

Social støtte efter arbejdsrelateret vold



En undersøgelse voldshændelse og af betydningen af social støtte ved voldshændelser på psykiatriske arbejdspladser i Region Syddanmark

Rapport udarbejdet af Lars Peter Andersen, Sara Al Ali, Ask Elklit og Jesper Pihl-Tingvad

Institutioner	Universitetsklinikken Arbejdsmedicin, Regionshospitalet Herning, Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital og Institut for Psykologi, Syddansk Universitet
Udgiver	Universitetsklinikken Arbejdsmedicin, Regionshospitalet, Herning,
Projekt afsluttet	30/3 2021
Udgivet	April 2021
Finansiel støtte	Region Syddanmark
Bedes citeret	Andersen, L. P., Al Ali, S., Elklit, A., & Pihl-Thingvad, J.: Betydningen af social støtte efter arbejdsrelateret vold
	Arbejdsmedicin, Universitetsklinik Regionshospitalet Herning Gammel Landevej 61 7400 Herning
	Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik Odense Universitetshospital Kløvervænget 3 5000 Odense C
	Institut for Psykologi Syddansk Universitet Campusvej 55 5230 Odense

Forord

Omkring hver tredje social- og sundhedsassistent (32 %) og over hver femte sygeplejerske (21 %) har inden for det seneste år været udsat for trusler på deres arbejde. 30 % af social og sundhedsassistenterne og 15 % af sygeplejerskerne har inden for det seneste år været udsat for fysisk vold på deres arbejde. Det viser tal fra "Arbejde og Helbred", som det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø gennemfører hvert andet år [1]. I hele perioden 2012 -2018 har hyppigheden af vold og trusler for social og sundhedsassistenter og sygeplejersker været høj.

Vold og trusler på arbejdspladsen øger risikoen for en række negative helbredskonsekvenser såsom symptomer på angst, depression og post traumatisk stress forstyrrelse (PTSD)[2-4], øget brug af psykofarmaka [5], øget risiko for fysiske sygdomme [6, 7]og øget risiko for længerevarende sygefravær [8, 9].

Arbejdsmedicin, Regionshospitalet Herning, Region Syddanmark og Institut for Psykologi, Syddansk Universitet igangsatte en undersøgelse i 2012 på alle psykiatriske afdelinger i Region Syddanmark. Formålet var at undersøge, om den sociale støtte, som nærmeste leder og kollegaer tilbyder, mindsker risikoen for mentale helbredsproblemer og nedsat arbejdsengagement efter en episode med vold eller trusler på arbejdet.

Data i nærværende rapport er indsamlet i perioden 2012-2016.

Vi vil her takke deltagerne for at have brugt tid på at udfylde spørgeskemaer i en travl hverdag, arbejdsmiljøkonsulent Bo Jonø for at denne undersøgelse i praksis har kunnet gennemføres og Region Syddanmark for en bevilling til at analysere data og udarbejde en rapport.

Indhold

Forord.....	3
Sammenfatning.....	6
Social støtte efter en volds- og trusselshændelse	8
Formål med undersøgelsen	8
Beskrivelse af data	9
Anmeldelser af vold- og trusler som arbejdsskader	9
Spørgeskemadata	9
Resultater	10
Situationer, der ofte fører til vold og trusler	10
På hvilket tidspunkt af døgnen sker hændelserne?	12
Opdelt i vagtyper (dag, - aften eller nattevagt)	12
Opdelt i flere detaljer.....	13
Anmeldelse og alder	14
Behov for professionel hjælp efter hændelse	15
Hvor foregik de anmeldte hændelser	15
Fordeling af stillinger på anmeldelserne.....	16
Politianmeldelse.....	17
Opsamling på registerresultater	17
Social støtte efter volds- og trusselshændelser og risiko for PTSD, depression og undgåelsesadfærd	18
Anvendte spørgeskemaer	18
PTSD	18
Depression	18
Undgåelsesadfærd på arbejdet.....	19
Social støtte - generelt	19
Social støtte – fra lederen	19
Skalaer	19
Beskrivelse af deltagere ved T1	20
Analyserne	20
Analyse del 1	20
Analyse del 2	21
Resultater del 1	22
Social støtte fra arbejdspladsen og risiko for PTSD symptomer.....	22
Tolkning af resultat	22
Social støtte fra ledelsen og risiko for PTSD symptomer	23
Tolkning af resultat	23
Social støtte fra arbejdspladsen og risiko for depressionssymptomer.....	24

Tolkning af resultat	24
Social støtte fra ledelsen og risiko for depressionssymptomer.....	25
Tolkning af resultat	25
Social støtte fra arbejdspladsen og risiko for undgåelsesadfærd.....	26
Tolkning af resultat	26
Social støtte fra ledelsen og risiko for undgåelsesadfærd.....	27
Tolkning af resultat	28
Resultater del 2.....	29
Social støtte (CSS) ved T1 betydning for PTSD symptomer ved T2 og T3.....	29
Social støtte fra ledelsen ved T1 betydning for PTSD symptomer ved T2 og T3	29
Social støtte (CSS) ved T1 betydning for depressive symptomer ved T2 og T3.....	30
Social støtte fra ledelsen ved T1 betydning for depressive symptomer ved T2 og T3	30
Social støtte (CSS) ved T1 betydning for symptomer på undgåelsesadfærd ved T2 og T3.	31
Social støtte fra ledelsen ved T1 betydning for symptomer på undgåelsesadfærd ved T2 og T3....	31
Opsamling på spørgeskemaresultater	32
Videnskabelige artikler	33
Artikel 1:.....	33
Artikel 2:.....	33
Artikel 3:.....	34
Artikel 4.....	34
Artikel 5.....	35
Anbefaling	36
Referencer.....	37
Bilag 1.....	39
Analyserne	39
Bilag 2.....	40
Baggrund	40
Hyppighed af vold og trusler på arbejdet	40
Karakteristika ved en voldelig hændelse	40
Helbredsmæssige konsekvenser af vold og trusler	40
Bilag 3.....	41
Ekstra tabeller	41

Sammenfatning

Følgende er en beskrivelse af de væsentligste resultater fra vores undersøgelse på psykiatriske arbejdspladser i Region Syddanmark

- Volds- og trusselshændelser sker ofte i forbindelse med følgende situationer, hvor:
 - Patienten er følelsesmæssig opkørt i form af vrede, utilfredshed eller psykotisk
 - Den voldelige og/eller truende hændelse opstår uden nogen åbenlys grund
 - Personalet må fysisk tilbageholde patienten eller bremse patientens adfærd
 - Personalet afslår et ønske fra patienten
- De fleste hændelser sker i aftenvagten
 - Flere i den første del af aftenvagten
 - De fleste hændelser sker på patienternes sengestue
- 35 % af personalet har brug for professionel hjælp efter en volds- og trusselshændelse
 - Skadestue/akut modtagelse udgør 55 % af nødvendig hjælp efter trusler og vold.
 - Psykologhjælp udgør omkring 30 % af nødvendig hjælp efter vold og trusler.
- Jo mere social støtte fra arbejdspladsen generelt og specifikt fra nærmeste leder, jo mindre risiko for rapportering efter 1, 3, 6, og 12 måneder af symptomer på
 - PTSD,
 - depression
 - undgåelsesadfærd
- Hvis der kun gives social støtte efter en trussel eller et overfald umiddelbart efter hændelsen har den social støtte næsten ingen effekt på rapportering af symptomer tre og seks måneder senere.
- Høj støtte fra nærmeste leder umiddelbart efter en voldelig eller truende hændelse resulterer i et højere arbejdsengagement efter tre, seks og tolv måneder sammenlignet med dem som modtager mindre støtte fra nærmeste leder umiddelbart efter en voldelig eller truende hændelse
- Der ses en hyppighed på 8,5% af Akut Stressforstyrrelse (ASD) en måned efter rapportering af vold.
- Der ses en prævalens for PTSD ved 3, 6 og 12 måneder på henholdsvis 8%, 6% og 9%.
- Klinisk akut stress, lavere social støtte, og kollegial støtte er markante risikofaktorer signifikante prædiktorer for PTSD ved 3 måneder.
- Negativ kognitiv vurderingsstil, selvbebrejdelser og lavere social støtte er signifikante prædiktorer for PTSD ved 12 måneder.
- Deltagerne fordeler sig på tre separate subgrupper ud fra PTSD symptomudvikling over tid:
 - Gruppe 1 viser en signifikant forbedring

- Gruppe 2 viser forsinket og signifikant forværring
 - Gruppe 3 viser moderate symptomniveauer, der forbliver stabile.
- Negativ kognitiv vurderingsstil øger sandsynligheden for moderate symptomniveauer og lavere niveau af accept øger sandsynligheden for forsinket udvikling og forværring af symptomer.

Social støtte efter en volds- og trusselhændelse

Et stigende antal undersøgelser viser, at social støtte fra kollegaer og ledelse (organisatorisk støtte) kan reducere de negative helbredskonsekvenser af arbejdsrelateret vold og trusler. For eksempel viste en undersøgelse blandt 242 medarbejdere på et stort psykiatrisk hospital, at de medarbejdere, som fik organisatorisk social støtte, havde mindre bekymringer om sikkerheden, færre fysiske symptomer og færre depressive symptomer sammenlignet med dem, der ikke fik den samme sociale støtte [10]. Andre undersøgelser har fundet, at de medarbejdere som modtager organisatorisk social støtte efter at have været udsat for vold og trusler på arbejdet, har et mindre ønske om at forlade arbejdspladsen, højere jobtilfredshed og højere engagement i arbejdet og bedre trivsel og sundhed [11-14]

Det vil sige, at der er en del undersøgelser, der tyder på beskyttende effekter af organisatorisk støtte for de ansatte, når de har været udsat for vold og trusler.

Formål med undersøgelsen

Denne undersøgelse havde fokus på at afdække hvilke betydning social støtte fra kollegaer og nærmeste ledelse har for medarbejderen, når denne havde været udsat for vold og trusler på arbejdet.

Mere specifikt havde projektet disse formål:

- At undersøge hvilke situationer, personalegrupper, tidspunkter og lokaliteter ofte er relateret til vold og trusler.
- At undersøge, om umiddelbar social støtte fra kollegaer og ledelse mindsker risikoen for at medarbejdere udvikler PTSD, depression og undgåelsesadfærd målt op til 1,3, 6 og 12 måneder efter en voldelig eller truende hændelse.

Beskrivelse af data

Der indgår to typer af data i undersøgelsen: Spørgeskemadata indsamlet af projektgruppen og registerdata indsamlet af Region Syddanmark

Anmeldelser af vold- og trusler som arbejdsskader

Alle anmeldelser af arbejdsulykker fra 2017 fra Region Syddanmarks psykiatriske arbejdspladser indgår i disse data. I alt er der 974 anmeldelser. Anmeldelser, hvor vold og/eller trusler er årsagen til anmeldelsen, udgør 750 anmeldelser (77%). Disse data anvendes til at undersøge hvilke situationer, personalegrupper, tidspunkter og lokaliteter, som er forbundet med en voldelig og/eller truende situation.

Spørgeskemadata

I samarbejde med den øverste arbejdsmiljøkonsulent inden for psykiatrien i Region Syddanmark, Bo Jonø, blev alle psykiatriske arbejdspladser i region Syddanmark inkluderet i nærværende undersøgelse i 2012.

Følgende procedure blev anvendt til indsamling af data: Når en medarbejder anmeldte en volds- eller trusselssituation i regionens arbejdsskadesystem, blev forskergruppen informeret. Herefter modtog medarbejderen fra forskergruppen en e-mail med et link til et elektronisk spørgeskema inden for den første måned efter anmeldelsen (T1). Endvidere modtog medarbejderen fra forskergruppen en e-mail med et link til et elektronisk spørgeskema efter 3 måneder (T2), efter 6 måneder (T3) og efter 12 måneder (T4).

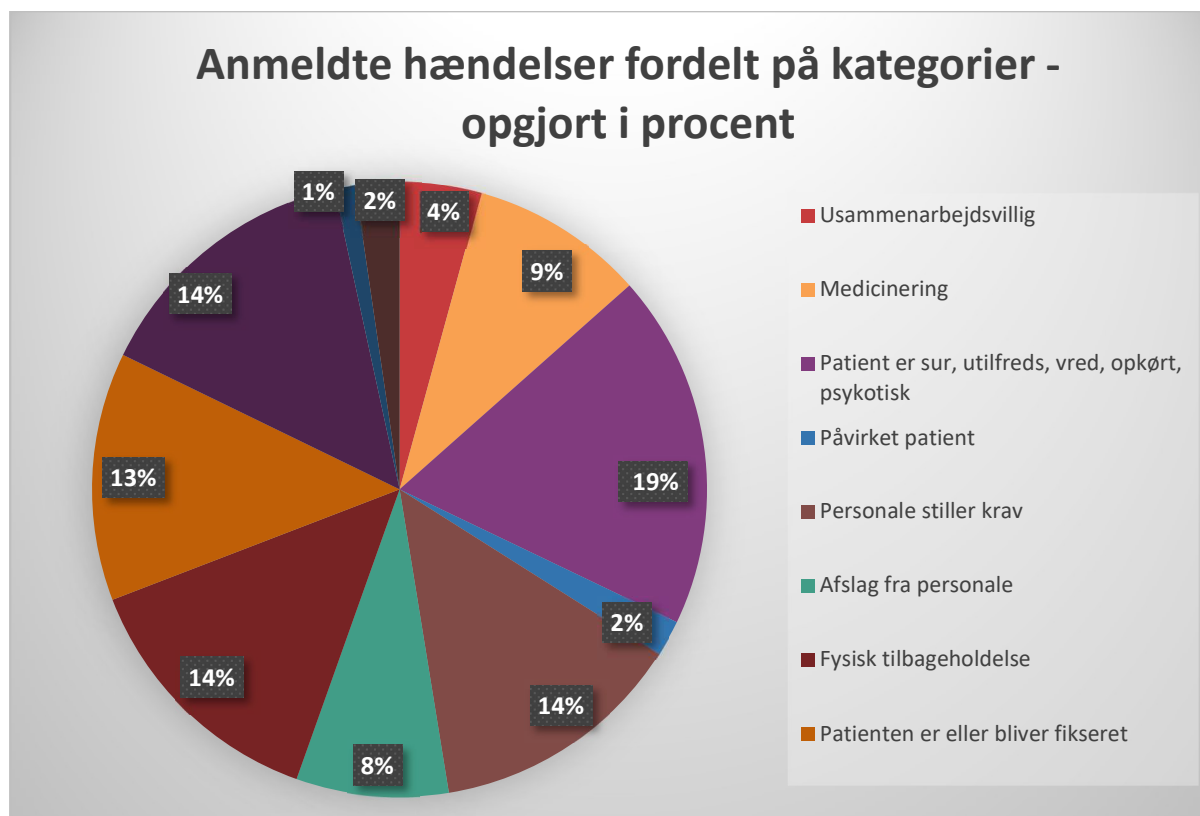
Dataindsamling foregik via spørgeskemaer i perioden maj 2012 til maj 2015 med den sidste opfølgning i 2016. I alt indgik der 443 tilfælde af vold og trusler. 398 medarbejdere udfyldte spørgeskemaet ved T1, 291 medarbejdere ved T2, 219 medarbejdere ved T3 og 202 medarbejdere ved T4. I alt udfyldte 138 medarbejdere spørgeskemaet alle fire gange.

Disse data bruges til at undersøge om umiddelbar social støtte fra kollegaer og ledelse på arbejdspladsen efter udsættelse for en volds- og trusselshændelse mindsker risikoen for at medarbejdere udvikler PTSD, depression og undgåelsesadfærd målt umiddelbart efter, samt 3, 6 og 12 måneder efter den voldelige eller truende hændelse.

Resultater

Situationer, der ofte fører til vold og trusler

I analyserne indgår alle anmeldelser af arbejdsulykker på de psykiatriske afdelinger i Region Syddanmark i 2017. Der er i alt 974 hændelser, heraf omhandler 750 vold og trusler.



Figur 1: Oversigt over hvilke typer af situationer, som oftest er forbundet med voldelige eller truende hændelser. Anmeldelserne opgjort samlet og opgjort på køn.

Som det fremgår af figur 1 opstår der oftest en voldelig eller truende hændelse i forbindelse med, at patienten er følelsesmæssig opkørt i form af vrede, utilfredshed, eller at patienten er uligevægtig. 19 % af anmeldelserne sker på baggrund af sådanne situationer. Et eksempel på dette kan være følgende (anonymiseret tekst fra anmeldelsen):

Jeg er i nattevagt og sammen med kollega går jeg tilsyn hos patienten. Døren til patientens stue er låst, hvorfor jeg låser den op. Patienten ligger i sengen og sover og reagerer ikke umiddelbart på vores tilstedeværelse. Døren lukkes igen til stuen og låsen smækker. Kort efter hiver patienten hårdt i døren inde fra stuen. Kollegaen og jeg skynder os derhen. Patienten låser sin dør op og kommer med en blyant i hånden, og hun kommer meget tæt på mig. Hun siger truende, at hvis vi kigger ind til hende igen, så stikker hun blyanten i maven på mig. Siger efterfølgende i et meget bestemt og truende tonefald: "Og jeg mener det".

At den voldelige og/eller truende hændelse sker umotiveret – altså uden nogen åbenlys grund – er det næstehyppigste situation, som er relateret til en voldelig eller truende hændelse. Et eksempel på dette er følgende (anonymiseret tekst fra anmeldelsen):

Jeg har været kontaktperson for patienten igennem dagen, hvor patienten har været stabil og været venlig og omgængelig i kontakten uden at være vredladet eller truende verbalt eller fysisk.

Jeg opsøger patienten på stuen, hvor jeg banker på. Jeg åbner døren, da patienten ikke svarer. Hun står bag ved døren og springer frem. Jeg spørger, hvad hun laver der og hun svarer "Jeg skal være klar til at knække nakken på dig". Hun springer om bag ved mig og tager fat i mit hoved med begge hænder og siger "Sådan her skal jeg gøre" og da trækker jeg mig tilbage og fjerner hendes hænder. Hun tilføjer "Havde man været rigtig dum var man gået længere ind i rummet, så havde du ikke opdaget mig før jeg havde fat i dit hoved".

Fysisk tilbageholdelse er den tredjehyppigste situation, som fører til en voldelig eller truende hændelse. 13,1 % af hændelserne omhandler dette. Et eksempel på dette er følgende (anonymiseret tekst fra anmeldelsen):

Patienten er meget latent og går frem og tilbage inde i skærmet afsnit. Hun truer pludselig min kollega til at udlevere hendes nøglekort. Det vil min kollega ikke og patienten begynder at gå helt op i ansigtet på min kollega. Derefter tager jeg fat i skulderen på patienten og vil trække hende væk. Det ender med vi begge – min kollega og jeg - har fat i en arm og min kollega trykker alarm. En masse kollegaer kommer til og hjælper. Jeg har stadig fat i en arm og vi får patienten ned på gulvet, hvor patienten bider mig i hånden. Der ses et tydelig aftryk af patientens tænder, dog bider hun ikke helt til, så der kommer ikke hul i huden.

Når personalet stiller krav, medicinering og når patienten bliver fikseret er andre situationer som hyppigt er relateret til en voldelig eller truende situation. Disse udgør cirka 13 % af alle hændelserne.

Fordeling af registrerede hændelser i grupper

Årsag	Antal hændelser %-		Heraf kvinder %-		Heraf mænd %-	
Usammenarbejdsvillig	32	4,3%	24	75,0%	5	15,6%
Medicinering	69	9,2%	53	76,8%	13	18,8%
Patient er sur, utilfreds, vred, opkørt, psykotisk	140	18,7%	66	47,1%	21	15,0%
Påvirket patient	14	1,9%	12	85,7%	1	7,1%
Personale stiller krav	101	13,5%	76	75,2%	15	14,9%
Afslag fra personale	60	8,0%	48	80,0%	9	15,0%
Fysisk tilbageholdelse	103	13,7%	79	76,7%	22	21,4%
Patienten er eller bliver fikseret	98	13,1%	68	69,4%	22	22,4%
Umotiveret	108	14,4%	65	60,2%	17	15,7%
Ukategoriseret	8	1,1%	7	87,5%	1	12,5%

Påvirket af arbejdsmiljø	17	2,3%	11	64,7%	4	23,5%
Total	750	100,0%	509	67,9%	130	17,3%

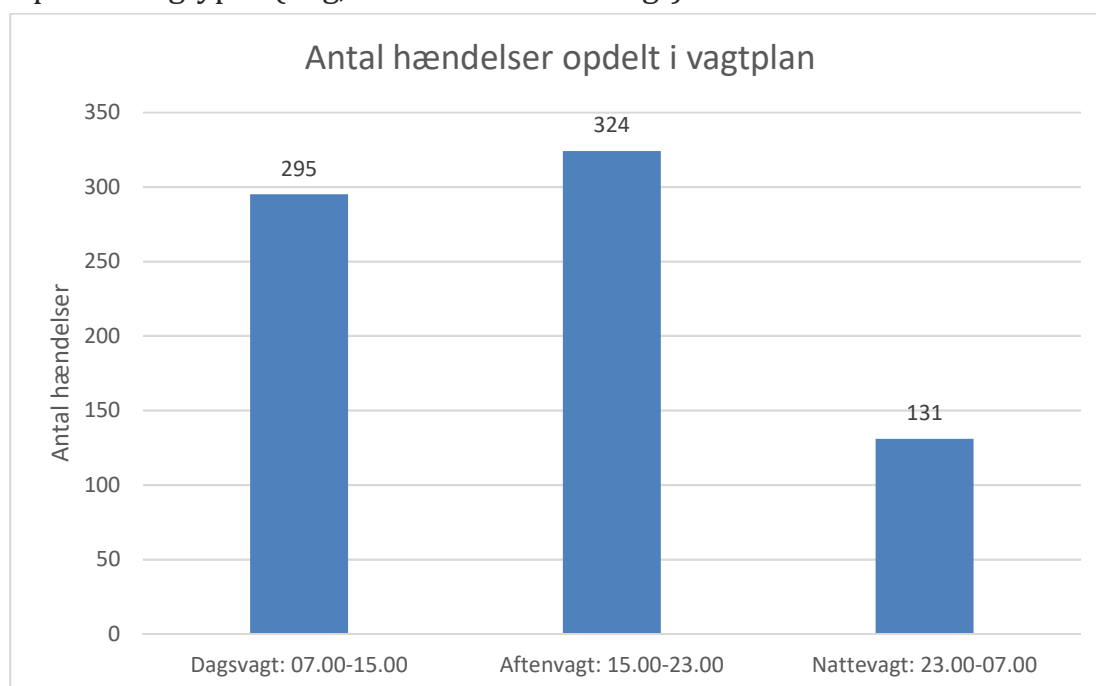
Tabel 1. Oversigt over anmeldte hændelser opdelt i kategorier angivet samlet og fordelt på køn i forhold til anmeldelse.

Som det fremgår tabel 1, anmeldes lang de fleste hændelser af kvindeligt personale – 67 % af anmeldelserne anmeldes af kvinder, men mænd anmelder 17 %. Der mangler oplysninger om køn i cirka 15 % af anmeldelserne.

Den store andel af kvinder, som anmelder, skyldes sandsynligvis, ikke at kvindeligt personale er mere udsat for vold og trusler end mandligt personale. Det skyldes sikkert, at der er flest kvinder ansat på arbejdspladserne. Vi har ikke kendskab til det samlede antal mænd og kvinder ansat i psykiatrien i Region Syddanmark, så vi kan ikke vurdere, hvilket køn, der anmelder mest vold og trusler.

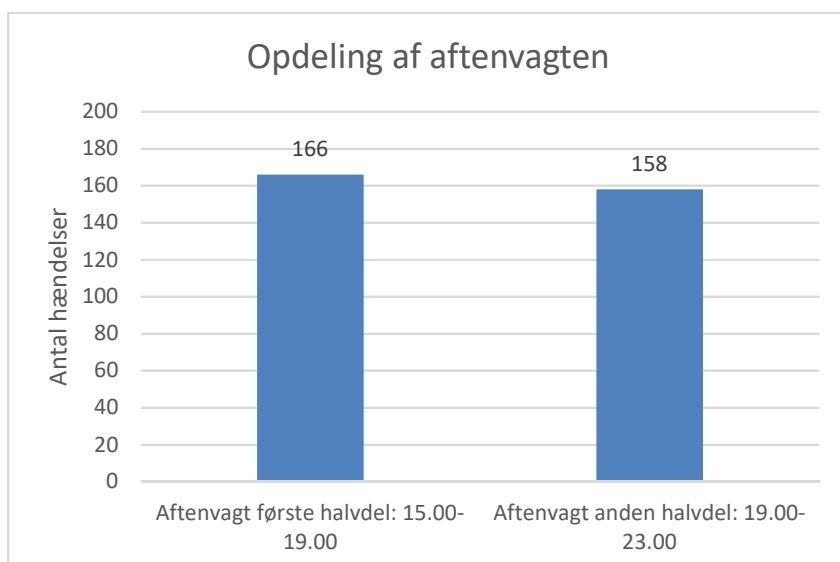
På hvilket tidspunkt af døgnet sker hændelserne?

Opdelt i vagttypen (dag, - aften eller nattevagt)



Figur 2. Antal hændelser opgjort på vagt tidspunkt.

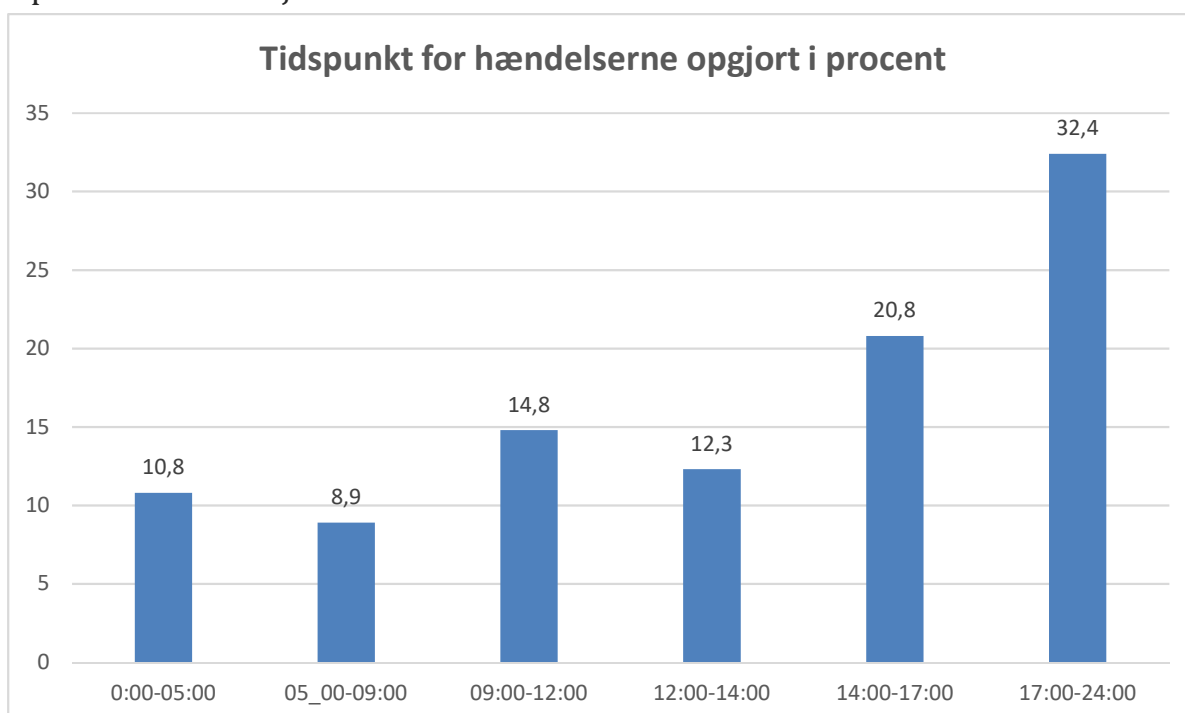
Som det fremgår af figur 2 så finder de fleste voldelige hændelser sted i aftenvagten.



Figur 3: Hændelser i aftenvagten opdelt i to tidspunkter

Som det fremgår af figur 3, så finder lidt flere hændelser sted i aftenvagten i tidsrummet mellem 19-23 sammenlignet med tidsrummet 15-19.

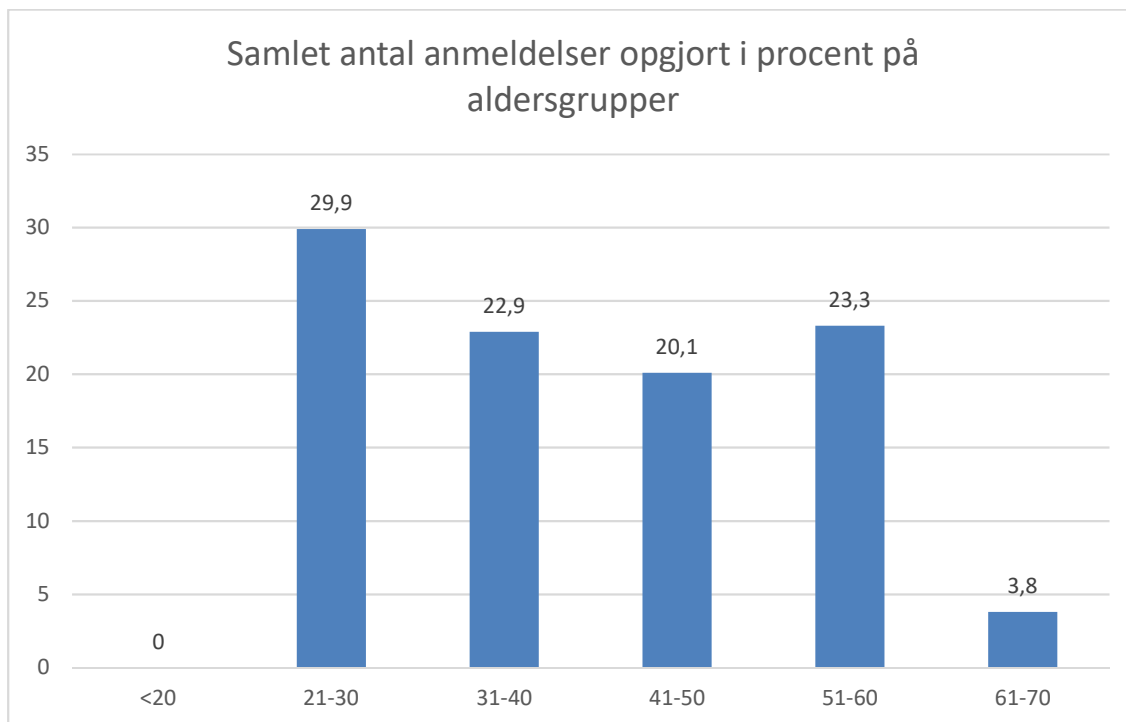
Opdelt i flere detaljer



Figur 4: Oversigt over tidspunkt på døgnet, hvor de truende og voldelige hændelser finder sted opgjort i procenter

Som det kan ses af figur 4, finder langt de fleste hændelser sted om eftermiddagen og aftenen. Samlet finder 65,5 % af hændelserne sted i tidsrummet fra 12:00-0:00. Mange hændelser finder sted sidst på eftermiddagen og ud på aftenen. 32,4 % af hændelserne finder sted i tidsrummet mellem klokken 17:00-24:00.

Anmeldelse og alder



Figur 5. Samlet antal anmeldelser opgjort i procent på aldersgrupper.

Som det fremgår af figur 5, anmelder aldersgruppen 21-30 år omkring 30 % af anmeldelserne. Aldersgruppen 51-60 år anmelder 23,3 % af alle anmeldelserne. Der er ingen under 20 år, som har anmeldt en hændelse. At yngre oftere end ældre og mere erfarne medarbejdere udsættes for vold og trusler er fundet i andre undersøgelser[15]. Det er dog uklart, om den aldersgruppe også talmæssigt er den største gruppe, og derfor hyppigst står for anmeldelserne.

Behov for professionel hjælp efter hændelse

Hændelser hvor skadeslidte anvender/besøger professionel hjælp			
Herunder er alle hændelser søgt igennem indeholdende følgende ord	Antal hændelser	% -vis af af alle hændelser, hvor skadeslidte	% -vis af alle registrerede
Skadestue	67	25,2%	8,9%
Akutmodtagelse	38	14,3%	5,1%
FAM	44	16,5%	5,9%
Fysioterapeut	39	14,7%	5,2%
Psykolog	78	29,3%	10,4%
Total	266	100,0%	35,5%

Tabel 2. Oversigt over hvor mange, som har brug for professionel hjælp og hvilken type efter en voldelig eller truende hændelse. Opgjort i absolutte tal, opgjort i procent af de absolutte tal og opgjort i procent af det samlede antal anmeldelser (FAM = Fælles Akutmodtagelse).

Som det også fremgår af tabel 2, er der behov for professionel hjælp i 35% af alle anmeldelserne. Det fremgår ligeledes, at den mest udbredte hjælp, som der er brug for efter en voldelig og truende hændelse, er henvendelse til skadestue/akut modtagelse og psykologhjælp. Skadestue/akut modtagelse udgør 55 % af nødvendig hjælp efter trusler og vold. Næsten 30 % af al professionel hjælp drejer sig om efterfølgende psykologhjælp.

Hvor foregik de anmeldte hændelser

Hændelser opdelt efter hvor hændelsen foregik		
	Antal hændelser	% -vis af alle hændel.
Opvågningsstue	1	0,1%
Trapper, udendørs	1	0,1%
Operationsstue	2	0,3%
Medicinrum	2	0,3%
Køkken	4	0,5%
Aktivitetsrum	5	0,7%
Toilet/bad	5	0,7%
Ambulatorium	5	0,7%
Bolig - borgers private bolig	6	0,8%
Offentlig vej	6	0,8%
Udendørsarealer	12	1,6%
Personalerum	13	1,7%
Andet eller ikke oplyst	22	2,9%
Kontor	23	3,1%
Akutmodtagelse	24	3,2%
Opholdsrum	70	9,3%
Gangarealer, indendørs	214	28,5%
Sengestue	335	44,7%
Total	750	100,0%

Tabel 3. Opgørelse over hvor de anmeldte hændelser fandt sted.

Som det fremgår af tabel 3, så foregår langt de fleste hændelser på sengestuen – nemlig næsten 45 % af hændelserne. Omkring 28 % foregår på indendørs gangarealer. Meget få hændelser sker i opholdsstuen eller kontor.

Fordeling af stillinger på anmeldelserne

Fordeling over skadeslidtes stilling		
	Antal hændelser	%-vis fordeling
Teknisk personale	0	0,0%
HK-personale	0	0,0%
Lægesekretær	1	0,1%
Klinisk AC'er	1	0,1%
Administrativ chef	1	0,1%
Fysioterapeut	4	0,5%
Ergoterapeut	5	0,7%
Elever	5	0,7%
Læge	14	1,9%
Studerende	14	1,9%
Andet sundhedspersonale	20	2,7%
Pædagogisk personale	21	2,8%
SOSU	136	18,1%
Sygeplejerske	190	25,3%
Ikke oplyst	338	45,1%
Total	750	100,0%

Tabel 4. Oversigt over anmeldelserne fordelt på stillinger.

Som det fremgår af tabel 4, så er stillingskategorien ikke oplyst i 45 % af tilfældene. Men ellers er det de to store faggrupper sygeplejersker (25%) og Social- og Sundhedsassistenter (18%), som hyppigst anmelder volds og trusselshændelser. Der er et meget stort spring ned til de næste faggrupper.

Politianmeldelse

	Politianmeldt : JA	%-vis anmeldte
Alle hændelser	134	18,0%
Usammenarbejdsvillig	3	9,4%
Medicinering	9	13,0%
Patient er sur, utilfreds, vred, opkørt, psykotisk	30	21,4%
Påvirket patient	1	7,1%
Personale stiller krav	21	20,8%
Afslag fra personale	7	11,7%
Fysisk tilbageholdelse	17	16,5%
Patienten er eller bliver fikseret	17	17,3%
Umotiveret	26	24,1%
Ukategoriseret	0	0,0%
Påvirket af miljøet	2	11,8%

Tabel 5: Oversigt over antal hændelse som anmeldes til politiet.

Som det kan ses af tabel 5 blev 18% af anmeldelser om vold og trusler på arbejdet anmeldt til politiet. Flest i kategorien "umotiveret" og kategorien "patienten er vred, opkørt og psykotisk". Næsten 81 % af skadesanmeldelserne om volds og trusler anmeldes ikke til politiet.

Opsamling på registerresultater

I analyserne indgår alle anmeldelser af arbejdsulykker på de psykiatriske afdelinger i Region Syddanmark i 2017. Der indgår 750 hændelser, som omhandler vold og trusler.

Analyser viser, at vold og trusler ofte sker i forbindelse situationer, patienten er følelsesmæssigt opkørt, i situationer, hvor volden opstår uden nogen åbenlys grund og i situationer, hvor personalet må tilbageholde/ stoppe patienten. Mange hændelser sker i aftenvagten – især i tidsrummet mellem 17-24 og de fleste hændelser sker på patienternes sengestue. 35 % af personalet har brug for professionel hjælp efter en volds- og trusselshændelse, og psykologhjælp er den oftest anvendte brug af professionel hjælp.

Social støtte efter volds- og trusselshændelser og risiko for PTSD, depression og undgåelsesadfærd

Til besvarelse af ovenstående anvendes spørgeskemadata indsamlet i perioden 2012-2016.

398 medarbejdere udfyldte spørgeskemaet ved T1, 291 medarbejdere ved T2, 219 medarbejdere ved T3 og 202 medarbejdere ved T4. I alt udfyldte 138 medarbejdere spørgeskemaet alle fire gange.

T1= inden for den første måned efter anmeldelsen

T2= 3 måneder efter anmeldelsen

T3= 6 måneder efter anmeldelsen

T4= 12 måneder efter anmeldelsen

Anvendte spørgeskemaer

PTSD

Til at måle PTSD-symptomer anvendte vi et spørgeskemaet kaldet "Impact of Events-R". [16].

Spørgeskemaet består af 22 spørgsmål, som dækker tre områder: Hyperarousal (søvnbesvær, øget årvågenhed etc), undgåelsesadfærd (undgår hvad der minder om hændelsen – i adfærd og tanker) og invasion (tanker og erindringer overstrømmer bevidstheden). Spørgeskemaet kan ikke anvendes til at stille en PTSD-diagnose, men indfanger de vigtigste symptomer på PTSD.

Til at måle PTSD-diagnosen ved 3, 6 og 12 måneder blev den danske version af Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) benyttet (Mollica et al., 1992; Bach, 2003). Den måler PTSD på 17 spørgsmål. En PTSD diagnose forudsætter ifølge DSM-IV mindst tre undgåelsessymptomer, to vagtsomhedssymptomer og et invaderende symptom. Svarene blev scoret på en 1-4 Likert skala (1 = overhovedet ikke, 4 = hele tiden). Kun scorer over 3 betyder, at man har et symptom. Totalscoren blev kodet om til en binær variabel hvor 1 = PTSD og 0 = ikke PTSD.

Depression

Til at måle depression anvendtes MDI – Major Depression Inventory [17]. Spørgeskemaet består af 10 spørgsmål (med 2 spørgsmål med underkategorier), der måler henholdsvis kerne- og ledsagesymptomerne for depression. I undersøgelsen blev MDI brugt som en sum skala fra 0-50 hvor højere score svarer til højere niveau af depressive symptomer.

Undgåelsesadfærd på arbejdet

Til at måle undgåelsesadfærd på arbejdet anvendte vi en selvudviklet skala med inspiration fra et tidligere studie [18]. Spørgeskemaet består af 8 spørgsmål og afdækker forskellige aspekter af at undgå at være i kontakt med patienterne. Det kan være spørgsmål om hvorvidt medarbejderen opholder sig mere end tidligere på kontoret, bag computeren, kommer for sent på arbejdet, holder længere pauser etc.

Social støtte - generelt

Til at måle den tilgængelige støtte på arbejdspladsen anvendte vi et spørgeskema kaldet Crisis Support Skala [19]. Spørgeskemaet består af 7 spørgsmål, hvoraf de fem spørgsmål omhandler de positive aspekter ved social støtte, et spørgsmål handler om, hvorvidt man har følt sig svigtet af andre og det sidste spørgsmål handler om den generelle tilfredshed med den sociale støtte.

Crisis support skala består af 7 spørgsmål. Der er 7 svarmuligheder på spørgsmålene: "Aldrig" som scores til 1 og "altid" som scores 7. Hvis en respondent svarer mest negativt på alle spørgsmål, så giver den en sumscore på 7 (7 spørgsmål som scores på 1 hver). Hvis en respondent scorer mest positivt på alle spørgsmål, så giver den en sumscore på 49 (7 spørgsmål som scores 7 på hver). Det vil sige, at Crisis Support skalaen går fra 7-49.

På samme måde er omfanget af symptomer på PTSD, depression og undgåelsesadfærd placeret på skalaer fra lav til høj.

Social støtte – fra lederen

Til at måle den sociale støtte fra lederen udviklede vi to spørgsmål til dette projekt. De omhandler hvor godt man synes, ledelsen håndterede voldsepisoden, og hvordan man oplever ledelsens omsorg for ens sikkerhed.

Skalaer

Alle ovennævnte spørgeskemaer omregnes til skalaer. Et eksempel: Crisis support skala består af 7 spørgsmål. Der er 7 svarmuligheder på spørgsmålene: "Aldrig" som scores til 1 og "altid" som scores 7. Hvis en respondent svarer mest negativt på alle spørgsmål, så giver den en sumscore på 7 (7 spørgsmål som scores på 1 hver). Hvis en respondent scorer mest positivt på alle spørgsmål, så giver den en sumscore på 49 (7 spørgsmål som scores 7 på hver). Det vil sige, at Crisis Support skalaen går fra 7-49.

På samme måde er omfanget af symptomer på PTSD, depression og undgåelsesadfærd placeret på skalaer fra lav til høj.

Beskrivelse af deltagere ved T1

Køn	
Mænd	74 (18,6%)
Kvinder	324 (82,4 %)

Tabel 8. Fordeling af køn

Alder
41,5 år (SD 10,9)

Tabel 7. Gennemsnitlig alder med standardafvigelse

Analyserne

Analyserne undersøger har fokus på, hvilken betydning den sociale støtte fra enten arbejdspladsen generelt eller specifikt fra nærmeste leder har rapportering af PTSD-symptomer, depressive symptomer eller symptomer på undgåelsesadfærd, når en medarbejder har været udsat for vold og/eller trusler.

Ændringer opgøres i ratio for ændring i median værdien på skalaer. Medianen er den midterste værdi på en skala. Analyserne undersøger således, om den sociale støtte kan ændre medianværdien på de tre symptom skalaer (PTSD, depression, undgåelsesadfærd).

Analyse del 1

I analyserne tages der højde for manglende besvarelser, køn og alder. Selve den statistiske metode er beskrevet i bilag 1.

Analyserne i del 1 undersøger, om en stigning på et score på Crisis support skala (CSS) og ledelses støtteskalaen ved fx T1, medfører en ændring på rapportering af PTSD-symptomer, depressive symptomer eller symptomer på undgåelsesadfærd ved T1. Samme procedure er gentaget for Crisis support skala (CSS) og ledelses støtteskalaen ved T2, T3 og T4 og symptomer på PTSD, depression og undgåelsesadfærd ved henholdsvis T2, T3 og T4. Ændringen rapporteres som ratio for ændringer medianværdien. En ratio værdi over 1,00 betyder øget risiko for flere symptomer for hvert trin Crisis support skala (CSS) og ledelses støtteskalaen stiger, mens ratio værdi under 1,00 betyder mindsket risiko for symptomer for hvert trin Crisis support skala (CSS) og ledelses støtteskalaen stiger.

Analyse del 2

I denne del analyserne ser vi på, hvordan den sociale støtte på arbejdspladsen (CSS) og støtte fra ledelsen ved T1 påvirker rapportering af symptomer på PTSD, depressive symptomer og undgåelsesadfærd ved T2 og T3. Ændringen rapporteres som ratio for ændringer medianværdien. En ratio værdi over 1,00 betyder øget risiko for flere symptomer for hvert trin Crisis support skala (CSS) og ledelses støtteskalaen stiger, mens ratio værdi under 1,00 betyder mindsket risiko for symptomer for hvert trin Crisis support skala (CSS) og ledelses støtteskalaen stiger.

Med andre ord, så undersøger vi, hvordan alene den umiddelbare sociale støtte påvirker den senere rapportering af symptomer på PTSD, depressive og undgåelsesadfærd.

Resultater del 1

Social støtte fra arbejdspladsen og risiko for PTSD symptomer.

Ændring i PTSD score for hvert trin ændring social støtte (CSS) på arbejdspladsen			
Tid	Ratio for median (95% CI)	Ændring i % af PTSD symptomer ved et trin øgning i støtte	p-værdi
T1	1,01 (1.00-1.01)	+0.76%	0,002
T2	0.99 (0.98-0.99)	-1.18%	<10 ⁻³
T3	0.99 (0.98-1.01)	-0.67%	0,109
T4	0.99 (0.98-0.99)	-1.33%	<10 ⁻³
Ændring fra T1 til T4	0.98 (0.97-0.98)	-2.07%	<10 ⁻⁴
Effekt af ændring T1-T4	0.99 (0.98-0.99)	-1.39%	<10 ⁻⁴

Tabel 8. Tabellen viser, hvor ratio for ændring medianværdien i PTSD sum score ved T1, T2, T3, og T4 for hver trin den social støtte stiger ved T1. Analysen er justeret for køn og alder. Der indgår 291 personer i analysen.

Det fremgår af tabel 8 at hvis den sociale støtte (CSS) stiger et trin ved T1, så stiger ratio for ændring på medianværdien for PTSD symptomer ved T1 med 0,67 %. Hvis den sociale støtte (CSS) stiger et trin ved T2, så falder ratio for ændring af medianværdien for PTSD symptomer ved T2 med 1,18 % og på tilsvarende vis for den sociale støtte (CSS) og PTSD symptomer ved T3 og T4. Dog er resultatet for associationen for social støtte fra arbejdspladsen og PTSD symptomer ved T3 forbundet med usikkerhed, da resultatet ikke er statistisk signifikant.

Effekten ved at øge støtte fra T1 til T4 er at ratio for ændringen for medianværdien for PTSD symptomer falder med 1,39% hver gang støtten øges med et trin over et år.

Tolkning af resultat

Med andre ord, når CSS stiger, så sker der fald i PTSD symptomer.

Når øget social støtte ved T1 giver en lille øgning i PTSD symptomer, kan det skyldes at støtte og PTSD symptomer er målt på samme tidspunkt og at øget støtte giver opmærksomhed på PTSD symptomer, men på sigt giver øget social støtte færre PTSD symptomer.

Den sociale støtte på arbejdspladsen skal derfor tilstræbes at være så høj som muligt hele tiden. Det skal derfor tilstræbes at udvikle en kultur og en procedure for at kollegaer og ledere er opmærksom på at spørge ind til medarbejder, der har været udsat for vold og trusler og give plads til at dele tanker og følelser med den ramte – både på kort sigt og på længere sigt.

Social støtte fra ledelsen og risiko for PTSD symptomer

Ændring i PTSD score for hvert trin ændring støtte fra ledelsen			
Tid	Ratio for median (95% CI)	Ændring i % af PTSD symptomer ved et trin øgning i støtte	p-værdi
T1	0,98 (0.97-0.99)	-1,6 %	0.003
T2	0,97 (0.96-0.99)	-2,1 %	< 0.001
T3	0,98 (0.97-0.99)	-1,6%	0.005
T4	0,97 (0.96-0.98)	-2,5%	< 0.001
Ændring fra T1 til T4	0,98 (0.97-0.99)	-1 %	0,016
Effekt af ændring T1-T4	0,99 (0.98- 1.01)	-0.99%	0,171

Tabel 9. Tabellen viser, hvor ratio for ændring medianværdien i PTSD score ved T1, T2, T3, og T4 for hver trin ledelsesstøtten stiger et givet tidspunkt. Analysen er justeret for køn og alder. Der indgår 291 personer i analysen.

Det fremgår af tabel 9, at hvis ledelsesstøtten stiger et trin ved T1, så falder ratio for ændringer medianværdien for PTSD symptomer ved T1 med 1,6 %. Hvis ledelsesstøtten stiger et trin ved T2, så falder ratio for ændringer på medianværdien for PTSD symptomer ved T2 med 2,1 % og på tilsvarende vis for ledelsesstøtte og PTSD symptomer ved T3 og T4.

Tolkning af resultat

Med andre ord, når støtten fra lederen stiger, så sker der fald i PTSD symptomer.

Effekten ved at øge støtte fra T1 til T4 er at PTSD symptomer falder med 0,99 % hver gang støtten øges med et trin over et år. Dog er resultatet forbundet med usikkerhed, da resultatet ikke er statistisk signifikant.

Den sociale støtte fra lederen skal derfor tilstræbes at være så høj som muligt hele tiden. Lederen skal derfor være opmærksom på at være dygtigt til at håndtere voldsepisoder og drage omsorg for medarbejdernes sikkerhed både umiddelbart efter en voldelige eller truende hændelse, men også efter 3, 6 og 12 måneder.

Social støtte fra arbejdspladsen og risiko for depressionssymptomer

Ændring i Depressionsscore for hvert trin ændring social støtte (CSS) på arbejdspladsen			
Tid	Ratio for median (95% CI)	Ændring i PTSD symptomer ved et trin øgning i støtte	p-værdi
T1	1,01 (1.01-1.02)	-0,9%	0,001
T2	0,98 (0.98-0.99)	-1,55%	<10 ⁻³
T3	0,99 (0.98-0.99)	-1,43%	0,004
T4	0,99 (0.98-0.99)	-1,28%	<10 ⁻³
Ændring fra T1 til T4	0,97 (0.97-0.98)	-2,24%	<10 ⁻³
Effekt af ændring T1-T4	0,98 (0.98-0.99)	-1.56%	<10 ⁻³

Tabel 10. Tabellen viser, hvor ratio for ændring medianværdien i depressionsscore ved T1, T2, T3, og T4 for hver trin den social støtte på arbejdspladsen stiger med et trin på et givet tidspunkt. Analysen er justeret for køn og alder. 291 personer indgår i analysen.

Det fremgår af tabel 10, at hvis den social støtte (CSS) på arbejdspladsen stiger et trin ved T1, så falder ratio for ændring i medianværdien på depressionssymptomer ved T1 med cirka 0,9 %. Hvis CSS stiger et trin ved T2, så falder ratio for ændring af medianværdien på depressionssymptomer ved T2 med 1.55 % og på tilsvarende vis for den social støtte på arbejdspladsen depressionssymptomer ved T3 og T4.

Effekten ved at øge støtte fra T1 til T4 er at depressive symptomer falder med 1,56% hver gang støtten øges med et trin over et år.

Tolkning af resultat

Med andre ord, når CSS stiger, så sker der fald i depressive symptomer.

Den sociale støtte på arbejdspladsen skal derfor tilstræbes at være så høj som muligt hele tiden. Det skal derfor tilstræbes at udvikle en kultur og en procedure for at kollegaer og ledere er opmærksom på at spørge ind til medarbejder, der har været udsat for vold og trusler og give plads til at dele tanker og følelser med den ramte – både på kort og på længere sigt.

Social støtte fra ledelsen og risiko for depressionssymptomer

Ændring i depressionsscore for hvert trin ændring støtte fra lederen			
Tid	Ratio for median (95% CI)	Ændring i procent i depressionssymptomer ved et trin øgning i støtte	p-værdi
T1	0,98 (0.97-0.99)	-1,89 %	0,002
T2	0,97 (0.96-0.98)	-2,47 %	<10 ⁻³
T3	0,98 (0.97-0.99)	-2,01 %	0,002
T4	0,97 (0.96-0.98)	-2,78 %	<10 ⁻³
Ændring fra T1 til T4	0,99 (0.97- 1.01)	-0,91 %	0,293
Effekt af ændring T1-T4	0,99 (0.97-1.01)	-1,26 %	0,222

Tabel 11. Tabellen viser, hvor ratio for ændring medianværdien i depressionsscore ved T1, T2, T3, og T4 for hver trin ledelsesstøtten stiger et givet tidspunkt. Analysen er justeret for køn og alder.

Det fremgår af tabel 11, at hvis ledelsesstøtten stiger et trin ved T1, så falder ratio for ændring af medianværdien på depressionssymptomer ved T1 med 1,89 %. Hvis ledelsesstøtten stiger et trin ved T2, så falder ratio for ændring af medianværdien på depressionssymptomer ved T2 med 2,47 % og på tilsvarende vis for ledelsesstøtte og depressionssymptomer ved T3 og T4.

Med andre ord, når støtten fra ledelsen stiger, så sker der fald i depressionssymptomer.

Effekten ved at øge støtte fra T1 til T4 er at symptomer falder med 1,26% hver gang støtten øges med et trin. Dog er resultatet forbundet med usikkerhed, da resultatet ikke er statistisk signifikant.

Tolkning af resultat

Den sociale støtte fra ledelsen skal derfor tilstræbes at være så høj som muligt hele tiden. Lederen skal derfor være opmærksom på, at være dygtigt til at håndtere voldsepisoder og drage omsorg for medarbejdernes sikkerhed både umiddelbart efter en voldelige eller truende hændelse, men også efter 3,6 og 12 måneder.

Social støtte fra arbejdspladsen og risiko for undgåelsesadfærd

Ændring i undgåelsesadfærd score for hvert trin ændring social støtte på arbejdspladsen			
Tid	Ratio for median (95% CI)	Ændring i procent i undgåelsesadfærd ved et trin øgning i støtte	p-værdi
T1	1,01 (0.99-1.01)	+0,21 %	0,092
T2	0,99 (0.99-1.01)	-0,24 %	0,22
T3	0,99 (0.99- 1.01)	-0,03 %	0,904
T4	0,99 (0.99-1.01)	-0,23 %	0,245
Ændring fra T1 til T4	0,99 (0.99-1.01)	-0,45 %	0,059
Effekt af ændring T1-T4	0,99 (0.99-1.01)	-0,29 %	0,08

Tabel 12. Tabellen viser, hvor ratio for ændring medianværdien i undgåelsesadfærd ved T1, T2, T3, og T4 for hver trin den social støtte stiger et givet tidspunkt. Analysen er justeret for køn og alder.

Det fremgår af tabel 12, at det ser ud til at hvis den social støtte fra arbejdspladsen (CSS) stiger et trin ved T1, så stiger ratio for ændring af medianværdien på symptomer på undgåelsesadfærd ved T1 med 0,21 %. Hvis CSS stiger et trin ved T2, så falder ratio for ændring af medianværdien på symptomer på undgåelse ved T2 med 0,24 % og på tilsvarende vis for den social støtte og symptomer på undgåelsesadfærd ved T3 og T4.

Effekten ved at øge støtte fra T1 til T4 er at symptomer på undgåelsesadfærd falder med 0,29% hver gang støtten øges med et trin over et år.

Alle resultater i dette afsnit er dog er resultatet forbundet med usikkerhed, da resultatet ikke er statistisk signifikant. Der er således usikkert på om de viste sammenhænge eksisterer.

Tolkning af resultat

Den sociale støtte fra arbejdspladsen har kun begrænset effekt på symptomer på undgåelsesadfærd og den er tillige forbundet med usikkerhed. Men alligevel kan det med forsigtighed anbefales, at udvikle en kultur og en procedure for at kollegaer og ledere er opmærksom på at spørge ind til medarbejder, der har været udsat for vold og trusler og give plads til at dele tanker og følelser med den ramte – både på kort sigt og på længere sigt.

Social støtte fra ledelsen og risiko for undgåelsesadfærd

Ændring i undgåelsesadfærd for hvert trin ændring støtte fra lederen			
Tid	Ratio for median (95% CI)	Ændring i undgåelsesadfærd ved et trin øgning i støtte	p-værdi
T1	1,05 (1.02-1.09)	+5,25 %	0,006
T2	1,04 (0.99-1.09)	+6,14 %	0,085
T3	1,06 (1.01-1.13)	+6,41 %	0,046
T4	1,06 (0.99-1.14)	+6,52 %	0,058
Ændring fra T1 til T4	1,01 (0.94-1.09)	+1,2 %	0,741
Effekt af ændring T1-T4			

Tabel 13. Tabellen viser, hvor ratio for ændring medianværdien i undgåelsesadfærd ved T1, T2, T3, og T4 for hver trin ledelsesstøtten stiger et givet tidspunkt. Analysen er justeret for køn og alder. Der indgår 289 personer i analyserne.

Det fremgår af tabel 13, at det ser ud til, at hvis ledelsesstøtten stiger et trin ved T1, så stiger ratio for ændring af medianværdien på symptomer på undgåelsesadfærd ved T1 med 5,25 %. Hvis ledelsesstøtten stiger et trin ved T2, så stiger ratio for ændring af medianværdien på undgåelsesadfærd ved T2 med 6,14 % og på tilsvarende vis for ledelsesstøtte og symptomer på undgåelsesadfærd ved T3 og T4.

Alle resultater i dette afsnit er dog er resultatet forbundet med usikkerhed, da resultatet ikke er statistisk signifikant. Der er således usikkert på om de viste sammenhænge eksisterer.

Men resultatet skal ses i lyset af, at der er tale om en "gulveffekt". Mange medarbejdere scorer i forvejen meget højt på denne skala, så en generel forbedring for alle er meget vanskeligt. Mange deltagere svarede "aldrig" til alle 8 spørgsmål i skalaen, svarene til undgåelsesadfærd sum score på 8. I analysen indgår derfor kun de, som havde sum score mere end 8 og skalaen blev delt op i to grupper. De, som scorer over 8 på skalaen og de som scorer lavere. I de følgende analyser indgår kun de som scorer over 8 på denne skala.

Ændring i undgåelsesadfærd score for hvert trin ændring støtte fra ledelsen – udvalgt gruppe

Tid	Ratio for median (95% CI)	Ændring i PTSD symptomer ved et trin øgning i støtte	p-værdi
T1	0,99 (0.98-.1.01)	-0,5 %	0,328
T2	0,99 (0.98-1.01)	-0,9 %	0,053
T3	0,99 (0.97- 1.01)	-1,01 %	0,05
T4	0,99 (0.98-1.01)	-0,57 %	0,334
Ændring fra T1 til T4	0,99 (0.98-1.01)	-0,06 %	0,941
Effekt af ændring T1-T4	0,99 (0.98- 1.01)	-0,46 %	0,475

Tabel 14. Tabellen viser, hvor ratio for ændring medianværdien i undgåelsesadfærd ved T1, T2, T3, og T4 for hver trin ledelsesstøtten stiger et givet tidspunkt. Analysen er justeret for køn og alder. Der indgår 189 personer i analyserne.

Det fremgår af tabel 14, at det ser ud til, at hvis ledelsesstøtten stiger et trin ved T1, så falder ratio for ændring af medianværdien for gruppen med mange symptomer på undgåelsesadfærd ved T1 med 0,5 %. Hvis ledelsesstøtten stiger et trin ved T2, så falder ratio for ændring af medianværdien for gruppen med mange symptomer på undgåelsesadfærd ved T2 med 0,9 % og på tilsvarende vis for ledelsesstøtte og symptomer på undgåelsesadfærd ved T3 og T4.

Effekten ved at øge støtte fra T1 til T4 er at symptomer på undgåelsesadfærd falder med 0,46 % hver gang støtten øges med et trin over et år.

Alle resultater i dette afsnit er dog er resultatet forbundet med usikkerhed, da resultatet ikke er statistisk signifikant. Der er således usikkert på om de viste sammenhænge eksisterer.

Tolkning af resultat

Den sociale støtte fra ledelsen skal derfor tilstræbes at være så høj som muligt hele tiden, men resultatet er forbundet med usikkerhed. Men alligevel kan det med forsigtighed anbefales, at lederen skal derfor være opmærksom på, at være dygtigt til at håndtere voldsepisoder og drage omsorg for medarbejdernes sikkerhed både umiddelbart efter en voldelige eller truende hændelse, men også efter 3,6 og 12 måneder i forhold til at mindske undgåelsesadfærd.

Resultater del 2

I denne del analyserne ser vi på, hvordan den sociale støtte på arbejdspladsen (CSS) og støtte fra ledelsen ved T1 påvirker rapportering af symptomer på PTSD, depressive symptomer og undgåelsesadfærd ved T2 og T3. Vi har kun valgt til og med T3, da der er et stort frafald af respondenter efter T3.

Social støtte (CSS) ved T1 betydning for PTSD symptomer ved T2 og T3.

Ændring i PTSD score for hvert trin ændring social støtte (CSS) ved T1			
Tid	Ratio for median (95% CI)	Ændring i PTSD symptomer ved et trin øgning i støtte	p-værdi
T2*	1,01 (0.99-1.01)	+0,024%	0,94
T3**	1,01 (0.99-1.01)	+0,36 %	0,26

Tabel 15 viser, hvor ratio for ændring medianværdien i PTSD symptomer ved T2 og T3 for hver trin den sociale støtte på arbejdspladsen (CSS) stiger et trin ved T1. Analysen er justeret for køn og alder.

* justeret for den sociale støtte ved T2 og PTSD symptomer ved T1

**justeret for den sociale støtte ved T2 og T3 samt PTSD symptomer ved T1 og T2.

Som det kan ses af tabel 15, så ser det ud til, at den sociale støtte alene målt ved T1 har minimal effekt på ratio for ændring af medianværdien for PTSD symptomer ved T2 og T3. Det er minimale ændringer, og de er tillige forbundet med usikkerhed. Vi anbefaler derfor stor forsigtighed med at tillægge resultaterne for stor betydning.

Social støtte fra ledelsen ved T1 betydning for PTSD symptomer ved T2 og T3

Ændring i PTSD score for hvert trin ændring social støtte fra ledelsen ved T1			
Tid	Ratio for median (95% CI)	Ændring i PTSD symptomer ved et trin øgning i støtte	p-værdi
T2*	0,98 (0.97-1.01)	-1,3 %	0,07
T3**	1,01 (0.98-1.02)	+0,12 %	0,87

Tabel 16 viser, hvor ratio for ændring medianværdien i PTSD symptomer ved T2 og T3 for hver trin den sociale støtte på arbejdspladsen fra lederen stiger et trin ved T1. Analysen er justeret for køn og alder.

* justeret for den sociale støtte ved T2 og PTSD symptomer ved T1

**justeret for den sociale støtte ved T2 og T3 samt PTSD symptomer ved T1 og T2.

Som det kan ses, så ser det ud til, at den sociale støtte fra ledelsen alene målt ved T1 har en effekt på ratio for ændring af medianværdien for PTSD symptomer ved T2, men ikke T3. Det er mindre reduktion af ratio for ændring af PTSD symptomer ved T2 for hver ændring af støtte fra ledelsen ved

T1. Ved T3 er ændringen minimal og resultaterne tillige forbundet med usikkerhed. Vi anbefaler derfor stor forsigtighed med at tillægge resultaterne for stor betydning.

Social støtte (CSS) ved T1 betydning for depressive symptomer ved T2 og T3.

Ændring i depressionsscore for hvert trin ændring social støtte (CSS) ved T1

Tid	Ratio for median (95% CI)	Ændring i depressive symptomer ved et trin øgning i støtte	p-værdi
T2*	0,99 (0.99-1.01)	-1,8 %	0,57
T3**	1,01 (0.99-1.01)	+0,48 %	0,23

Tabel 17 viser, hvor ratio for ændring medianværdien i depressionssymptomer ved T2 og T3 for hver trin den sociale støtte på arbejdspladsen (CSS) stiger et trin ved T1. Analysen er justeret for køn og alder.

* justeret for den sociale støtte ved T2 og PTSD symptomer ved T1

**justeret for den sociale støtte ved T2 og T3 samt PTSD symptomer ved T1 og T2.

Som det kan ses, så ser det ud til, at den sociale støtte (CSS) alene målt ved T1 har effekt på ratio for ændring af medianværdien for depressive symptomer ved T2, men ikke ved T3. Det er reduktion af ratio for ændring af medianværdien for depressive symptomer ved T2 for hver ændring af støtte ved T1. Ved T3 er ændringen minimal og resultaterne tillige forbundet med usikkerhed. Vi anbefaler derfor stor forsigtighed med at tillægge resultaterne for stor betydning.

Social støtte fra ledelsen ved T1 betydning for depressive symptomer ved T2 og T3

Ændring i depressionsscore for hvert trin ændring social støtte fra ledelsen ved T1

Tid	Ratio for median (95% CI)	Ændring i PTSD symptomer ved et trin øgning i støtte	p-værdi
T2*	0,99 (0.98-1.01)	-0,4 %	0,60
T3**	0,99 (0.97-1.01)	-0,55 %	0,53

Tabel 18 viser, hvor ratio for ændring medianværdien i PTSD symptomer ved T2 og T3 for hver trin den sociale støtte på arbejdspladsen fra lederen stiger et trin ved T1. Analysen er justeret for køn og alder.

* justeret for den sociale støtte ved T2 og PTSD symptomer ved T1

**justeret for den sociale støtte ved T2 og T3 samt PTSD symptomer ved T1 og T2.

Som det kan ses, så ser det ud til, at den sociale støtte fra ledelsen alene målt ved T1 har en effekt på ratio for ændring af medianværdien for depressive symptomer ved T2 og T3. Det er mindre reduktion af depressive symptomer ved T2 og T3 for hver ændring af støtte fra ledelsen ved T1. Resultaterne er tillige forbundet med en vis usikkerhed. Vi anbefaler derfor stor forsigtighed med at tillægge resultaterne for stor betydning.

Social støtte (CSS) ved T1 betydning for symptomer på undgåelsesadfærd ved T2 og T3.

Ændring i undgåelsesadfærd for hvert trin ændring social støtte (CSS) ved T1

Tid	Ratio for median (95% CI)	Ændring i depressive symptomer ved et trin øgning i støtte	p-værdi
T2*	1,01 (0.99-1.01)	+0,04 %	0,78
T3**	0,99 (0.99-1.01)	-0,02 %	0,89

Tabel 19 viser, hvor ratio for ændring medianværdien i depressionssymptomer ved T2 og T3 for hver trin den sociale støtte på arbejdspladsen (CSS) stiger et trin ved T1. Analysen er justeret for køn og alder.

* justeret for den sociale støtte ved T2 og PTSD symptomer ved T1

**justeret for den sociale støtte ved T2 og T3 samt PTSD symptomer ved T1 og T2.

Som det kan ses, så har den sociale støtte (CSS) alene målt ved T1 effekt på symptomer på undgåelsesadfærd ved T3, men ikke ved T2. Det er minimal reduktion af depressive symptomer ved T3 for hver ændring af støtte ved T1. Ved T2 og T3 er ændringerne minimale og resultaterne tillige forbundet med usikkerhed. Vi anbefaler derfor stor forsigtighed med at tillægge resultaterne for stor betydning.

Social støtte fra ledelsen ved T1 betydning for symptomer på undgåelsesadfærd ved T2 og T3

Ændring i undgåelsesadfærd for hvert trin ændring social støtte fra ledelsen ved T1

Tid	Ratio for median (95% CI)	Ændring i PTSD symptomer ved et trin øgning i støtte	p-værdi
T2*	0,99 (0.98-1.01)	-0,15 %	0,78
T3**	0,99 (0.97-1.01)	-0,69 %	0,91

Tabel 20 viser, hvor ratio for ændring medianværdien i symptomer på undgåelsesadfærd ved T2 og T3 for hver trin den sociale støtte på arbejdspladsen fra lederen stiger et trin ved T1. Analysen er justeret for køn og alder.

* justeret for den sociale støtte ved T2 og PTSD symptomer ved T1

**justeret for den sociale støtte ved T2 og T3 samt PTSD symptomer ved T1 og T2.

Som det kan ses, så ser det ud til, at den sociale støtte fra ledelsen alene målt ved T1 har en effekt på symptomer på undgåelsesadfærd T2 og T3. Det er mindre reduktion af symptomer på undgåelsesadfærd ved T2 og T3 for hver ændring af støtte fra ledelsen ved T1. Resultaterne er forbundet med en vis usikkerhed. Vi anbefaler derfor stor forsigtighed med at tillægge resultaterne for stor betydning.

Opsamling på spørgeskemaresultater

Analyserne har undersøgt, hvilken betydning den sociale støtte fra enten arbejdspladsen generelt (crisis social support) eller specifikt fra nærmeste leder over tid har på rapportering af PTSD symptomer, depressive symptomer eller symptomer på undgåelsesadfærd, når en medarbejder har været udsat for vold og/eller trusler.

Vi fandt overordnet, at jo mere social støtte fra arbejdspladsen generelt (crisis support scale) eller specifikt fra nærmeste leder, jo mindre risiko for rapportering af PTSD symptomer, depressive symptomer eller symptomer på undgåelsesadfærd.

Det var især gældende for rapportering af PTSD symptomer og depressive symptomer og især syntes støtten fra den nærmeste leder over tid at mindske risikoen for at medarbejderen rapporterer PTSD symptomer og depressive symptomer, når denne har været udsat for vold og/eller trusler.

Der er dog flere resultater, som skal tolkes med varsomhed, da der er usikkerhed om resultaterne.

Vi fandt at den sociale støtte (CSS) og støtten fra ledelsen ved T1 alene havde en beskedne effekt på symptomrapportering ved T2 og T3. Dog havde støtte fra ledelsen ved T1 en mindre effekt på symptomer på depression og undgåelsesadfærd ved T2 og T3. Resultaterne er dog forbundet med en vis usikkerhed. Vi anbefaler derfor stor forsigtighed med at tillægge resultaterne for den sidste del af rapporten for stor betydning.

Videnskabelige artikler

Artikel 1:

Al Ali, S., Pihl-Thingvad, J., & Elklit, A. (2020). Does acute stress disorder predict posttraumatic stress disorder following workplace violence? A prospective study of psychiatric staff. *International archives of occupational and environmental health*, 1-8.

Dette studie undersøger forekomsten af ASD ved 1 måned og PTSD ved 3 måneder. Der undersøges yderligere, hvorvidt ASD kan prædikere PTSD, når man kontrollerer for alder, køn, tidligere traumer og traumets sværhedsgrad, samt social støtte og kollegial støtte som mulige effektmodificerende faktorer.

ASD prævalensen i samplet var 10.8%, mens PTSD prævalensen ved 3 måneder var 8%. Det blev fundet, at ASD var en signifikant prædiktor for PTSD. Lav social støtte, køn (kvinde) og kollegial støtte var også signifikant associeret med PTSD.

Studiet bidrager med viden som kan være nyttig for arbejdspladser i forbindelse med tidlig opsporing inden for den første måned efter vold, og præventive tiltag for at forhindre udviklingen af PTSD.

Artikel 2:

Work-related violence and organizational commitment: Does supervisor support make a difference? Manuscript accepted *International archives of occupational and environmental health*, 1-8.

Dette studier undersøger effekten af umiddelbar ledelsesstøtte organisatorisk engagement (eng. commitment) målt 1, 3, 6 og 12 måneder efter udsættelse for vold og trusler

Det blev fundet, at medarbejdere, der modtog meget høje niveauer af social støtte fra nærmeste leder umiddelbart efter at have været udsat for arbejdsrelateret vold eller trusler, havde et signifikant højere niveau af organisatorisk engagement på tværs af alle 4 tidspunkter sammenlignet med gruppen, der oplevede mellem / lav støtte fra nærmeste leder. Derudover rapporterede medarbejdere, der modtog meget høje niveauer af støtte fra lederen, signifikant højere engagement sammenlignet med gruppen med høje niveauer af støtte fra lederen efter 1 og 3 måneder.

Konklusion på dette studie er, at arbejdspladser bør forbedre tilgængeligheden af støtte fra ledelsen til medarbejdere, der oplever arbejdsrelateret vold og trusler. Uddannelse af lederne til at være meget opmærksomme over for medarbejdere, der udsættes for arbejdsrelateret vold, kan være af afgørende betydning for medarbejdernes sundhed og såvel engagement.

Artikel 3:

Andersen, L. P., Elklit, A., & Pihl-Thingvad (2021). Repeated social support following work-related violence and threats and risk depressive symptoms: A one-year follow-up study.

Manuscript under review

Dette studie undersøger om social støtte den første måned havde betydning for depressive symptomer tre måneder efter en hændelse med vold og trusler i arbejdet. Studiet undersøgte også om ændring i støtte igennem de første tre måneder efter vold, havde betydning for niveauet af depressive symptomer hos de ansatte i perioden fra 1-3 måneder efter en voldshændelse.

Studiet fandt at jo mere støtte de ansatte modtog efter vold og trusler i den første måned, jo lavere var niveauet af depressionssymptomer tre måneder senere. Studiet fandt også, at de ansatte som oplevede at støtten blev reduceret over de tre måneder havde det højeste niveau af depressive symptomer i perioden. Yderligere fandt dette studie at de ansatte som oplevede at støtten steg i perioden fra 1 til 3 måneder efter hændelsen, havde det laveste niveau af depressive symptomer i perioden.

Konklusionen på dette studie er, at det er vigtigt at yde støtte lige efter en hændelse med vold og trusler i arbejdet. Ligeledes at det er vigtigt at fastholde denne støtte over flere måneder, hvis man ønsker at forebygge depressive symptomer hos de ansatte der udsættes for vold og trusler.

Artikel 4

Al Ali, S., Pihl-Thingvad, J., & Elklit, A. (2020). The influence of coping and cognitive appraisal in predicting Posttraumatic Stress Disorder: A prospective study on psychiatric staff following workplace violence. Manuscript under review in: *Work*

Dette studiet undersøger forsinket PTSD ved 12 måneder efter vold på arbejdspladsen. Studiet undersøger også de mulige prospektive associationer mellem coping strategier og PTSD, samt kognitive vurderingsstile og PTSD.

Forsinket PTSD var tilstede i 9.8% af samplet. Det blev fundet, at negativ kognitiv vurderingsstil om en selv og en coping strategi af selvbebrejdelse var signifikant forbundet med forsinket PTSD efter at have kontrolleret for alder, køn og social støtte. Lavere social støtte var også signifikant forbundet med PTSD.

Konklusionen på studiet er at inkorporering af fokus på adfærdsmæssige og kognitive faktorer på arbejdspladsen kan hjælpe i forhold til at mindske de negative konsekvenser af vold på arbejdspladsen. Samtidig kan det muligvis hjælpe med tidlig identifikation af ansatte i risiko for PTSD efter at have oplevet vold.

Artikel 5

Al Ali, S., Pihl-Thingvad, J., & Elklit, A. (2020). PTSD trajectories in psychiatric staff following workplace violence, and associated risk factors. Manuscript prepared for submission

Dette studiet undersøger hvorvidt der er forskellige subgrupper i populationen der adskiller sig i PTSD symptomudviklingsbaner over tid. Studiet undersøger også hvorvidt individuelle og organisatoriske risikofaktorer er associeret med medlemskab i de bestemte symptombaner.

Det blev fundet tre separate symptombaner: Gruppe 1 viste signifikant forbedring over tid, Gruppe 2 viste forsinkede PTSD symptomer med forværring over tid og Gruppe 3 viste moderate symptomniveauer der forblev stabile. Det blev fundet, at negativ kognitiv vurderingsstil prædikerede medlemskab i Gruppe 3, mens lavere accept som coping strategi prædikerede medlemskab i Gruppe 2. Lavere social støtte prædikerede medlemskab i Gruppe 3, mens højere social støtte prædikerede medlemskab i Gruppe 2.

Studiet konkluderer med at selv om en høj andel af de ansatte har en naturlig forbedring, er der stadig en andel der får det værre og en andel der ikke får det bedre lige så hurtigt. At identificere individerne i højest risiko for vedvarende PTSD burde være en vigtig opgave og derfor burde fokus og ressourcer bruges på faktorer som kan påvirke forbedringen til de ansatte.

Anbefaling

På baggrund af rapportens resultater anbefaler vi, at afdelingsledelserne er opmærksomme på:

- at vold og trusler ofte sker i situationer, hvor patienterne er opkørte, bliver holdt tilbage, bremsede, eller hvor personalet afslår et ønske fra patienten.
- at de fleste vold- og trusselhændelser finder sted i aftenvagten, hvor der ofte er færre personale på arbejde end i dagvagten.
- at 13 % af personalet efterfølgende har brug for psykologhjælp. Det er vigtigt, at denne hjælp er lettilgængelig.
- at lederen giver støtte til personalet umiddelbart efter en hændelse med vold og trusler – men lige så vigtigt fortsætter med at være støttende fremadrettet gennem de næste mange måneder. Der er vigtigt, at personalet får oplevelsen af, at ledelsen har fokus på personalets sikkerhed, og at den voldelige hændelse bliver behandlet professionelt.
- betydningen af, at der er støttende kollegaer på arbejdspladsen efter en hændelse med vold og trusler. Det er vigtigt, at den ramte får oplevelse af sympati og omsorg fra kollegaer og ledelse. Det vil sige, at kollegaer og ledelsen umiddelbart efter hændelsen stiller sig til rådighed for den ramte, så denne kan dele tanker og følelser, at de er villige til at lytte til den ramte – det kan både være formelt eller uformelt -og at de eventuelt hjælper den ramte med praktiske ting. Det er vigtigt umiddelbart efter hændelsen, men også fremadrettet gennem de næste mange måneder
- at 8,5 % en måned efter overfaldet har symptomer svarende til akut stress.
- at ved 3, 6 og 12 måneder ses en forøget risiko for PTSD på henholdsvis 8%, 6% og 9%.
- at akut stress og manglende social støtte fra både kollegaer og ledelse kan øge risikoen for senere PTSD.

Referencer

1. Peter, L., *Arbejde og Helbred 2018*. 2019, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø: København.
2. Lanctôt, N. and S. Guay, *The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences*. *Aggression and Violent Behavior*, 2014. **19**(5): p. 492-501.
3. Nyberg, A., et al., *Workplace violence and health in human service industries: a systematic review of prospective and longitudinal studies*. *Occupational and Environmental Medicine*, 2020.
4. Rudkjoebing, L.A., et al., *Work-related exposure to violence or threats and risk of mental disorders and symptoms: a systematic review and meta-analysis*. *Scandinavian journal of work, environment and health*, 2020.
5. Madsen, I.E.H., et al., *Work-related Violence and Incident Use of Psychotropics*. *American Journal of Epidemiology*, 2011. **174**(12): p. 1354-1362.
6. Xu, T., et al., *Workplace bullying and workplace violence as risk factors for cardiovascular disease: a multi-cohort study*. *European heart journal*, 2019. **40**(14): p. 1124-1134.
7. Xu, T., et al., *Workplace bullying and violence as risk factors for type 2 diabetes: a multicohort study and meta-analysis*. *Diabetologia*, 2018. **61**(1): p. 75-83.
8. Friis, K., F.B. Larsen, and M. Lasgaard, *Physical Violence at Work Predicts Health-Related Absence From the Labor Market: A 10-Year Population-Based Follow-Up Study*. *Psychology of Violence*, 2017. **8**(4): p. 484-494.
9. Biering, K., et al., *Do frequent exposures to threats and violence at work affect later workforce participation?* *International archives of occupational and environmental health*, 2018: p. 1-9.
10. Kelly, E.L., et al., *Sources of social support after patient assault as related to staff well-being*. *Journal of interpersonal violence*, 2017: p. 0886260517738779.
11. Azar, M., et al., *Does administrative support negate the consequences of nurse abuse?* *Journal of nursing management*, 2016. **24**(1): p. E32-E43.
12. Courcy, F., A.J. Morin, and I. Madore, *The effects of exposure to psychological violence in the workplace on commitment and turnover intentions: The moderating role of social support and role stressors*. *Journal of interpersonal violence*, 2019. **34**(19): p. 4162-4190.
13. Leather, P., et al., *Exposure to occupational violence and the buffering effects of intra-organizational support*. *Work & Stress*, 1998. **12**(2): p. 161-178.
14. Schat, A.C.H. and E.K. Kelloway, *Reducing the adverse consequences of workplace aggression and violence: The buffering effects of organizational support*. *Journal of occupational health psychology*, 2003. **8**(2): p. 110-122.
15. Lawoko, S., J.J.F. Soares, and P. Nolan, *Violence towards psychiatric staff: A comparison of gender, job and environmental characteristics in England and Sweden*. *Work & Stress*, 2004. **18**(1): p. 39-55.
16. Weiss, D.S. and C.R. Marmar, *The Impact of Event Scale—Revised*. 1997, Guilford Press, New York, NY: New York, NY, US. p. 399-411.
17. Bech, P., et al., *The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the index of diagnostic validity*. *Journal of affective disorders*, 2001. **66**(2-3): p. 159-164.
18. Barling, J., A.G. Rogers, and E.K. Kelloway, *Behind closed doors: In-home workers' experience of sexual harassment and workplace violence*. *Journal of occupational health psychology*, 2001. **6**(3): p. 255-269.
19. Joseph, S., et al., *Crisis support and psychiatric symptomatology in adult survivors of the Jupiter cruise ship disaster*. *British Journal of Clinical Psychology*, 1992. **31**(1): p. 63-73.
20. Arbejdstilsynet. *AT-vejledning om arbejdsrelateret fysisk og psykisk vold*. 2020.
21. Arbejdsmiljø, D.N.F.f. *Arbejde og Helbred i Danmark*. 2018 [cited 2018].

22. Rasmussen, C.A., A. Hogh, and L.P. Andersen, *Threats and Physical Violence in the Workplace: A Comparative Study of Four Areas of Human Service Work*. Journal of Interpersonal Violence, 2013. **28**(13): p. 2749-2769.
23. Arnetz, J.E., et al., *Understanding patient-to-worker violence in hospitals: a qualitative analysis of documented incident reports*. Journal of advanced nursing, 2015. **71**(2): p. 338-348.
24. Whittington, R. and P. Patterson, *Verbal and non-verbal behaviour immediately prior to aggression by mentally disordered people: enhancing the assessment of risk*. Journal of psychiatric and mental health nursing, 1996. **3**(1): p. 47-54.
25. Lanza, M.L., et al., *Environmental Characteristics Related to Patient Assault*. Issues in Mental Health Nursing, 1994. **15**(3): p. 319-335.
26. Andersen, L.P., et al., *Work-related threats and violence and post-traumatic symptoms in four high-risk occupations: short-and long-term symptoms*. International archives of occupational and environmental health, 2019. **92**(2): p. 195-208.
27. Andersen, L.P.S., et al., *Depressive symptoms following work-related violence and threats and the modifying effect of organizational justice, social support, and safety perceptions*. Journal of Interpersonal Violence, 2019: p. 0886260519831386.

Bilag 1

Analyserne

The sum of the scores were calculated for PTSD, MDI, LP, CSS and Ledelse for each participant. The sum-score was set at missing if the participant did not answer more than 50% of the questions.

A mixed regression model was used to analyze the sum scores PTSD and MDI with Time instant, CSS sum score (or Ledelse sum score) and their interaction term as fixed effects. Using participants' ID as random effect in the model takes the repeated measurements over time instants into account.

Although there appeared to be ceiling effect, the model assumptions were fulfilled when PTSD and MDI were analyzed after their log-transformation. Therefore, the effect at time instants were reported as medians. The slopes (per unit change) and other comparisons were reported as ratio of medians (change by factor) or relative differences.

A simple regression model was used to see the association between the outcomes log of PTSD (or log of MDI) sum scores at time instant-4 and the change in the CSS (or Ledelse) sum score from time instant 1 to 4.

The development of CSS sum score and Ledelse sum score were also analyzed using a multiple regression model with Time instant as the covariate.

All the analysis were performed with and without adjusting for the age and sex.

To see the effect of CSS at instant-1 on the outcome PTSD sum score (also MDI and undgåelse sum score) at time instant T2, a multiple linear regression was used with CSS at instant-1 and instant-2, (log of) PTSD sum score at instant-1 as explanatory variables, along with the Age and Sex.

The effect of CSS at instant-1 on the outcome PTSD sum score (also MDI and undgåelse sum score) at time instant T3 was analyzed using a multiple linear regression with CSS at instant-1, instant-2 and instant-3, (log of) PTSD sum score at instant-1 and instant-2 as explanatory variables, along with the Age and Sex.

Bilag 2

Baggrund

Arbejdstilsynet definerer arbejdsrelateret vold som hændelser, hvor "*borgere udsætter medarbejdere for angreb mod legemet, fremsætter trusler mod medarbejdere eller udøver anden krænkende adfærd, herunder chikane, over for medarbejdere*" [20]. Arbejdsrelateret vold og/eller trusler kan således både have fysisk og psykisk karakter og indebære forskellige former for negative handlinger mod medarbejdere.

Hyppighed af vold og trusler på arbejdet

I Danmark har det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø i undersøgelsen Arbejdsmiljø og Helbred 2018 [21] fundet, at især specialpædagoger, politi- og fængselsbetjente, social- og sundhedsassistenter, pædagoger og sygeplejersker er udsat for vold og trusler på deres arbejde [21]. En større dansk undersøgelse fandt, at 83 % af personalet på 35 psykiatriske arbejdspladser rapporterede at have været udsat for trusler i det seneste år, mens 62 % rapporterede at have været udsat for vold gennem det seneste år. I denne undersøgelse indgik 17 psykiatriske afdelinger fra Region Syddanmark [22].

Karakteristika ved en voldelig hændelse

Adskillige studier har identificeret særlige risikable situationer for vold og trusler på arbejdet. Fx har et studie vist, at vold ofte opstod i situationer med overflytninger af patienter fra en afdeling til en anden afdeling, ved tvangsforanstaltninger eller ved et fysisk indgreb for at bremse og/eller beskytte andre patienter eller personale [23]. Andre studier har vist, at vold og trusler ofte opstår, når personalet sætter grænser for patienterne, stiller krav til patienterne eller når personalet gjorde noget mod patienternes ønske (for eksempel fysisk berøring af patienter eller personlig pleje [24, 25]).

Helbredsmæssige konsekvenser af vold og trusler

At blive udsat for vold og trusler på arbejdet øger risikoen for mentale helbredsproblemer. Det har flere nylige udenlandske reviews fundet [2-4]. En dansk undersøgelse, hvor der indgår ansatte fra psykiatriske arbejdspladser i Region Syddanmark, har fundet, at risikoen for at udvikle depressive symptomer, symptomer på PTSD og sygefravær er større for de medarbejdere, der har været udsat for vold eller trusler på arbejdet sammenlignet med de som ikke har været udsat for vold og trusler [9, 26, 27].

Bilag 3

Ekstra tabeller

Tidspunkt/hændelser	Tidspunkt for hændelse						Total
	Tidspunkter opdelt i grupper for tider på døgnet						
	Nat: 00:00 - 05:00	Morgen: 05:00 - 09:00	Formiddag: 09:00 - 12:00	Middag: 12:00 - 14:00	Eftermiddag: 14:00 - 17:00	Aften: 17:00 - 00:00	
Antal hændelser	81	67	111	92	156	243	750
%-vis fordeling	10,8%	8,9%	14,8%	12,3%	20,8%	32,4%	100,0%
Usammenarbejdsvillig	2	3	7	2	6	12	32
%-vis fordeling	6,3%	9,4%	21,9%	6,3%	18,8%	37,5%	
Medicinering	12	0	17	5	13	22	69
%-vis fordeling	17,4%	0,0%	24,6%	7,2%	18,8%	31,9%	
Patient er sur, utilfreds, vred, opkørt, psykotisk	15	13	25	19	33	35	140
%-vis fordeling	10,7%	9,3%	17,9%	13,6%	23,6%	25,0%	
Påvirket patient	0	0	2	7	4	1	14
%-vis fordeling	0,0%	0,0%	14,3%	50,0%	28,6%	7,1%	
Personale stiller krav	16	9	13	15	15	33	101
%-vis fordeling	15,8%	8,9%	12,9%	14,9%	14,9%	32,7%	
Afslag fra personale	8	6	9	8	11	18	60
%-vis fordeling	13,3%	10,0%	15,0%	13,3%	18,3%	30,0%	
Fysisk tilbageholdelse	7	12	18	7	17	42	103
%-vis fordeling	6,8%	11,7%	17,5%	6,8%	16,5%	40,8%	
Patienten er eller bliver fikseret	12	14	7	8	16	41	98
%-vis fordeling	12,2%	14,3%	7,1%	8,2%	16,3%	41,8%	
Umotiveret	8	7	16	18	26	33	108
%-vis fordeling	7,4%	6,5%	14,8%	16,7%	24,1%	30,6%	
Ukategoriseret	2	0	0	2	0	4	8
%-vis fordeling	25,0%	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%	50,0%	
Påvirket af arbejdsmiljø	0	1	3	1	5	7	17
%-vis fordeling	0,0%	5,9%	17,6%	5,9%	29,4%	41,2%	

Tabel 2: Procentvis af hændelser fordelt på tidspunkt på døgnet.

Tabel 2 viser en detaljeret opgørelse over antal af hændelser opgjort i kategorier og opgjort på tidspunkt. Det kan bemærkes, at en forholdsvis stor del af hændelser under kategorien "påvirket patient" finder sted i tidsrummet 12:00-14:00 og forholdsvis mange anmeldelser opstået i forbindelse med fysiske tilbageholdelser og fikseringer finder sted om aftenen. Medicinering som medfører en voldelig eller truende situation finder forholdsvis ofte sted om formiddagen.

Registrerede hændelser fordelt på aldersgrupper									
	<20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70	Total	
Antal hændelser	0	223	171	150	174	28	0	746	
%-vis fordeling	0,0%	29,9%	22,9%	20,1%	23,3%	3,8%	0,0%	100,0%	
Usammenarbejdsvillig	0	12	10	4	4	2	0	32	
%-vis fordeling	0,0%	37,5%	31,3%	12,5%	12,5%	6,3%	0,0%	100,0%	
Medicinering	0	21	9	15	17	6	0	68	
%-vis fordeling	0,0%	30,9%	13,2%	22,1%	25,0%	8,8%	0,0%	100,0%	
Patient er sur, utilfreds, vred, opkørt, psykotisk	0	35	34	29	36	4	0	138	
%-vis fordeling	0,0%	25,4%	24,6%	21,0%	26,1%	2,9%	0,0%	100,0%	
Påvirket patient	0	5	2	5	2	0	0	14	
%-vis fordeling	0,0%	35,7%	14,3%	35,7%	14,3%	0,0%	0,0%	100,0%	
Personale stiller krav	0	26	26	23	20	6	0	101	
%-vis fordeling	0,0%	25,7%	25,7%	22,8%	19,8%	5,9%	0,0%	100,0%	
Afslag fra personale	0	24	13	11	10	2	0	60	
%-vis fordeling	0,0%	40,0%	21,7%	18,3%	16,7%	3,3%	0,0%	100,0%	
Fysisk tilbageholdelse	0	34	20	22	23	4	0	103	
%-vis fordeling	0,0%	33,0%	19,4%	21,4%	22,3%	3,9%	0,0%	100,0%	
Patienten er eller bliver fikseret	0	29	25	18	23	3	0	98	
%-vis fordeling	0,0%	29,6%	25,5%	18,4%	23,5%	3,1%	0,0%	100,0%	
Umotiveret	0	37	27	19	24	0	0	107	
%-vis fordeling	0,0%	34,6%	25,2%	17,8%	22,4%	0,0%	0,0%	100,0%	
Ukategoriseret	0	3	0	1	4	0	0	8	
%-vis fordeling	0,0%	37,5%	0,0%	12,5%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
Påvirket af arbejdsmiljø	0	5	1	4	7	0	0	17	
%-vis fordeling	0,0%	29,4%	5,9%	23,5%	41,2%	0,0%	0,0%	100,0%	

Tabel 3. Type af hændelser fordelt på aldersgrupper. Opgjort i absolutte tal og i procent.

Som det kan ses af tabel 3, anmelder aldersgruppen 21-30 år forholdsvis mange hændelser af kategorien "afslag fra personale". Samlet står denne aldersgruppe for cirka 30 % af anmeldelserne, men i denne kategori udgør denne aldersgruppe 40 % af anmeldelserne. Aldersgruppen 41-50 år anmelder forholdsvis mange

hændelser af kategorien "påvirket patient". Samlet står denne aldersgruppe for cirka 20 % af anmelderne, men i denne kategori udgør denne aldersgruppe 35 % af anmeldelserne.