



Viktigt att veta om våld och hot i vården

Stefan Sandström. **Våld och hot i människovårdande yrken. Teori och bemötande.** 208 sidor. Stockholm: Liber, 1997. Pris ca 281 kr. ISBN 91-634-1466-X.

Recensent: Jan Halldin, med dr och överläkare, socialmedicin, Norrbacka, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

Våldet i Sverige har under senare år kommit att uppmärksammas och diskuteras allt mer. Även Läkarförbundet har dragit sitt strå till stacken då en arbetsgrupp, i vilken recensenten ingick, lade fram rapporten »Läkare om våld. Medicinska aspekter på våldet och dess konsekvenser» i samband med Läkaresällskapets riksstämma 1997.

En del av våldet har anknytning till människors arbetsliv. Inom sjukvård, socialtjänst och kriminalvård finns det arbetstagare som relativt ofta kommer i kontakt med våldsbenägna personer. För dessa arbetstagare har det saknats litteratur om hur våldet i vården ser ut, varför det uppkommer och vad man kan göra för att förhindra det. Det är därför extra välkommet när nu Stefan Sandström, med mångårig erfarenhet av psykologarbete genom bland annat terapier av våldsbenägna personer och handledning av personal inom vården, kommit ut med boken »Våld och hot i människovårdande yrken».

Brottsstatistiken diskuteras

Utifrån utredningen »Våld och brottsoffer» (SOU 1990:92) diskuteras i boken tilltron till brottsstatistiken. Antalet anmälda våldsbrott i form av mord, dråp, misshandel etc ökade med ca 400 procent 1950–1988 (om hänsyn tas till befolkningsökningen är ökningen 300 procent). Utredarna i »Våld och brottsoffer» anger att orsaken till detta kan vara två, antingen att det verkliga våldet ökat eller att anmälningsbenägenheten stigit. Statistiken bör misstros bland annat av följande skäl: Anmälningar av mord, dråp och dödsmisshandling, där alla fall vanligen anmäls, har legat konstant sedan mitten av 1970-talet. Andelen personer utsatta för våld eller hot har

under 1978–1988 legat ganska konstant motsvarande 5–6 procent av befolkningen. Vi har sannolikt blivit mindre toleranta för våld under efterkrigstiden, varför vi anmäler fler.

Det finns en samvariation mellan våldsbrott och samhällsklass. Enligt Erich Fromm kan våld ses som en reaktion på ett sjukt samhälle. I de lägsta socialklasserna finns flest personer som begått våldsbrott. Ett samhälle som det svenska, som gått från en mer jämlik fördelning av rikedomar till en mer ojämlig, skulle då förväntas få en ökad våldsbrottslighet.

Våld vanligast i åldersvård och psykiatri

Inom sjukvården förekommer våldshändelser mest frekvent inom åldersvården och inom psykiatri. Åkerström (1994) har undersökt patienters våld mot vårdpersonal. 400 av vardera läkare, sjuksköterskor, undersköterskor/ biträden och mentalskötare intervjuades om sina upplevelser av hot och våld på arbetet. Dessutom gjordes 65 djupintervjuer. 50 procent angav att de varit utsatta för våld och ytterligare 10 procent att de varit utsatta för försök till våld. Ett intressant fynd är att man tycks bli mindre utsatt för våld ju högre upp i hierarkin man har sin position. 10 procent av läkarna mötte hot och våld en gång i veckan mot 33 procent av skötarna. Detta kan delvis förklaras av att läkarna i jämförelse med andra personal-kategorier har färre patientkontakter. Dessutom ansåg 80 procent av de intervjuade att andra personalkategorier fick ta emot reaktioner som egentligen var riktade mot läkarna.

Förklarings teorier ges

I kapitlet om aggressionsteorier ges olika förklarings teorier till hur våld och aggressivitet uppkommer – instinktivisteorier företrädade av Freud och Lorentz, kritiska teorier företrädade av bland andra Fromm, behavioristiska teorier, humanistiska teorier och biomedicinska rön. Sandström framhåller att det inte finns en enda förklaring till uppkomst av våld och aggression utan att problematiken är sammansatt där de olika teorierna tillsammans bidrar till en ökad förståelse.

I kapitlet »Makt, mening och kommunikation» redogör författaren för människan som samhällsvarelse. Människan har tre grundläggande behov, som om de hotas kan leda till aggression och våld. Dessa behov är upplevelsen

att ha makt över sitt liv (för att inte skapa en våldsgenererande total maktlöshet undviker man faktiskt att bygga helt rymningssäkra fängelser), att uppleva mening med sin tillvaro och att ha förmågan till konstruktiv kommunikation. En modell för riskbedömning presenteras utifrån störningar i dessa tre behov.

Råd ges om bemötande

Till de mest läsvärda kapitlen i boken hör ett som handlar om människor med tidiga relationsstörningar och ett annat som beskriver fyra typer av konfliktbeteenden hos våldsbenägna. Det ges flera bra exempel ur verkligheten på hur våldssituationer kan utlösas i möten mellan behandlare och människor med tidiga relationsstörningar eller andra psykiatriska sjukdomstillstånd. Författaren ger råd om hur man som behandlare skall bemöta dels psykotiska personer, dels personer med olika typer av personlighetsstörningar för att undvika uppkomsten av våldsincidenter.

I kapitlet »Missbruk, kriminalitet och våld» tas också en del värdefulla synpunkter upp om riskerna i mötet med drogade patienter.

På flera ställen framhävs rädslan som ett stort problem för våldsbenägna människor. Någon anser till och med att praktiskt taget alla våldsbrott utförs av rädda människor. I sammanhanget bör också påpekas att behandlarna själva ofta känner rädsla inför möten med våldsbenägna patienter, och det är viktigt att denna rädsla inte förnekas. Detta bland annat beroende på att rädslan är så nära förknippad med vårt psykofysiska skyddssystem.

Sandström beskriver människors fysiska och psykiska reaktioner samt olika reaktionsmönster när de utsätts för våld och hot och redogör för de olika konkreta åtgärder som då bör sättas in. En speciell bearbetning i grupp kallad »debriefing» framhålls som en användbar metod när exempelvis en hel arbetsplats drabbats av en våldsincident.

Organisationens betydelse framhävs

I avslutningskapitlet framhävs betydelsen av den människovårdande organisationen och av den mottagande miljön för att förhindra uppkomsten av våld. Bedömning av skyddsåtgärder utifrån en modell innehållande begreppen repression (exempelvis bästsläggning inom psykiatri), skydd (exempelvis larm) och insikt går igenom. Tanken



med denna modell är att i så stor utsträckning som möjligt använda insikt som våldsbemötande metod.

På de allra sista sidorna i boken talas om organisationens betydelse. Författaren beskriver något som han kallar manisk metodutveckling på följande sätt: »Tecknet på att man har fastnat i manisk metodutveckling är att man inte tar till vara erfarenheter och kunskaper från tidigare metoder eller organisationer och att man inte gör någon ordentlig utvärdering av dem innan man fortsätter med nästa. Detta kan ses som ett organisatoriskt utagerande, dvs att organisationen är så körd i botten att man inte längre kan hantera den samlade ångesten genom att tänka och förstå utan söker förändring på ett tanklöst sätt och till vad pris som helst.»

Läsning för alla i arbete med våldsbenägna patienter

Kanske en och annan vårdarbetare liksom jag känner igen de senaste årens omorganisationshysteri inom den egna sjukvårdsorganisationen i dessa fraser. Sandströms bok innehåller en hel del kunskap om teorier och mekanismer bakom våldet i vården och ger också värdefull vägledning om hur våldet skall bemötas och förebyggas. Vissa avsnitt i boken upplever jag dock som något ostrukturerade och därför svårtillgängliga.

Boken bör läsas av alla som i sina vårdyrken kan komma i kontakt med våldsbenägna patienter. •

Problemdoktorer under luppen

Peter Lens, Gerrit van der Wal, eds. **Problem doctors. A conspiracy of silence.** 274 sidor. Amsterdam–Berlin–Oxford: IOS Press, 1997. ISBN 90-5199-287-4.

Recensent: Ulf Schöldström, Sveriges läkarförbunds kansli, Stockholm

Förläggare tror tydligen att böcker som handlar om läkare som har problem inte blir lästa om de inte förses med en sensationsbetonad titel. Den amerikanska sociologen Marilyn M Rosenthals bok, som kom häromåret

och presenterades utförligt för Läkartidningens läsare, hade fått namnet »The incompetent doctor: behind closed doors». Nu föreligger en ny antologi med titeln »Problem doctors – a conspiracy of silence». Dörrarna verkar dock inte mer stängda och den konspirativa tystnaden inte mer kompakt än att en rad läkare och forskare är villiga att inleda en öppen diskussion i frågan.

Tredelad antologi

Den aktuella antologin har redigerats av två holländska läkare, båda med allmänmedicinsk bakgrund och med erfarenhet av olika former av kontroll- och inspektionsverksamhet i hälso- och sjukvården. I den första delen tas olika aspekter och teman upp såsom risken för iatrogena skador, missbrukande läkare, sexuell kontakt mellan läkare och patient och – kanske något utanför ramen – forskningsfusk. Därefter följer en internationell översikt med redovisningar från England, Nederländerna, Tyskland, Sverige, Frankrike, Förenta Staterna, Kanada och Australien med försök att precisera problemets omfattning och redovisa hur de olika länderna försöker komma till rätta med läkare som inte klarar sitt yrke tillfredsställande. Avslutningsvis diskuteras former för prevention (t ex selektion av studenter och utbildning) och rehabilitering.

I en antologi är det svårt att undvika överlappningar, och inte heller denna utgåva går fri från den kritiken. På det hela taget är det dock en intressant läsning. Marilyn Rosenthals första kapitel om den informella kollegiala kontrollen och redaktörernas goda sammanfattning (epilog) kan rekommenderas för den som har ont om tid.

Databank finns i USA men saknas i Europa

Två bidrag som förtjänar att läsas i en följd är Vincent F Mahers redogörelse för de amerikanska svårigheterna att samla information om delegitimationer, utdömda skadestånd m m för läkare i 50 stater och hålla den aktuell, samt Henriette Roscam Abbings genomgång av motsvarande situation inom EG. I USA finns sedan år 1990 en federal databank över alla legitimerade läkare, vilken besvarar ca 1 miljon förfrågningar varje år, mest från arbetsgivarna. Däremot har den enskilde medborgaren inte tillgång till uppgifter från databanken. EG saknar en sådan central informationskälla, och rapporteringen länderna

emellan om indragna legitimationer har också sina brister. Författaren konkluderar att EG-direktiven idag är ett klenkt skydd för patienterna. Man kan ana att en europeisk informationsbank efter amerikansk förebild kommer inom en inte alltför avlägsen framtid.

Kontroll och stöd från chefer och kolleger

Det framgår av boken att forskningen om problemdoktorer ännu är i sin första början. Definitionerna av problemläkare skiftar, och det finns ingen tillförlitlig statistik. Om man definierar problemdoktor som en läkare som är sjuk eller missbrukare, har stora svårigheter att kommunicera med patienterna eller begår tekniska fel i sitt arbete (eller en kombination av dessa orsaker) skattas andelen mycket grovt till ca 5 procent av den totala läkarkåren i de länder där man har försökt att mäta. Det finns inga tillförlitliga metoder att förutsäga vem som blir en bra doktor, och det är ofta svårt att få en läkare att inse att han utgör ett problem för sina patienter och arbetskamrater. Några enkla lösningar finns naturligtvis inte, utan det gäller för ansvariga chefer och kolleger att tala med problemdoktorn, försöka skapa insikt om problemet och sedan sätta in individuellt avpassade åtgärder i form av medicinsk vård, psykologiskt stöd, ledighet, byte av miljö, fortbildning m m.

För läkare och personalansvariga i vården

En uppenbar målgrupp för den här boken är verksamhetschefer och personalansvariga inom hälso- och sjukvården. Men den bör också kunna ge en hel del till läkare som är engagerade i kollegiala nätverk för stöd i krissituationer, liksom till den läkare som har mött problemet på sin arbetsplats. Skall jag taga vara på min broder? frågar redaktörerna avslutningsvis och svarar, inte oväntat, ett emfatiskt ja på frågan. •

Rättelse

I recensionen av R D Hares bok »Psykopatens värld» i nr 17/98: 1987 hade uppgiften »Sakgranskning av Sten Levander» hamnat på fel ställe i presentationstexten. Sten Levander har sakgranskat boken, inte recensionen.