetisk, det er umenneskeligt at lade en voldsramt kvinde sidde, ude i venteværelset sammen med rigtig mange andre mennesker, til skue”. (Bilag E: 2)

Når hun nævner det som umenneskeligt tolker det vi til at der på samme tid handles ud fra moralske værdier om, hvad der er acceptabel adfærd overfor et andet menneske. Som vi har pointeret, er pligtetikken og konsekvensetikken forskellig fra hinanden, hvilket kan besværliggøre de valg der tages; hvad vægtes højest morale eller konsekvens og i nogle tilfælde begge dele.

Som Pia nævner ovenfor, er en af udfordringerne på skadestuen den *'fortravlede'* hverdag. Når sygeplejerskerne ikke har officielle retningslinjer, kan det betyde, at de ikke prioriterer de voldsramte kvinder, som derfor bliver mere eller mindre bevidst fravalgt. Hanne beskriver:

“Jeg vil sige, at hver gang at vi får mere travlt i modtagelsesdelen, så bliver skadestuedelen nedprioriteret, fordi de kan godt tåle at vente. Ikke at det ikke er synd for dem, men de dør ikke af det, og det gør de i den anden ende”. (Bilag, E: 8)

Det vil sige, at sygeplejerskerne grundet tidspres og mængden af patienter er nødt til at foretage fravalg af patienter. Konsekvensen af dette kan betyde lange ventetider, på eksempelvis 8-10 timer (Bilag, E: 8). Fravalget af nogle patienter tolker vi med udgangspunkt i Birkmose som et udtryk for, 'når gode mennesker handler ondt'; når der ikke er tid til at have fokus de voldsramte kvinder. Sygeplejerskerne er nødsaget til at vælge andre patienter først, inden de kan afskærme den voldsramte, og der er risiko for, at det kan skade den ventende kvinde og muligvis gøre ondt værre.

Vi tolker, at sygeplejerskerne både har konsekvensetik og pligtetikken, i tankerne, når de handler i deres arbejde og gennem deres refleksioner omkring afskærmning af de voldsramte kvinder. De gør sig tanker om, hvad der er det moralsk rigtige at gøre i den konkrete situation. Samtidig med at sygeplejerskerne er bevidste om at det kan have konsekvenser, hvis de ikke skærmer den voldsramte kvinde, og dermed risikerer de at skade hende yderligere.

Med det in mente vurderer vi at fravalget af afskærmning, grundet manglende tid eller fokus, ligger et fokus på konsekvensetikken. Når mange patienter har brug for hjælp, og sygeplejerskerne er presset på bemanning, er de nødsaget til at lave en konsekvensvurdering af, hvor de skal hjælpe først, for at skabe mest mulig lykke for den største gruppe af patienter. Dermed bliver det, til trods for at volden er synlig, ikke nødvendigvis handlingen, afskærmningen af den voldsramte kvinde, som er vigtigst, før det er hendes tur. Den voldsramte kvindes tur kan ligeledes blive udskudt, hvis der kommer mere kritiske patienter ind.

Hermed handler sygeplejerskerne på baggrund af det som kollegerne gør og som de plejer at gøre. Dette skaber denne produktionsorienterede struktur, der kan lede til tankeløs ondskab. Fordi sundhedspersonalet ikke er opmærksomme på, at de ved at undgå den voldsramte kvinde eller udskyde behandlingen af hende, kan risikere at skade kvinden.

Samtale med, og relationsdannelse til de voldsramte kvinder

Kristian fortalte at han ikke husker at have oplevet, at en kvinde i hans praksis eksplicit har fortalt, at hun er udsat for vold i hjemmet. I stedet har han opdaget volden ved at se på kvindens symptomer, og gennem den viden han kan opnå gennem samtalen.:

“ [...] enten kan de sige det meget præcist og sige jeg er udsat for ting og sager hjemme, eller også så gemmer hun det nok under alle mulige andre som hun hellere vil forklare det med. At hendes mand drikker, og at han har mistet jobbet og kan ikke få et nyt og huset skal på tvangsauktion og alt muligt “. (Bilag, C: 7)

Ifølge Kristians oplevelser er der nogle kvinder, som er mere eksplicite om deres situation i hjemmet, end andre. Relationen mellem den voldelige mand og kvinden, kan kan være forværret med tiden samtidig med, at de oplever, at der er andre parametre, der ikke går godt. Dette kan være en af grundene til, at Kristian oplever, at nogle kvinder, fortæller om de andre parametre før de kommer frem til volden. Samtidig kan det være lettere at tale om andre og mere ‘normale’ ting end et sårbart emne, som vold i nære relationer.

Kristian benytter sig af samtalen som et redskab med henblik på at få en større indsigt i symptomer, som ikke kan forklares gennem diverse undersøgelser. Vold er ikke nødvendigvis i hans tanker fra begyndelsen, men han interesserer sig for patienterne, deres trivsel, og hvordan denne kan være med til at påvirke de tegn, han ser.

Derfor spørger han ind til patienterne og deres privatliv gennem samtalen.

Et essentielt redskab for Kristian, tolker vi med udgangspunkt i Luhmann, er tillidsrelationen og den tillidskapital, han opbygger i mødet med sine patienter. Dette medfører, at kommunikationen bliver et vigtigt redskab for at skabe muligheden og rummet for, at kvinden kan åbne op om hendes livssituation.

Han anvender derudover patientens historik som et redskab til at blive klogere på den udvikling, der er i patientens helbred og til at kunne følge op på, hvis der forekommer ændringer i patientens tilstand etc.

Dette tolker vi med afsæt i Foucaults teori som et udtryk for overvågning af patienten. Det gør vi ud fra det faktum, at Kristian har information om patientens liv, hvilket kan medvirke til, at det bliver nemmere for ham at spotte tegn, der falder uden for normalen.

Vi har tidligere nævnt, at tid og manglende viden kan gøre det problematisk at vide, hvad der skal holdes øje med. Trine udtaler i den forbindelse, hvad fagpersoner kan holde øje med:

“Jeg plejer at sige, når det falder uden for de rammer, hvor vi normalt kan forklare nogle ting, så er det godt at være opmærksom på, om der kunne være andre ting, der fylder. Og det kunne for eksempel være vold i parforhold eller vold i en nær relation “. (Bilag, G: 10)

Trine pointerer, at der kan være flere tegn og symptomer, som sundhedspersonalet kan holde øje med, for eksempel hvis kvindens objektive symptomer ikke stemmer overens med hendes fortælling - eksempelvis: *Hvis en kvinde fortæller, ‘at hun er faldet ind i kanten af et bord’*. I sådan et tilfælde ville det være normalt, at der forekom blå mærker på ben og arme, men ikke tæt på kroppen. De blå mærker på kroppen kan være et tegn på vold, fortæller Trine (Bilag, G: 7-8). En viden om dette vil være nyttig for sundhedspersonalet, så de hurtigere kan afkode, om de har med en voldsramt kvinde at gøre.

Trine beskriver yderligere, at samtalen er essentiel ved opsporingen af voldsramte kvinder. Det er vigtigt, at sundhedspersonalet spørger patienten, om der kan være andre ting, der påvirker dem, hvis historien og symptomerne ikke stemmer overens. Ydermere hvis der er nogle fysiske symptomer, der er tilbagevendende, og hvor man ikke kan finde en god forklaring eller en årsag til symptomerne.

“Så det med at spørge ind til, om der er andet, det er de fleste gode til. Men det er i hvert fald noget, der er vigtigt. Hvis tingene ikke hænger sammen, hvis det ikke passer sammen, så er det en god ide at spørge ind. Og der kan man sige, at det på et tidspunkt kunne være godt at spørge mere direkte ind til, om der er vold i nogen af de nære relationer de har [...]”. (Bilag,

G: 9)

I forbindelse med kompleksiteten ved samtalen, fandt vi det interessant at få et indblik i, om der kan spørges for direkte ind til vold i samtalen. Trine svarer: *“Nej”* (Bilag, G: 10).

Tillid i relationen, tolker vi, med afsæt i Luhmanns teori til at være nødvendig for at snakke om tabubelagte emner - det kræver tillidskapital. Opbygningen af tillid er præget af samspil mellem parterne. Derfor er selvfremsstillingen ved begge parter essentielle for, hvordan modparten iagttager og modtager den anden. Det er i denne proces, der skabes en vurdering af, hvorvidt den anden er troværdig eller ej. For at den voldsramte kvinde bibeholder en vis mængde af tillidskapital til sundhedspersonalet, er begge parter nødt til kontinuerligt at bygge videre på tilliden. Derudover er det vigtigt, at sundhedspersonalet er fordomsfrie, således kvinden ikke oplever mistillid til dem.

Yderligere kan der argumenteres for, at sundhedspersonalet arbejder i et omsorgsfag, som kan medvirke til at der kan forekomme en umiddelbar tillid, med det samme, hvilket gør at et spørgsmål om vold altid kan være aktuelt.

Med det in mente fortæller Trine uddybende, at der skal være tid til, at kvinden kan føle sig sikker. Hun skal føle, at hun ikke er alene og, at sundhedspersonalet ikke stigmatiserer hende etc. Trine fortæller, at det eksempelvis som læge er en god ting under svære samtaler at give udtryk for, at lægen hører mange tale om voldsepisoder og trusler om vold, så det bliver lettere at tale om for kvinden (Bilag, G: 10). Ud fra Trines perspektiv handler det om at møde kvinden i øjenhøjde og vise anerkendelse for kvindens situation. Dette vurderer vi, med udgangspunkt i Foucaults teori om magt, kræver et forsøg på at mindske uligheden i magtrelationen, som kan opstå mellem patient og behandler.

Hvorvidt sundhedspersonalet kan spørge for direkte indtil volden, har vi reflekteret videre over. I forlængelse heraf valgte vi under samtlige interviews at spørge informanterne om, hvorvidt de spørger deres patienter direkte, hvis de mistænker, at patienten er udsat for vold i nære relationer - i så fald, hvor 'direkte' de spørger indtil dette. Pia fortæller: *"[...] ja hvis jeg får mistanken gør jeg, men jeg må med skam nok melde, at jeg ikke tror vi finder størsteparten af dem. Det tror jeg ikke og det er rigtig trist [...]"*. (Bilag, E: 3)

Pia fortæller yderligere, at hun oplever, at kvinderne kan deles op i to ydre poler. På den ene side er kvinderne, der er villige til at åbne op omkring volden i hjemmet, mens kvinderne på den anden side ikke vil fortælle, hvad de oplever. Dette set i sammenhæng med Trines udtalelser om, at det er vigtigt at skabe tryghed for den voldsramte kvinde, når sundhedspersonalet har samtaler med hende, bevidner om, hvor essentiel tillidsrelationen er mellem fagpersonalet og de voldsramte kvinder. Det er vigtigt, at Pia kan danne en tillidsrelationen, så kvinden kan åbne op for samtalen omkring vold i hjemmet.

Tidsstyringens betydning for håndteringen af voldsramte kvinder

Når vi spørger Pia, hvordan hun i praksis handler, når hun møder en voldsramt kvinde, forklarer hun det således:

“Jeg prøver at spørge ind til det, og hvis hun ligesom åbner op, så sige jamen du har jo mulighed for, og du kan jo ringe til nogle af krisecentrene, tale med dem, melde det til politiet. Altså man trækker jo i de der få håndtag, man i virkeligheden synes, man har“.

(Bilag, E: 3)

Dette tolker vi til at være et udtryk for, at Pia handler ved mistanke, hvilket hun gør ved at skabe et rum for, at kvinden kan åbne op gennem kommunikation, og nævne nogle muligheder for den voldsramte kvinde. Dette vurderer vi som et udtryk for pligtetikken. Vi vil argumentere for, at Pia handler i øjeblikket, da hun vurderer, at det er det moralsk rigtige at gøre i situationen. Hvis kvinden ønsker det, forsøger hun desuden at finde et sted, der kan tage imod kvinden med det samme. Pia nævner i den forbindelse et konkret eksempel, hvor hun oplevede det som en stor udfordring, da hun skulle finde et krisecenter til en kvinde:

“Men jeg synes, det er rigtig rigtig svært, og jeg kan godt forstå, hvis jeg som fagperson synes det er så svært, så når man står i en sådan krisesituation, må det være dobbelt op svært, for ikke at sige umuligt“. (Bilag, E: 2)

Til trods for hendes hensigt om at hjælpe og informere kvinden, udtrykker hun, at det er begrænset med redskaber, personalet har til rådighed. Ofte må hun anvende Google af mangel på bedre. Men selv med Google som en hjælpende hånd, oplever Pia, at der er en udfordring yderligere; mangel på pladser på krisecentrene. Derudover bliver det tidskrævende for Pia, hvilket kan bevirke, at hun er nødt til at gå ud over ‘tidsplanen’. Det tolker vi med udgangspunkt i Foucault kan få konsekvenser for den tidsstyring, som er nødvendig i hendes funktion, for at få arbejdsdagen til at hænge sammen, for hende selv, patienterne og kollegerne. Der er ikke angivet et konkret minuttal til hver patient, men som nævnt er det en ukendt faktor, hvor lang tid denne proces vil tage med den voldsramte kvinde. Dette kan ligeledes være en konsekvens, som Pia skal have med i den vurdering, hun foretager, når hun håndterer mødet med voldsramte kvinder.

Ovenfor har vi belyst, at nogle af informanterne gør noget, hvis de får mistanke til at en kvinde er voldsramt. Med det in mente er travlhed en stor faktor i forbindelse med at spotte de tegn, som voldsramte kvinder udviser hos faggrupperne. Vi vurderer med afsæt i Birkmose, at dette risikerer at blive et udtryk for tankeløs ondskab. Pia fortæller i forhold til situationen på akutmodtagelserne, at “ [...] *det bliver for fortravlet, og det bliver for produktionsorienteret [...]*”. (Bilag, E: 3) - arbejdet udføres mere eller mindre, som sygeplejerskerne plejer at gøre det. Dette kan bevirke, at der forekommer forråelse, hvilket Pia selv påpeger som konsekvens af sin tilgang. Trods dette lægger hun ikke op til en ændring i praksis.

Når det er en produktionsorienteret tilgang, som præger arbejdsgangen, er det et udtryk for den disciplin, der præger sygeplejerskernes adfærd; tidsstyringen. Sygeplejerskerne har begrænset tid. Derfor skal tiden anvendes konstruktivt med det formål at hjælpe de mange patienter, der kommer ind på skadestuen og akutmodtagelsen. Det er derfor nødvendigt, at sygeplejerskerne skaber nogle gode rytmer, der sikrer ro, orden, struktur og kvalitet i arbejdet. Dette vurderer vi med udgangspunkt i Foucault til at være medskabende til konstant overvågning. Overvågningen stammer fra både kolleger, der er afhængige af hinanden for, at alle patienter kan nås. Patienter i venteværelset, der holder øje med tiden og observerer, hvad der foregår i kulissen samt personalets ledelse via journalføring, der foretages for at sikre kvaliteten. Dette er derfor ydermere et udtryk for den panoptiske model, som er medskabende til disciplineringen, og præger adfærden gennem overvågningen.

Kompleksiteten ved mistanken om vold

Hannes perspektiv er på nogle punkter anderledes end Pias:

“Så derfor er det jo ikke dagsorden, at vi skal opspore vold. [...] Det er det simpelthen ikke. men det er dagsorden, at vi skal hjælpe folk med de ting, de har bedt om hjælp til, heriblandt er det at optage det, vi kalder for en anamnese; at spørge indtil hvad er der sket og så fremdeles”. (Bilag, A: 25)

Som det fremgår af citatet, vurderer Hanne ikke, at det er deres opgave at opspore volden.

Hvis der skulle opstå en situation, hvor skaden ikke hænger sammen med anamnesen, rådgiver Hanne patienten til at gå til egen læge, men yderligere går hun ikke ind i det, da hun er af den overbevisning, at “[...] man kan risikere at gøre ondt værre”. (Bilag, A: 7)

Hvis hun som fagperson ikke med sikkerhed ved, at der er tale om vold og ikke har tiden til at gå ind i det grundet mange ventende patienter. Hanne er eksplicit i sin holdning til handling ved mistanke: ”Tro det er noget du gør i kirken”. (Bilag, A: 8)

Derfor forholder hun sig som sygeplejerske til den fortælling, patienten kommer ind med, for ikke at forværre situationen. Dette bidrager til et andet aspekt i forhold til, om sundhedspersonalet vælger at indgå i denne samtale med kvinden; tidsperspektivet. Vi tolker, at Hanne vurderer, det er uetisk at åbne op for en samtale, hvis der ikke er tid til at følge den til dørs. Dette vurderer vi til at være et udtryk for konsekvensetikken. Hanne gør sig etiske overvejelser om, hvilke konsekvenser det kan have for en voldsramt, hvis hun åbner op omkring volden i en situation, hvor sundhedspersonalet ikke har tid til at hjælpe hende. Hanne vurderer, at dette kan blive oplevet som et svigt, hvis hun går ind i samtalen med kvinden. Vi tolker derfor, at Hanne i mødet laver en vurdering af eventuelle negative konsekvenser for patienten, men vurderingen af konsekvensen er ikke nødvendigvis altid korrekt. På den baggrund viger hun tilbage fra at handle.

Da Hanne ikke handler på baggrund af mistanke om vold, kan det tolkes i henhold til Birkmoses teori om forråelse. Når Hanne legitimerer manglende handling, ved at hun er betænkelig ved om kvindens situation kan forværres, hvis hun går ind i en samtale om mistanke om vold, kan det være en forråelse af kvindens situation.

Da den manglende handling kan være negligerende i forhold til kvindens situation og være skadende, grundet den manglende anerkendelse. Mette Marie beskriver at deres erfaring i Danner er at voldsramte kvinder har større tilbøjelighed til at søge hjælp, hvis for eksempel en sundhedsprofessionel har taget samtalen med kvinden inden (Bilag, H: 14).

Hanne fortsætter:

“Og så skal man lade være med at spørge ind til nogle ting, som man ikke kan hjælpe med. Så kan man godt sige, du skal lige huske at gå til egen læge, og lige få tjekket det her [...]. Men jeg vil næsten vove den påstand, at hvis det ikke er noget, der sådan bliver italesat på den ene eller på den anden måde, så er det ikke noget, man pr. automatik går ind i“. (Bilag,

A: 7)

Hanne udtrykker som det fremgår af citatet, at hvis de får oplysningerne om, at det er vold, så hjælper de, hvilket kan vurderes til at være et udtryk for pligtetikken; at sundhedspersonalet har pligt til at hjælpe deres patienter, når kvinderne eksplicit rækker ud for at få hjælp.

Hun udtrykker i den forbindelse, som de andre informanter, at det er et spørgsmål om tillid, parterne imellem, at snakke om dette sårbare emne. Dette taler ind i Luhmanns teori om tillid, da sårbare emner kan være svære at snakke om uden tillidskapital.

Når det kræver noget af begge involverede parter at opbygge tillid, der ikke nødvendigvis opstår i det første møde, kan det skabe en frygt for at støde eller ligefrem skade et andet menneske yderligere at gå ind i samtalen om vold. Vi tolker, at den manglende viden om voldens dynamikker, bliver en del af det, der bremser Hanne, og grunden til, at der ikke handles yderligere ved mistanke.

Da vi spørger Mette Marie om hendes opfattelse af manglende handling ved mistanke, udtrykker hun:

“[...] det er jo også, fordi man ikke forstår, hvad det vil sige at være udsat for vold, og hvad der skal til for at bryde med det [...] fordi man ikke har den nødvendige viden for at kunne forstå, hvad det er man står overfor så kan man tænke sådan der”. (Bilag, H: 14)

I denne forbindelse fortæller Mette Marie ligeledes, at fagpersoner kan have manglende viden i henhold til, hvordan de skal håndtere samtalen, hvis de oplever en mistanke om vold. Hvis de, som Hanne beskriver det, undlader at spørge ind til mistanke, kan det i den sidste ende have en negativ effekt for kvinden.

Mette Marie beskriver, at deres erfaring i Danner Stiftelsen er, at voldsramte kvinder er mere tilbøjelige til at søge hjælp, hvis der er nogen, som eksempelvis en læge eller sygeplejerske, har rakt hånden ud (Bilag, H: 14). Derfor vurderer vi, at handlen ved mistanken, og en viden om, hvordan det skal håndteres, er essentiel; men på nuværende tidspunkt en mangel.

Patient-behandler relation

Mette har gennem hendes erfaring i praksis en enkeltstående oplevelse, hvor hun havde en kvindelig patient, som tydeligt var udsat for vold. I starten af behandlingen italesætter kvinden ikke selv volden, men Mette observerer en indelukket adfærd samt fysiske tegn på vold.

Mettes egen opfattelse af mødet beskriver hun således: *“Jeg følte mig virkelig bar, da jeg sad med hende og tænkte, gud hvad gør jeg”*. (Bilag, B: 4)

Uden viden om håndteringen af voldsramte kvinder, retningslinjer eller redskaber tolker vi, at handlingen bliver efter Mettes bedste evne. Dermed er Mette i denne situation nødt til at handle ud fra den disciplinering, hun er oplært igennem sin uddannelse. Qua at dette ikke kan hjælpe hende synderligt meget i den kontekst, hun beskriver for os, tolker vi, at hun handler på baggrund af ren medmenneskelighed, moralske og etiske overvejelser.

Eftersom kvinden aldrig kom tilbage for at blive færdigbehandlet, har dette skabt en efterrefleksion hos Mette i forhold til, hvad hun kan gøre anderledes, hvis hun skulle stå i en lignende situation. Vi spørger hende, om hun vil uddybe denne refleksion.

Mette forklarer, at hvis konteksten for eksempel er at ‘hun træner meget med en patient, men uden at der sker nogle forbedringer i forbindelse med skaden’. Mette ville her foreslå, at patienten skulle have en behandlingsdag, hvor hun kom ind på briksen, i det private behandlingsrum. Her ville hun kunne skabe rum for en privat samtale med patienten. Dette tolker vi med udgangspunkt i sundhedsforståelsen til at være et udtryk for, at hun har fokus på mennesket som helhed, og fokus på relationen mellem patient og behandler:

“Og så tror jeg at jeg ville sige, det der med, at du går og har ondt, jeg kan ikke rigtig finde årsag til det. Kunne det være noget andet, kan du komme i tanke om noget? Er der et eller andet, som går igen, bliver du udsat for noget? Og så nogen gange, ‘ja det..’ [...]”. (Bilag, B:

14)

Vi tolker dermed, at Mette igangsætter en form for opsøgt disciplineringsproces omkring, hvad der er det rigtige at gøre. For at kunne gøre det, har hun brug for en viden om omkring håndteringen af voldsramte, som hun ikke har haft før. Efter oplevelsen, med kvinden, har Mette aktivt søgt råd og vejledning hos kolleger og en bekendt, der har baggrund som psykolog; med det formål at få en viden om, hvordan hun skal hjælpe en voldsramt fremadrettet. . Med udgangspunkt i Luhmann, tolker vi, at Mette lige såvel som Kristian opfatter relationen og kommunikation som et redskab. Ved opbyggelsen af tillid i den kontekst, som Mette beskriver, opstår der en magtrelation. Magtrelationen skal der være en balance i forhold til hvem, som er den styrende i samtalen, og hvad der spørges ind til. Hertil er det Mettes ansvar som behandler at være opmærksom på, at det er patienten, der sidder i en sårbar situation, og kvindens valg i forhold til, hvor meget, hun ønsker at fortælle.

Som påpeget ligger dette i forlængelse af Kristians tilgang. Han nævner, at han ikke decideret har en lang liste af områder, han skal gennemgå og spørge ind til, hvis han får mistanke om noget, men mere det, der falder ham ind i situationen. Hvis der er fysiske mærker, er han interesseret i at finde ud af, hvordan de er opstået:

”[...] det måske mere blå mærker, de ikke kan forklare hvorfor sker og kommer. Og så vil jeg helt sikkert også spørge til, hvorfor kommer de der - du må have en god forklaring på, hvorfor du er rødtribet på ryggen, lad os sige det som eksempel. [...] Jeg spørger om det, jeg synes, jeg kan bruge til et svar. Og når hun ved jeg godt tør spørge, så tør hun også godt fortælle [...]“. (Bilag, C: 10)

Her viser Kristian, at patienten kan være tryk og have tillid til ham, hvilket medvirker til at skabe en øget tillidskapital hos patienten. Dermed tolker vi med udgangspunkt i Luhmann, at Kristian sætter sig selv på spil gennem kommunikationen, hvilket er en vej til tillid.

Men trods gode intentioner, tolker vi med afsæt i Birkmose, at Kristians manglende viden på dette område, ligesom i Mettes situation kan skabe en risiko til en forekomst af tankeløs ondskab. Da kvinden sidder i denne sårbare situation, hvor frygten for stigma og skam er til stede. Derfor er det vigtigt, at Kristian, som læge, ved hvordan han skal håndtere samtalen med kvinden uden at presse for meget på. At han har en viden om, hvilke tegn han skal holde øje med samt en viden om, hvilke tiltag der eksisterer til kvinder i voldelige relationer.

Delkonklusion 1

I den ovenstående delanalyse har vi fået en større erkendelse af de generative mekanismer, som er med til at præge, hvordan de voldsramte kvinder bliver mødt i sundhedsvæsenet, og hvilken betydning det har for opsporingen.

Vi vurderer, at de manglende retningslinjer er medvirkede til et manglende fokus på området og målgruppen, hvilket er en central faktor i mødet mellem sundhedsvæsenet og de voldsramte kvinder. Dette får betydning for, hvordan sundhedspersonalet reagerer. Yderligere vurderer vi, at de manglende retningslinjer har en betydning for, hvordan sundhedspersonalets fokus og reaktioner er, hvis de får mistanke om, at en kvinde udsættes for vold i hjemmet. I forbindelse med mistanke om vold vurderer vi, at en anden del af forklaringen på, hvorfor der ikke altid handles på mistanke, er forskellige opfattelser af, hvor meget tid, der skal og kan anvendes på samtalen.

Når der ikke eksisterer officielle retningslinjer eller guidelines, som sundhedspersonalet kender til og har fokus på, betyder det, at de handler, som de plejer, ud fra praktisk erfaring og viden fra uddannelserne. Hertil kommer generel usikkerhed på om, det er etisk korrekt at spørge ind til en kvindes privatliv af frygt for, at det kan gøre mere skade end gavn.

Dermed har vi fået en ny erkendelse af, at der eksisterer udfordringer ved at indlede denne sårbare samtale med kvinden. Dette til trods for at vi har fået viden om, at samtalen kan fungere som en håndsrækning for kvinderne, og i nogle tilfælde være udslagsgivende for, at kvinden søger hjælp.

Delanalyse 2 - Hvilke muligheder og udfordringer oplever sundhedspersonalet i deres arbejde for at hjælpe voldsramte kvinder?

Som det fremgår af delanalyse 1, er der både udfordringer og muligheder i mødet mellem sundhedsvæsenet og voldsramte kvinder. Vi har i forbindelse med delanalyse 2 udvalgt underemner, som vi ud fra delanalyse 1 og empirien, har vurderet som centrale i forhold til muligheder og udfordringer i mødet mellem sundhedspersonalet og voldsramte kvinder.

Voldsramtes kvinders ret til selvbestemmelse

Det er vores fortolkning, at der hos sundhedspersonalet, på nuværende tidspunkt, er mere fokus på udfordringer end muligheder i mødet med voldsramte kvinder. Herunder vil vi udfolde udfordringer og muligheder i samtalen.

Gennem empiriindsamlingen og analyseprocessen i delanalyse 1 kom det til udtryk, at der er opstået en udfordring omkring, hvor meget man bør blande sig i andres liv. Vi vurderer ydermere i den forbindelse, at det har en betydning, at målgruppen, vi fokuserer på, er myndige kvinder. Her opstår der en udfordring for sundhedspersonalet, grundet manglende indberetningspligt, når det omhandler voksne. Indberetningspligten eksisterer kun ved børn, der udsættes for vold i deres nære relationer, hvis de på anden måde lider svigt og mistrives; eller hvis børn påvirkes af en voldelig relation, mellem to voksne.

Kristian fortæller:

“[...] når det gælder voksne så har folk jo lov til at leve det liv, de gør. Og folk har lov til alting, bare de ikke er psykotiske eller i en tilstand, der kan sidestilles dermed, står der i psykiatrilovgivning. Og de få der så er psykotisk syge, jamen de har så ikke lov til det, eller dem er vi i hvert fald en anden måde forpligtet til at gribe ind eller få nogen til at hjælpe os overfor. [...] Så de her kvinder må jo gerne leve sådan. Jeg synes ikke, det er okay, så jeg kan kun tale til, om det er fornuftigt at fortsætte sådan, som de fortæller mig, det sker”. (Bilag C, 9)

Dette tolker vi med afsæt i Foucaults teori til at være et udtryk for den disciplinering, der eksisterer i konteksten og deres funktion. Det at der ikke er nogen indberetningspligt, bevirker, at sundhedspersonalet ikke må tvinge noget igennem i forbindelse med mødet med en voldsramt kvinde, da de skal respektere kvinden som patient, privatlivets fred og hendes ret til selv at vælge hendes livssituation. Dette skaber en eksisterende viden hos sundhedspersonalet af, at behandleren har en begrænset mængde af muligheder for at rådgive og hjælpe kvinden. Vi tolker, at Kristian laver en vurdering af, hvad der er det rigtige at gøre i den givne situation i forbindelse med, at han ikke har indberetningspligt. Med udgangspunkt i teorien om etik, vurderer vi det som værende et udtryk for pligtetikken.

Dette argumenterer vi for, da Kristian tager valg på baggrund af, hvad han vurderer, er det moralsk rigtige at gøre. Dette kan forstås ved, at han som sundhedsperson skal respektere kvindens ret til at vælge, hvordan hun vil leve sit liv. Derudover har han en forpligtelse over for et regelsæt¹⁰.

Ifølge sygeplejerskerne fungerer dette på samme måde i akutmodtagelsen og på skadestuen. Louise forklarer: *“Så længe der ikke er børn involveret eller et eller andet, så gør jeg jo intet”*. (Bilag, D: 5)

Der er ikke noget, der ‘skal’ gøres, da sundhedspersonalet vurderer en voldsramt kvinde, ifølge vores sundhedsforståelse, til at være et autonomt-individ.

¹⁰ Sundhedsloven, lægeløftet etc.

Det vil sige, at de vurderer kvinden til at være et selvreflekterende og selvbestemmende individ, som kan indfri egne mål på baggrund af sin handlekapacitet. Dermed vurderer personalet, at kvinden er et individ, der både kan reflektere over sine livsbetingelser samt handle på, om disse er nogle, hun vil leve med.

Ifølge vores sundhedsforståelse vurderer vi, at der kan sættes spørgsmålstejn ved sundhedspersonalets vurdering, da kvindens livssituation kan være tvangsbetonet på baggrund af den voldelige partner. Dermed kan der sås tvivl ved, om kvinden har mulighed for at lave ægte mål for sig selv og handle på dem; eksempelvis i forbindelse med at søge hjælp for at slippe ud af det voldelige forhold.

WHO's anbefalinger om, at sundhedspersonalet blandt andet skal følge op ved mistanke om vold, informere og henvise patienten til passende sociale foranstaltningen eksempelvis krisecentre etc. har sat gang i refleksioner hos os i forbindelse med empirien. Dette fører til spørgsmålet, om der er noget sundhedspersonalet burde gøre anderledes set i lyset af denne analyse. Vi vurderer i denne sammenhæng, og i tråd med WHO, at der muligheder for, at sundhedspersonalet i dette møde skaber rum for at hjælpe kvinden til at videreudvikle sin handlekapacitet ved at åbne samtalen omkring kvindens livsbetingelser. Hvad oplever hun i hjemmet, har hun fysiske gener, har hun et sted at tage hen, er der børn involveret etc.? Herefter kan sundhedspersonalet henvise kvinden til eksempelvis organisationer¹¹, der arbejder med voldsramte.

Sundhedspersonalets gode hensigter kan ende med forråelse

Kristian påpeger, at der er forskel på det ansvar, han har i forhold til patienten, og det ansvar, han har overfor sin familie. *“Jeg skal jo huske mine begrænsninger som læge, at jeg er jo bare rådgiver, jeg skal jo ikke tage vare på hende på den måde, jeg skal håndtere mine børn eller hjælpe min hustru“.* (Bilag, C: 4)

Ordet ‘rådgiver’, som Kristian vælger at anvende, finder vi interessant i forbindelse med hans funktion.

Han er af den opfattelse, at han ikke skal overskride grænsen mellem det professionelle og det private.

¹¹ Danner Stiftelsen, Mødrehjælpen, Lev uden Vold etc.

Dette tolker vi med afsæt i Foucault til et udtryk for, hvordan den panoptiske model, kan have en uhensigtsmæssig effekt. Da vi vurderer, at den i denne kontekst risikerer at medvirke til, Birkmoses teori om tankeløs ondskab. Vi argumenterer for dette, da panoptikon fremtvinger en bestemt adfærd, og opfattelse af hvad der er korrekt adfærd. Når Kristian vurderer, at han ikke bør krydse en grænse, tolker vi, at disciplineringen i dette tilfælde kan føre til tankeløs ondskab; når sundhedspersoner observerer tegn, hos patienten, men vurderer at en dybdegående og/eller opfølgende samtale vil gå over den professionelle grænse samt være en indgriben i patientens ret til privatliv.

Denne disciplinering er et udtryk for et ønske om at respektere individet. Hanne fortæller at de, ligesom Kristian, skal respektere 'privatlivets fred'. *"[...] man bliver bare nødt til at respektere, at man kan risikere at gøre ondt værre. Fordi hvis du ikke ved tingene, så skal du enten spørge eller også skal du lade vær"*. (Bilag, A: 8)

Dette har vi været lidt omkring i delanalyse 1, at hun oplever at man kan risikere at gøre ondt værre. I forlængelse heraf påpeger hun, at det er vigtigt at vide og have tænkt igennem, hvad man skal gøre, da samtalen kan åbne op for at de voldsramte kvinder siger 'ja' til at hun udsættes for vold i hjemmet. Hannes refleksioner omkring dette bunder i, at det at åbne op for en samtale, kan skabe en risiko for krænkelse. Forstået på den måde, at hvis fagpersonalet har en oplevelse af, at de ikke har mulighed for at hjælpe kvinden med for eksempel at rette henvendelse til en organisation. Da det er en tillidserklæring for kvinden at skulle svare på spørgsmålet om de udsættes for vold (Bilag, A: 9).

Her tolker vi med udgangspunkt i Luhmann, at Hanne har nogle forbehold i forbindelse med, at det kræver en vis mængde tillid i relationen for, at den voldsramte åbner op om sårbare, svære og tabubelagte emner. Dette kan lede til, at sundhedspersonalet ikke spørger ind til volden. Hermed kommer sundhedspersonalets hensyn til at være et udtryk for tankeløs ondskab og forrædede handlinger. Da det kan medvirke til, at kvinden ikke bliver bevidst om, hvilke muligheder, der er for hjælp. På den måde kommer deres tien til at skabe denne tankeløse ondskab. Sundhedspersonalet gør dermed det de plejer, eller som deres kolleger.

Vi tolker på baggrund af empirien, at en anden problematik, der er på dette område, indebærer en form for berøringsangst. Trine fortæller om en af grundene til, at denne berøringsangst kan forekomme: *"Altså hvis der er noget man ikke har viden indenfor, så er sandsynligheden for, at man stiller spørgsmål til det område mindre"*. (Bilag, G: 7)

Som nævnt i delanalyse 1, er der en manglende viden omkring dynamikkerne i et voldeligt forhold, hvad der skal til for at bryde med volden, samt hvordan samtalen mellem sundhedspersonalet og voldsramte kvinder skal forløbe. Dette vil vi udfolde senere i denne delanalyse.

Vi tolker, at hvis en fagperson ikke handler, grundet opfattelsen om, at man ikke kan tvinge myndige individer til noget, kan det skabe risiko for forråelse. Den manglende handling tolker vi som et udtryk for tankeløs ondskab, når sundhedspersonalet ikke ved, hvilken livssituation kvinderne sendes hjem til.

Magtbalancens betydning i samtalen med de voldsramte kvinder

Hvis sundhedspersonalet åbner for emnet og spørger ind til volden, vurderer vi, at det er nødvendigt, at sundhedspersonalet er bevidste om, at kvinden ikke bliver overfuset, så der som Hanne udtrykker ovenfor, ikke begås ubevidst overgreb på kvinden under samtalen. Sundhedspersonalet skal, som WHO beskriver, være åbne, ikke have en dårlig attitude, eller antyde at kvinden selv bærer skylden i forhold til volden etc. (Holm, 2000: 17). Derfor bliver magtbalancen og relationen i samtalen mellem den sundhedsprofessionelle og den voldsramte kvinde essentiel for sundhedspersonalet at være opmærksom på.

Vi vurderer med udgangspunkt i Foucault, at magtrelationen og magtbalancen kan forekomme skrøbelig, når det omhandler sårbare emner, da disse kan være ubehagelige at tale om for begge parter.

Vi tolker dermed, at en voldsramt kvinde kan vælge at beholde noget magt i relationen mellem sig selv og sundhedspersonalet, ved ikke at fortælle om volden eller udelade dele af historien. På den måde kan kvinde have en mængde af kontrol i forhold til at hun ikke bliver fremstillet på anden vis end hun selv ønsker - i frygt for eksempelvis stigma eller skam.

Med udgangspunkt i Luhmanns teori, har mængden af tillid i relationen en betydning for, hvordan der handles. Hvis den voldsramte kvinde vælger at afgive noget magt, i troen på at den sundhedsprofessionelle kan hjælpe kvinden til at forbedre hendes livssituation, tolker vi ud fra teorien, at det kan medvirke til, at kvinden åbner op for sig selv og hendes sårbarhed.

Set i lyset af dette vurderer vi et behov for, at sundhedspersonalet har nogle konkrete guidelines til rådighed, i forbindelse med, hvordan de skal håndtere samtalen med kvinderne i praksis. Således at de ikke ubevidst skader kvinden eller ikke opnår det ønskede udbytte af samtalen;

enten ved at sundhedspersonalet ikke gør noget eller ved at overskride en grænse. Mette udtaler om sin oplevelse:

”Den der patientrelation, så jeg ikke får presset hende lidt for hurtigt ud i at skulle snakke om, hvad det er, fordi havde jeg vidst det, at hvis man presser dem, så er det typisk at de ikke kommer igen - så havde jeg slet ikke gjort det”. (Bilag, B: 8)

Mette udtrykker, at hun fremadrettet gerne spørger direkte ind til om en kvinde udsættes for vold. Hvis Mette fremadrettet spørger direkte ind til volden, er det afhængigt af hendes relation til patienten - dermed mængden af tillidskapital i relationen. Vi underkender derfor ikke, at relationen der skabes i mødet, er en essentiel faktor for udfaldet af, om sundhedspersonalet spørger indtil volden eller om de undlader at stille spørgsmålet.

Det komplekse består yderligere i, at fagpersonen kan udvise meget empati og medmenneskelighed, men hvis patienten af den ene eller anden årsag oplever en usikkerhed eller frygt, kan samtalen blive udfordrende. Med udgangspunkt i empirien tolker vi, at resultatet af dette kan blive at sundhedspersonalet enten ikke spørger indtil livssituationen og volden, at kvinden svarer nej eller at kvinden svarer ja, men at fagpersonen ikke ved, hvad der skal gøres efterfølgende.

Tillid i samtalen - magtrelationens betydning

Mette Marie påpeger som nævnt i delanalyse 1, at vejen ud af volden, kan hjælpes på vej af en ‘håndsrækning’. Denne kan komme fra en nabo, ven, sygeplejerske, socialrådgiver, læger etc. Hermed tolker vi det som nødvendigt for de voldsramte kvinder, at de har en oplevelse af, at sundhedspersonalet ‘ser’ dem og at kvinderne ikke er alene (Bilag, H: 13-14).

Med udgangspunkt i delanalyse 1 og det ovenstående afsnit; ‘magtbalancens betydning i samtalen’. Vurderer vi, at tillid er et redskab i forbindelse med at tilgå den voldsramte kvinde og påtale volden. Trine udtaler:

“[...] Der skal selvfølgelig være tid nok til at patienten kan opnå tillid, og at patienten kan føle, at de ikke er den eneste i hele verden. Altså det er jo ikke normalt, men det som er en god ting, som læge, når man skal tale om noget, der er svært det er at give udtryk for, det her kender jeg til, det er noget som jeg hører mange tale om, så du er ikke den eneste. Især at man rummer det og at man ikke stigmatiserer. Det er noget vi faktisk er vant til som læger. Vi er jo vant til at tale om for eksempel stort alkoholforbrug, men det er heller ikke noget der er let - det er jo heller ikke noget man bare lige fortæller sådan umiddelbart [...]”. (Bilag, G: 10)

På baggrund af Trines udtalelse tolker vi, at det er vigtigt, at der udvises respekt for patienten og hendes identitet. Set i lyset af at de er vant til at snakke med andre sårbare grupper, har vi reflekteret over, at det burde være muligt at have en konkret tilgang til samtalen, hvis der opstår mistanke til at en patient er udsat for vold. Sundhedspersonalet kan dermed få udbytte af den mulighed, som de har i mødet med patient - de kan hjælpe kvinden til at få hjælp tidligere.

Kristian har ikke har oplevet, at nogen er blevet stødt over, at han har spurgt indtil forskellige sårbare emner. Kristians oplevelse er at ved, at han tør spørge, skabes en form for åbenhed og tryghed, der medfører, at patienterne er villige til at respondere på spørgsmålene: *“[...] det åbner for deres svar, at jeg tør hoppe ned i suppen”.* (Bilag, C: 8)

Med udgangspunkt i citatet tolker vi på baggrund af Luhmanns teori, at Kristians mod og åbenhed, i forhold til at spørge direkte indtil patienten er medskabende for opbyggelsen af tillid i relationen mellem Kristian og patienten. Vi tolker ydermere med udgangspunkt i Foucaults teori om magt, at det er nødvendigt at have for øje at magtbalance ikke bliver for ulig mellem parterne. Grundet Kristians funktion, som læge, tolker vi, at han altid vil have mere magt i situationen grundet hans autoritet - der eksisterer en ubalance grundet patient-behandler relationen.

Vi vurderer på baggrund af et sundhedsfremmende perspektiv, at det er vigtigt, at samtalen skaber rum til at skabe ‘ægte mål’. Med det følger respekt for individet samt refleksioner omkring konsekvensen af handlingen. For at hjælpe kvinden er det nødvendigt at skabe mulighed for, at kvinden selv kan tage valget om at søge hjælp. Således at kvinden ikke skaber et uægte mål, da det er vigtigt, at kvinden bibeholder sin autonomi.

Sundhedspersonalets viden og uddannelse

Vi vil dele dette underemne op, således at vi først belyser faggruppen fysioterapeutens, akutsygeplejerskernes og afslutningsvis lægens viden omkring kvinder udsat for vold. Afslutningsvis vil vi belyse de nuværende muligheder, der er for vidensdeling og videregive information til patienterne.

Vi adspurgte vores informanter under interviewet, om de har haft forløb eller kurser på uddannelsen omhandlende voldsramte, og håndteringen af voldsramte i praksis. Hertil svarede Mette: *“Aldrig“*. (Bilag, B: 4)

Dette medfører, at hun i det enkelt tilfælde, hun har erfaret, med en voldsramt kvinde følte, at hun manglede en viden på området: *“Jeg ville ønske, at jeg havde haft bedre mulighed for at håndtere det. Altså havde jeg haft en større viden om målgruppen“*. (Bilag, B: 9) Hendes håndtering blev derfor, som tidligere nævnt, på baggrund af de redskaber hun havde erfaringer med- den disciplinering hun er blevet oplært til at agere efter samt hendes medmenneskelighed.

På studiet har Mette haft en del om patient-behandler relation (Bilag, B: 5). Vi tolker med afsæt i Luhmann, at det er i patient-behandler relationen hvor Mette har mulighed for at opbygge tillidskapitalen. Ud fra vores empiri bliver det tydeligt, at Mette udviser en tillid i mødet med kvinden - som kvinden bekræfter, gennem nonverbalt sprog. Hun fortæller følgende:

“ [...] og så siger jeg, er du faldet ned af trappen? Og det vil hun ikke svare på. Og jeg prøver sådan lige så stille, er der nogen, der ikke er søde ved dig? Hun sådan nikker lidt, og sådan, og så siger jeg, er det noget du kunne tænke dig at fortælle mig om? Nej det vil hun ikke“. (Bilag, B: 3)

Hertil tolker vi, at kvinden har en skepsis i mødet, da hun ikke kender Mette og eventuelt har en mistillid omkring, hvorvidt Mette i hendes funktion har viden om vold og kan hjælpe kvinden. Mette udtrykker selv, at hun var usikker omkring situationen med kvinden, i forhold til hvordan hun kunne hjælpe. Dette kan have påvirket kvinden, hvis hun har opfanget Mettes selvfremstilling som usikker.

I sådan en situation tolker vi, at viden om målgruppen er essentiel for, hvordan samtalen med voldsramte kvinder skal og bliver håndteret. Dette er både for den voldsramtes skyld, men også for fagpersonen. Således at sundhedspersonalet ikke ender med at stå med en følelse af ikke at vide, hvad vedkommende skal gøre - ligesom Mette.

Mette oplever modstand i samtalen med kvinden, og har svært ved at få kvinden til at tale. Dette tolker vi med udgangspunkt i teorien kan skyldes manglende tillidskapital. Dette betyder, at kvinden oplever en risiko ved at fortælle for meget om sin situation. Denne risiko kan blandt andet omhandle stigma, skam, frygt for partneren etc.

Vi tolker i forlængelse af dette, at der med udgangspunkt i Foucault opstår en form for overvågning. Denne overvågning består i observationen af de objektive og synlige symptomer/tegn, som Mette observerer.

Derudover fortolker vi ovenstående citat til at være et udtryk for en 'handling' på baggrund af pligtetikken. Mette handler på baggrund af en vurdering af, at det vil være det moralsk og etisk rigtige at gøre - i dette tilfældet spørge ind til kvindes situation for at hjælpe hende, hvortil fokus ikke er på konsekvensen.

Som belyst tidligere har denne oplevelse medført et ønske om mere viden hos Mette. Hun udtrykker, at en læren om sårbare grupper, herunder voldsramte, burde være en del af pensum på uddannelserne. Således at de som sundhedsprofessionelle får en viden om, hvordan man håndterer mennesker, som står i en sårbar situation: *"Der skal man være meget bedre klædt på. Og jeg synes at de mennesker fortjener, at man som sundhedspersonale ved, hvad man skal gøre"*. (Bilag, B:11)

Som nævnt valgte Mette, at skabe flere muligheder for sig selv, for ikke at være for begrænset i sin viden omkring håndteringen af voldsramte, hvis hun skulle opleve en patient med lignende tegn. Derfor valgte Mette at søge på nettet, og fik derigennem en viden om, at der eksisterer Center for Voldsramte, som fagpersoner kan kontakte og henvise voldsramte kvinder til, hvilket medfører at hun er bedre forberedt:

"Jeg mener det i lige så høj grad er noget vi skal kunne i fysioterapien som lægen skal kunne det. Fordi vi skal være gearet til at møde alle mulige slags mennesker. [...] Jeg synes vi har pligt til at hjælpe folk bedst muligt". (Bilag, B: 8)

Dette ligger i tråd med WHO's anbefalinger om, at sundhedspersonalet skal være bedre informeret i forhold til at få øje på de mindre synlige tegn på vold, hvilket de fleste sundhedsprofessionelle ikke har på deres uddannelse på nuværende tidspunkt (Holm, 2000: 17). Dermed vurderer vi, at udfordringen omkring manglende viden blandt andet har rødder tilbage til, hvilket fag og forløb, der er udvalgt til at være en del af uddannelsesforløbene.

Tidens betydning

Udover at viden er en udfordring, er vi igennem undersøgelsen og analyseprocessen blevet bevidste om, at tidsperspektivet er en udfordring, Mette udtrykker: *"Tid - at der ikke var tid nok, og at jeg følte det var sådan meget skrøbeligt"*. (Bilag, B: 6)

Længden af behandlingstiden og forløbet er forskelligt fra patient til patient. Det afhænger af skaden. Vi tolker, at der til trods for, at patienter kommer gentagne gange hos en fysioterapeut, så er korte konsultation, en udfordring i forhold til tid samtidig med at den næste patient sidder i venteværelset. Dermed kan det være en udfordring at bruge ekstra tid på en patient, der viser tillid i forhold til en sårbar situation - som vold i parforholdet.

På den måde får disciplineringen en dobbelt betydning, forstået på den måde at sundhedspersonalet har pligt til at hjælpe alle mennesker på bedst mulig vis. Men i praksis bliver disciplineringen præget af en tidsfaktor, hvor der er sat en afgrænset mængde tid af til hver patient. Dette er en faktor som er en del af hverdagen for sundhedspersonalet, og som ikke kan ændres på - grundet mængden af ressourcer.

Vi tolker dette, med udgangspunkt i Foucaults teori, til at være et udtryk for den 'tidsplan', som præger arbejdsgangen. Et fokus på at tiden bliver anvendt nyttigt, er med til at sikre kvaliteten af arbejdet, hvilket dermed skaber overvågning. Med udgangspunkt i teorien om tidsstyring kan personalet sikre patientsikkerhed ved gode rytmer og gentagelser, så som journalføring etc.

Disciplinerings betydning for håndtering af mødet med voldsramte kvinder

Da vi spurgte sygeplejerskerne indtil deres viden om voldsramte kvinder og håndteringen, fik vi forskellige svar. Dette skyldes, at de tre sygeplejersker har forskellige professionelle baggrunde. Fælles for dem alle var, at det ikke var noget, som de havde fået undervisning i på uddannelsen: *"Ja men vi er ikke uddannet i at tage os af voldsramte kvinder [...]"*. (Bilag, A: 24)

Dermed bliver deres viden om håndteringen af voldsramte kvinder præget af egne erfaringer og viden derfra. Hanne har tidligere arbejdet på *Center for seksuelle overgreb* og har siddet i bestyrelsen ved et krisecenter. Hun har qua dette en erfaring med, hvordan man håndterer kvinder, der har været udsat for en krænkelse. Trods dette, beskriver Hanne, at sygeplejerskers job på en skadestue eller akutafdeling er at behandle de skader, som patienterne kommer ind med. Det vil sige, at deres primære opgave er at behandle fysiske skader (Bilag, A: 11). Dette kan være et udtryk for Foucaults teori om disciplinering, hvilket blandt andet kan føres tilbage til uddannelsen. Sygeplejerskerne får en bred uddannelse indenfor det sundhedsfaglige på blandt andet en skadestue, hvor de for eksempel lærer om sårbehandling, relationsdannelse, medicin etc. Vi vurderer i forlængelse af dette, at både Sundhedsstyrelsen og Uddannelse- og forskningsministeriet har en indvirkning på arbejdsgangen i forhold til, hvad der er på pensum på uddannelserne - fysioterapeut-, sygeplejerskeuddannelsen og medicinstudiet. Derfor tolker vi, at den disciplinering, der følges her, gøres på baggrund af gode intentioner og faglig læring gennem uddannelse. Dette tolker vi, med afsæt i Birkmose, kan medvirke til, at der kan forekomme tankeløs ondskab. Dette i henhold til at sygeplejerskerne gør det de plejer, og det som de har lært på uddannelserne, når de kommer ud på arbejdspladsen.

Som sygeplejerske er de uddannet til at skabe en relation til patienten, således patienten føler sig tryk ved situationen.

Vi tolker, at sygeplejerskernes disciplinering fra uddannelsen benyttes positivt i forhold til relationsdannelsen mellem dem som fagperson og patienterne. Grundet manglende læren om håndtering af voldsramte er sygeplejerskerne nødt til at gå væk fra det lærte, og hermed disciplineringen fra uddannelsen, ved at benytte sig af egne erfaringer eller fornemmelser af situationen. Hertil kan de stadig bruge viden omkring relationsdannelse, som en force, i mødet med de voldsramte kvinder

Hanne er af den opfattelse, at de som akutsygeplejersker ikke er de rigtige til at hjælpe kvinderne, grundet manglende uddannelse. Dette tolker vi med udgangspunkt i Birkmoses teori til at være en form for forråelse, da det bliver et bevidst fravalg af en målgruppe.

Manglende videns betydning for handlingen

"[...] jeg kan ikke gå ind og vejlede et andet menneske til om de skal ringe til Mødrehjælpen eller et eller andet sted hen, medmindre jeg er helt sikker på at det er en information som de gerne vil have. Og hvis det var vi havde al tid i verden, så kunne det måske godt være at vi måske kunne gå lidt mere aktivt ind i det, men det har vi ikke. Og der er rigtig rigtig mange ting, hvor det er man tænker, 'nå men det kan man lige gøre på hospitalerne når folk nu er der alligevel'. [...] Og det er jo klart hvis man så bliver indlagt og det er en sådan hel voldssituation og sådan noget så har man jo noget længere tid at snakke med folk. Det er ikke hospitalssystemet der kan gøre en forskel". (Bilag, A: 18)

Hanne påpeger i ovenstående citat, at både redskaberne til at rådgive et andet menneske, samt tiden på en skadestue eller akutklinik er problematisk. Tiden skaber en udfordring, da sygeplejerskerne har mange patienter, der skal igennem i løbet af en dag. Dette tolker vi med udgangspunkt i Foucault til et udtryk for 'tidsplanen', som gennemsyrrer hverdagen. Tidsplanen er i denne kontekst en tidsstyring, som er med til at sikre kvalitet i arbejdet, ved at skabe en struktur gennem gentagelser, i en ellers urolig arbejdsdag, med mange patienter. Dermed bliver tidsstyringen et værktøj til at vurdere, om tiden anvendes nyttigt.

Louise svarer i tråd med Hanne, at det til tider går så hurtigt, at de ikke bruger tiden på at undersøge, hvad der er den bagvedliggende årsag til skaden (Bilag, D: 18). Ved samme fokuspunkt nævner Trine: *"Der er travlt på en skadestue, så man har ikke tid til at spørge alle ind til, om de har været udsat for vold, altså hvis de siger de er faldet". (Bilag, G: 8)*

Hannes opfattelse er, at de som sygeplejersker på en akutafdeling eller en skadestue ikke opdager voldsramte kvinder: *"[...] det der med at være detektiven, der opdager noget som vi ikke har set, det tror jeg bare ikke at vi kan prale af at være". (Bilag, A: 10)*

Hanne har erfaring med, qua sit tidligere arbejde i Center for Seksuelle overgreb, at tillid er en vigtig faktor, når det omhandler voldsramte kvinder. Dette medfører, at Hanne mener, at man ikke 'bare' skal spørge kvinderne, om de har været udsat for vold i hjemmet, ved mistanke, hvis tiden ikke er til at danne relationen.

Denne opfattelse af vigtigheden af tillidsdannelse tolker vi til at være opstået på baggrund af den disciplinering, Hanne har fået gennem sit tidligere arbejde. Her har hun lært, at der skal være en vis struktur omkring kvinden, samt et beredskab - krisecentre etc., Hanne kan kontakte således, at kvinden kan komme et sikkert sted hen, hvis hun ikke kan tage hjem.

” Ja, jamen så har man jo mulighed for at ringe til den sociale døgnvagt, altså om ikke andet så bare for at vide med krisecentre, kan vi få dem et eller andet sted hen. Er der sikkert der hvor du bor? ”. (Bilag, A: 10)

Dette tolker vi til at være et udtryk for konsekvensetikken, da der i denne kontekst vil være fokus på det bedst mulige udfald; at hjælpe kvinden i sikkerhed. Dermed er der på den ene side fokus på konsekvensen - at det er nødvendigt at kvinden kan komme i sikkerhed. Men der er ligeledes fokus på handlingen, og at de har pligt til at hjælpe kvinderne i situationen; det er dermed et udtryk for etiske overvejelser der peger mod både pligtetikken og konsekvensetikken.

Da vi spurgte Kristian om, hvilken viden han har angående voldsramte kvinder og hvorvidt han har haft noget om denne målgruppe på sin uddannelse, svarer han i samme tråd, som de øvrige informanter:

”Vi har måske allermest haft omkring det med børn - som kan være truet eller hvis trivsel er i fare, i forhold til forældrekompetencer og børns symptomer på at der kunne være noget generelt galt i deres familie. Om det så er vold, eller om det er dårlig mad og dårlig skolegang og dårlig trivsel generelt. Jeg ved ikke om vi har haft direkte om voldsramte kvinder, det mindes jeg ikke, at vi har haft noget der hed det eller direkte handlede om det “.

(Bilag, C: 2)

Som det fremgår af citatet, har Kristian ikke haft specifik undervisning om målgruppen, voldsramte, på uddannelsen. Under interviewet kommer vi med et opfølgende spørgsmål om, hvor Kristian mener, at opsporing samt videre hjælp til voldsramte kvinder skal ligge henne - om denne målgruppe hører til hos privatpraktiserende læger, hvortil Kristian svarer: *“Jeg ved ikke rigtig hvor det ellers skulle ligge henne [...]”.* (Bilag, C: 6)

Som Kristian påpeger, kan der være mange årsager til at patienterne kommer til ham. De kan have smerter, skader, sygdom, have svært ved at gå på arbejde etc. Den mulighed Kristian, som læge, potentielt har i mødet med kvinden er vigtig for at hjælpe kvinden videre til relevant hjælp, eftersom lægen ofte er et af de første steder mennesker tyer til, hvis individet oplever problemer med helbredet. Derfor udtrykker Kristian gennem interviewet, at det ville være gavnligt med mere viden på området (Bilag, C: 6).

Dette ville gøre det lettere for ham at opspore kvinderne, hvis han havde en viden om, hvilke tegn der skal holdes øje med. Ydermere hvordan han skal indgå i samtalen og hvordan han skal guide patienten til trods for de eksisterende udfordringer.

Dermed fortolker vi med udgangspunkt i teorien, at lægens møde med den voldsramte kvinde skaber mulighed for, at kvinden kan få den hjælp som hun har brug for. Men at det kræver en korrekt tolkning af patienten og de informationer, der bliver givet, da det vil præge samtalen parterne imellem.

Mette Maries perspektiv på praktiserendes lægers evne til at spørge indtil vold fremgår af nedenstående citat:

“[...] der er nogle praktiserende læger, som er rigtig dygtige til det og kan gennemskue eller få spurgt ind på en god måde i forhold til at få afdækket om det i virkeligheden er vold hun lever i. Men de fleste forholder sig ikke til det, de forholder sig til de fysiske symptomer eller smerter man kommer med”. (Bilag, H: 3)

Hertil udtrykker Kristian, at hvis han spørger indtil, om patienterne er udsat for vold, eller grænseoverskridende adfærd, får han for det meste et nej - de som svarer ja bliver lettede (Bilag, C: 8). Dette skaber en god mulighed for, at Kristian kan hjælpe dem videre til de instanser, der kan hjælpe kvinden - eksempelvis Danner Stiftelsen. Udfordringen opstår blandt andet i, at der kan være nogen, der siger nej fordi de er bange for at blive fejltolket og misforstået. Ud fra Luhmanns teori får det derfor en betydning for mødet, hvis kvinden ikke har tillid til at hendes selvfremstilling, og ideale selvbillede bliver mødt.

Kvinden kan frygte, at lægen/sundhedspersonen ændrer syn på hende, frygte hvad der kommer til at ske, hvis der åbnes op omkring volden etc. Dermed er dynamikken mellem behandler og patient vigtig for, om kvinden føler tryghed i relationen og kan åbne op omkring volden. Hvis kvinden vælger at fortælle om volden, er det essentielt, at fagpersonen har viden hvad om, hvad der skal gøres, og hvem de kan kontakte.

Kristians viden på området stammer fra den praksiserfaring han har, samt en forholdsvis sparsom mængde information om, hvad der ligger i nærområdet af krisecentre:

“[...] jeg kender såmænd bare [krisecentre] fordi jeg ser nogle gange reklamerne i lokalavisen, nogle gange kører der en busreklame for dem”. (Bilag, C: 3)

Det kan være en udfordring, at Kristians viden om tilbud til voldsramte kommer fra reklamer. Vi tolker, at hans minimale viden bliver hæmsko for opsporingen af voldsramte kvinder eller at det kan påvirke kvindernes tillid, til hans funktion. Mette Marie pointerer, at tillid til 'funktionen' er essentiel:

“Hvis man har en forventning om at den her funktion, de burde hjælpe mig, og de ikke gør det, så har det en kæmpe stor negativ konsekvens både for deres [kvindernes] tilbøjelighed til at søge hjælp hos nogle andre og det øger deres følelse af skam og skyld helt vildt”. (Bilag,

H: 13)

Vi vurderer med udgangspunkt i Birkmose, at udfordringen ved den manglende viden kan medvirke til, at der forekommer tankeløs ondskab og forråelse, hvis det medfører en øget skam og skyld hos de voldsramte kvinder. Yderligere kan det have en indvirken på kvindernes muligheder for at danne ægte mål, hvis konsekvensen bliver at de opgiver at søge hjælp.

Det er vigtigt at pointere, at fagpersonerne ikke har en ligegyldighed over for mennesket og deres gener. Men vi fortolker, at der kan forekomme en ligegyldighed overfor at udvide sin videns horisont på området. Dette tolker vi til at være en form for forråelse, da fagpersonerne er bevidste om, at målgruppen eksisterer. Eksempelvis Kristian mener, at målgruppen hører til indenfor hans faggruppe, men han søger ikke aktivt viden om målgruppen i forhold til, hvor kvinderne kan henvises til etc., hvilket skyldes en opfattelse af, at det er en mindre målgruppe end eksempelvis misbrugere (Bilag, C: 6).

Mette Maries oplevelse stemmer overens med vores informanter i forhold til, at der er mange faggrupper, som ikke har tilstrækkelig viden på området, “[...] som med fordel kunne integreres ind i deres uddannelse og det gælder hele sundhedssystemet”. (Bilag, H: 15).

Gennem abstrakt tænkning og formålet om at isolere mekanismerne, er viden om målgruppen en mangel, hos alle vores informanter, der i arbejdet møder voldsramte kvinder i praksis. Dette vurderer vi har en betydning for deres valg og fokus på målgruppen i dagligdagen. Det er udfordrende at holde øje med for eksempel symptomer på vold, hvis man ikke kender til dem. Det er ligeledes udfordrende at stå med en patient, hvor der er en stærk mistanke om, at det er vold, men man ikke har lært, hvordan samtalen skal tilgås.

Vidensdeling

Med mere viden vurderer vi, at der vil være mere fokus på målgruppen, og derfor også mere fokus på vidensdeling og tegn på vold.

Da vi indsamlede empirien, var vores første interview med Trine Rønne. Trine fortæller os, at den manglende viden omkring voldsramte kvinder i nære relationer er et problem, der påvirker hvor ofte der spørges ind til volden:

“[...] man bevæger sig indenfor de områder man sådan er sikre på, og hvor man ved, hvordan man kan hjælpe og gå videre. Så når der er manglende viden på det her område, så gør det at der ikke bliver spurgt tilstrækkeligt ind til det”. (Bilag, G: 7)

Grundet denne manglende viden, valgte vi at spørge Mette Marie indtil, hvad de hos Danner Stiftelsen gør i forbindelse med at udbrede viden til sundhedspersonalet. Mette Marie fortalte, at der eksisterer 24 timers telefon, som sundhedspersonale og kvinderne selv kan ringe til. Gennem denne kan de få råd og vejledning. Ydermere er der en national hotline, fra Lev uden Vold, der kan ringes til. Danner Stiftelsen har derudover medvirket til, at der er lagt brochurer ud til praktiserende læger og akutafdelinger (Bilag, H: 12).

Vi valgte endvidere under interviewene med nogle af akutsygeplejerskerne at spørge ind til, om de havde brochurer liggende, som de kan give til voldsramte kvinder, eller kvinder som de mistænker, kan være udsat for vold i en nær relation. Vi fik forskellige svar fra Louise og Pia, der begge var bevidste om, at der ligger noget på afdelingen.

Pia fortæller: *”Jeg tror det vi har er forældet.”* (Bilag, E: 2). Dette medfører, at Pia vælger at benytte Google med henblik på at skaffe viden om, hvordan hun skal forholde sig til og hvordan hun skal hjælpe den voldsramte kvinde, hvilket kan optage ekstra tid: *“[...] jeg ringede jo simpelthen rundt fra Herodes til Pilatus for at finde et eller andet krisecenter der kunne tage hende”*. (Bilag, E: 2)

Med udgangspunkt i vores teori om etik, tolker vi, at det kan medvirke til, at Pia er nødt til at overveje om det får, for store konsekvenser, hvis hun skal hjælpe den voldsramte kvinde videre, i forhold til tiden.

Louises oplevelse er, at de på skadestuen og akutmodtagelsen har mange brochurer liggende - for mange:

”Jo, jeg bruger dem bare ikke. Jo altså så kunne jeg forestille mig der ligger mange forskellige. Der ligger garanteret både til forskellige etniske målgrupper, der ligger garanteret også noget til [by] og noget til [by] og noget til hovedstaden altså, jeg tror der er for meget“. (Bilag, D: 14)

Når travlhed er en del af dagligdagen på afdelingerne, bliver det at skulle finde én brochurer ud af mange, en opgave der vil tage ekstra tid. Dette tolker vi til at kunne præge Louise til ikke at benytte de brochurer som de har liggende på afdelingen.

Dette kan bevirke at, der forekommer tankeløs ondskab hos Louise. Da hun i denne situation ikke overvejer, om det kan gøre en forskel for den voldsramte kvinde, hvorvidt hun får en brochure eller ej. Det bliver en afvejning af, at det bliver for besværligt at skulle finde den rette information. Det handler dermed ikke om, at Louise ikke ‘gider’, at hjælpe kvinden, men at det bliver for besværligt, når det ikke er en situation, som Louise oplever ofte: *”Også fordi, så ofte er det jo heller ikke. Men det er ikke noget hvor jeg har en konkret knap at trykke på, og det skal altså være forholdsvis enkelt for at det bliver husket“.* (Bilag, D: 14)

Med udgangspunkt i Birkmose tolker vi, at når Louise ikke handler, er det ikke af ond vilje. Men en viden om hvor de relevante brochurer ligger henne, er ikke noget hun har siddende på rygraden.

Vi tolker derfor ydermere med udgangspunkt i Foucault, at det ikke er en integreret del af disciplineringen i forhold til den generelle arbejdsgang fra uddannelsen - i forhold til hvad man som sygeplejerske skal fokusere på. Hvis både Louise og Pia skal indhente viden eller videregive viden om eller til voldsramte kvinder, skal de selv opsøge den - enten ved at gå igennem mange brochurer eller benytte sig af Google.

Delkonklusion 2

I ovenstående delanalyse har vi belyst nogle af de udfordringer, der på nuværende tidspunkt gør sig gældende i praksis på skadestuen, akutmodtagelsen, fysioterapien og hos den privatpraktiserende læge. Vi har fået den nye erkendelse, at det er en udfordring, at voksne mennesker har lov til at leve deres liv som de vil. Dette vurderer vi betyder, at fagpersonerne i højere grad oplever en form for barriere. Yderligere er et element, at sundhedspersonalet frygter, at de kan komme til at gøre ondt værre.

Disse to udfordringer, har vi tolket til at være præget af disciplinering og overvågning. Derudover vurderer vi, at sundhedspersonalet står med mange valg i løbet af deres arbejdsdag, som kræver etiske overvejelser. Etiske overvejelser i forhold til om de skal vægte konsekvensen af handlingen, eller hvad der er det moralsk rigtige at gøre.

I forlængelse heraf har vi fået den nye erkendelse, at et nøgleord er 'tillid'. Tillid i samtalen og mødet, præger udbyttet, der kommer frem af samtalen, og dermed hvordan der handles. Det er alle vores informanternes forståelse, at tillid er en vigtig faktor - samtidig med at tid er en udfordring i forbindelse med opsporing og håndtering af mistanke og håndtering af målgruppen. Her fremgår igen en udfordring, da vi ser en tendens til manglende viden om målgruppen, samt hvilke symptomer, der kan være indikatorer på vold.

Vi vurderer ud fra ovenstående delanalyse, at den manglende viden og adfærd kan spores tilbage til uddannelsen - de fokusområder, der er blevet vægtet rent fagligt. I sammenhæng med dette, vælger nogle af vores informanter selv at søge viden, mens andre forbliver i den hverdag, de kender. En del af forklaringen på fænomenet vurderer vi, i ud fra denne kontekst blandt andet er præget af manglende viden og begrænset fokus på symptomer i forhold til at opspore kvinderne. Der er ydermere en mangel på at videregive informationer til kvinderne i form af brochurer eller lignende. I samme forbindelse vurderer vi ud fra delanalyse 2, at der opstår en form for ansvarsfralæggelse grundet tidsperspektivet.

Diskussion - Kan tiltagene omkring opsporing af og videreformidling til voldsramte kvinder forbedres tiltagene omkring opsporing og videreformidling forbedres?

I ovenstående analyse har vi belyst de muligheder og udfordringer, der kan være en del af forklaring på de fænomener, vi observerer i samfundet: 'Hvorfor går der fem til ti år før størstedelen af voldsramte kvinder får den fornødne hjælp'? Følgende afsnit har til formål at diskutere 'behandling ved samtykke' samt 'pligten til at hjælpe'. I forlængelse af dette vil vi diskutere, hvordan forståelsen af fænomenet vold ses på et politisk niveau. Diskussion bidrager i henhold til problemformuleringen ved at gå yderligere i dybden med det nævnte fænomen, som vi søger at forklare. Derfor vil vi anvende analysens resultater gennem diskussionen, hvortil vi vil inddrage eksperter i form af Mette Marie, Trine, anbefalinger fra WHO, Sundhedsloven, Menneskerettighedskonventionen og Lev Uden Vold. Vi vil inddrage citater fra vores informanter, med henblik på at belyse deres synspunkt på de givne problemstillinger. Diskussionen er derfor en udfoldelse af analysen og dermed med til at besvare problemformulering: *Hvorfor går der fem til ti år før størstedelen af voldsramte kvinder får den fornødne hjælp og hvordan møder sundhedsvæsenet dem?* Afslutningsvis vil vi reflektere over mulige forbedringer på den nuværende situation med udgangspunkt i vores empiri, ovenstående analyse og de diskuterede elementer.

Behandling kræver samtykke

Vi har reflekteret over fænomenet: 'at man kan ikke tvinge nogen til noget' som flere af vores informanter påpeger under interviewene. I analysen kommer vi omkring fænomenet, hvor det bliver tydeliggjort, at det er en udfordring for sundhedspersonalet. Kristian påpeger, at det kun er, hvis vedkommende har psykiske udfordringer i form af psykoser etc., at han kan gribe ind og gøre noget aktivt (Bilag, C: 9). Denne regel er med det formål at sikre individets frihed og autonomi, hvilket stemmer overens med Menneskerettighedskonventionen; artikel 5 som belyser individets ret til frihed (Institut for menneskerettigheder: Dansk lovgivning).

Når flere af vores informanter udtrykker, at man ikke kan tvinge et myndigt individ til noget, skyldes det Sundhedslovens § 15, at *“Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke [...]”*. (Sundhedsministeriet, 2022, kap. 5 § 15)

Dette vurderer vi til at være den regel ved patienthåndtering, som vores informanter følger i deres arbejde. Denne paragraf medfører en barriere, da de oplever, at de ikke skal blande sig for meget i forbindelse med patienter som de mistænker, er udsat for vold - også når der er klare tegn på vold.

Kristian udtrykker under interviewet: *“Så de her kvinder må jo gerne leve sådan, jeg synes ikke det er okay [...]”*. (Bilag, C: 9)

Vi vil derfor argumentere for, at hovedansvaret ofte ‘lander’ på kvindens skuldre, grundet den udfordring, at man ikke kan tvinge nogen til noget samt den svære balance i, hvor meget man kan tillade at blande sig.

Vi har derfor fået den forståelse af, at der bliver tegnet en klar linje i forhold til, at man ikke skal blande sig i, hvordan andre vil leve sit liv, også selvom man ikke er enig i den måde patienten lever sit liv på. Også til trods for at levemåden eksempelvis påvirker patientens trivsel og sundhed.

Set ud fra et åbent sundhedsbegreb, vil tvangshandlinger ofte føre til tvangsbetonede mål; dermed uægte mål. De ægte mål skal komme fra kvinden selv, hvor der skal være et ønske om at ændre eller opnå noget. Det kunne i denne kontekst være et ønske om at komme ud af volden eller beskytte sine børn. Derfor skal viljen komme fra kvinden selv, hvis det skal have en indvirkning på at fremme hendes sundhed og livskvalitet fremadrettet. Vi vurderer, at det optimale i et sådant møde er, at kvinden åbner op, hvis adspurgt, og udtrykker et ønske om hjælp. Dette betyder ikke, at vi vurderer, at ansvaret alene ligger hos kvinden. Når vi pointerer dette, skal der forstås, at vi argumenterer for, at sundhedspersonalet har en del af ansvaret, men for at skabe ægte mål, skal kvinden aktivt være en del af processen.

Nu har vi nævnt en af de paragraffer som sundhedspersonalet er underlagt i Sundhedsloven, men kigger man videre på en af de andre paragraffer, støder vi på noget interessant: Det fremgår af Sundhedslovens § 19, at der er visse tilfælde, hvor en sundhedsprofessionel kan igangsætte behandling, uden et givet samtykke - eksempelvis hvis det gælder patientens overlevelse, eller på længere sigt sikre chancerne for overlevelse (Sundhedsministeriet, 2022, kap 5 § 19).

Dette finder vi interessant - for hvad ligger der i definitionen af 'chancerne for at overleve'. Dette indebærer for eksempel hjertestop etc. Set i lyset af den betydning vold har for helbredet, skaber volden risiko for en række sundhedsmæssige udfordringer og i den forbindelse begrænser volden den enkeltes livsudvikling (Bollestad et. al., 2021: 14). Vi har reflekteret over, om der burde eksistere en paragraf mere specifikt rettet hen imod voldsområdet. En paragraf, som kan give sundhedspersonalet det handlerum, og den mulighed de mangler for at føle, at de kan 'blande' sig i et andet menneskes liv, med det formål at sikre den voldsramtes helbred og i kritiske tilfælde overlevelse - og på samme tid have respekt på individet og dets frihed. Således at de ikke skal fortolke på eksempelvis den nuværende lov - §19 i Sundhedsloven. Ovenstående refleksioner rejser spørgsmålet, hvornår sundhedspersonalet har 'pligt' og 'ansvar' til at hjælpe?

Pligten til at hjælpe

Mette mener, at hun har pligt til at hjælpe alle mennesker. Dette er en holdning, vi vurderer, er en del af hendes etiske forståelse, og derfor moralske regelsæt. Set i lyset af den patientsikkerhed behandlerne skal skabe, vurderer vi at det på en og samme tid er et udtryk for den panoptiske model - en model som i dette tilfælde præger forståelsen og derfor adfærden i arbejdet; pligten til at hjælpe alle.

Mette er derfor af den forståelse, at det ikke kun er lægen, som har dette ansvar i henhold til voldsramte. Dette ligger i tråd med en artikel udgivet af Dansk Sygeplejeråd omhandlende WHO's anbefalinger i henhold til opsporingen af voldsramte. I den forbindelse nævner de:

“Sundhedsvæsenets ledere skal have pligt til at sørge for, at voldsproblemet bliver synligt, som er en af hovedårsagerne til dårligt helbred hos kvinder. Sundhedsvæsenets administration må sikre, at der er ressourcer til at indsamle data, udvikle retningslinjer samt fremme mulighederne for at afsløre vold og misbrug i tide”. (Holm, 2000: 16)

Ovenstående citat vurderer vi læner sig op ad den konsekvensetiske tilgang, hvor fokus er på, at den etisk rigtige handling, bygger på det bedst mulige udfald. Dette argumenterer vi for i forbindelse sætningen, fra citatet, at der skal flere muligheder til at handle og opspore 'i tide'. Ved flere muligheder vurderer vi, at der vil være potentiale for at hjælpe kvinderne tidligere. Da hjælpen kan være med til at fremme kvindernes sundhed.

Ved at inddrage retningslinjer, hvor voldsområdet er en del af sundhedsvæsenet, vil vi argumentere for, at disse retningslinjer kan have en effekt på, hvor tidligt voldsramte kvinder bliver opsporet. Med det in mente har vi gennem undersøgelsen fået den nye erkendelse af, at problematikken stikker dybere, og breder sig ud over de åbne systemer, som vi undersøger, da området præges af et politisk fokus¹².

Vi har derfor i forbindelse med ovenstående analyse reflekteret over, hvem der har 'ansvaret' for at opspore kvinderne tidligere, og hvad informanternes opfattelse er af dette? Når vi omtaler det som et 'ansvar' skyldes det, at vi oplever, at nogle af vores informanter laver en form for ansvarsfralæggelse. Vi vurderer, at det handler om en gældende forståelse hos faggrupperne, og den prioritering som de gennem disciplinering er oplært til at følge i deres arbejde. En disciplinering hvor de er blevet oplært i specifikke fokusområder, hvortil voldsområdet ikke er prioriteret. Af samme grund fremgår det i empirien og analysen, at der er forskellige holdninger til dette. Holdninger der både beror på, hvor målgruppen hører til, og hvem der har muligheden for at opspore voldsramte kvinder på baggrund af viden og tiden i arbejdsgangen. Hanne fortæller:

“ [...] det er ikke hospitalet som skal løfte. Det er simpelthen noget man skal gå ind i ude i kommunerne, eller via praktiserende læger. Man skal ikke forvente, at hospitalssystemet kan yde“. (Bilag, A: 13-14)

Ovenstående citat, vurderer vi, er et udtryk for den forståelse: 'at det på den ene side er et socialt problem', når hun peger på kommunerne. Hvis det skal høre til, inden for sundhedsvæsenet, er det hos den praktiserende læge. Vi belyste kort i introduktionsafsnittet, at Socialstyrelsen har udarbejdet en værktøjskasse til håndtering af voldsramte, hvilket vi vurderer er rettet mere mod sagsbehandlere, eksempelvis socialrådgivere.

Mette omtaler, at hun oplever, at de på uddannelsen har lært en 'skubbe væk'-teknik. Dette er Mette ikke selv enig i er det rigtige at gøre. Det at skulle skubbe patienter videre i systemerne er problematisk efter hendes opfattelse, da hun frygter, at patienterne kan risikere at blive tabt. Vi vil argumentere for, at denne skubbe væk teknik kan være et problem, i opsporingen.

¹² Videnskabsteori - Kritisk realisme

Hvis tegnene for eksempel bliver opdaget ved fysioterapeuten, og fysioterapeuten er nødsaget er nødt til at henvise de voldsramte kvinder tilbage til lægen, og at det her er lægen, der skal spotte tegnene på ny. For det første er det ikke sikkert at lægen har fokus på det, og for det andet, er det ikke sikkert, at kvinde går til lægen og får tjekket op på de evt. blå mærker etc. Derfor kan det være problematisk, hvis vejen til hjælp indebærer flere led. Det kunne forsimples ved, at fysioterapeuten kunne videregive information, om tilbud til voldsramte direkte til patienten.

Flere af vores informanter nævner de praktiserende læger som det første led, de voldsramte kvinder møder. Derfor fandt vi det interessant at få en indsigt i, hvad Kristians holdning var til dette. Som belyst i analysen mener han, at ansvaret blandt andet ligger hos ham, som læge. Patienterne henvender sig til ham med forskellige gener og udfordringer - hvilket for eksempel kunne være mavesmerter eller søvnproblemer. Disse symptomer kan være tegn på problemer i det privatliv. Som Kristian fortæller, fungerer hans arbejde, som en slags rådgiver, hvor samtalen med patienterne er central, for at finde frem til, hvad der ligger til grund for symptomerne. Sundhedsprofessionelle kan ikke forvente, at patienterne, i dette tilfælde voldsramte kvinder, selv kan skelne mellem de forskellige symptomer, inden de kommer indtil eksempelvis lægen. Derfor er det vigtigt, at den sundhedsprofessionelle har viden indenfor de forskellige kategorier, der kan medvirke til, at patienten kommer med de givne symptomer. Hvis ansvaret ligger hos de voldsramte selv, kan det i værste tilfælde betyde, at de ikke tager handling i forhold til volden, da vedkommende selv ville skulle sætte symptomerne sammen med den givne livssituation, som i forvejen er præget af skyld og skam.

I forlængelse af refleksionen om, at lægen ofte er det første møde, og at vi gennem analysen har vægtet tillid i samtalen som et redskab, er det interessant at reflektere over, hvorfor det alligevel ikke er alle, der åbner op om volden - til trods for at de eventuelt har et godt forhold til lægen. Trine udtaler i den forbindelse:

”Der er mange der ikke har lyst til at fortælle om det, og der kan være mange forskellige grunde til det, men jeg har haft patienter, der har fortalt mig, at det kan de ikke sige til deres læge, fordi de har så godt et forhold til lægen. [...] Hvis man har et rigtig godt forhold til lægen, så er det netop en man synes, man kan fortælle om det. Men det kan faktisk være grunden til man ikke fortæller om det, fordi man har skam og skyld over, at man er blevet i det her parforhold [...]”. (Bilag, G: 9)

På baggrund af denne årsag kan det være problematisk, hvis det er den gældende opfattelse fra flere sundhedsprofessionelle er, at det alene er lægens opgave at opspore og hjælpe kvinderne videre til rette instanser. Dette vil vi argumentere for med udgangspunkt i ovenstående citat, samt Luhmanns teori om tillid; tillid er essentiel, men for nogle patienter i en sårbar situation kan det at åbne op om deres tilværelse og privatliv, være præget af frygt for at blive stigmatiseret. Yderligere er det en faktor at lægen kan risikere at få et nyt, anderledes eller mindre respektfuldt syn på patienten etc.; dette kan skabe en konflikt i forhold til selvfremstillingen.

Det vil derfor for nogle, modsat andre, være lettere at fortælle om volden til en person, som de på forhånd ved, at de ikke ser igen. Derfor vurderer vi, i tråd med WHO, at alt sundhedspersonale har en central rolle og kan være medhjælpende til at løfte opgaven og gøre en forskel i forbindelse med voldsramte: *“Sygeplejersker og andre sundhedsarbejdere kan hjælpe volds ofre på forskellige måder, alt efter hvor de er placeret i systemet”*. (Holm, 2000: 16)

Det fremgår af den danske handlingsplan¹³, at det både er lægers og jordemødres ansvar at være med til at opspore voldsramte (Minister for ligestilling, 2019: 22). Vi vil her sætte spørgsmålstegn ved, hvorfor jordemødre og læger bliver særligt fremhævet, når WHO tydeligt pointerer, at alle sundhedsprofessionelle kan være nyttige til at hjælpe volds ofre, på forskellig vis afhængigt af professionen. Derudover er både læger og jordemødre sundhedsprofessionelle, der har et længere forløb med patienterne, hvilket ifølge ovenstående refleksioner, kan medvirke til, at nogle voldsramte kvinder ikke vil blive opsporet, af de to faggrupper.

Derfor sætter vi spørgsmålstegn ved, hvorfor der ikke er en mere udbredt viden om, hvordan sundhedspersonalet kan hjælpe voldsramte kvinder? Hvorfor det på nuværende tidspunkt ikke er bevidstgjort, at alle sundhedsprofessionelle har mulighed for at hjælpe?

Vi er bevidste om, at det ikke kan forventes, at alle sundhedsprofessioner ved alt om denne målgruppe, da det er et specialiseret område, lige såvel som eksempelvis alkoholmisbrug er.

I forlængelse af ovenstående finder vi det interessant at diskutere, hvorledes fænomenet vold bliver forstået i Danmark, set ud fra et strukturelt niveau. Dette da vi gennem undersøgelsen har fået forståelsen af, at problematikken bevæger sig ud over de valgte åbne systemer¹⁴.

¹³ fra 2019

¹⁴ Akutsygeplejersker, fysioterapeuter og praktiserende læge

En strukturel forståelse af vold i Danmark

I forlængelse af analysens resultater og ovenstående afsnit finder vi det relevant at diskutere emnet på et strukturelt, politisk, niveau. Dette, da vi gennem undersøgelsen, og vores nye erkendelse vil argumentere for, at det er med til at præge, hvordan sundhedsvæsenet møder voldsramte kvinder, og hvilken form for udfordring vold opfattes som rent politisk.

Som vi nævner i problemfeltet, fik vi erkendelsen af, at Sundhedsstyrelsen ikke har ansvaret eller nogle retningslinjer for dette område. Set i lyset af, at der er en del opmærksomhed på voldsområdet, og som vi nævner i problemfeltet, at vold er en global epidemi, hvor tal fra WHO viser, på verdensplan at: *“Mindst hver femte kvinde bliver i løbet af sit liv udsat for fysiske overgreb af en- ofte nærtstående - mand”*. (Holm, 2000: 11)

Vi stiller os kritiske overfor, at der ikke er integreret konkrete guidelines eller retningslinjer i det danske sundhedsvæsen. Som nævnt ved sundhedsforståelsen har WHO udstedt en række anbefalinger til sundhedspersonalets håndtering af mødet med voldsramte - dette har Lev Uden Vold ligeledes gjort, primært rettet mod kommunalt ansatte. De skriver eksplicit, at retningslinjerne kan anvendes af læger og sygeplejersker (Lev Uden Vold: Håndbog). Derfor vil vi argumentere for, at problematikken er, at der ikke er guidelines som sundhedspersonalet er bekendt med, som de ved at de skal følge, i og med at det ikke er noget, som er integreret i sundhedsvæsenet.

Mette Marie formoder, at manglende fokus på tegnene på vold har noget at gøre med *“[...] at vi aldrig i Danmark har forstået det som et folkesundhedsproblem”*. (Bilag, H: 8)

Det faktum at voldsramte ligger under Socialstyrelsen, og ikke som en fælles udfordring hos Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen, betyder, at voldsområdet rent politisk ikke bliver anset som et folkesundhedsproblem. Målgruppen sættes derfor i højere grad i samme kategori som eksempelvis ‘ligestilling’, hvilket vidner om, at det overvejende opfattes som et socialt problem i Danmark.

Med et kritisk blik sætter vi spørgsmålstegn ved, hvorfor det ikke ses som en fælles udfordring, når WHO tydeligt konkluderer, at vold er et af de største sundhedsrisici i nyere tid, samt at tal fra Danners Årsstatistik viser, at størstedelen af kvinder lever i volden i flere år (WHO, 2002: xix);(Danner, 2020: 8).

Nogle af vores informanter udtrykker også, at det må være et kommunalt ansvar at opspore de voldsramte. Vi sætter spørgsmålstegn ved, hvorfor vold er blevet karakteriseret som et overvejende socialt problem politisk, hvilket der kan være flere forklaringer på, Mette Marie nævner:

“Jeg tror måske, og nu siger jeg noget lidt for egen regning, at på en eller anden måde så har krisecenter-bevægelsen også selv været med til det, fordi man har gået så meget op i, og det gør vi også nu, at sikre empowerment“. (Bilag, H: 8)

Set i lyset af vores sundhedsfremmende perspektiv, anerkender vi, at empowerment er essentiel i processen til at fremme sundheden. Derfor er det vigtigt ikke at sygeliggøre kvinderne og gøre dem til ofre for en kriminalitet, da det ikke er alle kvinder, som ønsker at anmelde volden. Trods dette, ser vi det nødvendigt at anerkende det, som et sundhedsfagligt problem også for at hjælpe flere kvinder tidligere, da det kan have sundhedsmæssige konsekvenser, hvis kvinderne ikke får den fornødne hjælp. Ud fra vores sundhedsforståelse vil vi argumentere for vigtigheden af at lægge fokus på de konsekvenser det kan have for sundheden samt skabe mulighed for, at kvinderne kan få den håndsrækning som de har behov for, med henblik på, i sidste ende at fremme deres sundhed og deres handlegapacitet.

Forbedringsforslag

I første halvdel af analysen fandt vi frem til de udfordringer, der indgår i mødet med voldsramte kvinder. Dermed belyste vi den videns ‘hul’, som er eksisterende på nuværende tidspunkt - hvad sker der i mødet mellem sundhedspersonalet og voldsramte kvinder? Ud fra vores sundhedsfremmende perspektiv har vi i sinde at diskutere videre om, hvad der kan gøres for at forbedre den nuværende situationen.

Skabe forbedringsforslag med henblik på at give sundhedspersonalet flere muligheder, og dermed skabe potentiale for at hjælpe de voldsramte kvinder tidligere. Først vil vi belyse nogle af de forslag som informanterne udtrykte under interviewet, hvorefter vi fokuserer på viden og uddannelse.

Vi spurgte vores informanter om, hvad de oplevede, var en mangel i hverdagen for at kunne opspore og hjælpe voldsramte kvinder, hvilke bud de vurderer kunne fungere i deres hverdag. Vi vurderer i den forbindelse, at det er vigtigt at have for øje, at funktionerne er forskellige, og derfor kan der være behov for forskellige redskaber og muligheder.

Mette og Kristian mangler muligheden for at have konkrete brochurer liggende, som de kan give til patienten - lige såvel som de har til misbrug og bækkenbundsproblemer. Dette med formålet at kunne videregive informationer til patienten.

Set ud fra Louises synspunkt er brochurer et vigtigt redskab, men det skal efter hendes mening være forsimplet, og der skal ikke være for mange forskellige brochurer at vælge imellem. Konsekvensen af dette, som belyses i analysen, kan være, at det ikke bliver anvendt eller husket i den travle dagligdag på akutmodtagelsen. I forbindelse med Louises udtalelse om, at brochurer kan være besværlige at finde, kommer Pia med et forslag, der kan erstatte brochurerne:

“[...] i de her elektroniske tider, hvis man havde en QR-kode til en eller anden hjemmeside. De fleste mennesker har smartphones, og så er det måske nemmere at komme med, fordi jeg tænker tit i situationen, at det ikke er sikkert at kvinden har overskuddet - men så om 14 dage kunne det godt være hun havde det, og så har hun fået smidt brochurere et sted hun ikke kan huske. [...] vi bruger QR koder til rigtig meget andet i vores arbejde også, så jeg tænker det måske kunne være et værktøj”. (Bilag, E: 4)

Vi har reflekteret over, på baggrund af analysen og emnet tid, at for noget sundhedspersonale vil det være nemmere at anvende en QR-kode, da det vil tage kortere tid end, hvis de skal lede efter den rette brochure. I forlængelse af dette, og set i lyset af, at det ikke er alle kvinder, som fortæller om problemet, nævner Louise, at der i venteværelset kunne hænges en plakat, hvor der eventuelt stod telefonnummer etc. til organisationer, som arbejder med voldsramte. Således at kvinderne selv kan notere sig det, uden at skulle fortælle det til sundhedspersonalet, eller at det vil blive bemærket af andre patienter (Bilag, D: 16-17).

Ovenstående refleksioner fra vores informanter vurderer vi, er et udtryk for det behov som sundhedspersonalet oplever for at kunne hjælpe.

Vi har gennem analysen fået den erkendelse, at der mangler viden på området hos sundhedspersonalet. Mette Marie påpeger, at en viden om området er essentielt for, at der fokuseres på redskaberne, såsom 24 timers telefonen og brochurer. Derfor ser vi det essentielt at diskutere, om det skal integreres på uddannelserne, i dette tilfælde sygeplejerske-, fysioterapeutuddannelsen og medicin studiet samt andre relevante sundhedsfaglige uddannelser, for at skabe et større fokus på de allerede eksisterende muligheder (Bilag, H: 12). Det fremgår i artiklen af Dansk sygeplejeråd, at sundhedspersonalet bør trænes op til, at de kan spotte skjulte og tydelige tegn på vold, med det formål, at kunne hjælpe kvinderne. Sundhedspersonalet har ligeledes en vigtig rolle i forbindelse med, at de til tider er væsentlige og i nogle tilfælde de eneste kontaktpersoner, der kan hjælpe med at formidle viden til voldsramte kvinder (Holm, 2000: 16).

Til trods for at det fremgår af den danske handlingsplan, at sundhedspersonalet indgår i handlingsplanen, vurderer vi, at der indtil videre ikke er optimale muligheder for at sundhedspersonalet kan hjælpe kvinderne. Vi ser gennem vores analyse en række af faggrupper, som handler, hvis de er bevidste om, at det er vold, der er tale om. I praksis kommer det til udtryk, at sundhedspersonalet ikke er af den opfattelse, at det er deres opgave at opspore voldsramte kvinder, særligt ikke i hospitalsvæsenet. Hvis opgaven ligger på lægens skuldre, burde lægen så have mere viden på området? Det bliver udfordrende at opspore kvinderne og volden, hvis fagpersonen ikke har viden nok. Dermed ser vi et hul og en mangel rent uddannelsesmæssigt, hvis sundhedspersonalet skal påtage sig den opgave som handlingsplanen peger på. Mette Marie udtaler:

“Så det skal ud og virke, men hvordan modellen skal være hos sundhedsvæsenet, det kunne i hvert fald være godt, at man startede med at anerkende det som et folkesundhedsproblem, ved sundhedsminister og parlamentet og dermed styrelsen skulle forholde sig til, lave nogle politikker, nogle guidelines, inde på uddannelserne”. (Bilag, H: 19)

Ved at forholde sig til området på et mere strukturelt niveau og som et folkesundhedsproblem, vurderer vi med udgangspunkt i empirien, at det vil påvirke sundhedsvæsenet. Den gældende problematik som vi ser gennem denne undersøgelse er, at sundhedspersonalet ikke får tilstrækkelig viden på området - der er ikke sørget for det fra et strukturelt niveau.

Hvis området omkring voldsramte i nære relationer skal være en del af sundhedsuddannelserne, er der nødt til at ske en kulturel ændring, da der politisk skal ske et fokusskifte.

Mette Marie pointerer, at det ikke skal være, hvem som helst, der skal undervise på området omkring voldsramte. Det skal være en person, som har kendskab til målgruppen, der har snakket med mange kvinder, som har været udsat for vold i nære relationer. Da ren teoretisk viden ikke vil være konkret nok. Hvortil en person med en stor mængde praktisk erfaring, kan videregive konkrete værktøjer til sundhedspersonalet (Bilag, H: 24).

“Sundhedssektorens mulighed for at bistå kvinder og pigebørn, der har været udsat for vold og/eller misbrug, kan bedres ved hjælp af uddannelse af personalet og nedskrevne retningslinjer for indsatsen, registrerer WHO”. (Holm, 2000: 17)

På baggrund af analysen samt ovenstående diskussion, vurderer vi, at der kan forekomme en forbedring i forbindelse med sundhedspersonalets viden på området omkring voldsramte kvinder. Denne forbedring kan forekomme ved, at der kommer fokus på området på de sundhedsfaglige uddannelser, ved eksempelvis at lave et kursus, som omhandler tegn og håndtering af sårbare grupper. Det er Undervisningsministeriet, som er med til at udfolde, hvad der skal være en del af pensum på uddannelsesstederne. Hvis ændringen ikke kommer fra et strukturelt niveau, vil det være op til uddannelsesstederne selv at vurdere om der skal undervises i området, samt om underviseren skal undervise på baggrund af teori eller praktisk viden. Vi vurderer, at der ved denne form vil kunne fremstå store forskelle i mængden og kvaliteten af undervisningen, hvorfor vi vurderer, at en strukturel ændring vil være at foretrække.

Yderligere vurderer vi, at Mette Marie kommer med en essentiel pointe i forhold til at det skal være en underviser, der har praktisk erfaring på området. Teori kan give god overordnet viden, men praktisk viden kan medvirke til, at eleverne på sundhedsuddannelserne får eksempler fra konkrete episoder, hvilket medvirker til flere konkrete værktøjer, som sundhedspersonalet kan benytte, når de kommer ud i praksis. Vi har reflekteret yderligere over Mette Maries bud på at, det burde være en underviser med praktisk erfaring. Vi vurderer et kursus omhandlende sårbare grupper vil have gavn af at undervisningen både er praktisk erfaring og teori, for at gå i dybden med konkrete værktøjer, men også teoretiske overbegreber, eksempelvis voldens dynamikker.

Konklusion

Gennem undersøgelsen har vi søgt en forklaring på, 'hvorfor det tager fem til ti år før størstedelen, af voldsramte kvinder får den fornødne hjælp?'. De generative mekanismer som træder frem gennem specialet, er følgende: Disciplinering gennem uddannelserne og i praksis - manglende viden, udfordringer omkring tid og tidsplanen, manglende viden, der træder frem gennem tankeløs ondskab og forråelse, tillid som udfordres grundet førnævnte. Dermed er de hypoteser, som vi havde inden begyndelsen af specialet, blevet bekræftet under udarbejdelsen. Hertil har vi fået ny erkendelse af, hvor stor en grad de generative mekanismer var udbredt. Yderligere har vi fået en erkendelse af, at de sundhedsprofessionelle selv oplever en stor mangel på viden og tid omkring dette område.

Vi vil udfolde de generative mekanismer, der træder frem bag strukturerne i det følgende.

Som pointeret i begyndelsen af specialet og i diskussionen kan vi konkludere, at vold i nære relationer på nuværende tidspunkt overvejende ses som et socialt problem. Med det in mente konkluderer vi, med udgangspunkt i WHO's anbefalinger, at vold er et folkesundhedsproblem på verdensplan. Hermed kan vi på baggrund af ovenstående undersøgelse konkludere, at der i praksis eksisterer både udfordringer og muligheder i mødet mellem sundhedsvæsenet og voldsramte kvinder.

En af de tydeligere udfordringer, som undersøgelsen viser er, at fordi området, vold, strukturelt set ligger under det sociale område, bliver viden om voldsramte kvinder mangelfuldt i sundhedsvæsenet.

Gennem undersøgelsen har vi fået en erkendelse af, at viden om området, voldsramte, ikke er en integreret del af uddannelserne - hverken på fysioterapeut-, sygeplejerske- eller lægestudiet. Når viden ikke er integreret i uddannelserne, konkluderer vi på baggrund af undersøgelsen, at disciplineringen på og fra uddannelserne fremtvinger en adfærd hos sundhedspersonalet i forhold til, hvor deres fokus ligger i deres daglige arbejdsmæssige ageren. Ydermere kan vi konkludere, at den manglende viden kan resultere i, at sundhedspersonalets fokus på indikatorer i forhold til vold mindskes. Dette skyldes, at nogle af de symptomer, som vold i nære relationer kan medføre, også kan være symptomer på andre sygdomme eller psykiske belastninger, eksempelvis stress. Derudover kan vi konkludere, at dette kan bevirke, at sundhedspersonalet kan handle på baggrund af tankeløs ondskab, da de eksempelvis ikke altid reagerer ved mistanke om vold. De fokuserer i stedet på andre faktorer, som patientens symptomer kan forklares med.

Dermed kan vi konkludere på baggrund af empirien, at disciplinering generelt præger sundhedspersonalets arbejde. I og med at tiden er mangelfuld hos alle faggrupperne, vurderer vi, at de har tillært sig nogle faste rammer i forhold til, hvordan de mest effektivt udfører den bedst opnåelige behandling af patienterne. Hermed bliver tidsplanen et essentielt redskab for faggrupperne. Samtidig kan vi konkludere, at tidsstyringen kan blive en hæmsko for sundhedspersonalet i forbindelse med opsporingen af voldsramte kvinder. Sundhedspersonalet skal vurdere, hvornår de har tid og overskud til at hjælpe en voldsramt i - noget, der kan være komplekst og tidskrævende.

Vi vurderer ud fra analysen, at sundhedspersonalet er bevidste, om at de skal skabe tillid til den voldsramte for at kunne tale med hende om vold. De sundhedsprofessionelles handlen i mødet, deres selvfremstilling, er essentielt i relationen til den voldsramte - hvis sundhedspersonalets formål er at få kvinden til at åbne op omkring volden.

Resultatet er ofte, at sundhedspersonalet i deres dagligdag må gøre sig etiske overvejelser om, hvilke konsekvenser involvering kan have for både den voldsramte kvinde og for de andre patienter. På baggrund af dette kan der forekomme forråelse fra sundhedspersonalet. Dette da der i nogle situationer sker en bevidst fravælgelse af samtalen med voldsramte kvinder, hvis den sundhedsprofessionelle skønner, at det er vigtigere at holde tidsplanen og at tage sig af de andre patienter.

På baggrund af dette kan vi ydermere konkludere, at der ligger en kompleksitet i samtalen og valget om at indgå i denne. Vi har fået den erkendelse, at dele af sundhedspersonalet, trods mistanke, undlader at handle, grundet en frygt for at forværre kvindens situation.

Andre mener at de ikke har ret til at blande sig i, hvordan et voksent menneske vælger at leve sit liv. Her argumenterer eksperterne for, at man ikke kan spørge for direkte eller gøre ondt værre for en voldsramt kvinde, ved at spørge ind til mistanken. Spørgsmålet kan medvirke til, at kvinden vælger at åbne op, da hun kan få en oplevelse af at blive set. Eksperterne udtrykker, at frygten for at forværre situationen for kvinden kan skyldes, at sundhedspersonalet ikke har tilstrækkeligt kendskab til voldens dynamikker, og hvad det kræver for kvinden at forlade den voldelige relation: “[...] kvinder har faktisk tilbøjelighed til at søge hjælp - altså det handler om, at der er nogen der rækker hånden ud”. (Bilag, H: 14)

Vi konkluderer, at der eksisterer en udfordring hos noget af sundhedspersonalet i forbindelse med at være dem, der ‘skal’ hjælpe med at opspore voldsramte kvinder, samt sætte dem i forbindelse med eventuelle krisecentre.

Da eksempelvis nogle af sygeplejerskerne beskriver, at de har meget andet de skal forholde sig til. Deres forståelse er af den grund, at ansvaret ikke ligger hos dem.

Yderligere beskriver flere af informanterne, at de som fagpersoner ikke kan bedømme, hvorvidt den livsførelse, en kvinde lever i, er forkert, fordi kvinden har en frihed til selv at vælge sit liv. Dette valgte vi at anfægte og diskutere i afsnittet 'Behandling kræver samtykke'.

Sundhedspersonalet har en unik mulighed for at opspore voldsramte kvinder tidligere, da de er uddannet til at være opmærksomme på symptomer og signaler; ganske vist ikke tegn på vold. Ydermere er de en instans, som kommer i kontakt med individer periodisk - da alle mennesker en gang imellem skal til lægen, kommer til skade etc.

En af de generative mekanismer vi kan konkludere, er til stede, er, at sundhedspersonalet generelt gerne vil hjælpe voldsramte kvinder, til trods for de udfordringer, det rummer. Med udgangspunkt i ovenstående undersøgelse vurderer vi, at når sundhedspersonalet ikke altid handler, kan det skyldes tidsstyring og den fortravlede hverdag; begrænset tid til hver enkelt patient, samt manglende viden om voldsområdet, og om hvordan samtalen skal håndteres. Dette vurderer vi på baggrund af undersøgelsen, som afdækker den disciplinering, der stammer fra de respektive uddannelser.

På baggrund af analysens resultater og gennem diskussionen har vi reflekteret over, hvordan strukturerne for sundhedspersonalet kunne ændres, således at de kan medvirke til at opspore flere voldsramte kvinder og eventuelt mindske det mørketal, som eksisterer på området i dag. Vi kan konkludere, at det ville gavne, hvis Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen samarbejdede om voldsramte i nære relationer.

Således at der eksempelvis på sundhedsuddannelserne var et semester, der fokuserede på 'sårbare grupper', hvor et eller flere kurser omhandlede 'myndige voldsramte i nære relationer'. Her kunne sundhedspersonalet bliver uddannet i, hvordan de ud fra den enkelte funktion, kan blive opmærksomme på indikatorer på vold, hvordan de påbegynder samtalen med en voldsramt, samt sørger for, at samtalen ikke bliver for tidskrævende. Først og fremmest ved at have viden om, hvilke instanser, der kan henvises til. Det kunne for eksempel være organisationer som Danner Stiftelsen eller regionale tilbud som Center for Voldsramte.

Yderligere vil vi pointere vigtigheden af, at denne ændring kommer fra et strukturelt niveau, således at kvaliteten af viden på området er den samme på tværs af landet.

Perspektivering

Vi har gennem undersøgelsen søgt en forklaring på, hvorfor det tager fem til ti år før størstedelen af voldsramte kvinder bliver opsporet, samt får den fornødne hjælp - yderligere hvad sundhedsvæsnet rolle er i forbindelse med dette. Som vi kommer frem til i diskussionen, opfattes vold ikke som et folkesundhedsproblem i Danmark, men overvejende et socialt problem, da ansvaret alene ligger hos Socialstyrelsen. Set i lyset af at vi stiller os kritiske over for denne fordeling i forhold til de manglende retningslinjer, finder vi det interessant at forholde os til den fordeling som Norge har - da Norge griber det anderledes an. Derfor vil vi lave en perspektivering, hvor vi reflekterer over undersøgelsens resultater og hvordan håndteringen af voldsramte kvinder foregår i Danmark set i forhold til Norges tilgang.

Danmarks handlingsplan sammenlignet med Norges

I Danmarks handlingsplan fra 2019, fremgår det som nævnt i problemfeltet, at fokus skal ligge på at skabe en indsats, som har fokus på forskellige former for vold, samt informere om tilbud, der eksisterer på voldsområdet (Minister for ligestilling, 2019: 7). Nedenstående boks beskriver i korte træk Danmarks handlingsplaner på voldsområdet:

Handlingsplaner på voldsområdet

- Danmark har siden 2002 haft nationale handlingsplaner til bekæmpelse af vold mod kvinder og vold i nære relationer. Handlingsplanerne fungerer som supplement til den permanente indsats i social- og sundhedssystemet og retssystemet. Handlingsplanerne bruges til at sætte fokus på særlige områder og målgrupper, at afprøve nye initiativer til bekæmpelse af vold i nære relationer samt at styrke viden og forebyggelse.
- Ansvar for handlingsplanerne er placeret hos en tværministeriel arbejdsgruppe om vold mod kvinder og vold i nære relationer. Arbejdsgruppen inddrager løbende eksperter og civilsamfundsorganisationer for at indhente ny viden til brug for udvikling af indsatserne på området.
- Handlingsplanerne finansierer endvidere en lang række af civilsamfundets konkrete projekter og udvikles i samarbejde med de relevante aktører med erfaring og viden på området.

(Minister for ligestilling, 2019: 7)

Det fremgår af handlingsplanen, at sundhedspersonalet har et ansvar i forbindelse med blandt andet akut behandling af skader, ved voldsramte, samt som nævnt i diskussionen, at praktiserende læger og jordemødre spiller en central rolle i opsporingen. I forbindelse med behandlingen, har de mulighed for at hjælpe kvinden med at skabe kontakt til relevante sociale myndigheder eller krisecentre (Minister for ligestilling, 2019: 22). Vi har set gennem empirien, at der er fokus på behandling af skader, men opsporings arbejdet har ikke det store fokus og er ofte nedprioriteret i praksis.

Ganske vist omtales sundhedsvæsenet i handlingsplanen, men, som vi har udfoldet ovenfor, ligger voldsområdet ikke under Sundhedsstyrelsen; Sundheds- og Ældre ministeriet er trods dette med i et tværsektorielt samarbejde. Med det in mente, fremgår nedenstående af den danske handlingsplan:

“Ligestillingsaspektet og de kønsspecifikke udfordringer udgør fortsat en grundpille i tilgangen til og håndteringen af indsatsen mod vold i Danmark. Med handlingsplanen sættes der ind med konkrete initiativer inden for tre indsatsområder: anerkendelse af psykisk vold og forebyggelse af vold i nære relationer, ambulante tilbud om støtte og rådgivning og viden”. (Minister for ligestilling, 2019: 8)

Set i lyset af ovenstående undersøgelse, vurderer vi, at der på nuværende tidspunkt ikke udføres nogen konkret indsats specifikt rettet mod voldsområdet i sundhedsvæsenet.

Ovenstående har belyst, hvordan Danmark, politisk, forholder sig til problemstillingen omkring vold. Mette Marie fortæller, at Norge er en af front-runnerne på dette område globalt (Bilag, H: 20), og da der er flere ligheder mellem Norge og Danmark, finder vi det interessant at sætte dem i forhold til hinanden. I Norges handlingsplan for 2021-2024, ‘Regjeringens handlingsplan for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner’, fremgår det:

“Vold i nære relasjoner er alvorlig kriminalitet og utgjør et omfattende samfunns og folkehelseproblem. Volden skaper utrygghet, kan gi helseutfordringer og tap av velferd, og begrenser den enkeltes livsutfoldelse og mulighet for aktiv samfunnsdeltakelse”.

(Bollestad et. al., 2021: 14)

I en rapport fra Norge om vold i nære relationer kommer det til udtryk, at vold er et sundhedsproblem og et ligestillingsproblem. Derfor er det ikke en enten eller forståelse (Skjørten, 2019: 40-41).

De har dermed forpligtet flere ministerier til at bekæmpe volden. Vi har reflekteret over om det er en udfordring, strukturelt, at det i Danmark ikke anerkendes som et folkesundhedsproblem, da vi vurderer at dette har en indvirkning på, hvilke tiltag der gøres politisk på området. Vi vurderer, som det belyses i analysen og i diskussionen, at det politiske fokus præger uddannelsen for sundhedspersonalet.

Tolket ud fra ovenstående har Norge lavet en tungere risikovurdering af fænomenet vold end Danmark og konsekvenserne for samfundet - hertil hvor stort et samfundsproblem vold er. Det er vigtigt at konkretisere statistikken for voldsramte i Norge, for kunne sætte konteksten. I 2005 viste Norges tal, at hver fjerde kvinde oplevede at blive udsat for, at deres partner havde brugt fysisk magt mindst en gang i deres forhold. Grundet disse tal vurderede forskere, at vold mod kvinder i nære relationer var et folkesundhedsproblem (Skjørten et al., 2019: 20-21).

Set i lyset af ovenstående, burde Danmark så kigge lidt mere mod Norge og deres tilgang til bekæmpelse og opsporingen af vold? Tager vi udgangspunkt i Mette Maries udtalelse om, at vi bør se det som et sundhedsproblem, vurderer vi, at det er nærliggende at kigge på Norges tilgang. Da de både vurderer det som et ligestillingsproblem og et sundhedsproblem - Sundhedsministeriet er dermed involveret i bekæmpelsen af vold.

“[...] det skal forstås som et problem på rigtig mange faktorer også folkesundhedsmæssigt og derfor er vi nødt til at forpligte alle fagministerier eller en hel række af dem. Fordi hvis vi vil det til livs så skal alle være med til at finde løsningerne“ (Bilag, H: 9)

Derfor vil vi argumentere for, at der med et større politisk fokus på voldsområdet, som et folkesundhedsproblem og et socialt problem, vil det skabe muligheden for, at viden bredes ud til uddannelserne indenfor sundhedsvæsenet. Dermed ville viden ude i praksis omkring dynamikkerne, der kendetegner vold i nære relationer, blive mere udbredt, hvilket kan medvirke til at sundhedsprofessionelle ville få en viden om, hvordan mødet mellem sundhedspersonalet og voldsramte kvinder skal håndteres. Dette vil i sidste ende forhåbentligt medvirke til en større opsporing af voldsramte kvinder i Danmark.

Procesrefleksion

I begyndelsen af undersøgelsen var vi bevidste om, at det politiske aspekt har en indflydelse på de forhold, som vi ville observere gennem empirien hos de informanter, der er ude i praksis på akutmodtagelsen, ved lægen og hos fysioterapeuten.

Derfor var en del af litteratursøgningen, som nævnt, at læse Danmarks handlingsplan for bekæmpelse af vold. Efterfølgende udvalgte vi en række faggrupper inden for sundhedsvæsenet: sygeplejersker, læge og fysioterapeut. Da de ofte er i kontakt med befolkningen. Det vil sige, at vi i denne undersøgelse har fokuseret på mesoniveauet. Gennem undersøgelsen og dens processer har vi løbende reflekteret over, hvilken indflydelse andre teorier eller perspektiver kunne have belyst problematikken med.

Det ville eksempelvis have haft en påvirkning, hvis vi havde valgt at fokusere på makroniveauet. Her kunne vi have valgt at benytte en samfundsteori, eksempelvis teori omkring konkurrencesamfundet eller en teori som belyser acceleration. På makroniveauet ville det være det politiske syn, som vi ville have været hovedfokus.

Vores vurdering i forbindelse med vores valg, beror på en søgen efter, hvad der sker i mødet mellem sundhedsvæsenet og de voldsramte kvinder; personalets perspektiv.

Meso strukturerne som er belyst i specialet, har i samme forbindelse været med til at vise, hvordan makrostrukturerne påvirker dagligdagen hos sundhedspersonalet, samt hvordan voldsramte kvinder håndteres af de forskellige faggrupper. Yderligere kunne vores fokus, have ligget på et mikroniveau, hvordan voldsramte kvinder selv oplever mødet med sundhedsvæsenet. Dette fokus ville også være relevant at undersøge, men i vores undersøgelse ville det være for omfangsrigt, at tage kvindens perspektiv med også - grundet tidspres etc. Derudover har vores interesse fra start ligget på, hvad der sker i mødet mellem sundhedspersonalet og voldsramte kvinder og hvorfor disse kvinder ikke opspores tidligere, ud fra sundhedspersonalets vinkel. Vi vurderer, at vi ikke ville have samme forklaringskraft, hvis vi havde benyttet makro- eller mikroniveauet.

Yderligere er den teoretiske ramme genereret på baggrund af empirien Det vil sige at denne tilgang også skulle ændres, hvis vi skulle have gået andre veje. Havde vi grebet specialet anderledes an og udelukket makroniveauet helt, havde vi ikke opnået samme erkendelse af at meget har rødder tilbage til det politiske niveau, og hvad der prioriteres i praksis hos de forskellige faggrupper etc.

Som det nævnes i diskussionen, fik vi et konkret svar fra Sundhedsstyrelsen, om at sundhedspersonalet ikke har nogle retningslinjer på området, hvilket bevirker at vi må antage, at området omkring voldsramte i nære relationer i Danmark ikke forstås som et folkesundhedsproblem. Derfor har vi valgt at lave en perspektivering til Norge, da vi som nævnt i introduktionen, metoden etc. beskriver at Norge er et naboland med mange ligheder, men som også er et land der har valgt at behandle dette område på en anderledes måde end Danmark.

Litteraturliste

- Andersen, M. K., Davidsen, S & Jørgensen, L. (2016). Litteratur- og informationssøgning i samfundsvidenskaberne . I: M. A. Hussain & C. J. Kristensen (Red.), *Metoder i samfundsvidenskaberne* (s. 57-74). Samfundslitteratur .
- Andersen, N. Å. & Pors, J. G. (2014). Fra retsstat til potentialitetsstat. I: M. Laurberg (Red.), *Velfærdsledelse: Mellem styring og potentialisering* (s. 275-302). Hans Reitzels Forlag.
- Behrens, H. L.. & Tilia, G. (2001, maj). *Formidlingscentret for socialt arbejde* [Rapport]. Formidlingscentret.dk. Lokaliseret den 13.aug. 2021 på http://www.voldmodkvinder.dk/files/pdf/vmk_eu_norge.pdf
- Birkmose, D. (2013). *Når Gode Mennesker Handler ondt: Tabuet om Forråelse*. Syddansk Universitetsforlag s. 11-60.
- Bollestad, O. V., Helleland, L.H., Høie, B., Isaksen, T.R., Melby, G., Mæland, M., Raja, A. & Ropstad, K. I. (2021). *Frihet fra vold: Regjeringens handlingsplan for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner*. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. <https://www.regjeringen.no/contentassets/9c4fb648c66c4c1eb2e58f645eb870b8/209755-jd-frihetfravold-web.pdf>
- Bryman, Alan (2016): *Social Research Methods*, kap. 3. Oxford University Press, Storbritannien. 5. udgave.
- Buch-Hansen, H & Nielsen, P. (2012): *Kritisk Realisme I*: Juul, S. & Pedersen, K. B. (red.): *Samfundsvidenskabernes Videnskabsteori - en indføring*, Hans Reitzels Forlag, København, & s. 277-318.

- Dahlberg, L. L., Krug, E. G., Lozano, R., Mercy, J. A. & Zwi, A. B. (2002).
- *World report on violence and health*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf
- Danmarks statistik. (s.d.). Lægebesøg. Danmarks statistik . Lokaliseret den 3. april 2022 på <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/sundhed/laegebesoeg>
- Danner. (s.d.). *OM OS* . Danner | Om os. Lokaliseret den 3 . april 2022 på <https://danner.dk/om-os>
- Danner. (s.d.). *Vold mod kvinder*. Danner | Vold mod kvinder. Lokaliseret den 3. september 2021 på <https://danner.dk/vold-mod-kvinder>
- Danner (2020). *Danners Årsstatistik: Temaanalyse: Vold mod kvinder og børn under Corona-pandemien*. Danner.dk. Lokaliseret den 13.aug 2021 på https://danner.dk/sites/default/files/Danner%20A%CC%8Arsstatistik%202020%20%286%29.pdf?fbclid=IwAR2Qe-Q_EorKc7icqLtya4HaK_sPl4RaspPR7ZS7gsZxbT75SU-wA-Z5NYc
- Fock, J., Lund, R & Jelved, M. (2017). Forslag til folketingsbeslutning om en skærpet lovgivning og bedre indsats mod psykisk vold. Retsinformation. [file:///C:/Users/annom/Downloads/20171BB00038%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/annom/Downloads/20171BB00038%20(4).pdf)
- Foucault, M. (2002). De dømtes krop. I: M. C. Jacobsen (Red.), *Overvågning og straf: Fængslets fødsel* (s. 17-45). Det lille forlag. (Originalværk udgivet 1975)
- Foucault, M. (2002). Disciplin. I: M. C. Jacobsen (Red.), *Overvågning og straf: Fængslets fødsel* (s. 149-246). Det lille forlag. (Originalværk udgivet 1975)
- Foucault, M. (1993): *Tegn og tilfælde*. I Foucault M. (1993): *Klinikken fødsel*. Oversat af Silberbrandt H. (2000)

- Holm, G.. (s.d.). *Sygeplejersker kan bekæmpe vold*. Dansk Sygeplejeråd. Lokaliseret den 1.. December 2021 på <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2000-19/sygeplejersker-kan-bekaempe-vold>
- Holm, G.. (s.d.). (2000) *Vold mod kvinder en global epidemi* . Dansk sygeplejeråd. Lokaliseret den 11. december 2021 på <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2000-19/vold-mod-kvinder-en-global-epidemi>
- Institut for menneskerettigheder. (s.d.). *Dansk lovgivning*. Institut for menneskerettigheder | Dansk lovgivning. Lokaliseret den 3. april 2022 på https://menneskeret.dk/files/media/dokumenter/om_os/om_menneskerettigheder_diverse/den_europaeiske_menneskerettighedskonvention.pdf
- Jensen, A. F. (2002). Indledning. I: M. C. Jacobsen (Red.), *Overvågning og straf: Fængslets fødsel* (s. 7-14). Det lille forlag.
- Juul, Søren. & Pedersen Kirsten B. (2012): *Videnskabsteoretiske retninger og projektarbejdet I* : Juul, S. & Pedersen, K. B. (red.): *Samfundsvidenskabernes Videnskabsteori - en indføring*, Hans Reitzels Forlag, København, s. 399-430.
- Kayser, S.. (2005). Anden del. I: S.. Kayser (Red.), *På den anden side: etik, dilemmaer og omsorg* (s. 42-69). Glumsø Bogtrykkeri A/S . <https://viden.sl.dk/media/6551/pdenan.pdf>
- Klausen, Søren Harnow (2020); leksikonredaktion, Gyldendals: *Michel Foucault i Den Store Danske* på lex.dk. Hentet 26. februar 2022 fra https://denstoredanske.lex.dk/Michel_Foucault
- Knudsen, K. L. & Volsing, M. (2018, august). *Kortlægning af vejledninger og redskaber til opsporing og vurdering af vold i nære relationer*. Lev Uden Vold. [https://levudenvold.dk/media/ffq13cgh/rapport kortl%C3%A6gning af vejledninger og redskaber-web.pdf](https://levudenvold.dk/media/ffq13cgh/rapport_kortl%C3%A6gning_af_vejledninger_og_redskaber-web.pdf)
- Kvale, Stainer & Brinkmann, Svend (2015): *Interview Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. Kap. 1, 3, 6, 7, 8, & 10. Hans Reitzels Forlag, København, 3. udgave.
- Lev Uden Vold. (2021, 1. april). *Håndbog: Hvordan opsporer og håndterer jeg sager om partnervold?*. Lev Uden Vold | Håndbog: Hvordan opsporer og håndterer jeg sager om partnervold?. Lokaliseret den 9. februar 2022 på <https://levudenvold.dk/viden-om-vold/publikationer/handbog-hvordan-opsporer-og-handterer-jeg-sager-om-partnervold/?fbclid=IwAR1EXLMdDFDkEez93Oa0lQ3X4q-IWuh51D24xj-chqw8SJQIYTwbIv9h1Bo>

- Lev Uden Vold. (s.d.). *Tal og fakta om vold: Tal og fakta om vold i nære relationer i Danmark*. Lev Uden Vold | Tal og fakta om Vold. Lokaliseret den 16. november 2021 på <https://levudenvold.dk/viden-om-vold/tal-og-fakta-om-vold/>
- Luhmann, N. (1999). Personlig tillid. I: N. Mortensen (Red.), *Tillid: en mekanisme til reduktion af social kompleksitet* (s. 81-92). Hans Reitzels Forlag. (Originalværk udgivet 1968)
- Lübcke, Poul. (2010): *Politikens Filosofi Leksikon*, Politikens Forlag. 3. udgave
- Minister for ligestilling. (2019, marts). *Handlingsplan til bekæmpelse af psykisk og fysisk vold i nære relationer*. Udenrigsministeriet.
[https://mfvm.dk/fileadmin/user_upload/MFVM/Ligestilling/Andre dokumenter/Handlingsplan til bekmpelse af psykisk og fysisk vold 2019 -2022 2 .pdf](https://mfvm.dk/fileadmin/user_upload/MFVM/Ligestilling/Andre_dokumenter/Handlingsplan_til_bekmpelse_af_psykisk_og_fysisk_vold_2019_-2022_2_.pdf)
- Monrad & Olesen, M. & S. P.. (2018). *Forskningsmetode i socialt arbejde*. Hans Reitzels. <https://forskningsmetodeisocialtarbejde.digi.hansreitzel.dk/?id=154>
- Mortensen, N.. (1999). Introduktion. I: N.. Mortensen (Red.), *Tillid: En mekanisme til reduktion af social kompleksitet* (s. 7-28). Hans Reitzels Forlag. (Originalværk udgivet 1968)
- Mødrehjælpen. (s.d.). *Holdepunkt: PARTNERVOLD HAR MANGE FORMER*. Mødrehjælpen | Holdepunkt. Lokaliseret den 17. februar 2022 på <https://moedrehjaelpen.dk/holdepunkt/viden-og-raad/partnervoldens-mange-former-raadgivning/>
- Oksbjerg, S.. (2019). *Hvordan fungerer den nye lovbestemmelse der kriminaliserer psykisk vold*. Levudenvold.dk. Lokaliseret den 13.aug. 2021 på <https://levudenvold.dk/aktuelt/nyheder/hvordan-fungerer-den-nye-lovbestemmelse-der-kriminaliserer-psykisk-vold>
- Oldrup, H., Kjær, S.. & Weih, N.. (s.d.). *Partnervold - kommunernes praksis og indsats*. [Rapport]. Levudenvold.dk. Lokaliseret den 2019 på <https://levudenvold.dk/media/jdadzq3y/partnervold-kommunernes-praksis-og-indsats->

[pdf.pdf](#)

- Poulsen, B. (2016). Semistruktureret Interviews. I: A, M. Hussain & C, J. Kristensen (Red.), *Metoder i Samfundsvidenskaberne* (s. 75-94). Samfundslitteratur.
- Rasmussen, N. H. (Producer). (2021). *Fanget i et farligt forhold* [Dokumentar serie]. Bermuda. <https://play.tv2.dk/programmer/dokumentar/serier/fanget-i-et-farligt-forhold/volden-stopper-aldrig-247067?playing=true>
- Skjørten et al., K. (2019). *Vold i nære relasjoner: Forståelser, konsekvenser og tiltak*. Universitetsforlaget. (Originalværk udgivet 2019)
https://levudenvold.dk/media/hwpkvlln/vold_i_naere_relasjoner.pdf
- Socialstyrelsen. (s.d.). *Gode Råd, når du taler med en voldsudsat* [Plakat]. Socialstyrelsen | print ud og hæng op. <https://socialstyrelsen.dk/voksne/vold-i-naere-relationer/vaerktojskasse/print-ud-og-haeng-op>
- Socialstyrelsen. (2019, 1. april). *Viden til gavn: Tegn og reaktioner på vold*. Socialstyrelsen | Viden til gavn. Lokaliseret den 17. december 2021 på <https://socialstyrelsen.dk/born/overgreb/sekssuelle-og-voldelige-overgreb/fysiske-og-psykiske-overgreb/tegn-og-reaktioner-pa-vold>
- Socialstyrelsen. (s.d.). *Værktøjskasse*. Socialstyrelsen | Værktøjskasse. Lokaliseret den 14. februar 2019 på <https://socialstyrelsen.dk/voksne/vold-i-naere-relationer/vaerktojskasse>
- Sundhedsministeriet,. Sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 210 af 27/01 2022, [.https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/210](https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/210)
- Volsing, M.. & Knudsen, K. L. . (2018). *Kortlægning af vejledninger og redskaber til opsporing og vurdering af vold i nære relationer* [Rapport]. Levudenvold.dk. Lokaliseret den 14.aug 2021

- Wackerhausen, Steen. (2005). Et åbent sundhedsbegreb - mellem fundamentalisme og relativisme. I Juul Jensen, U & Fuur Andersen, P. (red.) Sundhedsbegreber – filosofi og praksis, 1. udgave. Århus: Forlaget Philosophia, s. 43-73