

Vold og Trusler om vold i arbejdet med stofbrugere

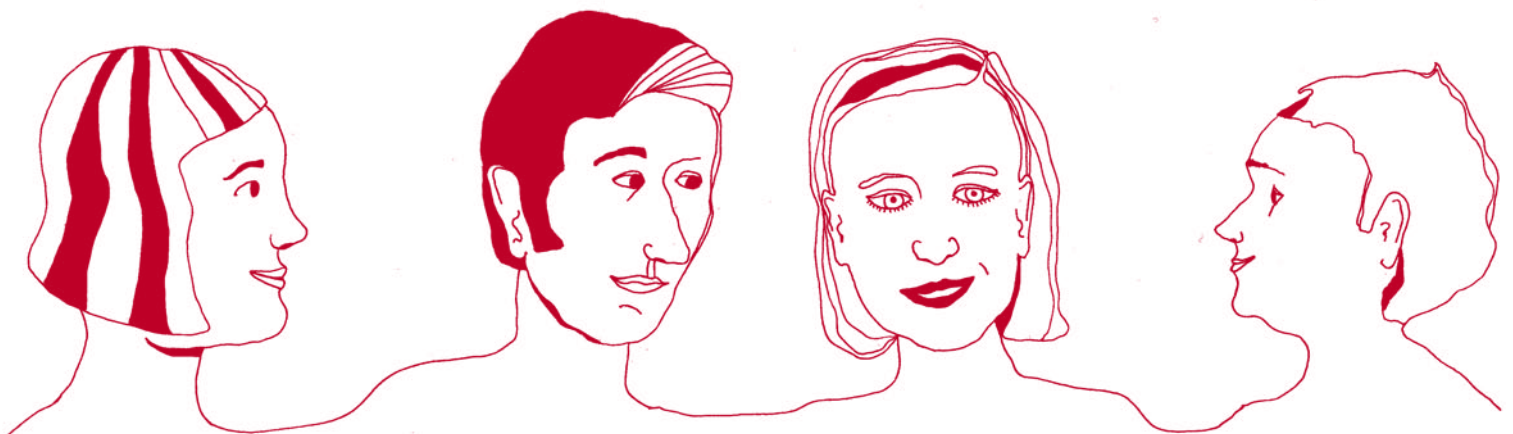
Et studie af problemets størrelse og mulige minimering

Aggi Kjær

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Master of Public Health

MPH 2005:22





Master of Public Health

– Uppsats –

Uppsatsens titel och undertitel Vold og Trusler om vold i arbejdet med stofbrugere Et studie af problemets størrelse og mulige minimering				
Författare Aggi Kjær				
Författarens befattning och adress Speciallæge i Almen Medicin Afdelingslæge Københavns Amts Behandlingscenter for Stofbrugere Bakken 1, 2600 Glostrup, Danmark				
Datum då uppsatsen godkändes 1 juni 2005			Handledare NHV/extern Docent Lars Fredén Centerchef, Overlæge Thomas Fuglsang	
Antal sidor 58	Språk – uppsats Dansk	Språk – sammanfattning Dansk/Engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 91-7997-109-1

Sammanfattning

Formål: Bestemme omfangen, typen, udløsende årsager, bagvedliggende faktorer og konsekvenser af vold og trusler om vold mod behandlere i Københavns Amts Behandlingscenter for Stofbrugere samt at udvikle kliniske retningslinier for håndtering og minimering af vold og trusler om vold.

Metode: Omfanget af voldsepisoder blev vurderet ved to metoder: 1) Retrospektiv anonym tværsnitsspørgeskemaundersøgelse af samtlige 84 fastansatte medarbejder 2) Kohorte undersøgelse med prospektiv registrering af alle psykiske og fysiske voldsepisoder i en tre måneders periode i 2001-2002. Årsager, faktorer og konsekvenser blev undersøgt i semi-strukturerede interviews med den voldsramte medarbejder og den voldelige klient. Håndteringen af voldsepisoderne blev vurderet i en audit procedure og kliniske retningslinier i relation til håndtering af arbejdsrelateret vold og trusler om vold blev udviklet .

Resultat: I tværsnitsundersøgelsen svarede 73 (87%), 45% (n=33) af medarbejderne havde været udsat for vold af psykisk eller fysisk karakter indenfor det sidste år, 48% (n=35) indenfor de sidste fem år. Hyppigheden var uafhængig af medarbejderens alder, køn og arbejdserfaring. Kohorteundersøgelsen afslørede, med en svar procent på 57%, 16 tilfælde af ren psykisk vold medførende en incidens på 0.77 pr. arbejdsår pr. medarbejder eller 0.24 psykisk voldsepisode pr. dag, 11 tilfælde af kombineret psykisk/fysisk vold medførende en incidens 0.53 pr. arbejdsår pr. medarbejder eller 0.17 psykisk/fysisk voldsepisode pr. dag (ca. een ugentligt). Politi blev tilkaldt 5(19%) gange. Bagvedliggende faktorer inkluderede dybe frustrationer mod behandlersystemet, lavt selvværd og dårlig kommunikationsevne hos klienterne. Hovedparten af medarbejderne oplevede efterfølgende angstreaktioner. Sygemelding og psykologisk krisehjælp forekom kun i få tilfælde. På basis af audit-panelets rekommandationer blev der udviklet kliniske retningslinier for håndtering af vold og trusler om vold.

Konklusion: Prævalenses og incidensen af vold og trusler om vold i arbejdet med stofbrugere er højere end i andre fagområder både i og uden for sundhedsvæsenet med væsentlige konsekvenser for både medarbejderen og specielt for den voldelige klient. Resultaterne i dette studie kvantificerer arbejdsrelateret vold som ikke fremgår af officielle registre ("mørketal").

Nøgleord

stofmisbrug, epidemiologi, forebyggelse, struktureret interview, kliniske retningslinier



Master of Public Health

– Essay –

Title and subtitle of the essay Work related violence and threats during substance abuse treatment. - A study of the problem and its extent, and how to minimise it.				
Author Aggi Kjær				
Author's position and address MD Specialist in family medicine Specialist Registrar: Clinic of Social Medicine, Substance abuse. Bakken 1, DK-2600 Glostrup, Danmark				
Date of approval June 1, 2005		Supervisor NHV/External Associate professor Lars Fredén Director of Clinic, Chief Physician Thomas Fuglsang		
No of pages 58	Language – essay Danish	Language – abstract Danish/English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 91-7997-109-1

Abstract

Purpose: To determine the extent, type, precipitating factors, causality and consequences of work related threats and violence at the Copenhagen County Substance Abuse Treatment Centre and to develop clinical guidelines in order to minimise threats and violence.

Methods: The extent of violent episodes was estimated using two methods: 1) Retrospective anonymous questionnaire issued to all (n=84) full-time employed staff-members. 2) In a three months period 2001-2002 prospective registration of all physical and psychological violent episodes at the Copenhagen County Substance Abuse Treatment Centre was performed. Precipitating factors, causality and consequences were investigated in semi-structured interviews including all abused staff-members and violent clients. The management of violent episodes was audited in an audit panel and clinical guidelines regarding work related threats and violence were developed.

Results: 73 (87%) staff-members completed the questionnaire. 33(45%) staff-members had experienced work related violence in the last year, 35(48%) in the last 5 years. There were no sub-group differences. The prospective registration identified 16 episodes of psychological violence, constituting an incidence of 0.77 pr. work-year pr. staff-member or 0.24 psychological violent episodes pr. day at the centre. 11 combined physical and psychological violent episodes were identified ending up with an incidence of 0.53 violent episode pr. work-year pr. staff-member or 0.17 violent episodes at the centre pr. day. Police was called in 5(19%) of the cases. The clients were characterized by harboring deep frustrations towards the system, low self-esteem and poor communication skills. The majority of the abused staff-members experienced anxiety reactions. Only a few required sick-leave and psychological crises counseling. On the basis of the audit-panel's recommendations clinical guidelines regarding threats and violence were developed.

Conclusions: The prevalence and incidence of work related threats and violence is higher among staff-members treating substance users than in other fields both in- and outside the Health Service. There are consequences of significance for both the abused staff-member and the violent client. The results of this study quantify the extent of violence not registered in official registers.

Key words

drug addiction, epidemiology, prevention, structured interview, clinical guidelines

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Introduktion	
Begrebet Public Health – folkesygdomme	4
Vold og trusler i samfundet	4
Vold og trusler om vold på arbejdspladsen	8
Vold på misbrugsområdet	12
Hvorfor anmeldes vold på arbejdet ikke?	13
Anti-volds-strategier	14
Vold mod behandlere på behandlingscentre for stofbrugere	15
Formål	16
Hypoteser	16
Ethiske overvejelser	16
Materiale og metoder	
Litteratursøgning	17
Tværsnitsundersøgelse	17
Prospektiv kohorte undersøgelse	18
Struktureret interview	19
Audit undersøgelse	20
Resultater	
Tværsnitsundersøgelse	22
Prospektiv kohorte undersøgelsen	23
Semi-struktureret interview	23
Audit undersøgelse	25
Diskussion	
Tværsnitsundersøgelsen	26
Prospektiv kohorte undersøgelse	27
Struktureret interview	29
Auditundersøgelse m.h.p. retningslinier for at undgå vold	31
Konklusion	33
Taksigelser	35
Referencer	36
Bilag 1: Tælleskema, Tværsnitsundersøgelse	42
Bilag 2: Kradseskema, Prospektiv kohorte undersøgelse	43
Bilag 3: Medarbejder spørgeskema, Prospektiv kohorte undersøgelse	44
Bilag 4: Klient spørgeskema, Interview	47
Bilag 5: Audit vurderingsskema	48
Bilag 6: Retningslinier for håndtering af vold og trusler	49

Forord

Vold og trusler om vold berører både personale og klienter. Det gælder også på stofbrugerområdet, hvor personalet til stadighed er nærværende, fordi brugerne er klemte og stigmatiserede – og ind imellem påvirkede af stoffer.

Der er i disse år stigende opmærksomhed på voldsforebyggende foranstaltninger, som understøttes af udviklingsprojekter og forskning. På stofbrugerområdet er forholdene sparsomt belyst. Københavns Amts Behandlingscenter for Stofbrugere (KABS) ville i 2001 undersøge omfanget af voldsepisoder i centrets klinikker og pege på mulige tiltag med henblik på forebyggelse.

Som en del af forberedelserne til indeværende projekt blev der foretaget en telefonisk rundspørgen for at klarlægge om vold og trusler om vold anses som et dagligdags problem i Danmarks 15 regionale amtscentre for behandling af stofbrugere. Af telefon rundspørgelsen fremgik det at ingen centre foretog løbende registrering over vold og trusler om vold rettet mod personalet på behandlingscentrene. Samtlige centre havde en mere eller mindre detaljeret voldspolitik men på trods af dette var vold og trusler om vold et tilbagevendende problem. En del af centrene benyttede ”Nonviolent Communication” såkaldt ”girafsprag” (Rosenberg 1999) og konfliktløsningskurser som en del af kompetenceudviklingen i forbindelse med forebyggelse af vold. Ingen centre havde klinisk retningslinier mhp. håndtering og forebyggelse af vold og trusler om vold i behandlingen af stofbrugere. Det blev således klart at problemet er nærværende i samtlige behandlingscentre i Danmark og behovet for blotlæggelse og håndtering af problemet var tilstede.

Projektet blev finansieret af satspuljemidler for 2001. Midlerne var specifik givet til kompetence- og udviklingsprojekter i KABS under titlen ”Forebyggelse af vold, etablering og bevaring af behandlingskontakt”. Undersøgelsen blev foretaget af Aggi Kjær, og der foreligger en rapport om projektet udgivet i maj 2002, ”Vold og trusler i arbejdet med stofbrugere”. (Kjær 2002).

Rapporten danner grundlag for nærværende MPH-arbejde.

Introduktion

Begrebet Public Health – folkesygdomme

Public Health omhandler helbredsproblemer med stor udbredelse i befolkningen, dvs. med en prævalens på mindst 1%, som har konsekvenser med store menneskelige omkostninger og udgifter for sundheds- og socialvæsenet (Danmarks nationaleleksikon 1996). Man kombinerer data om dødelighed og funktionsnedsættelse i erkendelse af, at den traditionelle fokusering alene på levetid er utilstrækkelig for de sundhedspolitiske vurderinger og beslutninger.

I det internationale udviklingsarbejde vedrørende mål for sygdomsbelastning har man haft vanskeligheder ved at kombinere incidens- og prævalensbetragtninger på trods af en betydelig interesse for mere komplekse mål til støtte for udvælgelsen (Murray et al. 2002).

I ”Public health at the Crossroads” gør Beaglehole and Bonita status over den globale sundhed og sygdom. De påpeger, at fattigdom og manglende uddannelse er de største årsager til sundhedsproblemer og invaliditet (Beaglehole & Bonita 1997).

I udvælgelsen af indsatsområder indgår invaliderende, kroniske sundhedsproblemer med betydelig vægt, ofte problemer med store ”mørketal” hvor klassiske officielle statistikker ikke er tilfredsstillende.

Vold og trusler i samfundet

Et globalt public health problem

I 1996 erklærede World Health Assembly med resolution WHA49.25 (1996) vold for et globalt public health problem og et år senere udkom en ny resolution WHA50.19 ”which endorsed the World Health Organization’s integrated plan of action for a science-based public health approach to the prevention of violence and called for further work in this field”.

I 1998 blev der nedsat et nordisk forskningsnetværk om vold og voldens sundhedsmæssige konsekvenser. Første indsatsområde var problemet ”køn og vold” (Helweg-Larsen 1998).

I 2002 udarbejdede World Health Organization en rapport: ”World report on violence and health” 3. udgave. Det var en omfattende gennemgang af voldsproblemer i en global skala. Den definerer hvad vold er, virkningen heraf og fremlagde forslag til forebyggelse. I rapporten angives, at der hver år omkommer 1.6 millioner mennesker verden over p.gr.a. vold. For de 15 - 44 årige er vold en af hovedårsagerne til død. Vold er dødsårsag hos 14% af mænd og 7% af kvinder. Men mange flere har været udsat for vold og har fået fysiske, psykiske, seksuelle, reproduktive og psykiske problemer. Ydermere koster volden og dens konsekvenser også milliarder hver år til behandling, retsvæsenet og tabt arbejdsfortjeneste (WHO 2002).

Hvad er vold, trusler og aggressioner?

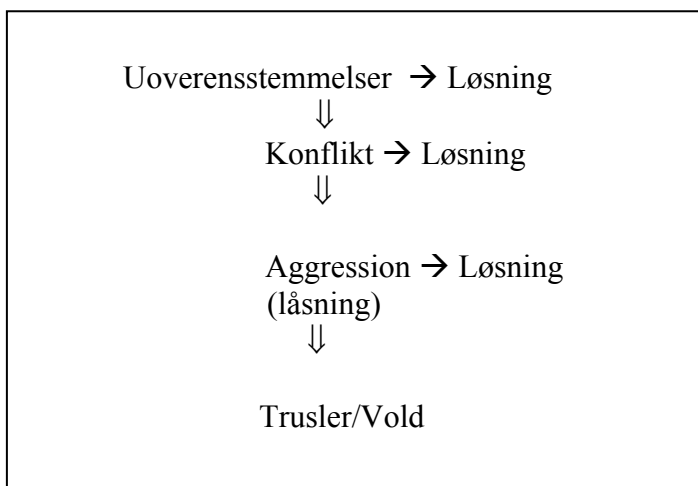
Vold er en handling, men aggression er en energi (drift), og vrede er en følelse (Fisher 1988)

Tidligere fandtes ikke nogen entydige definitioner og der var store forskelle på, hvordan de forskellige forfattere brugte disse udtryk. I nogle tekster tales om *vold og trusler* – i andre om *aggressioner*.

Psykologerne forklarer, at aggressioner er et forsvar mod angst (Ostenfeldt 1972), og at de er indbygget i os fra vor tidlige barndom (Klein1973). Laplanche og Pontalis definerer aggressioner således: ”Aggressioner er en impuls eller en samling af impulser, der stræber efter at skade, udslutte, tvinge eller ydmyge andre” (Laplanche & Pontalis1977). I en række tilfælde kommer aggressionerne ikke til syne, men viser sig som ironi, sarkasme, hentydninger, forglemmelser og lign. Denne udtryksform sikrer den aggressive på måder, der drejer sig om at kunne benægte aggressionen (Berliner 2000 si 14-15). Vi får lært - på mere eller mindre hensigtsmæssigt måde - at forvalte vore aggressioner. Har vi ikke lært det godt nok, kan vi slæbe rundt med ubevidste aggressioner. Det er besværligt og uberegneligt (Kaldan & Svare 2000 si. 48, Bjørkly 1988).

Normalt løser de fleste mennesker uoverensstemmelser og konflikter ved at tale om problemet, men er man af en eller anden grund trængt op i en krog, kan aggressioner låses fast og trusler og vold kan udløses. I yderste konsekvens kan alle mennesker blive voldelige. Har vi lært at håndtere vore aggressioner især i vor barndom, vil vi kunne bearbejde dem, evt. på et andet tidspunkt end lige når de opstår. Psykologen Peter Berliner illustrerer forløbet som i nedenstående Figur 1.

Figur 1: Illustration over udvikling af vold (Berliner 2000 si 17)



Vold og trusler er ofte beskrevet hørende sammen. Men de kan sagtens være adskilte, i hvert fald i måden de virker på. I de fleste meddelelser dækker vold den fysiske del og

trusler den psykiske del. Ser vi på eftervirkninger af fysisk vold kontra eftervirkninger af trusler, viser det sig, at den psykiske belastning ved at blive udsat for trusler kan være stærkere end ved at være udsat for fysisk vold. Trusler er et magtinstrument, der kan binde fantasier og forestillinger. En trussel kan på denne måde fastholde offeret i frygt i dage, måneder og år. Herved bliver offeret udsat for en *sekundær viktimering*. Bevisførelsen, for at man har været udsat for trusler, er vanskelig. Ofte vil offeret blive mødt med skepsis og benægtelse af sine omgivelser, fordi der jo rent faktisk "ikke er sket noget"(Geest & Wieclaw 1999).

Vanskeligheden ved at definere hvad vold er, afspejler sig ved gennemgang af litteraturen. De forskellige forfattere bruger forskellige definitioner.

I resolution WHA49.25 fra World Health Assembly defineres vold som: "The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation". Definitionen er bred, den medregner også selvmord og krig (WHA49.25 1996).

Det ville være rationelt, om alle brugte samme definitioner, så undersøgelsesresultater kunne sammenlignes fra land til land. Forsøget er gjort, når det gælder vold i forbindelse med en arbejdsplads.

Vold og trusler i faglitteraturen

Som anført har der været en uheldig mangel på fælles definitioner, når det gælder vold. Talmateriale fra de forskellige undersøgelser kan derfor ikke altid sammenlignes direkte.

Nogle forskere har brugt definitioner, der *inkluderer konsekvenserne*. F.eks. (Klein et al. 1997) der definerer overfald som: "fysisk overfald, der kan resultere i en skadesimpel eller under skærpede omstændigheder, afhængig af om der er brugt et våben" og inkluderede hermed konsekvenserne af overfald. Også i en undersøgelse på et psykiatrisk hospital i USA (Carmel & Hunter 1993) fokuserede forskerne på konsekvenserne af et overfald. Definitionen af et overfald lød "en begivenhed, der medfører en eller flere af følgende: tabte arbejdsdage, bevidsthedsstab, indskrænkning af arbejdsevne eller bevægelse, ophør med ansættelse, overflyttelse til et andet job, eller medicinsk behandling (udover førstehjælp). Definitionen er altså baseret på *effekten af overfaldet*, som kan være trusler alene.

I Wykes & Whittingtons undersøgelse fra 1998 af psykiatriske sygeplejersker, inkluderede de *ofrets oplevelse af situationen* i definitionen, som i øvrigt ikke omfattede verbal aggression (Wykes & Whittington 1998).

I en dansk undersøgelse fra 1991 af Nørregaard og Behnke: "Vold blev i denne sammenhæng defineret som enhver fysisk kontakt, der af offeret blev oplevet som krænkende hans/hendes fysiske grænser. Der blev således ikke taget stilling til, om en registreret episode set udefra var voldelig" (Nørregård & Behnke 1991).

Årsager til at individer bliver voldelige

Vold er et komplekst område, og mange faktorer har indflydelse på, at vold opstår. Indenfor f.eks. sundheds- og socialsektoren frustreres personalet, når de oplever vold fra klienter og ofte forbindes volden udelukkende med den person, der er den udøvende part. Det kan være vanskeligt at mindske volden, hvis der udelukkende fokuseres på personen (den voldelige klient), og hvis personalets forhold ikke inddrages f.eks. de ansattes køn, alder og erfaring (Fischer 1988, Kaldan & Svare 2000).

Ude i samfundet får narkomaner ofte skyld for at være særligt meget indblandede i voldshandlinger. Tal fra voldsofferundersøgelser viser dog, at det ikke er tilfældet, men at alkohol næsten altid er en medvirkende årsag til vold (Berliner 1995, Balvig 2000).

Der er forskellige årsager til, at nogen bliver voldelig i fredstid, udover naturligvis almindelig kriminalitet og påvirkning af alkohol og stoffer. Omsorgssvigt siden barndommen, sygdomme, tidligere DAMP-barn (Deficit in Attention, Motorcontrol and Perception) (Wilens et al. 1998) (Schubiner 2000) og sociale årsager som utilfredsstillet seksualdrift og social isolation (Kaldan & Svare 2000 si 48-49).

Miljøet spiller en stor rolle for udvikling af voldsepisoder. Mobning og uhøflighed kan f. eks. gøre arbejdsklimaet dårligt (Relster 1990). Indenfor sundhedsvæsenet har bl a Arnetz arbejdet med dette emne (Arnetz & Arnetz 2001).

Køn og psyke

Nordisk Ministerråd startede i 1998 et forskningsprojekt om vold i Norden. Formålet er dels at beskrive omfanget af vold, specielt samlivsvold og seksuel vold i de nordiske lande og dels at vurdere de sundhedsmæssige følger af vold. Det var desuden målet at bidrage til en øget kompetence i sundhedsvæsenet vedrørende modtagelse, undersøgelse og behandling af voldsofre for at forebygge senfølgerne af volden (Helweg-Larsen 1998). Programmet ”køn og vold” afholdt 2001 en større konference om emnet og i 2002 udkom resultatet af arbejdet i en fyldig rapport ”Kön och våld i Norden”, dels med resultatet af egentlige forskningsprojekter, og dels med omtale af forskermiljøer og –uddannelser. Rapporten er centreret omkring fire emner: ”Makt, våld, sexualitet och offerskapande process”, ”Föräldreskap, kön och våld”, ”Maskulinitet och våld”, og ”Kulturens och kulturernas betydelse för sambandet mellan kön och våld” (Eriksson et al. 2002).

Vold mod kvinder har stået på dagsordenen gennem mange år, uden der er sket en reduktion i antallet af tilfælde (Pizzey 1974, Christensen 1984). Der er en lang række uafklarede problemer – og manglende viden – om hvordan disse kvinder bedst kan hjælpes. Der er få muligheder for hjælp både for de voldsramte og de voldelige. Hjælpen ydes som regel af frivilliges hænder. I Danmark er for første gang publiceret et samlet overblik over omfanget af vold og seksuelle overgreb mod kvinder i Danmark (Helweg-Larsen & Kruse 2004).

Risikoen for at udvikle misbrug hos kvinder og mænd der i opvæksten har været udsat for vold, omsorgssvigt og evt. seksuel misbrug, er 10 gange større end i normalbefolkningen (Ploug 2003 s. 39). Misbruget føder en ond cirkel, hvor især prostituerede misbrugere udsættes for grænseoverskridende handlinger som vold og voldtægt. (Balvig 2000 s.169).

Voldelige mænd synes at have en fælles historie. De er enten opvokset med vold eller har været udsat for omsorgssvigt eller misbrug, eller været uden en mandlig identitetsmodel, som de kunne udvikle deres maskulinitet igennem. Deres problem er udsprunget af lavt selvværd og dårlig kommunikation (Munkholm 2001, Skjørten 1994, Reinicke 2001).

Psykisk syge, som ikke er motiveret for behandling, er ofte aggressive. De er besværlige at have på hospitaler og institutioner. De havner på gaden, fordi de er bange for behandlingssystemet og mange er blevet afvist p.gr.a. vold (Brandt 2000, Fridberg 1992, Olsen 2000).

Vold og trusler på arbejdspladsen

I 1971 kom den første voldsofferundersøgelse i Danmark hvor fokus var på den skjulte vold (Wolf 1972)(Balvig 2000 s. 187). Her blev et repræsentativt udsnit af befolkningen spurgt, om de indenfor de sidste 2 år havde været udsat for vold eller trusler om vold. 4,2% havde oplevet at være udsat for vold eller trusler om vold, mindre end 1/5 havde anmeldt forholdet til myndighederne. Ved denne undersøgelse interesserede man sig imidlertid kun for hvor volden var foregået i al almindelighed, der blev ikke direkte spurgt til vold på en arbejdsplads, dette var slet ikke interessant i den almindelig voldsdebat i samfundet på den tid.

I begyndelsen af 1980erne begyndte man at fokusere på vold på arbejdspladsen. Tidligere havde der formentlig været en underrapportering. I 1990erne begyndte anmeldelserne at blive flere. Det var især kvinder i omsorgsfagene, der anmeldte.

En stor undersøgelse blev foretaget i 1995/96 i Danmark (Balvig 1998 s. 114-123) med et repræsentativt udsnit af befolkningen og undersøgelsen viste, at hele 16% af ofrene, havde været udsat for fuldbyrdet vold, og ikke "kun" trusler om vold på deres arbejde. I tillæg er det især mennesker, der har været udsat flere gange for vold i løbet af et år, der har været udsat for vold under arbejdet. F.eks. angiver mere end hver tredje af dem, der har været udsat tre eller flere gange for vold, at de senere voldsepisoder skete under udførelsen af arbejdet. Arbejds-volden fylder altså endnu mere, når volden gøres op i voldsepisoder, end når den gøres op i volds ofre. Ca. en tredjedel af det samlede antal voldshandlinger har karakter af arbejdsplads-vold. Det svarer til omkring 42.000 tilfælde af arbejdsvold i løbet af et år ud af i alt 118600 voldshandlinger i Danmark. Nedenstående tabel 1 taget fra Chappell og Di Martino viser eksempler på fysisk og psykisk vold.

Tabel 1: Eksempler på “violent behaviours at work” fra (Chappell & di Martino 1998 si 9), vilkårligt rangordnet

Homicide	Bullying
Rape	Mobbing
Robbery	Victimizing
Wounding	Intimidation (skræmme)
Battering	Threats (trussel)
Physical attacks	Ostracism (boykotning)
Kicking	Leaving offensive messages
Biting	Aggressive posturing
Punching (slag, stød)	Rude gestures
Spitting	Interfering with work tools and equipment
Scratching	Hostile behaviour (fjendtlig)
Squeezing, pinching(knibe) etc.	Shouting, swearing
Harassment, including sexual and racial abuse	Name-calling
	Innuendo (hentydninger)
	Deliberate silence
	Stalking (liste efter)

Europa-Kommissionen har lagt lige meget vægt på fysisk og psykisk adfærd. Fysisk overfald er således ikke en nødvendig del af vold - men verbale trusler, aggressioner og chikane kan også resultere i kraftige reaktioner.

Kommissionen vedtog 1995 følgende definition:

”vold (på arbejdspladsen) defineres som: Handlinger, hvor personer bliver chikaneret/misbrugt, truet eller udsat for vold i forbindelse med deres arbejde, og hvor chikanen/misbruget, truslen eller volden indeholder en eksplicit eller implicit trussel mod deres sikkerhed, trivsel eller helbred.”

Om der har fundet en voldsepisode sted afgøres således af den voldsramtes egen oplevelse på samme måde som smerter er defineret. ”Denne definition dækker både tilfældene af direkte vold, dvs. hvor arbejderne selv er truet eller angrebet, og indirekte vold, dvs. hvor arbejderens familie/venner er truet eller angrebet”(Wynne et al. 1996).

I tillæg bør det bemærkes at denne definition dækker både fysisk og verbal misbrug/chikane.

I 1998 udgav ILO (International Labour Office) et arbejde, om hvad vold på arbejdet er, og de gav anvisning på, hvordan vold kan forebygges: gennem information, uddannelse og træningsprogrammer, og om hvordan alkohol og stoffer virker fremkaldende på volden (Cappell og di Martino 1998).

Noget arbejde er mere risikofyldt end andet. Arbejdspladsvolden udspiller sig overvejende i erhverv med tæt menneskekontakt, socialarbejdere og pædagoger og i arbejder hvor magt- og myndighedsfunktioner forekommer. Personalet på skadestuer,

akut modtagelser, på psykiatriske afdelinger, hos psykisk udviklingshæmmede, i ældreomsorg og geriatri er særlig udsatte.

I 1990 blev et repræsentativt udsnit af lønmodtagere i Danmark mellem 19 og 59 år, der var i arbejde (eller havde været det indenfor de seneste 2 måneder forud for interviewet), spurgt ved en spørgeskemaundersøgelse (Balvig 2000 si 192)(Mortensen 1996 si 3206-8), om de var udsat for vold eller trussel om vold på deres arbejdsplads indenfor de sidste to måneder (Tabel 2). Tre % svarede, at det var de i høj eller nogen grad. Hyppigheden var afhængig af erhvervsgruppe og omfang og intensiteten af kontakt klienter, kunder osv.

Tabel 2: Hyppigheden af voldsepisoder i Danmark (Balvig 2000 si 192)

Erhverv	Personer med hyppig klientkontakt.	Personer med ringe klientkontakt	Alle Job
Pædagogisk arbejde	6%	1%	5%
Sundheds arbejde	10%	4%	8%
Socialt arbejde	11%	6%	10%
Vej- og tog transport	10%	1%	5%
Orden og Sikkerhed	25%	18%	21%
Andet	4%	1%	1%

Meget tyder på at disse tal er alt for små, fordi mange voldsepisoder aldrig bliver registrerede hverken hos politiet, Arbejdsskadenstyrelsen/Arbejdstilsynet eller internt på arbejdspladserne. Fx politi-anmelder kvinder kun halvt så ofte den vold de udsættes for, som mænd gør (Balvig 2000 si 121).

”Kvinder bliver oftest udsat for vold fra nogen, der er afhængige af deres omsorg. Mændene bliver oftest udsat for vold fra nogen, de skal udøve autoritet overfor, eller fra nogen der er dem helt ubekendte” (Christensen & Koch-Nielsen 1992 si 46)

Voldsofferundersøgelser i USA, der i forvejen har et meget højt voldsniveau, viser at hver sjette overfald har karakter af “arbejdsplads-vold” (her medregnes vold imellem ansatte) (Backman 1994).

I Finland viste tilsvarende undersøgelser, at hver fjerde voldsepisode har fundet sted i forbindelsen med arbejdets udførelse. Fra 1980 til 1988 steg “arbejdspladsvolden” i Finland med 11%, mens al anden vold under eet faldt med 27% (Heiskanen et al. 1991). I Sverige er næsten hver tredje voldstilfælde “arbejdspladsvold” (Statistiska Centralbyråen 1995). Alle citeret fra (Balvig 2000 si 190)

Data fra de nordiske arbejdsmiljøundersøgelser 1989-90 viser, at de særligt udsatte arbejdsfunktioner er pædagogisk arbejde, sundhedsarbejde, socialt arbejde, arbejde i forbindelse med vej- eller togtransport samt arbejde i sammenhæng med opretholdelse af offentlig ro og orden.

Jo mere man direkte har med klienter, patienter/ kunder mv. at gøre desto større risiko. Indirekte understreges herved også, at vold på arbejdet primært er et spørgsmål om vold udøvet af klienter mv. og ikke af kollegaer (Balvig 2000 si 191).

Det stemmer overens med et resultat fra Odense Universitets hospitals psykiatriske afdeling, som fandt, at patientvold rammer en stor procent andel af det personale, som er fysisk tættest på patienterne (Benjaminsen & Kjærbo 1997).

I en undersøgelse foretaget af Funktionærernes og Tjenestemændenes Fællesråd (FTF), hvor hovedspørgsmålet var, om man har været udsat for vold i forbindelsen med arbejdet, svarede hele 11 %, at de havde været udsat for vold eller trusler om vold i jobbet indenfor de senere år (Christiansen 1994 si 61).

Vold og trusler i social- og sundhedsvæsnet

I 2001 blev det opgjort, at hver tredje kvinde ansat indenfor social- og sundhedssektoren i Sverrig havde været udsat for vold eller trusler om vold. Halvdelen havde været sygemeldt eller fået varige skader (Arnetz & Arnetz 2001, Faktablade 2003).

I di Martino's litteraturstudie "Relationship between work stress and workplace violence in the health sector" konkluderes, at stress og vold på arbejdet i sundhedssektoren er stigende og udbredt blandt læger, sygeplejersker og socialarbejdere og det afspejler sig i de ansattes helbred, arbejdsmiljø og effektiviteten. Omkostningerne er voldsomme. I USA beregnes stress i sundhedssektoren at koste samfundet 350 milliarder US dollar pr. år og vold alene 35,4 milliarder. Data fra den Europæiske Union tilsvarende 20 milliarder euro pr. år. Stress og vold er estimeret til at koste 30% af omkostningerne til sundhedsvæsnet eller mellem 0,5 til 3,5 % af bruttonationalproduktet pr. år (di Martino 2003).

På Örebro sygehus i Sverige registreredes alle voldstilfælde i eet år for alle personalegrupper. Prævalens og incidens af vold blev for alder og køn tilpasset populationen arbejdstagere i Sverige. Prævalens og incidens for vold blev i studiet sammenlignet med data fra det svenske sygeplejeregister. Standardiseret prævalens ratio for vold var signifikant højere for alle sygeplejersker og læger. Standardiseret incident ratio var fra 18/100 person-år for læger til 31/100 person-år for "practical nurses". Den relative risiko for vold på arbejdet over en eet års periode var signifikant højere for "practical nurses" (1.59) sammenlignet med registrerede sygeplejersker. Undersøgelsen viste, at svenske sygeplejersker med patientkontakter var den gruppe af den samlede svenske arbejdsstyrke, som i en eet års periode havde været mest udsat for vold på arbejdet (Arnetz et al. 1998).

Socialarbejderne nævnes ofte i offentligheden som et eksempel på en faggruppe, der er udsat for trusler og vold fra klienternes side i deres arbejde. Eskelinen viste i 2000, i en spørgeskemaundersøgelse til udvalgte repræsentanter for socialrådgivere og sagsbehandlere i 55 store og mellemstore kommuner i Danmark, at kun 3% af socialarbejderne rapporterede, at det ”ganske ofte” eller ”meget ofte” skete, at de havde ubehagelige oplevelser med klienter, og godt halvdelen - 55 % - sagde, at dette var tilfældet ”af og til”. 80% syntes dog at klienternes holdning til medarbejderne i socialforvaltningen overvejende var positiv. Disse resultater af, hvordan socialarbejderne oplever klienternes holdninger og adfærd virker modsætningsfyldte (Eskelinen 2000 si 22 og 40).

Sker der en ulykke vil ambulancepersonalet ofte være de første på stedet og indlede førstehjælp. Indimellem kan denne hjælp medføre trusler og direkte vold. Fra Borås rapporteres om en spørgeskema undersøgelse med 13 spørgsmål. 53 af 66 ansatte havde været udsat for trusler eller voldssituationer. Hovedparten betragtede disse situationer som ubehagelige oplevelser (Suserud et al. 2002).

Vold på misbrugsområdet

Stofafhængighed

Hovedparten af stofbrugere er kroniske misbrugere i daglig medicinsk behandling med opioidagonister (Metadon, Subutex mv.). De har generelt meget lidt kontrol over deres egen livssituation og især deres sidemisbrug. Nogle har en bundløs gæld. Det er dyrt at supplere Metadonen og hovedparten af stofbrugere har sidemisbrug (ekstra metadon, benzodiazepiner, alkohol og hash mv.) og tager lejlighedsvist ”det store trip” med kokain og heroin. Behandlingen består i substitutionsbehandling, revaliderings- og ”harm reductions” programmer. Uden kontrolforanstaltninger er denne behandling svært gennemførlig. Derfor er de under stadig kontrol, fordi deres afhængighed kræver daglig metadon mv, og fordi de skal overholde aftaler med deres kontaktpersoner og kommunens sagsbehandlere (for at få penge) mv..

Mange stofbrugere er opvokset med vold og/eller misbrug i hjemmet, været udsat for omsorgssvigt eller opvokset uden mandlig identitetsmodel. Deres problem er udsprunget af lavt selvværd og dårlig kommunikation redskaber (Ploug 2003 si 39).

Ca 10% af stofbrugere har foruden misbruget en psykiatrisk diagnose, f.eks. skizofreni eller maniodepressiv psykose (Socialministeriet 2002). Nogle er hjemløse. De kan være sårbare og svære at integrere i behandlingssystemet. Personen kan føle sig angrebet både verbalt og fysisk såvel af medklienter som personale og reagerer herpå. Personalet har måske ikke afsat den fornødne tid til kontakt med personen. Det kan opleves som en provokation fra personalets side, selvom det slet ikke er ment sådan. Når en psykose er i udvikling, kan personalet derfor få nogen indflydelse på, om psykosen optrappes (Scott et al.1998, Kaldan & Svare 2000, Bjørkly 1988).

Blandt stofbrugere imellem er vold og trusler om vold et almindeligt kommunikationsmiddel. Det kan spænde fra psykisk pression til korporlig vold og håndgemæng. Det er almindeligt antaget, at stofbrugere er voldelige og med deres adfærd afviger stærkt fra den almindeligt accepterede fremtræden i samfundet.

Vold mod behandlere indenfor misbrugsområdet

Gruppen, der behandler stofbrugere, er sammensat af pædagoger, socialrådgivere, psykologer, sygeplejersker, administrativt personale og læger. Vold mod behandlere af stofbrugere er velkendt. De bliver ofte udsat for udkælden, psykisk eller fysisk vold. Mange behandlere mener, at det hører med til arbejdet, men på længere sigt slider det på sjælen (SUS 2000).

Til psykisk vold hører fremvisning af våben, opfarende og højtråbende adfærd, hvis situationen ikke går som forventet. Den voldelige eller truende person kan være karakterafvigende, psykotisk eller blot påvirket af medicin eller alkohol. Det er kun de alvorligste tilfælde, der anmeldes som arbejdsskade og krisehjælp tilbydes. Men det repræsenterer formentlig kun toppen af isbjerget, idet personalet ofte bider små episode i sig. Udsættes de for mange af disse, kan det føre til udbrændthed og for tidlig tilbagetrækning fra jobbet. Rammes den erfarne behandler, som aldrig troede, at han eller hun ville reagere med chok, kan det forklares ved at det er ”dråben, der får bægeret til at flyde over”.

Der findes få opgørelser af vold mod behandlere af stofbrugere. Fahy fandt, at 1% af stofbrugere havde været involveret i voldtilfælde på tre psykiatriske behandlingssteder i Irland ved en retrospektiv journalanalyse over 5 år. Der var 57% (n=43) af grad 1 (verbal abuse or antisocial behavior) 20% (n=15) (property damage) og grad 3 (n=7) (which constituted either an assault or injury). Klienter på Metadonvedligeholdelse var mest voldelige. Halvdelen af de voldelige klienter var HIV-smittede (Fahy et al, 2000).

Hvorfor anmeldes vold på arbejdet ikke?

Nogle betragter volden som en erhvervsrisiko, man affinder sig med. Eller man lider af ”Tarzan-syndromet”: ”sådan en smule vold rører ikke mig, der skal meget mere til at slå mig ud !” Eller man bliver immun. Tolerancen hos den enkelte medarbejder kan rykkes gradvis for, hvad der kan tillades af vold på den enkelte arbejdsplads. F.eks. beskrives vold og trusler om vold, som ”en del af hverdagen på krydsfeltet mellem gade og boform” i Mændenes Hjem i København, et herberg og bofællesskab, der drives efter § 94 og § 91 i lov om Social Service. ”Volden flytter så at sige ind med beboerne, men gennem dialog og hjælp til den enkelte kan det langt hen af vejen lykkes at minimere volden” (Olsen 2000).

Hos praktiserende læger tolereres volden ikke. Voldelige og truende patienter fravælges i et vist omfang, men det sker i god ro og orden, tit i samråd med patienten (Peters 2001).

I det danske Ugeskrift for læger opfordres sundhedspersonale ofte til at anmelde voldelige situationer. Til brug ved dokumentation - også i det forebyggende arbejde - er det vigtigt og nødvendigt med sikre statistikker, der kan illustrere de menneskelige lidelsers omfang (Lund 1996). I 1998 afholdte Den Danske Lægeforenings Arbejdsmiljøudvalg en konference om vold mod ansatte i sundhedsvæsenet. Her blev der gjort opmærksom på at straffen for vold mod læger er alt for mild. Voldsmænd, som har udset en læge som deres offer, kan maksimalt få halvandet års fængsel, hvorimod strafferammen er op til seks års fængsel, hvis offeret f.eks. var ansat i Jernbanevæsenet. Lægerne mener, at problemet ikke er, hvor lang en straf voldsmanden får, men at det først og fremmest er signalværdien, der er vigtig. Folk *ved* f.eks. godt, at det er en alvorlig affære at slå på en politimand. Den forholdsvis lave strafferamme for vold mod sundhedspersonale har som konsekvens, at politiet ikke tager anmeldelserne af vold tilstrækkeligt alvorligt (Andersen 1998).

Anti-volds-strategier

Erfaringer fra det forebyggende arbejde mod vold som kommunikationsmiddel (Holm 2001, Olsen 2000) i boinstitutioner for hjemløse har vist, at voldsspiralen kan blive brudt, når institutionen har en fast procedure om, hvordan konflikter forebygges. Nye medarbejdere bør oplæres i forebyggelse af konfliktsituationer, i kommunikation og konfliktløsninger.

Mange har udviklet retningslinier for håndtering af vold og trusler om vold f.eks. (Berliner 2000 si 118, Hodgkinson & Stewart 1994 si 166) og om forebyggelse af voldspisoder f.eks. (Breakwell 1994 si 77, Chappell & di Martino 1998 si 15, Coco 2001, Arbejdsmiljøfonden 1998). Der foreligger ingen publicerede kliniske retningslinier indenfor misbrugsområdet.

At have en voldspolitik er vigtigt, men der er lang række forudsætninger, som også skal være i orden, for at personalet kan udvikle sig og arbejde voldsforebyggende. Det skal være i stand til at samarbejde for at få udbytte af ny faglig viden eller et kursus i f.eks. konfliktløsning. Der skal være en arbejdspladskultur, der betragter dialogen som et vigtigt redskab i enhver udvikling, og en kultur der gør, at man betragter volden som et fælles problem og ikke bare den enkelte medarbejders. Der må være en åbenhed og en løbende dialog, der kan opleves som en ballast for medarbejderne. Det kan derved blive en naturlig del i det daglige arbejde at yde kollegial støtte.

Strukturen af arbejdspladsen har betydning for hvilke muligheder, der gives for udvikling. Det skal være klart hvilke overordnede krav, der er til arbejdspladsen - og hvad der forventes af den enkelte medarbejder.

Arbejdet skal være organiseret og tilrettelagt, så der er balance mellem arbejdskrav, forventninger og de *ressourcer*, der er til stede. Der skal være en vis grad af forudsigelighed og en oplevelse af, at arbejdet er *meningsfuldt* (det psyko-soziale miljø). Lederne skal være synlige, og der skal være en omgangstone, som gør at arbejdspladsen opleves som tryk og et godt sted at være ikke kun for brugerne, men også for personalet. I 2001 udkom en litteraturoversigt over emnet på vegne af Arbejdsmiljøinstituttet

(Høgh 2001).

Normeringen har betydning for arbejdets kvalitet. Er den nedsat eller upraktisk kan det betyde at personalet nedslides, og der kan opstå en forøget risiko for vold.

De fysiske forhold skal være forsvarlige m.h.t. sikkerhed og sundhed. Gode fysiske forhold indbyder ikke til vold. Der skal være muligheder for, at personalet kan trække sig tilbage i pauserne til rum, hvor klienter ikke har adgang.

Provokationer fra klienter og medarbejdere kan både være bevidste og ubevidste. Det er vigtigt, at medarbejdere kender til egen aggressionsforvaltning (Hodgkinson & Stewart 1994). Autoritære holdninger er på vej ud, men reminiscenser findes stadigvæk (Breakwell 1994).

Den gennemgående fælles metode, når vold alligevel optræder, er en vedtaget og nedskrevet procedure med systematisk *debriefing* (samtale om hændelsen mellem voldsopfret og ledelsen/psykolog), kollegial støtte og evt. kriseterapi.

Der skal være anvisninger på, hvordan man håndterer og efterbehandler voldsepisoder. Det er også nødvendigt at have en fælles definition af, hvad vold og trusler er, og hvornår proceduren skal træde i kraft. Alle ser ikke på samme måde på en voldsituation. Alle voldsepisoder skal registreres og analyseres i fællesskab, så der skabes en fælles viden om forebyggelse af vold.

I WHO's regi er der i 2004 oprettet en ny international koalition til at forebygge vold. Gennem Global Interpersonal Violence Prevention Alliance (GIVPA) skal regeringerne fra hele verden, FN-institutioner, akademiske miljøer, og civile grupper diskutere, hvordan man kan mindske voldens indvirkning på sundheden. WHO håber med alliancen at sætte organisationerne bedre i stand til at forebygge og behandle voldsproblemer. Flere store organisationer, deriblandt World Medical Association har debatteret temaet og kommet med resolutioner mod vold som følge af oplægget. Mere end 30 regeringer har forpligtet sig allerede nu til at lave nationale planer for at forebygge vold (WHO 2004).

Vold mod behandlere på behandlingscentre for stofbrugere

Samlet set er kendskabet til vold i forbindelse med behandling af stofbrugere begrænset til ganske få udenlandske undersøgelser og i Danmark findes ingen publicerede opgørelser. Af ovenstående gennemgang af eksisterende litteratur står det klart, at hovedparten af kendte voldsudløsende faktorer er tilstede i og omkring behandlingen af stofbrugere. Det gælder både i forhold til behandlingssituationen, stofbrugerne og behandlerne.

Det er derfor relevant at undersøge dels hvilke typer af vold der forekommer, problemets reelle omfang, udløsende faktorer for voldsepisoder og bagvedliggende årsager til voldens opståen og dels voldens virkning på involverede medarbejdere og stofbrugere. Det er yderligere relevant at identificere voldsminimerende tiltag.

Formål

Det var projektets formål at:

- 1) Bestemme omfanget og typen af vold og trusler om vold samt omfanget af uhensigtsmæssig verbal grænseoverskridende kommunikation (Krats) som forekommer i Københavns Amts Behandlingscenter for Stofbrugere (KABS)
- 2) Undersøge udløsende faktorer for voldsepisoder og bagvedliggende årsager til voldens opståen i KABS
- 3) Klarlægge voldens virkning på involverede medarbejdere og klienter i KABS
- 4) Udvikle redskaber til primært at minimere volden og sekundært at sikre arbejdsklimaet, forhindre udbrændthed blandt personalet og lette indkøring af nyt personale

Hypoteser

Projektet formål medførte følgende hypoteser:

1. Prævalensen og incidensen af vold og trusler om vold i KABS er større end indenfor andre fagområder såvel indenfor som udenfor sundhedsvæsenet.
2. Det er muligt at kvantificere det psykiske arbejdsmiljø gennem registrering af uhensigtsmæssig verbal grænseoverskridende kommunikation (Krats)
3. Det er muligt at identificere typen, udløsende faktorer og bagvedliggende årsager til voldsepisoder i KABS
4. Vold og trusler om vold indenfor KABS har væsentlige konsekvenser såvel for den voldelige som den voldsramte
5. Brug af gruppenominal konsensus metoden i en audit procedure vil generere tilstrækkelig information til at udvikle kliniske retningslinier til håndtering og minimering af vold og trusler om vold.

Etiske overvejelser

Hovedproblemet var overholdelse af tavshedspligt og sikring af interviewpersoners anonymitet. Samarbejdet mellem de mange involverede faggrupper krævede en betydelig åbenhed og tillid. Ved interviewene fremkom følsomme data, som ikke måtte videregives. Som ansat i Københavns Amt har alle tavshedspligt, ”når en oplysning ved lov eller anden gyldig bestemmelse er betegnet som fortrolig, eller når det i øvrigt er nødvendigt at hemmeligholde den for at varetage væsentlige hensyn til offentlige eller private interesser”. Herudover fastslår Helsinki-deklarationen, at det er en ”menneskeret” for interviewpersonen, at projektansvarlig overholder tavshedspligten. Projektansvarlig læge er også underlagt de danske lægeetiske regler i ”Lov om udøvelse af lægegerning” og i dette tilfælde er det specielt § 5 ”patientens krav om diskretion” og § 7 ”samarbejde med lægfolk”, hvor lægen skal tage det personlige ansvar også i forskningsprojekter, som tjener til videnskabeligt at vurdere diagnose- og behandlingsmetoder, der anvendes af lægfolk.

Projektet blev forhånds godkendt af den Regionale Videnskabs Ethiske Komite.

Materiale og metoder

For at opfylde projektets formål blev der foretaget i alt 4 undersøgelser:

- 1) En tværsnitsundersøgelse
- 2) En prospektiv kohorte undersøgelse
- 3) Et struktureret interview
- 4) En audit undersøgelse

Herudover blev der foretaget en litteratursøgning.

Litteratursøgning

Litteratursøgningen forgik fra 2000-2001 og havde til formål at identificere alt relevant litteratur omkring vold og trusler om vold i forbindelse med arbejde samt vold på stofbrugsområdet, og omfattede 18 databaser (inkl. DNLB/Cosmos, MedLine, Embase, Cinahl, Cochrane, AMED, Cambridge Scientific abstracts database, PsycINFO, SveMed, Libris, Dansk National Research Database, sundhedsdata.dk, FindArticles.com, Pædagogisk Psykologisk Database, Google, Yahoo, Politikens artikel database, Bibliotek.dk

14 amter og 243 kommuner i Danmark blev kontaktet. Over 2000 referencer blev vurderet. Samlet set var udbyttet dog ringe. Kun 146 referencer blev identificeret som udtryk for emnets ringe belysning. Der er desværre generelt ingen tradition for uopfordret at offentliggøre interne rapporter.

Efteråret 2004 er litteraturgennemgangen udvidet med enkelte senere tilkomne relevante referencer, indført i denne afhandling.

Litteraturgennemgangen udmøntede sig i en udførlig offentligt tilgængelig rapport (Kjær 2002). Gennem en kommenteret litteraturgennemgang af nordisk og engelsksproget litteratur, skrevet i et for de forskellige faggrupper tilgængeligt sprog, gøres der rede for, hvad vold og aggressioner er, årsager hertil, vold i samfundet og på institution, håndtering af voldsituationer og endelig forebyggelse af vold på arbejdet. Arbejdet skulle give personalet i KABS indblik i årsag og virkning af vold, evt. egen fremprovokering og optrapning af voldsepisoder.

Tværsnitsundersøgelse

Formål

At undersøge omfanget og typen af vold og trusler om vold i forbindelse med arbejdet med stofbrugere det sidste år og den sidste fem år.

Materiale

Alle fuldtidsansat personale (ultimo september 2001) i Københavns Amts Behandlingscenter for Stofbrugere (KABS) deltog i undersøgelsen.

KABS behandler ca 1.200 personer pr. år. KABS har i alt 84 fuldtidsansatte og består af een lægeklinik (Socialmedicinsk klinik) og 10 behandlingsklinikker spredt i amtet. Klinikkerne har fast personale af socialpædagoger, sagsbehandlere, socialrådgivere, psykologer, læger, sygeplejersker og administrativt personale mv. Lægerne har daglig konsultationer dels på Socialmedicinsk Klinik og dels på klinikkerne. En række

Metadonudleveringssteder betjenes af Falck-busser. De har bestemte holdepladser, hvor stofbrugeren kan hente sin daglige medicin til aftalt tid. Desuden har centret en bil, som benyttes af et hold lægestuderende. De bringer medicinen ud til de mest belastede (ofte psykotiske) klienter. KABS havde også 10 døgnpladser (nedlagt i 2003). Herudover benyttes eksterne døgnpladser (ca. 25) i resten af landet for at dække behovet.

Metode

Der blev til formålet udviklet et spørgeskema på basis af litteratursøgningen beskrevet tidligere, interviews af KABS medarbejdere, egne erfaringer fra tidligere studier og læring på Nordiska Hälsovårdhögskolan. Udviklingsprocessen fulgte anbefalinger i Wärneryd (1993) og Starrin & Svensson (1994). For at højne indholdsvaliditeten (content validity) blev spørgeskemaet pilot testet på i alt 10 medarbejdere i KABS. I spørgeskemaet (Bilag 1) blev det enkelte personale spurgt om han/hun havde været udsat for vold og trusler om vold på arbejdet indenfor det sidste år og indenfor den sidste fem års periode. Antal og typen af voldepisoder (psykisk og fysisk karakter) skulle detaljeres. Herudover blev der spurgt til personalets køn, alder, arbejdserfaring dels i KABS og dels med stofbrugere og arbejdsfunktion. Spørgeskemaerne var anonyme (lukket svarkuvert) men blev nummereret afdelingsvis således at det var muligt at kontrollere om alle medarbejdere i et afsnit havde returneret skemaet. Der blev afdelingsvist rykket dagligt i en uge efter svarfristen.

Foruden deskriptiv statistik blev anvendt Chi-squared test med henblik på at teste subgruppe forskelle. $P < 0.05$ blev betraget som signifikant.

Prospektive kohorte undersøgelse

Formål

At undersøge omfanget og typen af vold og trusler om vold samt omfanget af uhensigtsmæssig grænseoverskridende verbal kommunikation (Krads).

Materiale

Alle fuldtidsansat personale i Københavns Amts Behandlingscenter for Stofbrugere (KABS) mellem Oktober 2001-Januar 2002 (i alt 65 arbejdsdage) deltog i undersøgelsen. Der blev ikke registreret i perioden 15.-31. December pga. af Julen.

Metode

Al grænseoverskridende adfærd (tale og handlinger) blev registreret ved hjælp af daglige registreringsskemaer (1 skema pr. medarbejder pr. dag) (Bilag 2). Undersøgelsen omfattede således alt tilstedeværende personale og alle klientkontakter. Grænseoverskridende adfærd blev delt op i

- 1) Uhensigtsmæssig grænseoverskridende verbal og non-verbal kommunikation (Krads) som opfattes som grænseoverskridende af medarbejderen dvs. udkælden, råben op, tegn, eder, smækken med døren, slåen i bordet, pusten sig op og generelle trusler
- 2) Regelret vold, dels psykisk vold dvs. trusler om vold på person inkl. familie og/eller inventar, dels fysisk vold dvs. udlevelsen af psykisk vold eller fysisk overfald på person og/eller inventar

Hvert tilfælde af regelret vold udløste et større uddybende skema. Dette skema blev udarbejdet på basis af litteratursøgningen beskrevet tidligere, interview af KABS medarbejdere, egne erfaringer fra tidligere studier og læring på Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. Udviklingsprocessen fulgte anbefalinger i Wärneryd (1993) og Starrin & Svensson (1994).

Det uddybende skema undersøgte voldsepisoden i dybden og fremgår af bilag 3. Skemaet var udformet som et afkrydsningsskema og indeholdte, udover personalets navn, alder og arbejds erfaring, spørgsmål om typen, udformningen, udløsende årsager til voldhandlingen, personalet arbejdssituation, personalets reaktion, håndtering og konsekvenserne af voldshandlingen for personalet. Skemaet indeholdte herudover spørgsmål om klientens navn, alder, konsekvenser for klienten, om klienten var påvirket og i positivt fald af hvilke substanser.

Foruden basal epidemiologisk statistik til udregning af incidenser blev anvendt deskriptiv statistik

Struktureret interview

Formål

Undersøge uløsende faktorer for voldsepisoder og bagvedliggende årsager til voldens opståen i KABS samt at klarlægge voldens virkning på involverede medarbejdere og klienter.

Materiale

Samtlige behandlere og klienter, der havde været direkte involveret i en episode af regelret vold (fysisk som psykisk) i KABS i perioden Oktober 2001 - Januar 2002, og derfor havde udfyldt skema 3, indgik i undersøgelsen. Perioden 15.-31. December indgik dog ikke i undersøgelsen pga. Jul

Metode

Senest een uge efter voldsepisoden indkaldtes den voldsramte medarbejder og den voldelige klient med henblik på at deltage i et semistruktureret interview hver for sig omkring voldsepisoden. De kunne tale frit, der blev informeret om tavshedsloftet. Årsager til hændelsesforløbet, virkning og håndtering heraf blev diskuteret og parterne fik mulighed for med egne ord at fortælle om oplevelsen. Interviewene af de ansatte var baseret på spørgeskemaet vedr. stedfundne voldstilfælde (bilag 3). For de voldelige klienter blev der udarbejdet et særligt skema (bilag 4). Udviklingsproceduren også for dette skema fulgte retningslinierne publiceret i Wärneryd (1993) og Starrin & Svensson (1994).

Interviewene blev båndoptaget og senere udskrevet.

I undersøgelsen blev anvendt deskriptiv statistik

Audit undersøgelse

Formål

At undersøge om håndteringen af vold og trusler om vold i KABS er tilfredsstillende vurderet in en audit procedure med implicite kriterier samt at udvikle kliniske retningslinier for håndtering af vold og trusler om vold i KABS

Materiale

Tolv vilkårligt udvalgte anonymiserede klientforløb indeholdende en voldsepisode i KABS i perioden oktober 2001 til januar 2002 indgik i undersøgelsen.

Metode

Det vurderede materiale omfattede de lægelige og social medicinske journaloptegnelser, kommunale vurderinger, medarbejder og klient spørgeskema (Bilag 3 og 4), samt udskriften af de strukturerede interviews med den voldsramte behandler og den voldelige klient. Cases blev blindet mhp. behandler og klient identitet og vurderet i vilkårlig rækkefølge.

Et tværfagligt auditpanel vurderede, på basis af deltagernes egen viden og erfaring, hvorvidt håndteringen af voldepisoderne og den lægelige/social medicinske behandling i relation til voldsepisoden levede op til god klinisk praksis. Auditpanelet benyttede gruppe nominal konsensus metoden (Lembcke 1956 og 1967, Andersen 1994, Mainz 1996, Blomhøj & Mainz 2000, Kjærgaard et al. 2001), som sikrer en demokratisk beslutningsproces og opnåelse af konsensus gennem faglig argumentation ved hjælp fra en erfaren audit moderator. Antallet af cases til vurdering blev begrænset til 12 idet der oftest ikke fremkommer nye problemstillinger i yderligere cases når antallet af cases til vurdering overstiger 15 (Blomhøj & Mainz 2000).

Vurderingerne var struktureret (Bilag 5) og binær dvs. tilfredsstillende eller ikke-tilfredsstillende. Auditpanelet tog både stilling til udvalgte delelementer af håndteringen af voldsepisoden samt håndteringen af voldsepisoden samlet (global assessment). Delelementerne i relation til voldsepisoden omfattede medarbejdernes arbejdssituation, afdelingens håndtering, afviklingen i forhold til klienten, efterfølgende behandling mhp. ”harm reduction”, evaluering af voldsepisoden med klient, inddragelse af klientens helhedssituation. Delelementerne i relation til klientforløbet omfattede den medicinske, socialpædagogiske og administrative behandling, information til og omsorg for klienten.

I auditpanelet deltog i alt 10 behandlere, hvor af 7 var interne i KABS og 4 var eksterne. Panelet var sammensat af repræsentanter fra KABS, fængselsvæsnet, det regionale psykiatriske hospital, bo- og væresteder for hjemløse og Brugerforeningen for aktive stofbrugere. Deltagerne blev udvalgt ud fra deres særlige interesse og viden om behandlingen af stofbrugere. Følgende stillingskategorier var repræsenteret i auditpanelet: 2 afdelingsledere, 1 udviklingschef, 1 sekretær, 2 socialrådgivere, 1 afdelingslæge, 2 overlæger, 1 forstander.

På basis af konsensus diskussionerne og rekommandationer fra auditpanelet samt evidens i videnskabelig litteratur blev der udformet en konsensus antivoldspolitik samt kliniske retningslinier for håndtering af vold og trusler om vold. Efterfølgende blev

voldspolitikken samt de kliniske retningslinier forelagt auditpanelet og godkendt enstemmigt.

Der blev i undersøgelsen anvendt deskriptiv statistik

Resultater

Tværsnitsundersøgelse

I undersøgelsesperioden var 84 medarbejdere til stede, 5 var sygemeldte, i alt 89 ansatte. Tre og halvfjers (73) af 84 medarbejdere besvarede spørgeskemaet medførende en svarprocent på 87%. De 11 ikke respondenter fordelte sig således. to medarbejdere var ophørt umiddelbart før undersøgelsestidspunktet, 1 medarbejder var tilkaldtevikar, fire medarbejdere var på ferie og fire var på afspadsering. Der var ingen forskel på de medarbejdere der deltog og de medarbejdere der ikke deltog i undersøgelsen.

To og halvtreds (71%) kvinder og 21 (29%) mænd med en gennemsnitlig alder på 39,2 år (range: 24-60 år) deltog i undersøgelsen. Medarbejderne havde arbejdet med stofbrugere i gennemsnitlig 59 mdr. (range: 3-348mdr.) og havde arbejdet i KABS (median) de sidste to år (range: 2-312 mdr.). Tilsammen havde de 73 medarbejdere arbejdet med stofbrugere 243 år de sidste 5 år, i gennemsnit 3.33 år. Tilsvarende 65.5 år det sidste år, gennemsnitligt 0.9 år.

Fem og tredive (48%) af medarbejderne (Tabel 3) havde været udsat for vold indenfor de sidste fem år, hvoraf volden for 10 (14%) medarbejdere har været fysisk. Dette giver en proportion vold pr. arbejdsår på $35/243=0.14$ og $10/243=0.04$. Indenfor det sidste år havde 33 (45%) medarbejdere været udsat for vold, hvoraf volden i 6 (8%) tilfælde var fysisk. Proportionerne er $33/65.5=0.5$ og $6/65.5=0.09$. 27 medarbejdere havde aldrig været udsat for vold.

Tabel 3: Voldstilfælde fordelt på vold indenfor 1 år og indenfor 5 år.

	Vold det sidste år	Vold de sidste 5 år
Vold		
Psykisk	33/73 (45%)	34/73 (47%)
Fysisk	6/73 (8%)	10/73 (14%)
Alle typer alvorlig vold	33/73 (45%)	35/73 (48%)
Køn		
Kvinder	23/52 (44%)	26/52 (50%)
Mænd	9/21 (43%)	10/21 (48%)
Arbejdserfaring med stofmisbrugere		
< 5 år	14/38 (37%)	14/38 (37%)
> 5 år	18/35 (51%)	21/35 (60%)
Arbejdserfaring i KABS		
< 2 år	14/39 (36%)	16/39 (41%)
> 2 år	18/34 (53%)	19/34 (56%)
Alder (median alder=37 år)		
< 37 år	17/43 (40%)	19/43 (44%)
> 37 år	15/30 (50%)	16/30 (53%)

(Tabel 3). Der var ikke forskel på hyppigheden af voldstilfælde det seneste 1 år blandt mandlige og kvindelige medarbejdere (OR: 0.95(95%CI: 0.34-2.63, p=N.S)), alder (OR:1.5 (95%CI: 0.59-3.92, p=N.S)), arbejdserfaring med stofmisbruger (OR: 1.8 (95% CI: 0.71-4.62, p=N.S.))samt arbejdserfaring indenfor KABS (OR: 2.0 (95%CI: 0.78-5.13, p=N.S.)). Det samme gjorde sig gældende for vold indenfor de sidste 5 år. Følgende forkortelser anvendes: OR for *oddratio* CI for *konfidensinterval* N.S for *non-signifikant*.

Prospektiv kohorte undersøgelsen

Der blev returneret 3100 udfyldte af 5460 mulige skemaer medførende en svarprocent på 57%.

Svarprocenten steg med tiden. Således var der en svarprocent på 47% i den første måned men steg til 69% i den sidste måned af undersøgelses perioden. Der var ligeledes forskel på svarprocenten i de forskellige institutioner i KABS. Således svingede svarprocenten i KABS dagafsnit fra 51% til 97% mens den i døgnafsnittet lå på 21%.

I undersøgelsesperiodens 3 måneder blev indrapporteret 16 tilfælde af psykisk vold svarende til en incidens på 0.77 (95%CI: 0.39-1.15) pr. arbejdsår pr. medarbejder eller 0.24 (95%CI: 0.13-0.37) psykisk voldsepisode pr. dag i KABS (ca. 1 hver 4. dag). I alt 11 tilfælde af fysisk vold blev indrapporteret svarende til en incidens på 0.53 (95% CI: 0.22-0.85) fysisk voldsepisode pr. arbejdsår pr. medarbejder eller 0.17 (95%CI: 0.07-0.27) fysisk voldsepisode i KABS pr. dag (ca. een ugentligt). Til disse episoder blev politiet tilkaldt i alt 5(19%) gange men der blev ikke anlagt politisag mod de voldelige. I hver voldsepisode var der gennemsnitlig 2,52 medarbejdere indirekte involveret i voldsepisoderne.

Der blev i alt indrapporteret 90 tilfælde af ”krads” svarende til en incidens på 1.38 (95%CI: 1.10-1.67) pr. dag for hele institutionen (KABS) eller 4.35 (95%CI:3.47-5.24) tilfælde af ”krads” pr medarbejder pr. arbejdsår. Elleve procent (90/800) af klienterne havde leverede ”krads” i undersøgelsesperioden. Typiske årsager til ”krads” var uopfyldte krav om øget frihedsgrader fra klientens side, uopfyldte krav om øget medicinering samt tilstande som medfører lav tærskel hos klienten f.eks. medicinpåvirkning, abstinenser, gældsbyrder eller problemer med kæreste/familien.

Semi-struktureret interview

Der blev gennemført semistruktureret interview med samtlige voldsinvolveret både voldelige og direkte som indirekte involverede medarbejdere.

Der var ingen gengangere af behandlere udsat for vold. Alle voldsramte behandlere fik voldsepisoderne bearbejdet med ledelse og kollegaer og ingen kom fysisk alvorligt til skade. Fire medarbejdere modtog krisehjælp fra RH. I alt 3/27 (11%) voldsramte medarbejdere blev sygemeldt i gennemsnitlig 3 (range 1-5) dage.

Klienten var tydeligt påvirket af stoffer/medicin/alkohol i 12 (44%) af voldstilfældene (Tabel 4) og der havde tidligere været voldsepisoder mellem aktuelle behandler og klient i 9 (33%) af episoderne. Kun een af klienterne var psykotisk.

Interviewene viste endvidere (tabel 4), at konflikterne typisk opstod i den social pædagogiske samtale 10(37%) og ved metadon udleveringen 9(33%) primært på grund af krav stillet fra behandlernes side 16(60%).

Tabel 4: Årsager og udløsende faktorer omkring voldepisoder

N=27	n (%)
Påvirket klient (alkohol, medicin, euforiserende stoffer mv.)	12 (44%)
Tidligere episoder af vold mellem aktuelle behandler og stofbruger	9 (33%)
Udløsende årsag	
Klient krav	9 (33%)
Behandler krav	16 (60%)
Ukendt	2 (7%)
Udløsende situation	
Lægekonsultation	5 (19%)
Social pædagogisk samtale	10 (37%)
Metadon udlevering	9 (33%)
Social samvær (Café mv)	3 (11%)
Typer af Psykisk vold (n=27)	
Trusler om at slå	17 (63%)
Trusler om lemlæstelse	5 (19%)
Trusler om at slå ihjel	2 (7%)
Andet	3 (11%)
Typer af Fysisk vold (n=11)	
Fastholdelse	3 (27%)
Spark eller slag	4 (37%)
Skub	2 (18%)
Kasten med ting	2 (18%)
Stofbrugere, psykotiske på voldstidspunktet	1 (4%)

I hovedparten af de psykiske voldepisoder truede klienten med at slå behandleren 17(63%). I 2(7%) tilfælde truede klienten med at slå behandleren ihjel. Den fysiske vold udmøntede sig primært i fastholdelse, spark eller slag af behandleren.

Tre procent (27/800) af klienterne var involveret i en voldsepisode, fysisk eller psykisk, i undersøgelsesperioden. Der var ingen genganger blandt klienterne. Samtlige voldelige klienter følte sig dybt forurettede og gav udtryk for vrede mod behandlingssystemet - i mindre grad mod behandlere. Ingen følte reelt fortrydelse over det skete. For de voldelige klienter havde episoden konsekvenser i form af afbrudt behandling 4(15%), øget sidemisbrug 11(40%), udsættelse af social-faglig opfølgning 12/27(44%) samt bortvisning og karantæne fra institutionen 4(15%).

Audit undersøgelse

Panelet vurderede i alt 12 anonymiserede klientforløb som alle indeholdte voldsepisoder. I kun tre (25%) af de 12 klientforløb blev voldsepisoden af panelet enstemmigt vurderet som tilfredsstillende håndteret. Hyppigste problemer i forbindelse med håndtering af voldsepisoderne var usikkerhed hos personalet, utilstrækkelig kommunikation mellem behandlere og mellem behandler og klient, manglende konsekvens og opfølgning i behandlingen (inkl. karantæne) samt utilstrækkelig indføling med klienten og dennes livsomstændigheder. Andre væsentlige problemer inkluderede uhensigtsmæssig indretning af metadon udleveringslokaler samt utilstrækkelig medicinsk behandling og kontrol. På basis af den praktiske håndtering af voldsepisoderne og konsensus diskussioner i panelet blev der udarbejdet kliniske retningslinier for håndtering af vold og trusler om vold i behandlingen af stofbrugere. De endelige kliniske retningslinier blev godkendt af samtlige panel deltagere og er vedlagt afhandlingen som Bilag 6.

Diskussion

Tværsnitssundersøgelsen

Godt halvdelen af medarbejderne havde været udsat for vold indenfor de sidste år, heraf otte procent af fysisk karakter. Der var ingen karakteristiske træk ved den voldsramte. Arnetz (1998) fandt, i en undersøgelse fra Örebro Sygehus, Sverige, incidensen og prævalensen stærkt forhøjet blandt læger og sygeplejersker med personkontakt mens Eskelinen (2000) fandt at 3% af socialrådgivere og sagsbehandlere havde haft ”ubehagelige oplevelser” med klienter. Tal fra den nordiske arbejdsmiljøundersøgelse 1989-90 (Balvig 2000 s. 192), hvor et repræsentativt udsnit af lønmodtagere blev spurgt om de i høj grad eller nogen grad var udsat for vold eller trusler om vold på arbejdspladsen viste at 10-11% af social- og sundhedsarbejdere havde i høj grad oplevet voldtilfælde i forbindelse med arbejde sammenlignet med 3% hos alle i arbejde. På misbrugerområdet findes ingen tilsvarende opgørelser.

Således tyder nærværende undersøgelsesresultater på at prævalensen af vold mod behandlere indenfor misbrugsområdet er betydelig højere end hos andre faggrupper og personale indenfor social og sundhedsvæsenet. Der kan være mange årsager til dette. Behandlingsmiljøet indenfor misbrugsområdet er præget af misbruger afhængighed (i relation til behandleren/systemet), magtudøvelse (i form af krav til misbrugeren), snæver tidsramme i konsultationerne, tæt klient kontakt, stor procentandel af misbrugere der var påvirkede af alkohol/stoffer/medicin samt misbrugere i belastende livs omstændigheder med højt stressniveau, lavt selvværd og dårlige kommunikationsegenskaber. Alle disse omstændigheder er vist at være stærke risikofaktorer for udøvelsen af vold og trusler om vold. Resultatet kan herudover ses som et udtryk for det hårde og belastende forhold narkomaner imellem hvor vold og trusler om vold er et almindeligt kommunikationsmiddel (Holm 2001, Olsen 2000).

Validitet og reliabilitet

I tværsnitssundersøgelsen blev anvendt stringent forskningsmetodologi resulterende i en svarprocent på godt 90 procent. Som fremhævet tidligere er definitionen på vold afhængig af den voldudsattes egen opfattelse på samme måde som det gør sig gældende for smerteproblematikker.

Grænsen imellem psykiske voldsepisoder og mere graverende ”krads” er flydende og afhængig af hvem det går ud over. I tværsnitssundersøgelsen er derfor skabt mulighed for forskellig fortolkning af voldsbegrebet i overensstemmelse med WHO’s definition på voldsbegrebet. F.eks. opfattede nogle medarbejdere lettere voldsepisoder som noget der hørte med til arbejdet og som de ikke tog sig af, medens andre var meget følsomme for vrede ord og trusler. Nogle havde aldrig været udsat for noget, medens andre havde været udsat over 100 gange. Det er velkendt at selvrapporeret helbredsoplysninger er influeret af overdrivelse, recall bias, teleskopering og social føjelighed (ønsket om at gøre undersøgeren tilfreds) (Wärneryd 1993 s. 144). Derfor må man forvente at der i retrospektive undersøgelser af denne art vil være recall bias og teleskopering resulterende i nogen misklassifikation. Antallet der huskes bliver mindre med tiden og de mindre hændelser glemmes let. Man overdriver frekvensen af hændelser, der sker

sjældent og underdriver de hændelser der sker ofte, således at billedet af, hvad der virkelig hændte, bliver skævt. Imidlertid vil det formentlig være de milde tilfælde af vold der vil blive glemt idet de voldsomme tilfælde formentlig huskes og resultaterne i undersøgelsen skal derfor ses som minimumstal.

I Danmark er den medicinske/socialmedicinske behandling ministerielt tilrettelagt (Socialministeriet 2002). Behandlingsforløb, kvalitet og effekt af de forskellige behandlings former for stofmisbrug registreres i DANRIS-systemet og er stort set ensartet. Derfor må man forvente at resultaterne i tværsnitsundersøgelsen kan ekstrapoleres til resten af Danmark idet populationen af stofbrugere, behandlere og opbygning af centre ligner hinanden. Undersøgelsen ville kunne kopieres på andre centre, hvor besvarelsene evt. kunne indsamles via internettet. Metoden er velegnet, når definitionerne på spørgsmålene er klare og entydige. Det vil i så fald være relevant med et ensartet skema og en eksakt definition på ”krads” og af egentlige voldstilfælde, evt. helt undlade ”krads” begrebet. Problemet blev diskuteret ved den telefoniske rundringning til de øvrige behandlingscentre i Danmark med positiv respons.

Prospektive kohorteundersøgelse

I kohorteundersøgelsen blev fundet en høj incidens både for psykisk vold og for fysisk vold. Hver medarbejder blev udsat for psykisk vold svarende til én psykisk voldsepisode pr. medarbejder ca. hvert 1½ år og én fysisk voldsepisode ca. hver 2. år. I alt blev 32% af medarbejderne udsat for psykisk eller fysisk vold i den 3 mdr. lange undersøgelsesperiode. Dette viser at vold er en del af dagligdagen i behandlingen af misbrugere. Ingen publicerede prospektive undersøgelser over vold og trusler om vold er tidligere foretaget indenfor misbrugsområdet, hverken nationalt eller internationalt (se litteraturgennemgangen side 13 og side 17). Som anført fandt Balvig (Balvig 2000 s.192) at 10-11% af social og sundhedsmedarbejdere med direkte patientkontakt og 25% af medarbejder indenfor orden og sikkerhed havde været udsat for vold. Denne undersøgelse var dog en retrospektiv spørgeskemaundersøgelse som undersøgte prævalensen af vold indenfor to måneder fra undersøgelsestidspunktet.

Der er således også ved prospektiv registrering af vold og trusler om vold en stærk forhøjet risiko indenfor misbrugsområdet hvilket hænger sammen med tilstedeværelsen af mange af de risikofaktorer som har dokumenteret indflydelse på om en voldsepisode bliver udløst eller ej (jvnf. diskussionen under tværsnitsundersøgelsen). Dette understreges af at 3% af stofbrugere var involveret i en voldsepisode i undersøgelsesperioden, 41% af fysisk art og 59% af psykisk art. Fahy (2000) fandt tilsvarende tal i en retrospektiv journalgennemgang fra tre irske centre, hvor 1% af stofbrugere havde været involveret i én voldstilfælde pr. år, 42% af fysisk art og 57% af psykisk art.

Balvig (1998 s. 101) angiver, at ”arbejdsvold der er indtruffet i afhængighedsforhold” kun bliver politianmeldt (med efterfølgende politisag) i 4% af tilfældene. Resten er ”mørketal” dvs. voldsepisoder der ikke fremgår af nogen registre. I kohorteundersøgelsen blev politiet tilkaldt i 19% af tilfældene uden at der dog blev rejst tiltale. Samtlige voldsepisoder der blev registreret i denne undersøgelse må således

betragtes som ”mørketal” og vidner om personalets tolerance overfor stofbrugere. Det er ikke sikkert voldsepisoderne ville gå upåagtet hen uden politisag hvis det var foregået indenfor andre fagområder. Der er en tendens til at vold mod behandlere indenfor misbrugsområdet betragtes som en erhvervsrisiko som man affinder sig med og grænsen for hvad der kan tillades af vold på den enkelte arbejdsplads rykkes gradvist (Olsen 2000).

At stofbrugernes omgangstone på behandlingscentre er rå er illustreret i antallet af ”krads”. Der forekom dagligt ”krads” (grænseoverskridende uhensigtsmæssig verbal kommunikation) i undersøgelsesperioden. I undersøgelsen er kun registreret ”krads” leveret fra stofbruger til behandler. Grænseoverskridende uhensigtsmæssig verbal kommunikation stofmisbrugerne imellem er ikke registreret men formentlig vidt udbredt.

Da projektet blev planlagt var det nærliggende at forestille sig, at ”krads” var et udtryk for belastningen på arbejdspladsen og voldstilfældene et mål for uheldene. Antallet af ”krads” og voldtilfælde ville i så fald følges ad og være konstant. Det stemmer nogenlunde med undersøgelsens resultater. Forholdet igennem ”krads” og voldsepisoder var konstant undtagen midt i undersøgelsesperioden hvor der var en underrepræsentation af ”krads”. Det kan forklares ved personalets manglende fokusering på problemet idet nogle behandlere valgte rapporteringen af ”krads” fra, fordi de ikke synes, at det rigtigt var noget. Virksomhedskulturen var sådan, at ”krads” blev betragtet som en del af dagligdagen. Efter personalemøderne, hvor vigtigheden af registreringen blev pointeret, steg rapporteringen af ”krads” igen. En gentagelse af kohorteundersøgelsen med vurdering af forholdet mellem ”krads” og voldsepisoder dels i andre behandlingscentre og dels i KABS efter indførelse af kliniske retningslinier for håndtering af vold og trusler om vold, vil kunne bekræfte teorien om at ”krads”/voldsepisode forholdet er konstant.

Validitet og reliabilitet

I kohorte undersøgelsesperioden blev der gennemført talrige instruktionsmøder, hvor uklarheder blev behandlet, og den samlede forståelse af definitioner blev derfor bedre under forløbet. På trods af dette var svarprocenten forholdsvis lav. Dette skyldtes hovedsageligt at natte- og aftenvagter på afdelingen med døgndækning ikke fik udfyldt deres skemaer. Udgif denne afdeling var svarprocenten 70%. Endvidere var der tendens til at ”glemme” at udfylde skemaer når der ikke var sket noget. I første periode var der mange ”krads”, men i anden periode faldt det dramatisk for at stige igen i sidste periode efter flere personalemøder. Problemet var at behandlere regnede ”krads” for noget, det hørte med til arbejdet med stofbrugere. Herudover var tolerancen mht. ”krads” og lettere vold vidt forskellig jvnf. definitionerne på ”krads” og vold.

Der kan derfor i undersøgelsesperioden godt være forekommet lettere voldstilfælde og specielt ”krads” som ikke blev rapporteret. Denne problemstilling er der taget højde for i de statistiske beregninger idet disse er foretaget på basis af det forventede antal skemaer (5460 skemaer) og ikke de 3100 som faktisk blev afleveret. Havde de statistiske beregninger været foretaget på basis af antallet af de reelt afleverede (3100) ville incidensen meget vel blive falsk forhøjet. Resultaterne skal derfor ses som minimumstal.

Mht. reliabiliteten af kohorteundersøgelsen kan anvendes samme argumentation som anført ved tværsnitsundersøgelsen og også kohorte resultaterne vil formentlig kunne ekstrapoleres til resten af Danmark.

Balvig (1998 s. 101) beskriver i voldsofferundersøgelserne at der generelt rapporteres langt færre voldstilfælde end der reelt forekommer. Det var derfor nærværende undersøgelses formål at fange disse ”mørketal”. Valget af daglige registreringsskemaer blev således foretaget ud fra overbevisningen om at hændelser som ellers ville blive rystet af sig og glemt kunne registreres. Ved event registrering vil der før indrapportering kunne forekomme en selv-censurering fra de ansattes side, således at ”krads” og de milde tilfælde af vold ville blive underrapporteret.

Imidlertid vil der nok opstå problemer med at gennemføre dele af undersøgelsen igen i KABS.

Kohorteundersøgelsen over alvorlige voldtilfælde kan gentages på KABS, men det er usikkert om resultatet vil blive det samme, dels har personalet lært af processen og dels vil nogle voldepisoder formentlig ikke blive meldt p.gr.a. modvilje mod hele besværet med at blive interviewet, briefing af medarbejdere og ledelsen m.v.. Skal undersøgelsen kopieres i andre centre, er det afgørende at motivere personalet gennem hele forløbet af undersøgelsen.

En gentagelse i KABS af ”krads” undersøgelsen vil være forbundet med problemer, fordi personalet blev grundig træt af dagligt at skulle aflevere skemaer over en tremåneders periode. I andre behandlingscentre kan metoden bruges, hvis målgruppen har et ensartet syn på det forespurgt og definitionen på ”krads” nøjere fastslås og gennemgås med personalet.

Struktureret interview

Nogle af medarbejderne var ude af sig selv eller bange for senere repressalier for sig selv og sin familie fra stofbrugerens (og venners) side. Hovedparten oplevede angstreaktioner i efterforløbet. Det drejede sig om forvirring, modløshed, koncentrationsbesvær, hjertebanken, søvnløshed og tankemylder. Det var et gennemgående træk at grunding ”debriefing” medførte tilfredsstillende ”coping” både i forhold til den voldsramte medarbejder og i forhold til afdelingen. Som et udtryk for ”Tarzan Syndrom” følte en del behandlere flovhed over at det kunne ske for dem og at de ikke at kunne takle situationen. Således fandt nogle behandlere det strukturerede interview belastende og som utidig indblanding. Nogle behandlere var skuffede over og kede af at deres klienter havde forløbet sig og undskyldte klienten med, at han eller hun havde kærestesorg, dødsfald familien, udsat for inddrivelse af stor gæld eller andre svære sociale belastninger. Der er således stor empati for klienterne fra behandlernes side og ofte skyldte de skylden på sig selv for ikke at have afværget situationen samtidig med, at de var overbevist om, at de ikke kunne have gjort noget anderledes.

Interviewene viste at de voldelige episoder primært fandt sted i situationer med krav stillet fra behandlernes side specielt i forbindelse med social-pædagogisk/lægelig samtale samt metadon udlevering. Grundlæggende årsager kunne være krav om overholdelse af indgåede aftaler, pasning af skole, kurser mv. men også ændring af

dosis og interval af metadon og psykofarmaka udlevering. Samtidig var lidt under halvdelen af stofbrugere påvirkede i voldssituationen. Der er ingen tvivl om at stofbrugere føler sig hårdt pressede når der stilles i øvrigt rimelige krav til dem og at den voldelige episode opstår når de føler sig desperate og trængt op i en krog. Når der samtidig foreligger sidemisbrug er hæmningsniveauet yderligere nedsat. I arbejdet med stofbrugere fremføres ofte gentagne krav og anmodninger fra stofbrugernes side om øget frihedsgrader (f.eks. til tandlægebesøg, familiebegravelse mv.). Konfrontationer om dette medførte dog ikke i samme grad voldelig udfald som krav fra behandlernes side.

Alle de voldelige klienter var meget glade for samtalen og lejligheden til at retfærdiggøre handlingen. Ingen af dem udtrykte dog reel fortrydelse over handlingen. Der blev ikke blot talt om voldsepisoden, men også om livet, stofhungeren, sorger og kvaler. Simple og små krav kan få deres ”verden til at falde sammen”. Volden har altid en årsag og det er sjældent, at en voldelig stofbruger får lejlighed til at tale sig ”tør”. Interviewene viste at stofbrugeren kæmper med minimalt selvværd og trangen til stoffer (for at opnå det såkaldte ”sus” men oftest for at undgå abstinenser) overskygger alt andet. Stofbrugere vil gøre alt (forhandle, manipulere og snyde mv.) for at få sit behov dækket og behandlere er en billig vej til dette. Derfor føler stofbrugeren sig afhængig af deres for godt befindende og vil altid føler sig underlegen i stofbruger/behandler relationen.

Interviewet af den voldelige efter voldsepisoden løste op for mange frustrationer og gav i nogle tilfælde anledning til ændring af behandling eller sociale tiltag. Kun få stofbrugere har ”normale” mennesker at spejle sig i og samtalen var således også en læring i konfliktløsning og selvkontrol. Straf og reprimander hjælper ikke til at korrigere stofbrugernes adfærd, ligesom fængselsstraf heller ikke hjælper på de mange stofbrugere, der sidder i vore fængsler. Det der hjælper i nuet er omsorg, god tid til samtaler, empati, behandlerens nærvær, accept, hjælp til at få dagligdagen til at hænge sammen i form af gode væresteder, egnede boliger og ikke mindst faste gennemskuelige regler for mødetider, overholdelse af aftaler m.v. både for stofbrugere men også fra behandlernes side.

Interviewene, som blev foretaget af en læge, synes at have en direkte terapeutisk værdi for den voldelige. Da der er ventetid på behandler samtaler i KABS kunne dette måske friste en klient til at skabe en interview udløsende episode. I undersøgelsesperioden forekom dette dog slet ikke.

I nærværende undersøgelse var der en psykotisk og voldelig klient. Antallet af voldelige klienter med en psykiatrisk diagnose var ukendt. Imidlertid anslås antallet af stofbrugende klienter med samtidig psykiatrisk diagnose til at være ca. 10 % i Danmark (Socialministeriet 2002). Disse klienter er dobbelt sårbare og frister en krank tilværelse, fordi de ikke rigtigt hører til nogen steder. De er svære at styre i et regi for stofafhængige og endnu vanskeligere at have på de psykiatriske afdelinger eller i bofællesskaber for psykisk syge. Det er tiltrængt at denne lille gruppe bliver taget hånd om. Spæde tiltag er så småt begyndt at komme frem, og problemet er direkte nævnt i Socialministeriets ”handlingsprogram for de svageste grupper” (Socialministeriet 2002).

Validitet og reliabilitet

Der er fra flere sider sat spørgsmålstejn ved validiteten og reproducerbarheden af kvalitative metoder. Reproducerbarheden bedres ved brug af struktureret interviewer teknik og spørgeskemaer. Spørgeskemaet blev udviklet på basis af anerkendt rigoristisk metodologi og testet på personalet for at optimere præcision og minimere bias.

Der kan dog fremføres reservationer mht. undersøgelsens reliabilitet pga. det lave deltager antal.

Metoden er velegnet, når der er klare linier mellem ledelse, interviewer og de interviewede og såfremt intervieweren er kompetent til at håndtere en uventet situation. Kort sagt, der skal være et engageret team og et godt arbejdsklima, hvis bestræbelserne skal lykkes. Det er også vigtigt, at ”nå helt ud” i alle kroge, så alle ved besked om hvorfor en undersøgelse pågår, især hvis personalet er stort og har skiftende arbejdstid. Interviewene af de voldelige klienter gav ingen problemer, udover det kunne være svært at finde dem eller for dem at overholde en aftalt tid.

Auditundersøgelse m.h.p. retningslinier for at undgå vold.

Resultatet af audit undersøgelsen blev udarbejdelsen af klinisk anvendelige retningslinier for håndtering af vold og trusler om vold som efterfølgende er blevet implementeret i KABS. For undersøgelsens resultater viste sammensætningen af panelet sig at være afgørende. De forskellige synsvinkler repræsenteret i panelet medførte en udvidet anvendelighed af de retningslinier, som blev udviklet.

En sidegevinst var auditpanelets gode råd i forhold til optimering af behandlingen af patienter/klienter, som de tog med hjem til deres respektive afdelinger. Selve retningslinierne er aktuelt blevet adopteret af andre behandlingsinstitutioner indenfor misbrugsområdet, behandling af psykisk udviklingshæmmede og geriatrien.

Der var stort engagement og interesse for problemstillingen i panelet og diskussionerne var livlig. I processen var den projektansvarliges rolle at optræde som et tavst vidne (”som en flue på væggen”). Det blev overholdt med noget besvær!

Retningslinierne indeholder omtale af indsatsområder, hvoraf mange naturligvis allerede er velkendte på alle institutioner. Imidlertid er der ikke tidligere lavet en samlet strategi for håndtering og forebyggelse af problemet. Med retningslinierne (bilag 6) ved alle med det samme hvad de skal gøre, hvornår og hvordan.

Særligt kan fremhæves forslaget om at alle udsatte medarbejdere udpeger to andre kolleger som er villige til at fungere som samtalepartner hvis uheldet er ude i fremtiden.

Validitet og reliabilitet

Audit metoden er en valid og veldokumenteret metode (Jorn and Williamson 1977), (Lembcke 1956 og 67, Mainz 1996, Blomhøj og Mainz 2000, Kjærgaard 2001). Den er vidt udbredt, flexibel og anvendes til at dokumentere områder der ikke er explicit beskrevet. Den er hypotese genererende og indebærer mulighed for at identificere kvalitetsproblemer og løsningsforslag. Karen Vitting Andersen (Andersen 1994) har i sin disputats undersøgt validiteten af audit metoden. Hun beskriver en række forholdsregler som skal overholdes såfremt validiteten af undersøgelsesresultaterne skal holdes intakt. Disse forholdsregler er overholdt i nærværende undersøgelse. Således var

bl.a. cases konsekutive og anonymiseret, panelet tværfagligt, der blev anvendt gruppe nominal konsensus metoden, erfarne audit moderatorer samt en demokratisk beslutningsproces i audit panelet. Audit processen har dog en række limitationer. Vurdering via journal materiale er ressource intensivt og afhængig af dokumentationsniveauet i journalerne. Endvidere er der sat spørgsmålstejn til validiteten af konsensusmetoder generelt (Pearson et al 1995).

Konklusion

Følgende hypoteser blev initialt opstillet:

Prævalensen og incidensen af vold og trusler om vold i KABS er større end indenfor andre fagområder såvel indenfor som udenfor sundhedsvæsenet.

Det er muligt at kvantificere det psykiske arbejdsmiljø gennem registrering af uhensigtsmæssig verbal grænseoverskridende kommunikation (Krats)

Det er muligt at identificere typen, udløsende faktorer og bagvedliggende årsager til voldsepisoder i KABS

Vold og trusler om vold indenfor KABS har væsentlige konsekvenser såvel for den voldelige som den voldsramte

Brug af gruppenominal konsensus metoden i en audit procedure vil generere tilstrækkelig information til at udvikle kliniske retningslinier til håndtering og minimering af vold og trusler om vold.

Baseret på undersøgelserne i projektet kan det konkluderes følgende:

- Antallet af voldsepisoder mod behandlere i KABS fra stofbrugernes side er højere end i andre undersøgelser målt såvel ved en retrospektiv som en prospektiv tilgang.
- Alle voldsepisoderne indeholdt et psykisk moment, i 40% af tilfældene et fysisk moment.
- Udløsende årsager til voldsepisoderne var primært krav fra behandlernes side i forbindelse med socialpædagogisk intervention og metadon udlevering, i mindre grad krav fra klienternes side.
- Påvirkethed (af benzodiazepiner, hårde stoffer, alkohol mv.) var involveret i lidt under halvdelen af voldsepisoderne.
- Bagvedliggende faktorer inkluderede dybe frustrationer mod behandlersystemet, lavt selvværd og dårlig kommunikationsevne hos klienterne.
- Der var ingen målbare permanente konsekvenser for de voldsramte medarbejdere men hovedparten oplevede efterfølgende angstreaktioner og sygemelding. Psykologisk krisehjælp blev benyttet i få tilfælde
- For de voldelige klienter var der betydelige konsekvenser i form at øget sidemisbrug, udsættelse eller afbrydelse af behandling samt bortvisning/karantæne med uvis skæbne til følge.

I projektet blev forholdet mellem grænseoverskridende verbal kommunikation og regulær vold undersøgt og fundet konstant. Om dette forhold kan anvendes som udtryk for det psykiske arbejdsmiljø er imidlertid uvist. Såfremt forholdet kan anvendes, vil en løbende registrering af omfanget af voldsepisoder kunne bruges som en kvalitetsindikator for arbejdsmiljøet. For at komme dette spørgsmål nærmere kræves en gentagelse af den prospektive undersøgelse dels i KABS og dels i andre behandlingscentre.

Anvendelsen af gruppe nominal konsensus metoden i en audit procedure medførte tilstrækkelig information til at danne et overblik over årsag og virkning og var idé-genererende. Audit undersøgelsen viste at håndteringen af voldsepisoder hyppigt var

suboptimal. Det blev imidlertid klart, at man kan gøre noget ved det. Udvikling af en egentlig voldspolitik manifesteret i form af kliniske retningslinier til håndtering og minimering af vold er første skridt på vejen. Det lå ikke indenfor dette projekt ramme at teste effekten af implementeringen, men det er indtrykket at antallet af voldsepisoder efter implementeringen af de kliniske retningslinier er formindsket. Dette kan kun eftervises ved en kvantitativ undersøgelse.

Taksigelser

Denne MPH afhandling er baseret på studier foretaget på Københavns Amts Behandlingscenter for Stofbrugere (KABS), Danmark under min ansættelse som afdelingslæge i perioden Januar 2001 – Maj 2002.

Jeg ønsker at takke alle de personer som har hjulpet mig gennem studiet. Specielt vil jeg gerne takke centerleder i KABS, Overlæge Thomas Fuglsang, som har været hovedvejleder og klinik ansvarlig for projektet. Også tak til min vejleder på Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Utdelningschef og docent Lars Fredén. Min datter, læge og Ph.D, Monica Kjær takkes for stringent, men altid kærlig vejledning og for god ordstyrerfunktion ved auditmøderne.

En stor tak til hele personalet og klienterne for deres velvillige deltagelse. Også en dyb tak til auditpanelet: Afdelingsleder, Asger Andersen, KABS, Kindebjergvej, Adm. overlæge ved Vester Hospital Kbhns` fængsler, direktør for Kriminalforsorgen Knud Christensen: Leder Helge Elmeskov, KABS: Sekretær Hanne Hauge, KABS, Callisensvej: Visitator Mark Hinchely, KABS: Leder Karen Holte, Støtte- og aktivitetscentret, Brydehusvej: Overlæge Søren Hastrup, Nordvang: Jørgen Kjær, formand for Brugerforeningen: Socialrådgiver Lena Monson, KABS, Hvidovrevej: Afdelingslæge Gitte Plæhn, KABS, Socialmedicisk Klinik: Souschef Per Thunbo, Torshøjgård:
Disse vidende og kompetente fagpersoner takkes varmt for deres dejlige entusiasme i audit processen og ved udfærdigelse af retningslinierne.

Sidst men ikke mindst tak til min mand, læge og forskningsbibliotekar Peter Kjær, som har læst korrektur på afhandlingen og som har løftet sin pegefinger, når min frie fantasi var ved at tage overhånd!

Dette projekt blev finansieret via København Amts Satspuljemidler 2001, hvilket jeg er meget taknemmelig for.

Referencer:

- Andersen C. (1998) Mild straf for vold mod læger.
Ugeskrift for Læger **160**, 1972.
- Andersen K.V. (1994) *Perinatal Audit*. (Disputats Københavns Universitet).
Fadl's Forlag, København.
- Arbejdsmiljøfondet (1998) *Vold og trusler om vold. BSR 11 - social og sundhedsvæsenet*. Arbejdsmiljøfondet, København.
- Arnetz J.E., Arnetz B.B., Soderman E. (1998) Violence toward health care workers. Prevalence and incidence at a large, regional hospital in Sweden.
AAOHN JOURNAL **46** (3),107-14.
- Arnetz J.E., Arnetz B.B. (2001) Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patients care.
Social Science & Medicine **52**(3), 417-27.
- Beaglehole R., Bonita R. (1997) *Public Health at the Crossroads*.
Cambridge University Press , Cambridge.
- Backman R. (1994) National Crime Victimization study: Violence and Theft in the Workplace. Bureau of Justice Statistics, US. Department of Justice, Washington. Citeret i Balvig (2000) p. 190.
- Balvig F. (1998) *Vold på gaden i hjemmet og på arbejdet. Oversigt over resultater fra voldsofferundersøgelsen 1995/96*. Information fra Rigspolitichefen, København.
- Balvig F. (2000) *Det voldsomme samfund. Om vold som problem og fængsel som løsning. (Bind 1, Fortid og nutid)*. Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København.
- Benjaminsen S., Kjærbo T. (1997) Personalets oplevelse af patientvold på en psykiatrisk afdeling. *Ugeskrift for Læger* **159**,1768-73.
- Berliner P. (1995) *Samspillet mellem sagsbehandler og borger*. Danmarks Forvaltningshøjskoles forlag, København.
- Berliner P. (2000) *Vold og trusler på arbejdet. Forebyggelse af vold og trusler mod personale*. G.E.C.Gad , København.
- Bjørkly S. (1988) Situasjonsmodellen og utviklingsmodellen. To modeller for beskrivelse av aggresjonsdynamikk hos farlige, psykotiske pasienter på et sikkerhetsavsnitt. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* **25**, 94-102.

- Blomhøj G., Mains J.(2000) *Audit, en metode til kvalitetsudvikling af klinisk praksis*. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, København.
- Brandt P. (2000) *Årsberetning , Narkotikarådet*. Socialministeriet, København.
- Breakwell G.M. (1994) *Ansigt til ansigt med fysisk vold*. Hans Reitzels Forlag, København.
- Carmel H., Hunter M. (1993) Staff injuries from patient attack: Five years data. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law* **21** (4), 487.
Citeret i Høgh (2001) s21-22.
- Chappell D., di Martino V. (1998) *Violence at Work*. International Labour Office, Geneva..
- Christensen E., Koch-Nielsen I. (1992) *Vold ude og hjemme. En undersøgelse af fysisk vold mod kvinder og mænd*. (Rapport 92:4). Socialforsknings Instituttet, København.
- Christensen E. (1984) *Vold ties ikke ihjel*. Nyt Nordisk Forlag, København
- Christiansen J.M. (1994) *Psykisk arbejdsmiljø - nu og i fremtiden. En undersøgelse af funktionærers og tjenestemænds psykiske arbejdsmiljø (FTF-undersøgelsen)*. Center for Alternativ Samfundsanalyse, CASA, København.
- Coco M.P. (2001) Arbejdspladsen – den nye krigskueplads. *Ledelse i dag* **11** (3),263-69.
- Danmarks Nationalleksikon, *Den Store Danske Encyklopædi vol 6* (1996) Gyldendal, København, p.503
- di Martino V. (2003) *Relationship between work stress and workplace violence in the health sector*. International Labour Office, Geneva.
- Eriksson M., Nenola A., Nilson M.M., Eds. (2002) *Kön och våld i Norden. Rapport from a conference in Køge, Denmark 23-24 November 2001*. (TemaNord 2002:545). Nordiska Ministerrådet, København.
- Eskelinen L. (2000) *Arbejdsmiljø i den kommunale social - og sundhedsforvaltning – en analyse af socialarbejdere med personlig borger/klientkontakt*. AKF Forlaget , København.
- Fahy S., Browne R., Sloan D., Keating S., O'Connor J. (2000) An audit of violent Incidents in a drug treatment centre. *Irish Journal of Psychological Medicine* **17**(1), 29-33.

- Faktablad från Arbets- och miljömedicin.(2003) *Hot och våld inom vård och omsorg*. Stockhols läns landsting. www.sll.se/w-amm/7144.cs?dirid=29777
- Fischer A. (1988) Violence and Victimatology, (cap 25). In *Psychiatric Nursing* (3'ed). (Wilson H.S. & Kneisl C.R. Eds), Addison-Wesley, Menlo Park, California.
- Fridberg T. (1992) *De socialt udstødte (Rapport 92:12)*. Socialforskningsinstituttet, København.
- Geest T.A., Wieclaw J. (1999) Trusler, hærværk og indbrud som arbejdsvilkår (spørgeskema--undersøgelse blandt praktiserende læger i Århus Amt). *Ugeskrift for læger* **161**,6819-24
- Heiskanen M., Aromaa K., Niemi H., Siren R. (1991) *Accidents and Violence 1988. (Publication no. 108)*. Central Statistical Office of Finland, Helsinki. Citeret i Balvig (2000) si 190.
- Helweg-Larsen K. (1998) Et nordisk forskningsnetværk om vold og voldens sundhedsmæssige konsekvenser. *Ugeskrift for læger* **160**, 2270.
- Helweg-Larsen K., Kruse M., Eds. (2004) *Mænds vold mod kvinder*. Statens Institut for Folkesundhed, København
- Hodgkinson P., Stewart M. (1994) *Psykosocialt katastrofeberedskab*. Munksgaard, København.
- Holm P. (2001) Vold som udtryksform – voldsforebyggelse, en fælles udfordring for arbejdspladsen. *Ledelse i dag* **11** (3),254-62.
- Høgh A.(2001) *Trusler og vold på arbejdspladsen. En kritisk gennemgang af dansk og international forskninglitteratur*. Arbejdsmiljøinstituttet,København.
- Jorn S.D., Williamson J.W. (1977) Statistical methods for reliability and validity testing: an application to nominal group judgments in health care. *Medical Care* **15** (11),922-928.
- Kaldan B., Svare B. (2000) Aggression og vold - et bidrag til begrebsafklaring. I: *Job med vold, Vold som Udtryksform* . (Holm P. ed.), Social Udviklingscenter SUS, København, pp.40-61.
- Klein M. (1973) *Psykoanalyse af børn (Udvalgte skrifter)*. Rhodos, København.
- Klein P., Gerberich S.G., Gibson R.W., Maldonado G., Kruttschnitt C., Larntz K., Reier C. (1997) Risk factors for work-related violent victimization. *Epidemiology* **8** (4), 408-13.
- Kjær A. (2002) *Vold og trusler i arbejdet med stofbrugere (rapport)*. KABS,København

- Kjærgaard J., Jørgensen T., Mainz J., Willaing I. Eds. (2001) *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*. Munksgaard, København.
- Laplanche J., Pontalis J.B. (1977) *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Suderkamp, Frankfurt am Main.
- Lembcke P.A. (1956) Medical auditing by scientific methods. *JAMA* **162**,646-55.
- Lembcke P.A. (1967) Evolution of the medical audit. *JAMA* **199**, 111-8.
- Lund L. (1996) Anmeldelser til Arbejdstilsynet og Arbejdsskadestyrelsen af personer udsat for røverier og vold på arbejdspladsen (Debat). *Ugeskrift for læger* **158**, 195.
- Mainz J.(1996) *Problemidentifikation og kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet, Teori, Metode, Resultat*. Munksgaards Forlag, København.
- Mortensen P., Bengtsson S., Gerdes S., Haugaard H., Kristoffersen K., Nielsen K.A., Larsen F. (1996) Vold og trusler om vold mod læger. *Ugeskrift for læger* **158**, 3206-8
- Murray C.J.L., Salomon J.A., Mathers C.D, Lopez A.D. Eds.(2002) *Summary measures of population health, concepts, ethic, measurement and applications (summary)*. WHO, Geneva.
- Munkholm H. (2001) Når voldsmænd søger hjælp. *Læge-Helse* 2001 (6),11-12.
- Nørregaard C., Behnke K. (1991) Patientvold mod personer/inventar på en psykiatrisk afdeling. *Ugeskrift for Læger* **153**, 571-3.
- Olsen R. (2000) Volden flytter med ind.
I: *Vold som udtryksform, hjemløse, misbrugere*. maj 2000,6-8. Social Udviklingscenter, København.
- Ostenfeldt I. (1972) *Psykiatrisk begrebslære*. Rhodos, København.
- Pearson S.D., Margolis C.Z., Davis S., Schreier L.K., Sokol H.N., Gottlieb L.K. (1995) Is consensus reproducible? A study of an algorithmic guidelines development process. *Medical Care* **33**(6),643-660.
- Peters J. (2001) Voldelige patienter vælges fra i stilhed. *Ugeskrift for Læger* **163**(16),2285-6.
- Pizzey E. (1974) *Scream quietly or the Neighbours will Hear*. Penguin, England

- Ploug N. (2003) *Videnopsamling om social arv*. Socialforskningsinstituttet, København
- Relster E. (1990) *Psykisk arbejdsmiljø. Arbejdsmiljøet betydning for den psykiske helbredstilstand*. G.E.C.Gad, København:
- Reinicke K. (2001) Fokus på voldsudøveren.
I: *Køn og Vold - voldsforskning i Danmark*. (Sørensen Å.R. Ed.) pp 33-36.
Videncenter for ligestilling, København.
- Rosenberg M.B. (1999) *Ikkevoldelig kommunikation - Girafsprøget*. Borgen , København.
- Scott H., Johnson S., Menezes P., Thornicroft G., Marshall J., Bindman J.,
Bebbington P., Kuipers E. (1998) Substance misuse and risk of aggression and offending among the Severely mentally ill. *British Journal of Psychiatry* 172,345-50.
- Schubiner H., Tzelepis A., Milberger S., Lockhart N., Kryger M., Kelley B.J.,
Schoener E.P. (2000) Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers.
Journal of Clinical Psychiatry 61(4),244-51
- Skjørten K. (1994) *Voldsbilleder i hverdagen*. Pax Forlag, Oslo.
- Socialministeriet (2002) *Det fælles ansvar – Regeringens handlingsprogram for de svageste grupper* . Socialministeriet, København.
<http://www.sm.dk/netpublikationer/2002/p3detf050302/hele.htm>
- Starrin B. & Svensson P. Eds.(1994) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*.
Studentlitteratur, Lund.
- Statistiska Centralbyrån (1995). Offer för vålds- och egendomsbrott 1978-1993.
Levnadsförhållande rapport 88, Stockholm. Citeret i Balvig (2000) si 190.
- SUS (2000). *Vold som udfordring, hjemløse, Misbrugere* (rapport).
Social Udviklingscenter SUS , København.
- Suserud B.O., Blomquist M., Johansson I. (2002) Experiences of threats and violence in the Swedish ambulance service. *Accident and emergency nursing* **10** (3), 127-35.
- WHA49.25 .World Medical Association (1996) *Statement on violence and health*
<http://www.wma.net/e/policy/vl.htm>
- WHO (2002) *World report on violence and health,(summary)*. WHO, Geneva.
- WHO (2004) *Milestones of a Global Campaign for Violence Prevention*. WHO,
Geneva.

- Wilens T.E., Biderman J., Mick E. (1998) Does ADHD affect the course of substance abuse? Findings from a sample of adults with and without ADHD .
American Journal of Addiction 7(2),156-63.
- Wolf P. (1972) *Vold i Danmark og Finland 1970/71*. En sammenligning af voldsofre. Projekt Noxa. Forskningsrapport nr. 1 til Nordisk Samarbejdsråd for Kriminologi (stencil refereret i Balvig (2000) si 187).
- Wykes T., Whittington R. (1998) Prevalence and predictors of early traumatic stress reactions in assaulted psychiatric nurses.
The Journal of Forensic Psychiatry 9(3),643-658.
- Wynne R., Clarkin N., Cox T., Griffiths A. (1996) *Guidance on the Prevention of Violence at Work*. European Commission: DG-V.
- Wärneryd B. (1993) *Att Fråga*. Statistiska Centralbyrån, Örebro.

Tælleskema om vold (skemaet er anonymt, men det er vigtigt, at alle medarbejdere udfylder det, så jeg kan tælle, hvor stort problemet er samlet)

Har du været udsat for vold eller trusler om vold?

Under arbejde i KABS eller i tilsvarende jobs *indenfor det sidste år?*

fysisk ja nej psykisk vold ja nej

Hvis ja, hvor mange gange: _____ fysisk _____ psykisk

”Krats” hvis ja, hvor mange gange? _____ skønsmæssig

Under arbejdet i KABS eller i tilsvarende jobs *indenfor de sidste 5 år*

fysisk vold ja nej psykisk vold ja nej

Hvis ja, hvor mange gange: _____ fysisk _____ psykisk

Har du været udsat for vold *i fritiden og ved anden jobtype indenfor det sidste år*

fysisk vold ja nej psykisk vold ja nej

Hvis ja, hvor mange gange: _____ fysisk _____ psykisk

Har du været udsat for vold *i fritiden og ved andet jobtype indenfor de sidste 5 år*

fysisk vold ja nej psykisk vold ja nej

Hvis ja, hvor mange gange: _____ fysisk _____ psykisk

Dit Køn _____ Din Alder _____

Jeg arbejder som:

socialrådgiver – socialfaglig – pædagog – ufaglært – praktikant sekretær – andet

Hvor længe har du arbejdet med stofbrugere _____

Hvor længe har du arbejdet i KABS ----

Skemaet bedes afleveret til din afdelingsleder i en lukket kuvert. Skemaet har et tilfældig nummer, så jeg kan tælle dem _____ Hilsen Aggi

MEDARBEJDER NAVN**ARBEJDSPLADS**

Dette skema udfyldes, når du i det daglige bliver udsat for voldsomme affektudbrud, f.eks når en klient smækker med døren, udstøder eder, lægger telefonen på i vrede, råber højt osv.

Alle medarbejder i KABS kender til det disse situationer - og det slider på den enkelte. Skemaet er fortroligt, dvs. du behøver ikke at vise det til andre, og ved den endelige opgørelse over, hvor mange "krads" den enkelte medarbejder får, vil personlige data ikke fremgå. Læg det udfyldte skema i en lukket kuvert hver dag. Det indsamles af afdelingslederen. Er der noget Aggi ikke forstår, ringer hun dig op.

klient navn evt cpr	hvad skete der	hvem har du informeret

<p>REGISTRERING AF VOLD, TRUSLER OM VOLD ELLER ANDRE KRÆNKELSER AF PERSONALET</p> <p>SÆT EVT KRYDS FLERE STEDER</p>	<p>BESVARELSEN AF SKEMAET BEHANDLES FORTROLIGT, DU BEHØVER ALTSÅ IKKE AT VISE DET TIL NOGEN, UDOVER AGGI. DINE PERSONLIGE DATA BLIVER IKKE BRUGT I DEN VIDERE BEARBEJDELSE AF SKEMAET</p> <p>UDDYB EVT PÅ BAGERSTE SIDE</p>
<p>MEDARBEJDERENS NAVN</p> <p>STILLING <input type="checkbox"/> fastansat <input type="checkbox"/> vikar <input type="checkbox"/> praktikant <input type="checkbox"/> faggruppe INSTITUTION</p> <p>I det følgende sæt evt flere X</p>	<p>KLIENTENS NAVN: alder</p> <p>Var klienten påvirket <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ved ikke hvis ja <input type="checkbox"/> alkohol <input type="checkbox"/> euforiserende stoffer <input type="checkbox"/> medicin ex. BZD <input type="checkbox"/> andet</p>
<p>JOB-ERFARING m. stofbrugere u.1 år <input type="checkbox"/> fra 1-5 år <input type="checkbox"/> o.5 år</p>	<p>Tidspunkt for episoden: dag den .. / .. 200... kl.....</p>
<p>ER DU NORMALT I ET GODT HUMØR? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej hvis nej skriv-----</p> <p>HAR DU TIDL. VÆRET UDSAT FOR VOLD FØR FRA KLIENTERS SIDE: <input type="checkbox"/> denne episode er den første <input type="checkbox"/> antal gange tidligere.....</p> <p>ARBEJDSITUATIONEN: <input type="checkbox"/> alene i arbejdssituationen <input type="checkbox"/> Havde behov for hjælp fra anden person <input type="checkbox"/> alt var normalt, stille og roligt <input type="checkbox"/> vi havde travlt <input type="checkbox"/> stemningen kørt op <input type="checkbox"/> udbruddet kom som "lyn fra en klar himmel." <input type="checkbox"/> jeg fik sagt et "trigger"-ord. <input type="checkbox"/> andet</p> <p>DIN REAKTION LIGE EFTER HÆNDELSEN: <input type="checkbox"/> angst <input type="checkbox"/> selvbeprejelse <input type="checkbox"/> utryghed <input type="checkbox"/> utilstrækkelighed <input type="checkbox"/> skuffelse <input type="checkbox"/> apati <input type="checkbox"/> vrede <input type="checkbox"/> andet (skriv)</p> <p>DIN REAKTION EFTER EEN UGE:</p>	<p>VOLDENS KARAKTER: FYSISK VOLD: <input type="checkbox"/> har du været udsat for fastholdelse <input type="checkbox"/> slag/spark <input type="checkbox"/> riv i hår <input type="checkbox"/> bid/krads <input type="checkbox"/> "skalle" <input type="checkbox"/> kvælertag <input type="checkbox"/> vold med genstande <input type="checkbox"/> andet (skriv).....</p> <p>PSYKISK VOLD <input type="checkbox"/> verbale trusler, forbandelser og eder Trusler om at blive <input type="checkbox"/> slået <input type="checkbox"/> blive lemlæstet <input type="checkbox"/> slået ihjel <input type="checkbox"/> trusler mod din familie <input type="checkbox"/> anden form for trusler <input type="checkbox"/> fremvisning af våben <input type="checkbox"/> hvilke <input type="checkbox"/> har klienten kritiseret dit arbejde <input type="checkbox"/> har klienten sat rygter i gang om dig <input type="checkbox"/> telefonterror <input type="checkbox"/> sexuel chikane <input type="checkbox"/> opsøge dig udenfor institutionen <input type="checkbox"/> andet (skriv)</p>

<p>DIN REAKTION PÅ VOLDEN: (forsøg på at stoppe den aggressive adfærd.)</p> <p><input type="checkbox"/> ingen</p> <p><input type="checkbox"/> tilkaldt hjælp fra andet personale</p> <p>Hjælp de dig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej</p> <p><input type="checkbox"/> umuligt at tilkalde hjælp</p> <p><input type="checkbox"/> klienten talt til ro</p> <p><input type="checkbox"/> klienten fastholdt med magt</p> <p><input type="checkbox"/> ekstra personale tilkaldt</p> <p><input type="checkbox"/> talt med kollega efter episoden</p> <p><input type="checkbox"/> andet</p>	<p>VOLDSEPIDODEN INDTRAF I FORBINDELSE MED:</p> <p><input type="checkbox"/> hjælp til daglig gøremål:</p> <p><input type="checkbox"/> vækning/sengelægning <input type="checkbox"/> spisning</p> <p><input type="checkbox"/> påklædning <input type="checkbox"/> leg</p> <p><input type="checkbox"/> hygiejne/bad/toilet</p> <p><input type="checkbox"/> undervisning/beskæftigelse</p> <p><input type="checkbox"/> fastholdelse/magt</p> <p><input type="checkbox"/> kravsituation <input type="checkbox"/> medicinudlevering</p> <p><input type="checkbox"/> udflugter <input type="checkbox"/> anden pædagogisk aktivitet</p> <p><input type="checkbox"/> klient kom for sent</p> <p><input type="checkbox"/> kom efter mange udblivelse</p> <p><input type="checkbox"/> du bebrejdede klienten noget</p> <p><input type="checkbox"/> du nægtede klienten noget</p> <p><input type="checkbox"/> konfliktløsning mellem flere brugere</p> <p><input type="checkbox"/> andet (skriv)</p>
<p>HAR DU TALT MED NOGLE OM DIN OPLEVELSE:</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> kollegaer <input type="checkbox"/> antal</p> <p><input type="checkbox"/> sikkerhedsrepræsentanten</p> <p><input type="checkbox"/> lederen, <input type="checkbox"/> tillidsmand</p> <p><input type="checkbox"/> familie <input type="checkbox"/> andre</p> <p><input type="checkbox"/> nej hvorfor ikke (skriv på bagsiden)</p> <p><input type="checkbox"/> fik du tilbudt krisehjælp</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej</p> <p>hvis ja</p> <p>Fik du noget ud af krisehjælpen</p> <p><input type="checkbox"/> hvad (skriv)</p> <p>EFTER KONFLIKTEN::</p> <p>Anmeldelser og indberetninger:</p> <p><input type="checkbox"/> indberettet på magtanvendelsesskema</p> <p><input type="checkbox"/> sikkerhedsrepræsentanten</p> <p><input type="checkbox"/> anmeldt til Arbejdstilsynet</p> <p><input type="checkbox"/> lægelig eller anden behandling</p> <p>hvis ja</p> <p>hvor.....</p> <p><input type="checkbox"/> Andet (skriv)</p> <p>JEG FØLER MIG SVIGTET AF:</p> <p><input type="checkbox"/> min kollega, jeg var på vagt med.</p> <p><input type="checkbox"/> mine kollegaer</p> <p><input type="checkbox"/> sikkerhedsrepræsentanten</p> <p><input type="checkbox"/> lederen <input type="checkbox"/> under episoden</p> <p><input type="checkbox"/> efter episoden <input type="checkbox"/> til personalemøde</p> <p><input type="checkbox"/> til brugermøde <input type="checkbox"/> andet</p>	<p>NÅR DU TÆNKER TILBAGE, MENER DU, AT VOLDSEPIDODEN KUNNE VÆRE UNDGÅET.</p> <p><input type="checkbox"/> ja - uddyb kort:.....</p> <p><input type="checkbox"/> nej - uddyb kort:</p> <p><input type="checkbox"/> ved ikke.</p> <p>DELTOG DER ANDRE I EPISODEN: <input type="checkbox"/> ja</p> <p>hvem</p> <p><input type="checkbox"/> nej</p> <p>FIK DU TALT MED KLIENTEN EFTER EPISODEN</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej</p> <p>hvis ja, hvor lang tid gik der</p> <p>Næde i til forståelse: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej</p> <p>EFTER DIN MENING, HVAD VAR DEN EGENTLIGE ÅRSAG TIL EPISODEN:</p> <p>skriv kort</p> <p>HVAD TROR DU KLIENTEN MENER VAR ÅRSAGEN TIL EPISODEN:</p> <p>skriv kort</p> <p>KONSEKVENSER FOR BRUGEREN:</p> <p><input type="checkbox"/> venlig tilrettevisning <input type="checkbox"/> advarsel</p> <p><input type="checkbox"/> udtræning af beh. <input type="checkbox"/> bortvisning</p> <p><input type="checkbox"/> anmeldelse til politiet</p> <p><input type="checkbox"/> fængsel <input type="checkbox"/> andet</p>
<p>ØNSKES HJÆLP (TIL DIG SELV):</p> <p><input type="checkbox"/> nej</p> <p><input type="checkbox"/> psykologiskbistand</p> <p><input type="checkbox"/> anden bistand,</p> <p>hvilken</p>	<p>Udfyld skemaet kort tid efter episoden. Aggi kommer efter skemaet.</p> <p>Ring</p> <p>telf 4343 5344 eller 44 98 01 02</p>

FORTÆL MED DINE EGNE ORD, HVAD DER SKETE OG TEGN EN LILLE
SKITSE OVER HVORDAN I STOD ELLER SAD OVERFOR HINANDEN.

Jeg oplyser mit navn og ærinde

Oplyser om at samtalen skal bruges i forbindelse med en undersøgelse af voldsepisoder i KABS og at samtalen er fortrolig, ikke vil blive brugt imod klienten og ingen konsekvenser har for klienten.

Følgende spørgsmål blev stillet til klienten:

Fortæl, hvad der skete.
Hvad var årsagen til det skete?
Hvad var den egentlige årsag efter din mening?
Har du behov for at få tingene sat på plads?
Var du skæv/abstinens?
Mødte du den pågældede medarbejder siden hen? Fik i talt ud? Sagde du undskyld?
Var der nogle ting, der havde gået dig imod?
Føler du skyld/skam
Blev du ydmyget i situationen
Hvordan har du det nu?
Synes du, at du har en kort lunte?
Klarer du dig?
Er du normalt i godt humør?
Hvordan bor du?
<input type="checkbox"/> igen bolig <input type="checkbox"/> til leje <input type="checkbox"/> hos venner <input type="checkbox"/> på gaden
Har du arbejde?
Får du bistand /pension ?
Har du gæld? Bliver du forfulgt?
Hvad får du af behandling?
Hvor henter du din medicin?
Sidemisbrug? BZD Alkohol Speed Andet
Har du pårørende/ en kæreste?
Mangler du hjælp til noget? Vil du sige mere?

Casus nr.

Vurder materialet udfra følgende problemstillinger:	Tilfredsstillende	Ikke-tilfredsstillende	Begrundelse, hvis ikke-tilfredsstillende
Medarbejderens arbejdssituation efter voldsepisoden			
Afdelingens håndtering af voldsepisoden			
Voldsepisodens afvikling i forhold til klienten			
Klientens efterfølgende behandling mht "harm reduction"			
Evaluering af voldsepisoden med klienten			
Inddragelse af klientens helhedssituation ved sanktionens fastsættelse			
Samlet vurdering af håndteringen af voldsepisoden			
Den medicinske behandling			
Socialpædagogisk behandling			
Administrative behandling			
Information til klienten			
Omsorg for klienten			
Samlet vurdering af klientforløbet			

Retningslinier til håndtering af vold og trusler i arbejdet med stofbrugere.

**udarbejdet af et auditpanel nedsat af Københavns Behandlingscenter
for Stofbrugere (KABS).**

Indhold:

- **Overordnede mål for en konfliktløsningspolitik**
- **KABS` s formål**
- **Definition af vold og trusler**
- **Generel forebyggelse af vold**
- **Antivolds- politik**
- **Voldsprocedure**
- **Debriefing**
- **Sanktioner**
- **Klager, vejledning**
- **Rekommandationer**

Overordnede mål for en konfliktløsningspolitik:

- at forebygge og mindske vold og trusler om vold på arbejdet
- at sikre tryghed og tillid i personalegruppen
- at sikre fælles forståelse af og kendskab til strategier til imødegåelse af vold og trusler
- at sikre at voldsramte medarbejdere får den fornødne hjælp og mulighed for at bearbejde voldelige episoder
- at skabe sikkerhed for brugerne
- at sikre at en evt. voldsepisode afvikles på en forsvarlig måde for alle involverede også brugeren, under hensyn til KABS` s formål

KABS` s formål:

At forbygge, behandle og begrænse stofafhængiges skade- og risikoadfærd i forbindelse med stofbrug.

Medicinsk: Målet er at øge brugerens livskvalitet. Dette mål kan være stoffrihed eller stabilisering i et ”harm reduction”-perspektiv i form af længerevarende substitutionsbehandling.

Social-pædagogisk: Målet for den social-pædagogiske indsats er at øge brugerens livskvalitet og funktion. Respekt, tillid og samarbejde er vigtige elementer i ”mødet med brugeren”. Der skal tages udgangspunkt i brugerens ønske og behov for forandring.

Samfundsmæssigt: Mindske risikoen for vold og kriminalitet i samfundet og forhindre at nye stofbrugere rekrutteres.

Definition af vold og trusler:

Europakommisionens definition af vold på arbejdspladsen er: ”Handlinger hvor personer bliver chikaneret/misbrugt, truet eller udsat for vold i forbindelse med deres arbejde, og hvor chikanen/misbruget, truslerne eller volden indeholder en explicit eller implicit trussel mod deres sikkerhed, trivsel eller helbred”. Nedenfor eksempler herpå.

- Fysisk vold: slag, spark, bid, fastholden, kvælertag, smiden rundt med inventar mv.
- Psykisk vold: Råben, ukvemsord, smækken med døren, ”krads”, telefonterror, truende kropssprog, trusler om vold mod behandler, familien mv. – direkte eller indirekte trusler, rygter, sladder og mobning.
- Føler en behandler sig truet fysisk eller psykisk, så er der tale om vold – uanset hvad andre mener og uanset om voldsmanden er sig volden bevidst.
- ”Krad” er, når man føler sig forulempet. Det er ikke andres mening om situationen. Det er din.

Generel forebyggelse af vold:

Indsatsområder:

Dialog og samarbejde mellem brugere, behandlere og ledere er en forudsætning for at skabe en arbejdsplads med et miljø og samtidigt et behandlingssted, hvor vold og trusler ikke forekommer, og hvor der er sikkerhed for, at der tages hånd om medarbejder og bruger, når uheldet er ude. At kritisere en kollegas behandling af en bruger kræver både at samarbejdet og at arbejdsmiljøet på stedet er godt. Det gælder om at få hinanden på kloge tanker, ikke at få hinanden i knæ.

Arbejdspladskulturen. Det er vigtigt at både ledere, medarbejdere og brugere betragter vold som et problem, der skal løses i fællesskab. Det kan ske ved at skabe en atmosfære, hvor det er legalt at tale om forekomsten af vold og trusler, så man i fællesskab kan finde frem til løsninger af problemerne. Der skal være tid og rum til at diskutere holdninger, etik og menneskesyn i en atmosfære, hvor også de mere følelsesmæssige sider af voldsproblemet kan komme frem.

Det psykosociale arbejdsmiljø: Det tilstræbes, at der er samarbejde mellem ledelsen og medarbejderne i organisering og tilrettelæggelse af arbejdet. Formålet er, at skabe balance mellem arbejdskrav, forventninger og ressourcer. Den enkelte skal så vidt muligt have indflydelse på egen arbejdssituation, så arbejdet kan opleves som meningsfuldt. Der skal være mulighed for støtte fra ledere og kolleger. Omgangstonen skal være

høflig med overholdelse af KABS's etiske spilleregler, (om *uheldige episoder* og *sladder om en kollega*, se disse). Et godt samarbejde er en forudsætning for, at man tør tale sammen f.eks. om de følelsesmæssige belastninger, som arbejdet kan medføre.

Arbejdspladsstrukturen:

KABS's organisation med en central ledelse, lokale behandlingsafdelinger og Socialmedicinske Klinik med deres ledelser, MED-udvalg (repræsenterer personalegruppen - 'medarbejderindflydelse og medbestemmelse') sikkerhedsorganisationen. Aftalesystemer, retningslinier for behandling m.m. må være kendt af alle ligesom muligheder for fleksibilitet, jobrotation, aflastning mv.. Vedrørende vold og trusler skal det være klart, hvilke opgaver der ligger i sikkerhedsorganisationen, og hvilket ansvar ledere og medarbejdere har.

Sikkerhedsmæssige foranstaltninger:

Retningslinier skal indeholde individuelt bestemt procedurer for voldssituationer og de sikkerhedsmæssige foranstaltninger med baggrund i generelle forholdsregler (se nedenfor). Det skal være tydeligt for alle, hvornår procedurerne træder i kraft, hvad der skal gøres og hvem der er ansvarlig for hvad. Personalets fortrolighed med voldsproceduren er i sig selv en forebyggelse af trusler og vold, fordi viden og fælles forståelse giver større tryghed og handlekraft. Hver medarbejder udvælger sig to medarbejdere som de i tilfælde af vold eller konflikter kan tale fortroligt med.

Faglig og personlig udvikling:

Der er brug for en målrettet uddannelse af alle medarbejdere, især nyansatte, vikarer og praktikanter for at styrke kendskabet til brugere, viden om hensigtsmæssige arbejdsmetoder og redskaber til at forebygge vold og udvikle kompetence til håndtering af konflikter, så de ikke optrappes og resulterer i vold. Det kan også dreje sig om at få aflært dårlige vaner, som man ikke er klar over, at man har.

Det fysiske arbejdsmiljø:

Det er ikke alene flugtveje og alarmsystemer som er vigtige, men også hvordan medarbejderen placerer sig i forhold til brugeren i en vanskelig situation. Et højt støjniveau, trang plads og mange brugere sammen, er noget som både kan belaste brugere og personale.

Antivolds-politik:

Ledelsens ansvar:

Ledelsen har det overordnede ansvar for, at retningslinierne for håndtering af vold og trusler bliver overholdt og at alle medarbejder holdes orienteret herom. Problemer med

trusler og vold er ikke den enkeltes, men først og fremmest institutionens fælles problem og ansvar.

I en konfliktsituation er det vigtigt, at ledelsen afstikker regler for den enkelte medarbejders medvirken og afgrænsning af hans/hendes kompetanse f. eks skal en praktikant ikke tildele en bruger karantæne.

Kursus i konfliktløsning og kommunikation:

Alle medarbejder skal have gennemgået ovennævnte kurser. Nye medarbejder, vikarer og praktikanter skal have tilbudt kurserne i den første tid af deres ansættelse. Kurserne skal også give medarbejderne kendskab til brugernes særlige behov og karakter.

Praktikanter og nye medarbejdere:

Praktikanter og nyansatte skal gøres bekendt med i KABS` s regler for god behandling, kommunikation, tavshedspligt, voldspolitik og etiske regler. Regelsættet skal udleveres ved ansættelsen.

Praktikanter og nyansatte skal superviseres i den første tid de er på afdelingen. De skal ikke have samtaler alene med brugere eller stå alene i Metadon-udleverings-rummet. Praktikanter skal ikke selv komme med påbud eller irettesættelser overfor brugere, fordi de ofte er yngre end dem og brugerne ser på dem som nederst i hierarkiet. Praktikanter er en udsat gruppe, selvom de er regnet med i normeringen og får løn for at være der.

Husorden:

Ved indskrivningen på en afdeling: Hav et afkrydsningskema med generelle og mere specifikke retningslinier for afdelingen. Brugeren skal skrive under - på lignende måde, som når tilladelse til indhentning af oplysninger gives. Giv brugeren et kopi underskrevet både af bruger og behandler.

Skemaet kan indeholde følgende punkter:

- Gør brugeren opmærksom på allerede ved indskrivningen på afdelingen at vold og trusler om vold ikke tolereres.
- Omgangstonen skal være behagelig, så der er rart at være både for bruger og behandler.
- Gennemgå KABS` s organisation, målsætninger og de vigtigste behandlingsmetoder med brugeren – og udlever det skriftligt.
- Aftaler er bindende både for bruger og behandler.
- Er man forhindret i at møde skal afbud gives i god tid (det gælder også behandleren)
- Ved gentagne udeblivelser fra tidsaftaler ophører behandlingen, dog først efter en skriftlig advarsel.

Behandlers omgang med brugere:

- Vær opmærksom på dit kropssprog. Mange stofbrugere er følsomme for, om behandleren har sjælen med i en samtale. Sid helt stille, flyt ikke rundt på

papirerne på bordet, bevar øjenkontakten under samtalen. Vis at du er interesseret og lytter.

- Hold dine aftaler med brugeren og hold brugeren fast i sine. Lav små ”kontrakter”, som i ved næste kontakt taler igennem f.eks. om hvordan han har klaret et eller andet.
- Hellere *ros end ris*. Vær venlig og aksepterende, men ærlig. Vis at han/hun er velkommen.
- Mange brugere føler sig underlegne og har gennem livet haft mange nederlag. Et ”knus” eller et venligt klap på skulderen, når samtalen er forbi, kan brugeren godt have brug for. Smil med øjnene.
- Er du i tidsnød, så udsæt hellere en samtale end forcer den igennem. Kommer brugeren langvejs fra så tag samtalen, men gør opmærksom på allerede ved starten af samtalen, at I har f.eks. 14 minutter. Brugeren kan også se, når der er travlt på en afdeling.
- Forstår brugeren, hvad vi siger og skriver? Vær opmærksom på, at brugere ikke altid forstår, hvad vi siger. Vi benytter måske fagudtryk eller taler hurtigt. Brugeren i en spændt situation, er nervøs, abstinent eller fraværende af andre grunde. Mange brugere har kun gået i skole i kort tid og har svært ved at læse. Det er heller ikke sandsynligt, at de er klar over, hvilke tilbud de har at vælge imellem i KABS eller hvordan stedets kultur og regler fungerer.
- Vær opmærksom på, at du også til kan være årsag til, at en voldelig episode fremkaldes ved f.eks., at holde en bruger hen, ikke svare fyldestgørende, vise overlegenhed eller med dit kropssprog vise, at du er bange eller at du ser ned på ham. Det er ikke sikkert, at du gør det, men det er brugerens mening som tæller.
- Vurder risikoen før hver enkelt brugerkontakt - selvom en række kontakter har været uproblematisk. Hellere være agtpågivende forud for kontakter, der viser sig at være harmløse, end lade sig overrumple af dem, som viser sig at være farlige. Den enkelte må være parat til at analysere alle tilgængelige oplysninger og selv vælge strategi. Dette valg vil i høj grad afhænge af kendskab til sig selv. Kvalificerede taktiske beslutninger kan kun træffes, hvis man er i stand til at bevare fatningen. Fortrolighed med teknikker til beherskelse af angst kan være til stor gavn i sådanne situationer.

Ved optræk til en truende samtale eller hvis behandleren føler sig utryk ved situationen:

- Stands samtalen, forlad rummet, hent hjælp. Man bør altid reagere på trusler.
- Hvis behandleren oplever, at samtalen har et truende indhold – så h a r den det.

- Man skal ikke finde sig i trusler.
- Ved at være to om en samtale med en truende bruger er det lettere at sætte grænser. Ophører truslerne ikke, da slut mødet. Aftal et nyt mødetidspunkt f.eks. dagen efter, men tag hensyn til brugerens tilstand.
- I yderste konsekvens kan det blive nødvendigt at tilkalde politiet.
- Er der optræk til ballade: *Skal alle medarbejder være indstillet på at stimle sammen og slippe andre opgaver.*
- Føler du at det bliver farlig, så glid af, glat ud, vig tilbage og udsæt konfrontationen til erfarne medarbejdere kommer til stede – eller løb!

Ved optræk til håndgemæng:

- Princippet er, at man ser samtalen og det at mægle som det væsentligste redskab til at undgå vold, og at man ikke overvejer at bruge fysisk intervention som en mulighed. For er man først der, så har man placeret sig et sted, hvor man ikke har andre udveje. Der er mange skridt fra samtalen til at være nødt til at reagere fysisk.
- I selvforsvar bør interventionen begrænses til fysisk fastholdelse.
- Den største udfordring ved at have en defensiv voldspolitik er at lære, at det er i orden som menneske at være defensiv – at låse sig inde eller løbe, hvis en konflikt udvikler sig. Det kan faktisk være en rigtig god ide at løbe, når det bliver farligt!

Voldsprocedure:

Når uheldet er ude og der er sket en konfrontation:

Umiddelbart efter en episode med trusler og vold:

Lederen taler episoden igennem med den voldsramte og træffer de fornødne aftaler om støtte fra kolleger og sikkerhedsrepræsentanten. Et møde med faglig efterkritik planlægges.

Lederen skal også tage stilling til om der efterfølgende skal foretages en regulær psykologisk debriefing ved f.eks. en psykolog og om voldsramte har brug for kriseterapi. Alle har mulighed for at blive henvist til Rigshospitalets Krise- og Katastrofepsykiatriske afdeling.

Den voldsramte skal ikke være alene i det første døgn. Familien kontaktes. Der skal være nogen til at fortælle hændelsen til, som kan give tryghed og omsorg.

Kolleger skal bringe voldsramte i sikkerhed, lytte neutralt, evt. følge med til læge eller på skadestue. De to kolleger som voldsramte på forhånd har valgt tager sig særlig af voldsramte.

Sikkerhedsrepræsentanten vil registrere voldshændelsen og hjælpe med anmeldelser til amtet. Kan der blive tale om skadeserstatning skal tilfældet anmeldes til Arbejdsskadestyrelsen og Arbejdstilsynet.. Sikkerhedsrepræsentanten er også ansvarlig for at organisere den videre omsorg.

Debriefing:

Når lederen ved opsamlingssamtalen har bestemt, at det bliver nødvendigt med en regulær psykologisk debriefing, skal en anden end lederen, oftest en psykolog samle personalet til en orientering om det skete – og en samtale om deres spørgsmål og reaktioner. Tidspunktet kan være umiddelbart efter en voldsom oplevelse, men kan også finde sted senere i form af efterbehandling. Debriefingen drejer sig om at skabe klarhed om det passerede, og målet er at orientere, at forebygge og/eller afhjælpe krisereaktioner hos medarbejderne og at se på, hvordan tilsvarende situationer undgås fremover. Målet er også at bevare arbejdsgruppens optimale ydeevne og kompetence til at løse de opgaver, den har – uden at det har store og uoverskuelige konsekvenser for den enkelte medarbejder.

Dagene efter en voldsepisode:

Kolleger og sikkerhedsrepræsentanten skal holde kontakt med voldsramte. Ved samtale og empati forsikre om, at det ikke er voldsramtes problem alene men hele afdelingens. De skal støtte og hjælpe den voldsramte. Det vil ofte være bedst at genoptage arbejdet efter få dage for at være sammen med kolleger og sammen bearbejde episoden. Kolleger som selv har været udsat for vold eller som har overværet episoden vil også være påvirkede og trænge til at tale med nogen.

Den faglige efterkritik:

Hvor alle inklusiv den ramte deltager, skal foregå senest to uger efter at episoden er sket. I særligt komplicerede tilfælde, senest fire uger efter.

Overordnede - vejledende retningslinier for udstedelse af sanktioner:

- Regler for retningslinier for udstedelse af sanktioner skal fastsættes af Centerledelsen.
- Alle medarbejder og brugere skal være orienteret om regelsættet.
- Overtræder en bruger reglerne skal episoden tages op på et møde, hvor ledelsen og flest mulige medarbejdere sammen fastslår sanktionens art. Ingen medarbejder kan alene tildele sanktioner.

- Meddelelsen om sanktionen skal ikke gives på gangen eller i Metadonudleveringen, men på et kontor ansigt til ansigt, når gemytterne er faldet til ro. Skriftlige meddelelser skal følges op af personlig samtale.
- Rækkevidden af sanktionen for brugeren skal nøje vurderes med henblik på brugerens videre behandling, ”harm reduction” og helhedssituation. Vurdering af sanktionens indflydelse på medicinudleveringen, sidemisbrug og socialfaglige planer.
- Der bør altid finde en samtale sted med brugeren efter en voldsepisode dels for at få rede på reelle årsager til volden og dels for at tale med brugeren om hans/hendes aggressionsforvaltning.
- Hvis en bruger nægtes adgang til det sociale samvær med behandler og andre brugere skal det vurderes, hvordan ”straffen” vil virke på brugeren. Måske har ”straffen” den modsatte virkning end tiltænkt.
- Karantæner op til én uge kan udstedes på afdelingen.
- Længere karantæner skal behandles i Centerledelsen.
- Tidsbestemt ”straf” bør slet ikke tildeles.
- Der skal være muligheder for at klage over afgørelsen. Brugeren skal gøres opmærksom på dette ved udstedelsen af sanktionen.
- Brugeren skal tilbydes hjælp til at formulere klagen.
- Husk at gøre brugeren opmærksom på, at han/hun har aktindsigt.
- Medarbejderen skal udlevere Sundhedsvæsenets vejledning: ”Vil de klage over Sundhedsvæsenet?”

Vejledning ved klager:

- Man kan klage til den lokale afdelingsleder
- Til Centerledelsen
- Patientklagenævnet
- Til de lokale sundhedsmyndigheder i amt og kommune

Klager over faglig virksomhed f.eks. undersøgelser, behandling, pleje, information og samtykke eller udfærdigelse af en erklæring skal ske til Patientklagenævnet.

Klager over serviceniveau og ventetid skal sendes til de lokale sundhedsmyndigheder i Københavns Amt eller til det lokale sygesikringskontor i den kommune, hvor brugeren bor.

Ved udfærdigelse af klagen skal brugeren gøres opmærksom på at Københavns Amt har uddelegeret behandlingen af stofbrugere til KABS og kun centerchefen kan videredelegere behandlingen til andre.

Rekommandationer som fremkom under auditmøderne, men som ikke direkte vedrører en snæver antivoldspolitik.

Om behandling i KABS:

Ved indskrivning på "den lokale rådgivning":

Behandleren skal sikre sig, at brugeren er orienteret om afdelingens regler for medicinordination, medicinudlevering, mødetidspunkter, for deltagelse i sociale arrangementer, hvornår kafeen er åben m.v. Behandler skal gøre opmærksom på, at tonen i afdelingen skal være høflig, som mellem almindelige mennesker og at vold ikke tolereres.

Ved overflytninger fra "den lokale rådgivning" til Socialmedicinsk Klinik:

Når en bruger overflyttes til Socialmedicinsk Klinik enten pgra. karantæne eller fordi han/hun overgår til MUS-ordning (dvs modtager Metadon og/eller anden medicin på udleveringssteder bestyret af Falck eller Fadl (de lægestuderende)) skal "den lokale rådgivning" fremsende en status over den hidtidige behandling og de fremtidige behandlingsplaner til Socialmedicinsk Klinik. Senest én uge efter overflytningen skal brugeren ses af en læge.

Overtræder en bruger reglerne skal den lokale afdeling og Socialmedicinsk Klinik have en fælles holdning og plan for brugerens videre behandlingsforløb.

Fastholde brugeren i at overholde tiderne til læge og social-faglig opfølgning.

Behandlingen ophører ved *gentagen* manglende fremmøde, hvis det vurderes, at given behandling er udsigtsløs.

Det er centerlederen som har kompetence til at afslutte en behandling og *bortvise* en bruger.

Københavns Amt har overdraget behandlingen af stofbrugere til KABS. Centerlederen kan derefter uddelegere behandlingen til andre behandlere, f.eks. til enkelte praktiserende læger og til behandlingscentrene i Ballerup og Herlev.

MUS-ordning – Falck:

Jævnlig kontrol med brugere i MUS-ordning for at opfylde KABS's formål, at forebygge, behandle og begrænse stofafhængiges skade- og risikoadfærd i forbindelse med stofbrug.

Behandlere skal være opmærksomme på, at de dårligste brugere ofte som "straf", sendes ud i Falck-ordningen, når de ikke overholder aftaler eller de gentagne gange har haft tilbagefald. Det kan erkendes som en behandlingsfallit, men kan i nogle tilfælde ikke undgås.

Bedre kontakt imellem Falck-folkene og Socialmedicinsk Klinik. Falck-folkene har oplysninger fra dagligdagen, som kunne være adækvate oplysninger, når den videre behandling skal planlægges.

Selvom Falck-folkene har nøjagtige instrukser om, hvornår de må udlevere medicin til et par dage, så viser undersøgelsen, at mange konfrontationer opstår netop om denne bestemmelse.

Det anbefales, at synliggøre Falck`s beføjelser. En del brugere presser på for at få medicin med hjem til flere dage af gangen end aftalt. Konfrontationerne opstår, når Falck-folkene, efter telefonisk at have spurgt lægerne, skal viderebringe et upopulært svar, der ikke imødekommer brugerens ønske.

Brugerne skal have at vide, at Falck-folkene ikke har lov til at ændre medicindoser eller fremmødeintervaller. De skal selv henvende sig på Socialmedicinsk Klinik og tale med lægerne om det.

Om kollegial kritik:

At forholde sig kritisk til en kollegas behandling af en bruger bør og skal være muligt i et kollegialt fagligt samvær, men kræver både at samarbejdet og at arbejdsmiljøet på stedet er godt.

Det gælder om at få hinanden på kloge tanker, ikke at få hinanden i knæ.

Om medicinering:

Behandlere skal orientere sig om eksisterende aftaler om brugerens medicinering – og ikke slække på disse aftaler. Kun een læge skal overordnet koordinere den medicinske behandling.

KABS`s regelsæt om medicinering (om ordination og distribution af substitution- og støttemedicin) skal overholdes.

At lave små ”alliancer” med en bruger om ”undtagelsesvise” ordinationer eller lempelser af distribueringen kan ikke anbefales – ej heller i en travl vagtperiode.

Konsekvens i behandlingen, når brugere fixer metadon. Det bør ikke blot registreres som en ikke behandlelig bivirkning. Brugeren bør overgå til daglig overvåget indtagelse og have det socialmedicinske tilbud opprioriteret.

Når brugere skal sætte i substitutionsbehandling, kræves det i det mindste, at brugeren *samarbejder*.

Hvis en bruger siger han har smerter, så *har* han det. Smerter er subjektive. Vi skal bekæmpe troen på, at stofbrugere ”svindler” sig til mere.

Ringer en hospitalsafdeling for at få råd om smertestillende medicin til en bruger i Metadonbehandling, kan det anbefales at sætte dosis op, frem for at ordinere andre morfica.

Bivirkninger ved en medicinering skal altid tages alvorligt – også hos stofbrugere – måske især hos stofbrugere, hvis livssituation kan få dem til at overse en farlig reaktion.

Opprioritering af samarbejde mellem primær og sekundær sektoren m.h.p. fælles holdning til f.eks. ordination af psykofarmaca, især Bensodiazepiner og morfica og aftaler om hvem, der evt. ordinerer disse supplerende præparater.

