

København, den 25. marts 2024

Til Sundhedsstyrelsen og
Styrelsen for International Rekruttering og Integration

Høringsvar fra DSAM vedrørende Fagligt grundlag for opsporing og indsatser vedr. vold i nære relationer og æresrelaterede konflikter

DSAM takker for muligheden for at afgive høringssvar til Fagligt grundlag for opsporing og indsatser vedr. vold i nære relationer og æresrelaterede konflikter.

Tak for at lægge et grundigt stykke arbejde for en vigtig sag. Det er et af DSAM's pejlemærker at give mest til dem, der har størst behov. At yde en indsats for mennesker udsat for vold i nære relationer er i høj grad i overensstemmelse med dette pejlemærke.

Et andet pejlemærke er dog, at vi finder og behandler de syge og lader de raske være raske. Der er dele af denne vejledning, der ikke er i god overensstemmelse med dette pejlemærke. Nogle opsporende indsatser har positive virkninger, som det er vigtigt at dokumentere eller sandsynliggøre, inden man indfører dem, men alle opsporende indsatser har skadelige virkninger, som det er mindst lige så vigtigt at dokumentere og forholde sig til.

Selvom det er vigtigt at have fokus på vold, har denne vejledning et særligt fokus på bestemte etniske minoriteter. Dette har et potentiale til at stigmatisere en gruppe, der ofte oplever ulighed i deres behandling i sundhedsvæsenet. Hvis det er Sundhedsstyrelsens faglige vurdering, at vi som sundhedsprofessionelle skal være særligt opmærksomme på baggrund af etnicitet og ikke andre socioøkonomiske faktorer, ville et grundigt evidensgrundlag for dette være behjælpeligt i forhold til at sikre DSAM's opbakning til en sådan anbefaling.

Medmindre der er dokumentation for, at etnicitet er en selvstændig risikofaktor for vold i nære relationer, vil vi anbefale, at vejledningen har fokus på vold i nære relationer i bred forstand og ikke bærer en politisk dagsorden ind i omsorgen for vores patienter.

Vi vil generelt anbefale, at vejledningen forholder sig til "number needed to screen" og "time needed to screen", når man taler om opsporende indsatser eller screening, hvor sundhedsvæsenet aktivt opsporer sygdom eller risikofaktorer hos mennesker, der ikke selv har bedt om det.

Vi er klar over, at store dele af svangreomsorgen blev indført, før man stillede krav til opsporende indsatser, men nye indsatser bør leve op til en vis standard. Når det er sagt, er der også nogle ting, man kan vurdere minimalt skadelige og som højst bliver spild af tid. Disse kan i visse tilfælde indføres, hvis de giver god klinisk mening.

To afsnit handler om at opbygge viden blandt sundhedsprofessionelle og at bedre det tværsektorielle samarbejde. Disse er muligvis ikke dokumenterede indsatser i denne sammenhæng, men de giver god mening klinisk set.

Afsnittet om indsatser er nok det mest kontroversielle, og vi kan også se, at det er der, hvor hovedindsatsen er lagt fra Sundhedsstyrelsens side.

Afsnit 4.3 starter meget fint: *"Alle kan være i risiko for at blive udsat for vold i nære relationer. Samtidig afhænger risikoen for at blive udsat for vold af den enkeltes livsvilkår. Begrebet risikofaktorer anvendes blandt andet inden for folkesundhedsvidenskab til at forklare, hvorfor sundhed og trivsel kan være mindre hos bestemte grupper. Dette begreb dækker over en forståelse, hvor en persons situation kan være kendetegnet af forskellige forhold, som giver en generel øget sårbarhed for vold. Det kan for eksempel være migrationsbaggrund, social situation og funktionsniveau. Samtidig er det vigtigt ikke at generalisere og forudsætte, at alle på gruppeniveau er sårbare. Hver person må mødes som et individ og ikke ud fra et kollektivt syn på en gruppe, som personen muligvis tilhører eller er forbundet med ifølge andres forståelse af personen."*

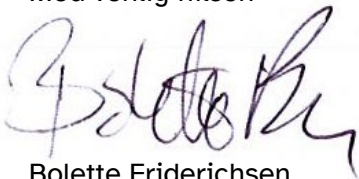
Dette står i stærk kontrast til anbefalinger om at screene alle med samme model. Der er ikke meget personcentrering over at spørge alle gravide, om deres kæreste/mand slår dem. Det bliver dog ikke meget bedre af, at man målretter indsatsen til bestemte grupper, da dette kunne opleves meget stigmatiserende.

Boks 4.16 Tolkning i sundhedsvæsenet nævner det positive i at bruge tolk, når dette er nødvendigt for at sikre direkte kommunikation med patienten, og ikke for eksempel med partneren som tolk. Det kunne være fint at nævne elefanten i rummet; at det nok ville have større effekt at fjerne tolkegebyret end at udarbejde en lang vejledning og opkvalificere alt sundhedspersonale. Når vi ikke kan tale direkte med den voldsramte, er det jo ret svært at bruge sine fine kompetencer og screeningsværktøjer.

Afsnit 5.1 har vi læst med interesse, da det ser ud til, at det er her, at det faglige grundlag for at være proaktiv i sin opsporing præsenteres. Der refereres en del til en litteraturgennemgang fra SDU. Denne rapport konkluderer, at nogle værktøjer har bedre sensitivitet og specificitet end andre (gad vide hvad referencen var?) og at universel screening var mere præcis end individualiseret. Derefter hopper kæden af, og den forholder sig stort set ikke til effekt eller skadevirkninger, selvom en del af de inkluderede studier var randomiserede. Dog nævner den, at de studier, der forholdt sig lidt til dette, konkluderede, at selvom kvinderne blev identificeret, blev de ikke hjulpet. Enten fordi de ikke ville eller fordi der ikke var nok tilbud.

Alt i alt er det et godt formål at forsøge at hjælpe mennesker, der oplever vold. Det er dog efter DSAM's bedste overbevisning ikke godt underbygget, at det gør mere gavn end skade at spørge alle gravide ukritisk til, om de oplever vold i nære relationer. Derfor ville de to andre anbefalinger - at opbygge viden og at bedre det tværsektorielle samarbejde - sagens kunne stå alene.

Med venlig hilsen



Bolette Friderichsen
Formand for DSAM