

AFSLUTNINGSRAPPORT

VOLD OG TRUSLER PÅ PSYKIATRISKE AFDELINGER

En undersøgelse af sammenhængen mellem eksponering for vold og trusler og klinisk depression, PTSD og arbejdsevne samt betydningen af social støtte på arbejdspladsen.

Lars Peter Andersen, Dorte Raaby Andersen,
Jesper P. Tingvad & Karin Biering

CHIKANE, TRUSLER OG VOLD PÅ PSYKIATRISKE AFDELINGER

Af Lars Peter Andersen, Dorte Raaby Andersen, Jesper P. Tingvad & Karin Biering

En undersøgelse af sammenhængen mellem eksponering for vold og trusler og klinisk depression, PTSD og arbejdsevne samt betydningen af social støtte på arbejdspladsen.

Institutioner

Arbejds- og miljømedicin,
Dansk Ramazzini Center,
Universitetsklinik, Regionshospitalet Gødstrup,
Hospitalsparken 15, 7400 Herning

Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik,
Odense Universitetshospital
Kløvervænget 3, 5000 Odense C

Udgiver

Arbejds- og miljømedicin, Universitetsklinik,
Regionshospitalet Gødstrup

Projekt afsluttet

30/6 2025

Udgivet

24/10 2025

Finansiel støtte

Arbejds miljøforskningsfonden,

Projektnummer 27-2020-09 20205100742

Bedes citeret

Arbejdsmedicin og miljømedicin – Universitetsklinik
Regionshospitalet Gødstrup
Hospitalsparken 15, 7400 Herning
Tlf 7843 3500

INDHOLD

Resume	5
Formål	5
Læsevejledning	6
Metode	6
Resultater	6
Konklusion	6
English summary	7
Project objectives	7
Reading Guide	8
Method	8
Findings	8
Conclusion	8
Baggrund for undersøgelsen	9
Eksponering	9
Helbredskonsekvenser	9
Social støtte	9
Opsamling	9
Formål	10
Formål og delstudier	10
Metode	11
Spørgeskemaundersøgelsen	11
4 ugers monitorering	11
SCAN interview	11
Kvalitative interview	12
Safety net: Sammenligning af rapporteringer	12
Sammenfatning af de vigtigste resultater	14
Delstudie 1	14
Hyppighed af hændelser, alvorlighed og registrering	14
Delstudie 2	16
Tilpasningsreaktion, PTSD og depression efter vold og betydning af social støtte	16
PTSD	16
Depression	16
Tilpasningsreaktion	16
Klinisk PTSD og depression	16
Delstudie 3	17
Oplevelsen af støtte efter chikane, trusler og vold	17

Delstudie 4	17
Sammenligning af chikane, trusler og vold rapporteret i spørgeskema med de faktiske registreringer i Safetynet	17
Sammenhæng mellem oplevet alvorlighed og registrering i Safetynet	18
Sammenhæng mellem faktisk rapportering i Safetynet og rapporteret registrering i spørgeskema og årsager til ikke at registrere	19
Opsamling	20
Høj forekomst af chikane, trusler og vold blandt medarbejdere i psykiatrien	20
Social støtte ved chikane, trusler og vold	20
Støtten har mange former	20
Rapporterede hændelser og faktisk registrering	20
Perspektivering og anbefalinger: Implikationer for arbejdsmiljøindsatser	21
Høj forekomst kræver systematisk forebyggelse	21
Manglende registrering	21
Oplevet alvorlighed påvirker rapportering	21
Social støtte beskytter mod negative helbredskonsekvenser	21
Publikationer og produkter fra projektet	22
Videnskabelige artikler	22
Oplæg	22
Anerkendelse	22
Referencer	22

RESUME

Vold og trusler på arbejdspladsen udgør et udbredt arbejdsmiljøproblem i fag med tæt borgerkontakt, herunder politi, undervisning og socialt arbejde samt sundhedssektoren, inklusiv psykiatrien. Internationale og nationale undersøgelser viser en høj forekomst af vold og trusler i disse fag, og til trods for mange undersøgelser, er der fortsat væsentlige metodiske udfordringer i målingen af eksponering, helbreds-konsekvenser og social støtte. Traditionelt har eksponering for vold og trusler ofte været målt med et enkelt spørgsmål om udsættelse inden for det seneste år. Denne tilgang indebærer risiko for misklassifikation, fordi vurderingen overlades til den enkelte respondent, hvilket kan føre til både underrapportering og variation i fortolkningen af vold og trusler. Nyere studier anvender derfor tjeklister med konkrete hændelser, som giver et mere nuanceret billede. Derudover kan lange genkaldelsesperioder føre til recall bias, hvilket understøtter behovet for hyppigere og mere præcise måleperioder.

Med hensyn til helbredskonsekvenser viser forskningen klare sammenhænge mellem udsættelse for vold og trusler og efterfølgende psykiske helbredsproblemer som stress, depression og PTSD. Imidlertid er mange studier baseret på tværsnitsdata, hvilket vanskeliggør konklusioner om årsagssammenhænge. Selvom nyere opfølgings- og registerstudier har forbedret dette, forbliver den tidsmæssige relation mellem eksponeringen for vold og trusler og helbredseffekt ofte uklar, da data typisk indsamles med lange intervaller. Social støtte fra kolleger og ledelse fremhæves i forskningen som en vigtig beskyttende faktor mod negative helbredseffekter efter vold og trusler. Men også her er der metodiske begrænsninger, idet støttemål ofte er upræcise eller indsamlet for længe efter hændelsen.

Samlet peger forskningen på behovet for mere præcise og tidsnære målemetoder, der bedre kan belyse dynamikken mellem vold og trusler, helbred og social støtte. Dette vil styrke forståelsen af både årsagssammenhænge og mulighederne for effektiv forebyggelse.

FORMÅL

Projektet har haft følgende delformål:

1. At indsamle tidstro og detaljerede oplysninger (type/hyppighed/alvorlighed) om eksponering for vold og trusler på psykiatriske arbejdspladser i to regioner.
2. At sammenholde eksponering for vold og trusler med umiddelbare kortvarige psykiske reaktioner hos medarbejderen for at afdække om umiddelbare kortvarige reaktioner er associeret med øget risiko for senere klinisk mentale helbredsproblemer.
3. At sammenholde eksponering for vold og trusler med mentale helbredsproblemer hos medarbejderen i form af klinisk depression og klinisk Post Traumatisk Stress Forstyrrelse (PTSD) vurderet ved hjælp af diagnostisk interview (SCAN) samt målt i validerede spørgeskemaer.
4. At undersøge den beskyttende effekt af social støtte fra kollegaer og ledelse på mentale helbredsproblemer målt i tidsnær sammenhæng med eksponeringen for vold og trusler.
5. At sammenholde eksponering for vold og trusler med arbejdsevne i form af kort- og længerevarende sygefravær.
6. At undersøge sammenhængen mellem rapporterede hændelser i denne undersøgelse og registrerede hændelser i arbejdsmiljøsystemet, herunder at beskrive registreringspraksis og karakteristika ved ikke-rapporterede hændelser

Læsevejledning

For forståelse af resultaterne er det vigtigt at være opmærksom på, at vi skelner mellem to former for registrering, som nævnes i rapporten:

- Rapporteret registrering dækker over oplysninger indsamlet gennem spørgeskemaundersøgelsen (gennem 26 uger), hvor respondenterne selv beskriver om hændelsen er anmeldt i arbejdsmiljøsystemet.
- Faktisk registrering (eller reel registrering) refererer til registrering i Safetynet, som afspejler hændelsen faktisk er blevet registreret i arbejdsmiljøsystemet.

Metode

Dette projektet omfattede alle ansatte på psykiatriske arbejdspladser i én region. Deltagerne besvarede et baseline-spørgeskema om baggrund, tidligere eksponering for vold og trusler samt helbred, efterfulgt af en 26-ugers ugentlig elektronisk monitorering af eksponering for chikane, trusler og vold, registreringspraksis, social støtte samt mentale helbredsindikatorer. Af de 3607 inviterede, deltog 940, hvoraf 702 besvarede mere end ét skema. Medarbejdere med vedvarende høj symptomrapportering blev tilbudt SCAN-interview; 31 gennemførte interviewet. Derudover gennemførtes 40 interviews med deltagere, der rapporterede en meget alvorlige hændelser. Dette for at belyse oplevelsen af social støtte og dens betydning for helbredskonsekvenser.

Parallelt blev data fra regionen egen arbejdsmiljøsystem (Safetynet) indhentet for at sammenligne selvrapporterede hændelser med formelle arbejdsskadeanmeldelser.

Resultater

Spørgeskemaundersøgelsen gennem de 26 uger viste, at chikane, trusler og vold forekom meget hyppigt, men ofte rapporteres, at hændelserne ikke er blevet registreret.

Chikane, trusler og vold øgede risikoen for både selvrapporteret tilpasningsreaktion, depression og PTSD, men social støtte, især fra kolleger, var forbundet med mindre risiko for symptomer på tilpasningsreaktion, PTSD og depression på kort og langt sigt. Vi fandt ingen, som opfyldte de diagnostiske kriterier for PTSD eller depression undersøgt ved et SCAN interview.

Safetynet-registreringer dækkede kun delvist de selvrapporterede hændelser og det fandtes, at der var ringe overensstemmelse mellem intensionen om at registrere angivet i spørgeskema og de faktiske registreringer i arbejdsmiljøsystemet (safetynet).

Samlet peger resultaterne på behovet for systematisk monitorering, målrettet social støtte ved udsættelse for chikane, trusler og vold og forbedret rapporteringspraksis på psykiatriske arbejdspladser.

KONKLUSION

Medarbejdere på psykiatriske arbejdspladser udsættes hyppigt for chikane, trusler og vold, men mange hændelser registreres ikke.

Chikane, trusler og vold øgede risikoen for både selvrapporteret tilpasningsreaktioner, depression og PTSD. Samtidig fandtes, at umiddelbar social støtte var beskyttede mod symptomer på tilpasningsreaktion, PTSD og depression, når medarbejderen udsættes for chikane, trusler eller vold. Sammenligning med Safetynet-data viste ringe overensstemmelse mellem af chikane, trusler og vold rapporteret i spørgeskemaerne, ringe overensstemmelse registrering rapporteret i spørgeskemaer og de faktiske registreringer i arbejdsmiljøsystemet. Resultaterne peger på behovet for systematisk monitorering, målrettet social støtte og forbedret rapporteringspraksis på de psykiatriske arbejdspladser.

ENGLISH SUMMARY

Violence and threats in the workplace constitute a widespread problem in professions involving close contact with clients or patients, including police work, education, social work, work within the health sector including psychiatric services. Both international and national research show a high prevalence of such incidents, but in spite of this, there remains significant methodological challenges in measuring exposure, health consequences, and social support. Traditionally, exposure has often been assessed with a single question concerning incidents within the past year. This approach involves a risk of misclassification, as it relies on individual interpretation and may lead to both underreporting and inconsistency in how incidents are understood. More recent studies therefore use checklists of specific events, which provide a more detailed picture of exposure. Long recall periods further increase the risk of recall bias, underlining the need for shorter and more precise measurement periods.

Regarding health consequences, research consistently shows clear associations between exposure to violence and threats and subsequent mental health problems, such as stress, depression, and post-traumatic stress disorder (PTSD). However, many studies are based on cross-sectional data, which makes it difficult to determine causal relationships. Although recent follow-up and register studies have improved this, the temporal relationship between exposure and health effects often remains unclear, as data are usually collected at long intervals. Social support from colleagues and supervisors is emphasised as an important protective factor against negative health effects. Nevertheless, methodological challenges remain, as measures of social support are often imprecise or collected long after the incident. Overall, research highlights the need for more precise and time-sensitive methods to better capture the dynamic relationship between exposure, health effects, and social support.

PROJECT OBJECTIVES

The project had the following specific objectives:

1. To collect real-time and detailed information (type, frequency, severity) on exposure to violence and threats among employees in psychiatric workplaces in two regions.
2. To examine short-term psychological reactions following exposure, in order to assess whether these are associated with an increased risk of later clinical mental health problems.
3. To relate exposure to violence and threats to clinical depression and PTSD, as measured by diagnostic interview (SCAN) and validated questionnaires.
4. To investigate the protective effect of social support from colleagues and supervisors on mental health outcomes measured close in time to the exposure.
5. To examine the relationship between exposure to violence and threats and work ability, including short- and long-term sickness absence.
6. To compare self-reported incidents with registered events in the regional occupational safety reporting system (Safetynet), including analyses of reporting practices and characteristics of unreported events.

Reading Guide

To understand the results, it is important to note that we distinguish between two types of reporting mentioned in the report:

- Reported registration refers to information collected through the survey (over a 26-week period), where respondents themselves indicate whether the incident has been reported in the occupational health and safety system.
- Actual registration (or real registration) refers to registration in Saftynet, which reflects that the incident has in fact been recorded in the occupational health and safety system.

Method

All employees in psychiatric workplaces within one region were invited to participate. Participants completed a baseline questionnaire on background, previous exposure to violence and threats, and health, followed by 26 weeks of weekly electronic monitoring of exposure to harassment, threats, and violence as well as mental health indicators. Of 3,607 invited employees, 940 participated, and 702 completed more than one weekly questionnaire. Employees with persistent high symptom levels were offered a SCAN interview; 31 completed the assessment. In addition, 40 interviews with participants who reported very serious incidents were carried out. The purpose was to explore experiences of social support and its perceived influence on recovery.

Finally, parallel data from the regional occupational safety reporting system (Safetynet), was collected and compared to survey data on reported incidents to assess overlap or differences.

Findings

The weekly data revealed that harassment, threats, and violence occur frequently but are often not formally reported, particularly when incidents are considered less severe. Following exposure for harassment, threats and violence, high social support, especially from colleagues, was associated with a lower risk of symptoms of adjustment disorder, PTSD, and depression, both in the short and long term.

Parallel data from the regional occupational safety reporting system (Safetynet) showed that formal reports only partially overlapped with self-reported incidents, and follow-up after registered events was often limited.

CONCLUSION

Employees in psychiatric workplaces are frequently exposed to harassment, threats, and violence, yet many incidents go unreported.

Harassment, threats, and violence increase the risk of self-reported adjustment disorders, depression, and PTSD. At the same time, immediate social support was found to be protective against symptoms of adjustment disorder, PTSD, and depression.

Comparison with Safetynet data showed poor agreement between harassment, threats, and violence reported in the questionnaires, poor agreement between the registrations reported in the questionnaires and the actual records in the occupational health and safety system. The results point to the need for systematic monitoring, targeted social support, and improved reporting practices in psychiatric workplaces.

BAGGRUND FOR UNDERSØGELSEN

Vold, trusler og chikane på arbejdspladsen er et udbredt problem, især i brancher med tæt kontakt til borgere, såsom politi og fængselsvæsen, sundhedsvæsen, pædagogik og socialt arbejde [1]. Nationale såvel som international undersøgelse viser, at disse faggrupper ofte rapporterer om udsættelse for vold og trusler [2, 3]; men den eksisterende forskning står over for væsentlige metodiske udfordringer, når eksponering, helbredskonsekvenser og social støtte skal måles og vurderes [4-6].

Eksponering:

Et ofte anvendt metodisk tilgang til at måle eksponering for vold og trusler har ofte været at anvende et enkelt spørgsmål til at måle, om medarbejdere har været udsat for vold eller trusler inden for det seneste år [7-9]. Denne metodik indebærer en risiko for misklassifikation af eksponeringen, da den overlader definitionen af vold og trusler til den enkelte respondent. Dermed kan både subjektive og kollektive fortolkninger præge svarene, hvilket kan føre til både bagatellisering og underrapportering [10]. Flere nyere undersøgelser har derfor anvendt tjeklister med konkrete hændelser, hvilket giver et mere objektivt og nuanceret billede af eksponeringen [11, 12]. Samtidig er der udfordringer med at skelne mellem hændelsers hyppighed og alvorlighed. En voldelig hændelse, der sker sjældent, kan opleves langt mere belastende end mange små episoder. Traumeforskning har vist, at det ofte er den oplevede rædsel og angst, snarere end selve hændelsen, der udløser psykiske reaktioner som PTSD [13, 14]. Derudover er der en velkendt risiko for recall bias, når respondenter skal huske episoder, der kan ligge op til et år tilbage, hvilket kan forvrænge præcisionen af rapporteringen [15, 16]. Der kan derfor være gode grunde til at genkaldelsesperioden bør være kortere og eksponeringsmålene mere præcise for at sikre mere valide mål for eksponering.

Helbredskonsekvenser:

Mange studier har fundet en sammenhæng mellem udsættelse for vold og trusler og psykiske problemer som depression, stress og PTSD [4, 5, 12, 17-19]. Tidligere undersøgelser har primært været baseret på tværsnitsdesign, hvilket gør det vanskeligt at fastslå årsagssammenhænge [20]. Nyere opfølgings- og registerstudier har forbedret dette [8, 17, 19, 21, 22], men også her er der begrænsninger [8]. Når data kun indsamles én gang årligt, bliver det svært at fange de udsving og den tidsmæssige dynamik, der kan være mellem eksponering og helbredskonsekvenser. Derfor er den præcise tidsmæssige sammenhæng mellem vold, trusler og helbredsproblemer stadig usikker.

Social støtte:

Forskningen viser, at social støtte fra kolleger og ledelse kan reducere risikoen for alvorlige helbredsproblemer efter vold og trusler [23-26]. Men der er betydelige metodiske udfordringer i at måle social støtte. Mange studier er baseret på tværsnitsdesign eller undersøgelser med lange intervaller mellem målingerne, og forskellige mål for social støtte, hvilket betyder, at social støtte enten registreres samtidig med hændelsen eller længe efter. Det er derfor uklart, hvilken form for støtte – generel eller hændelses-specifik – der er mest effektiv, og hvornår den bør gives for at have størst beskyttende effekt.

Opsamling

Forskningen på området peger på, at der mangler mere præcise metoder til at måle eksponering for vold og trusler, herunder systematiske registreringer af både hændelsers hyppighed og alvorlighed. Ligeledes er der behov for hyppigere og tidsnære målinger af både eksponering og helbred, så den tidsnære sammenhæng kan afdækkes. Endelig er det nødvendigt at udvikle bedre metoder til at vurdere effekten af social støtte, både i forhold til type og timing.

FORMÅL

Projektet har haft følgende delformål:

1. At indsamle tidstro og detaljerede oplysninger (type/hyppighed/alvorlighed) om eksponering for vold og trusler på psykiatriske arbejdspladser i to regioner.
2. At sammenholde eksponering for vold og trusler med umiddelbare kortvarige psykiske reaktioner hos medarbejderen for at fastlægge om umiddelbare kortvarige reaktioner er associeret med øget risiko for senere langvarige symptomer på PTSD, depression og tilpasningsreaktion.
3. At sammenholde eksponering for vold og trusler med mentale helbredsproblemer hos medarbejderen i form af klinisk depression og klinisk Post Traumatisk Stress Forstyrrelse (PTSD) vurderet ved hjælp af diagnostisk interview (SCAN) samt målt i validerede spørgeskemaer.
4. At undersøge den beskyttende effekt af social støtte fra kollegaer og ledelse på mentale helbredsproblemer målt i tidsnær sammenhæng med eksponeringen for vold og trusler
5. At sammenholde eksponering for vold og trusler med arbejdsevne i form af kort- og længerevarende sygefravær.
6. At undersøge sammenhængen mellem rapporterede hændelser i denne undersøgelse og registrerede hændelser i arbejdsmiljøsystemet, herunder at beskrive registreringspraksis og karakteristika ved ikke-rapporterede hændelser.

Formål og delstudier

Vi operationaliserede projektets formål til 4 delstudier. Dette kan ses af nedenstående oversigt.

Tabel 1: Formål og delstudier – Oversigt

Nr.	Formål	Fokus	Delstudie
1	At indsamle tidstro og detaljerede oplysninger om eksponering for vold og trusler (type, hyppighed, alvorlighed) på psykiatriske arbejdspladser i to regioner.	Kortlægning af vold og trusler	Delstudie 1
2	At sammenholde eksponering for vold og trusler med umiddelbare kortvarige psykiske reaktioner hos medarbejderen – for at undersøge, om disse reaktioner er forbundet med øget risiko for senere langvarige symptomer (PTSD, depression, tilpasningsreaktion).		Delstudie 2
3	At sammenholde eksponering for vold og trusler med mentale helbredsproblemer (klinisk depression og PTSD) vurderet via diagnostisk interview (SCAN) og validerede spørgeskemaer.	Klinisk vurdering af mentale helbredsproblemer	Delstudie 2
4	At undersøge den beskyttende effekt af social støtte fra kollegaer og ledelse på mentale helbredsproblemer, målt i tidsnær sammenhæng med eksponering for vold og trusler.	Klinisk vurdering af mentale helbredsproblemer	Delstudie 2 & 3
5	At sammenholde eksponering for vold og trusler med arbejdsevne, målt som kort- og længerevarende sygefravær.	Arbejdsevne og sygefravær	Delstudie 2
6	At undersøge sammenhængen mellem rapporterede hændelser i undersøgelsen og registrerede hændelser i arbejdsmiljøsystemet – samt beskrive registreringspraksis og ikke-rapporterede hændelser.	Registrering og underrapportering af hændelser	Delstudie 4

Tabel 1. Oversigt over formål og delstudier

METODE

Spørgeskemaundersøgelsen

Vi inviterede 4 regioner til at være med i projektet, men det lykkedes kun at lave en aftale om deltagelse med en region, nemlig Region Syddanmark. Alle ansatte på psykiatriske arbejdspladser i denne region har deltaget i projektet.

Ansatte modtog en invitation via arbejdsmail med link til elektronisk besvarelse af et baseline-spørgeskema. Her blev der spurgt om en række baggrundsvariabler, tidligere eksponering for vold og trusler samt en række helbredsspørgsmål. Herefter startede en ugentlig elektronisk monitorering i 26 uger via e-mail.

Vi inviterede 3607 ansatte i regionen til at deltage i undersøgelsen med de ugentlige monitoreringer. 940 gav tilsagn om at deltage, men kun 702 af disse udfyldte mere end et ugentligt skema i løbet af de 26 uger. I alt modtog vi 7183 ugebesvarelser med i alt 894 skemaer med en eller flere hændelser.

4 ugers monitorering

Hver uge i elektroniske spørgeskemaer spurgte vi om eksponering for chikane, trusler og vold. Hvis medarbejderen rapporterede om eksponering, åbnedes der for uddybende spørgsmål om hændelsen såsom typen, alvorligheden samt hvorvidt hændelse var blevet registreret.

Ved positiv tilkendegivelse for udsættelse for chikane, trusler og vold, blev deltagerne om at besvare om de havde registreret hændelsen, og årsager til at undlade at registrere hændelsen. Her kunne man svare: 'Ja', 'Nej, det synes jeg ikke er nødvendigt', 'Nej, det har jeg fået besked på ikke at gøre', 'Nej, men det er planen at gøre det' eller 'Det ved jeg ikke'.

Ved positiv tilkendegivelse på udsættelse for chikane, trusler og vold, blev deltagerne yderlig om at besvare PTSD spørgsmål og spørgsmål om tilpasningsreaktion. Endvidere blev alle deltagere hver uge spurgt om 3 spørgsmål vedrørende kernesymptomer på depression. Ved positiv tilkendelse af symptomer, blev deltagerne spurgt om yderlig spørgsmål om depression. I de følgende fire uger udfyldte deltageren disse spørgsmål med henblik på at kunne monitorere udviklingen. Disse data blev anvendt til at kunne følge de kortsigtede helbredskonsekvenser (den første uge) og de langsigtede konsekvenser (efter 4 uger) og til identificere respondenter til eventuelle opfølgende SCAN interviews, som beskrevet nedenfor.

Under dataindsamlingen blev besvarelserne gennemgået ugentligt for at kunne identificere personer, der rapporterede symptomer på subklinisk depression eller subklinisk PTSD i tre uger efter at have rapporteret en hændelse med chikane, trusler eller vold. Grænseværdien for invitation til interview var en score på ≥ 24 på PTSD skalaen (indikativ for subkliniske PTSD-symptomer) eller en score på > 21 på depressions-skalaen (indikativ for subklinisk depression). Disse personer blev herefter inviteret til et klinisk SCAN interview (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry).

SCAN interview

SCAN interview er en valid metode til at supplere spørgeskemadata og identificere deltagere med kliniske symptomer. Vi anvendte et SCAN-interview at kunne foretage en systematisk og standardiseret klinisk vurdering af psykiske symptomer rapporteret i spørgeskemaerne.

Interviewene blev gennemført online via en sikker videoforbindelse.

46 personer blev kontaktet til SCAN interview. 15 personer lykkedes det ikke at lave aftaler med, fordi de ikke responderede på henvendelser eller fordi de ikke ønskede at medvirke. 31 personer gennemgik et SCAN interview. Der gik oftest omkring tre uger fra sidste spørgeskemabesvarelse til SCAN interview.

Kvalitative interview

Vi gennemførte også en kvalitativ interviewundersøgelse. Når medarbejderen i de ugentlige skemaer rapporterede at have været udsat for enten chikane, trusler eller vold og rapporterede at hændelsen var meget alvorlig, blev de inviteret til et telefon interview. Formålet med at kontakte disse deltagere var dels at få deres egne beskrivelser og oplevelser af, hvordan social støtte kunne mindske de negative helbreds konsekvenser og dels at få deres egne beskrivelser af, hvordan de oplevede den social støtte i forbindelse med en meget alvorlig hændelse (chikane, trusler og/eller vold). 138 medarbejdere tilkendegav at have været udsat for en meget alvorlig hændelse. 30 medarbejdere ønskede at deltage eller var det muligt at kontakte til et kvalitativt interview. Der er flere der blev interviewet flere gange.

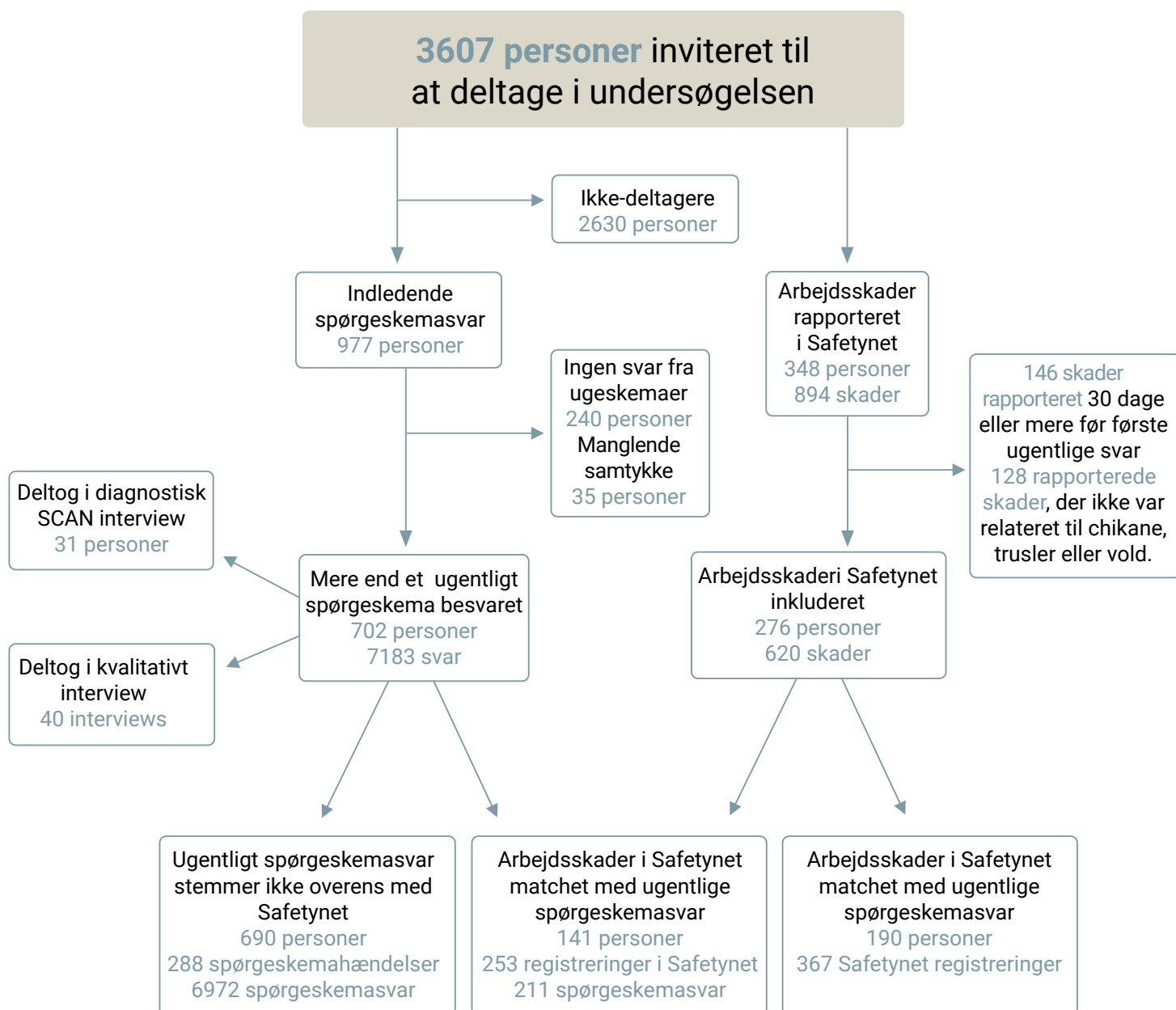
Safetynet: Sammenligning af rapporteringer

Sideløbende med den ugentlige monitorering, indhentede vi data fra Region Syds eget system til registrering af arbejdsulykke (Safetynet). Dette muliggjorde at vi kunne sammenholde de ugentlige rapporteringer fra spørgeskemaerne med hvad, der blev registreret i det formelle registreringssystem.

En væsentlig forskel mellem de to metoder er, at det selvfølgelig kun er den enkelte deltager, der i spørgeskemaet kan besvare, om den hændelsen vedkommende har været udsat er blevet registreret, mens alle kan registrere på vegne af en kollega eller medarbejder i Safetynet. Dermed er registreringen ikke afhængig af, at den ansatte selv rapporterer en hændelse. Modsat er det i spørgeskemaerne, hvor deltagerne kun kunne rapportere for sig selv. I Safetynet kan hændelser også registreres tilbage i tid, da datoen for hændelsen er et selvstændigt felt. I spørgeskemaerne kunne man også rapportere, at man havde været vidne til en hændelse med chikane, trusler eller vold, for at kunne dække begrebet 'sekundær victimisering'.

Altså to væsentlige forskellige måder at opgøre registreringen. Det er derfor ikke muligt at sammenholde alle registrering 1:1, ligesom nogle hændelser involverer en række ansatte og ikke bare en person, hvilket kan komme til udtryk gennem multiple registreringer både i de ugentlige monitoreringer og i Safetynet.

Vi kategoriserede alle Safetynet hændelser efter samme typer af chikane, trusler og vold, som i spørgeskemaerne, og ekskluderede andre typer af hændelser, typisk stikskader, fald og forvridninger, som ikke var relateret til chikane, trusler eller vold. For at identificere overlap i de to systemer kobled vi de relevante hændelserne sammen på følgende måde: Hændelser blev koblet, hvis de var af samme type (chikane, trusler eller vold) kodet ud fra fritekster i Safetynet, og var registreret max 30 dage før spørgeskemabesvarelsen. Fordi spørgeskemabesvarelsen var ugentligt, kunne den dække over flere hændelser sket inden for samme uge, hvilket ville modsvare flere registreringer i Safetynet, ligesom at det er muligt, at der indrapporteres flere, separate hændelser i Safetynet i den samme uge.



Figur 1: Antal personer, hændelser rapporteret i spørgeskemaer og safetynet stemmer ikke helt, da hver person kan opleve og indrapporterede flere event i samme uge

SAMMENFATNING AF DE VIGTIGSTE RESULTATER

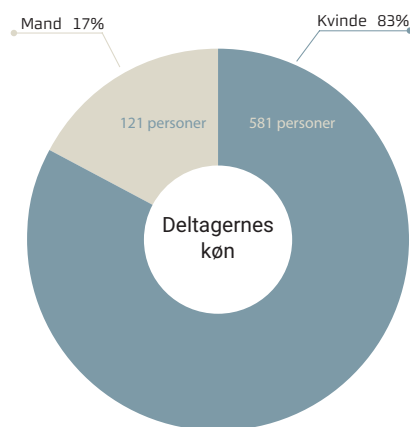
Delstudie 1

Hyppighed af hændelser og alvorlighed og rapportering om registrering

Vi vil første beskrive deltager på baggrund af køn, alder og fag.

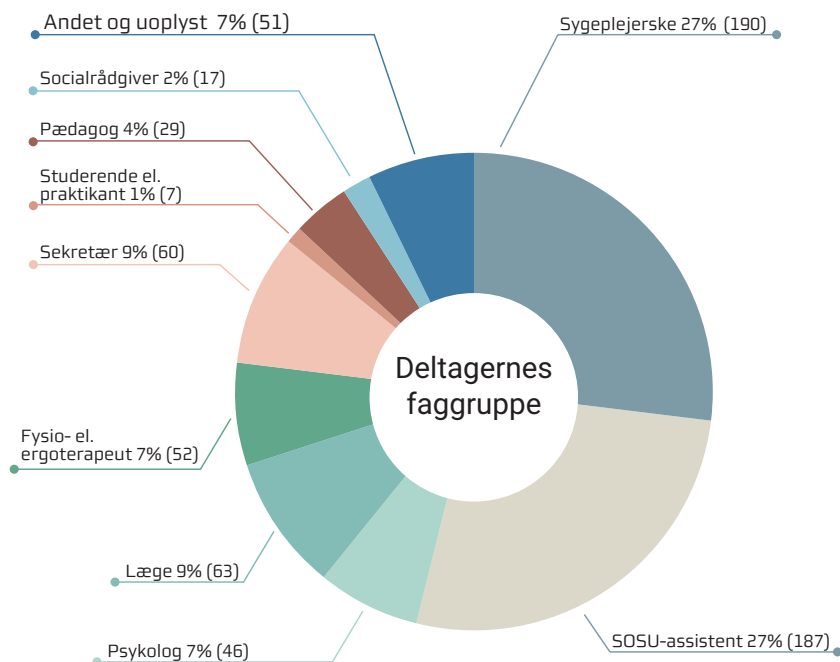
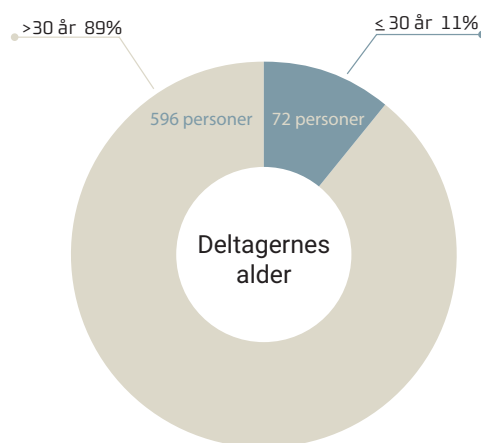
Kategori	Antal (n)	Procent
Kvinde	581	83 %
Mand	121	17%
I alt	702	100%

Tabel 2. Fordeling på køn



Kategori	Antal (n)	Procent
≤ 30 år	72	11 %
> 30 år	596	89%
Uoplyst	4	
I alt	702	100%

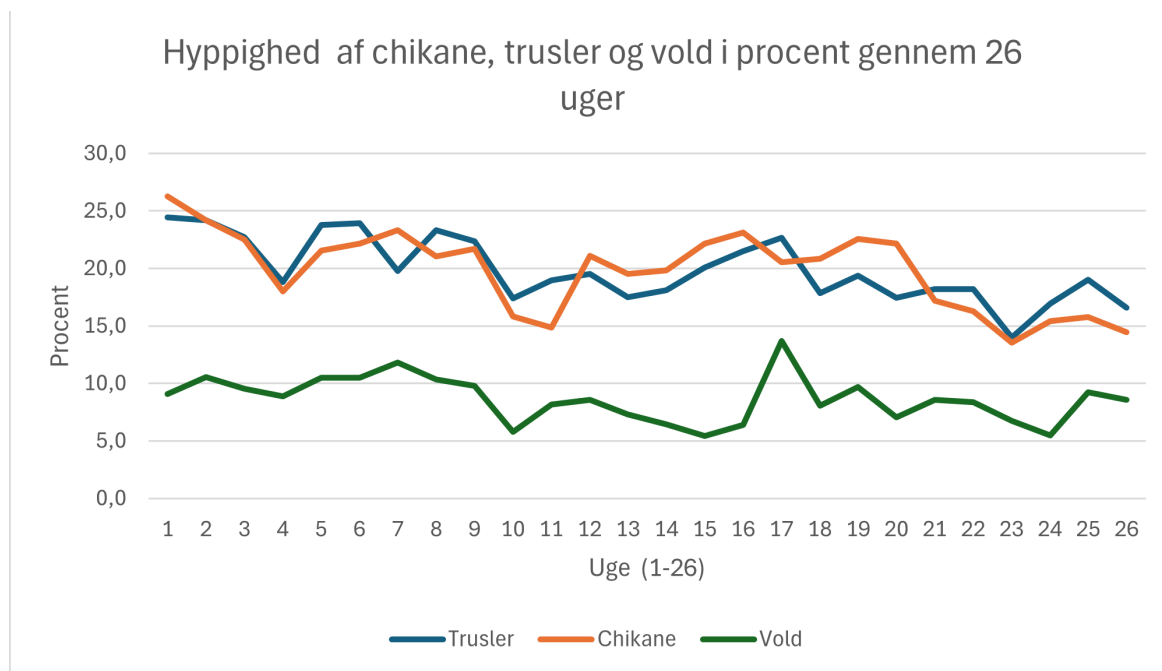
Tabel 3. Fordeling på alder



Kategori	Antal (n)	Procent
Sygeplejerske	190	27 %
SOSU-assistent	187	27%
Psykolog	46	100%
Læge	63	9 %
Fysio- el. ergoterapeut	52	7%
Sekretær	60	9%
Studerende eller praktikant	7	1%
Pædagog	29	4%
Socialrådgiver	17	2 %
Andet el. uoplyst	51	7%
I alt	702	100%

Tabel 4. Fordeling på faggrupper

De deskriptive resultater kan se i tabel 2- 4. Det fremgår, at der er flest kvindelig deltagere; de fleste deltagere er ældre en 30 år og at de største faggrupper er sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Med hensyn til udsætte for chikane, trusler og vold fandt vi, at medarbejdere på psykiatriske afdelinger udsættes for mange former for chikane, trusler og vold. I den første uge med flest deltagere rapporterede cirka 26 % mindst en gang indenfor seneste uge at have været udsat for chikane, 24 % at have været udsat for trusler og cirka 9 % rapporterer at have været udsat for vold (se figur 2).



Der blev rapporteret 1423 hændelse af chikane, 1414 hændelser af trusler og 611 hændelser af vold. Den mest almindelige chikane hændelse var at blive kaldt nedværdigende navne, efterfulgt af at opleve eller være vidne til, at kolleger eller patienter blev chikaneret eller verbalt gjort til grin. Blandt trusler var det mest almindeligt at opleve, at kolleger eller patienter blev truet, eller at man selv blev råbt ad på en truende måde. Ved vold var det mest almindelige hændelse at være vidne til, at kolleger eller patienter blev udsat for vold, efterfulgt af at få kastet genstande efter sig eller at blive sparket. Mange oplever mere en hændelse samtidig fx både chikane, trusler og vold.

I forhold til hvorvidt deltagerne rapporterede at have registreret hændelser i arbejdsmiljøsystemet fandt vi, at størstedelen af hændelser med chikane og trusler blev rapporteret som værende ikke-registreret, hvorimod næsten halvdelen af voldshændelserne blev rapporteret at være registreret. I alt blev 19 % af chikane-hændelser, 25 % af trussels-hændelser og 42 % af voldshændelser rapporteret at være registreret. Den mest almindelige årsag til at rapportere, at hændelsen ikke var registreret, var at det blev anset som unødvendigt (47 % for chikane, 35 % for trusler, 26 % for vold). Få nævnte, at de havde fået råd fra ledere eller kolleger om ikke at rapportere (3-9 %), mens 14-23 % planlagde at rapportere, men endnu ikke havde gjort det.

Mange hændelser blev vurderet til ikke at være alvorlige. Hændelser med vold blev oplevet som mest alvorlige. 51 % af voldshændelser, 38 % af trussels-hændelser og 26 % af chikane-hændelser blev vurderet som moderat til meget alvorlige. At mange medarbejdere på de psykiatriske afdelinger ikke vurderer hændelser med chikane, trusler og vold som alvorlige, kan skyldes en kultur, hvor vold og trusler i nogen grad er blevet en normal del af dagligdagen. Da sådanne hændelser forekommer hyppigt, kan de opleves som

en del af arbejdet snarere end som ekstraordinære begivenheder. Dette medfører, at tærsklen for, hvad der opfattes som alvorligt, gradvist forhøjes – chikane, trusler og vold normaliseres. Samtidig kan der være en høj grad af forståelse for patienternes situation, hvor personalet tolker udadreagerende adfærd som udtryk for sygdom. Endelig kan organisationskulturen og ledelse spille en central rolle. Hvis ledelsen ikke tydeligt signalerer, at alle former for vold, trusler og chikane er uacceptable, eller hvis der mangler systematisk opfølgning på hændelser, kan medarbejdere få indtryk af, at det ikke har konsekvenser undladt at registrere episoder. Det hjælper alligevel ikke noget. Det kan føre til resignation og lavere rapporteringslyst.

Samlet peger resultaterne peger på, at mange udsættes for chikane, trusler og vold, og mange oplever at hændelser ikke er alvorlige. Mange hændelser angives i spørgeskemaer ikke at blive registeret, fordi det vurderes ikke at være nødvendigt, og mange hændelse opleves ikke at være alvorlige.

Delstudie 2

Tilpasningsreaktion, PTSD og depression efter vold og betydning af social støtte

I denne artikel indgik data fra 26 ugers monitorering. Hvis medarbejderen rapporterede at have været udsat for chikane, trusler eller vold, at hændelsen var noget eller meget alvorlig og at personen havde symptomer på tilpasningsreaktioner, depression eller PTSD blev vedkommende fulgt med alle PTSD spørgsmål, depressionsspørgsmål og spørgsmål om symptomer på tilpasningsreaktion i de følgende fires ugers monitorering. Første uge med rapportering beskrives som "kort sigt" mens rapportering efter 4 uger beskrives som "langt sigt" (hvis symptomerne var tilstede efter 4 uger, svarende til de diagnostiske kriterier for PTSD).

PTSD

På både kort og langt sigt havde medarbejdere med lav eller ingen hjælp og støtte fra kolleger en højere risiko for at rapportere PTSD symptomer. Det samme var gældende for støtte og hjælp fra nærmeste leder, men i mindre omfang.

Depression

På kort og lang sigt havde medarbejdere med lav eller ingen hjælp og støtte fra kolleger en højere risiko for at rapportere depressionssymptomer. Det samme var gældende for støtte og hjælp fra nærmeste leder, men i mindre omfang.

Tilpasningsreaktion

Tilpasningsreaktioner er ikke opgjort på samme måde, idet der ved denne lidelse ikke er et cut-off punkt, men i stedet en summering af symptomer. Jo flere symptomer, jo mere belastet. Her fandt vi samme billede som ovenfor: På kort og lang sigt havde medarbejdere med lav eller ingen hjælp og støtte fra kolleger en højere risiko for at flere symptomer på tilpasningsreaktion. Det samme var gældende for støtte og hjælp fra nærmeste leder, men i mindre omfang.

Klinisk PTSD og depression

For at kunne foretage en systematisk og standardiseret klinisk vurdering af psykiske symptomer rapporteret i spørgeskemaerne, gennemførte vi SCAN interview af personer med høj rapportering af PTSD symptomer og/eller depressive symptomer med henblik på at afgøre, om personerne opfyldte de diagnostiske kriterier for PTSD eller depression.

I alt gennemførte 31 personer et SCAN-interview. Der blev dog ikke identificeret nogen tilfælde af klinisk depression eller PTSD i denne del af undersøgelsen. De fleste deltagere havde forskellige PTSD symptomer eller depressive symptomer, men ikke i et tilstrækkeligt omfang til at en klinisk diagnose kunne stilles.

En forklaring kan være, at der kunne gå 2-3 uger efter rapportering i spørgeskema til SCAN interviewet kunne arrangeres og i den periode fik vedkommende det bedre og havde færre symptomer ved

SCAN interviewet. En anden forklaring kan være, at de som var mest belastet efter chikane, trusler eller vold slet ikke har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen gennem de 26 uger. De kvalitative data understøtter denne antagelse, idet flere informanter beskrev kolleger, der havde været udsat for alvorlig fysisk vold fx hændelser med slag og spark, men disse ofre var sygemeldte og deltog ikke i undersøgelsen. En tredje forklaring kan være, at de medarbejdere, der var mest belastet af hændelser med vold og trusler kun lige havde overskud til at udfylde et spørgeskema, men ikke overskud til at deltage i et SCAN-interviewet, og derfor takkede nej.

Samlet viser resultaterne fra studie 2 at støtte fra kollegaer og ledelse kan have en beskyttende effekt i forhold til helbredssekvenser. Studiet viser, at efter en hændelse med hhv. vold, trusler eller chikane, så har social støtte fra især kolleger – og i mindre grad fra ledere - betydning for de ansattes rapporteringen af symptomer på tilpasningsreaktion, PTSD -og depression.

Delstudie 3

Oplevelsen af støtte efter chikane, trusler og vold.

Dette kvalitative studie undersøger, hvordan medarbejdere – både direkte ofre og vidner – oplever voldelige hændelser på arbejdet og den støtte, der tilbydes efterfølgende. Undersøgelsen bygger på interviews med 30 informanter (sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, socialpædagoger, terapeuter m.fl.), gennemført kort tid efter, at de via et spørgeskema havde registreret en alvorlig voldelig hændelse. Formålet var at indfange oplevelser og reaktioner så tæt på hændelsen som muligt. Flere blev interviewet flere gange og i alt blev der gennemført 40 interview.

Resultaterne giver indblik i, hvilke typer hændelser medarbejderne selv vurderer som særligt alvorlige, og viser, at både oplevelsen af vold og af støtte varierer betydeligt. Ikke kun hændelser rettet direkte mod den enkelte, men også episoder rettet mod kolleger eller patienter, opleves som alvorlige. Når det gælder støtte, fremhæver informanterne især betydningen af at blive mødt med forståelse, anerkendelse og praktisk hjælp. Manglende støtte beskrives både som fravær af konkrete tilbud eller kontakt, og som en oplevelse af ikke at blive taget alvorligt – noget, der ser ud til at forstærke følelsen af belastning.

Støtte ydes i mange former, herunder emotionel støtte fra kolleger, hjælp fra ledelsen og formelle tilbud som psykologhjælp. Værdien af støtten afhænger dog af, hvordan, af hvem og hvornår den gives – og af, om den opleves som relevant i forhold til den konkrete situation.

Delstudie 4

Sammenligning af chikane, trusler og vold rapporteret i spørgeskema med de faktisk registreringer i Safetynet.

Som det kan ses i tabel 5, fandt vi fandt, at når medarbejderne rapporterede at have været udsat for chikane, trusler og vold var det ikke i overensstemmelse med de faktisk registreringer i Safetynet. Især var der for chikane ringe overensstemmelse mellem rapporteret chikane i spørgeskema og faktisk registrering i Safetynet. Her var der kun 55 hændelser ud af 1489 hændelser, som matchede med registreringen i Safetynet. Rapporterede trusler blev lidt oftere registreret i Safetynet, og vold blev oftest registreret i Safetynet. Men selv indenfor hver af disse tre grupper, var der store forskelle i, hvad der faktisk blev registreret.

Tabel 5 Sammenhæng mellem rapporterede hændelser og registreringer i Safetynet

Hændelser	Kun spørgeskema-rapportering	Spørgeskemarapportering matched med Safetynet	Kun Safetynet
Chikane - personlig	1489	55	90
Chikane - vidne	684	6	12
Trusler - personlig	1410	115	184
Trusler - vidne	802	26	33
Vold - personlig	561	269	351
Vold - vidne	324	24	37

De hændelser, hvor respondenterne var vidne til at en kollega blev udsat for chikane, trusler eller vold, blev som forventet sjældent faktisk registreret, men de begivenheder, hvor det var tilfældet, var ofte situationer med flere personer involveret, hvor deltageren både var vidne og direkte involveret. Det var ikke forventet, at alle hændelser ville blive registreret i Safetynet, da vi i de ugentlige spørgeskemaer gav mulighed for, at medarbejdere kunne rapportere mange forskellige typer af chikane, trusler og vold, og registreringspraksis sikkert ville være, at kun de mest alvorlige hændelser førte til en faktisk registrering i Safetynet. Samtidigt kan faktisk registrering i Safetynet opleves for tidskrævende, da der, udover et skema, er et tekstfelt, hvor hændelsen skal beskrives i detaljer og derfor vil det ikke være alle hændelser som registreres i Safetynet.

Sammenhæng mellem oplevet alvorlighed og registrering i Safetynet

Oplevet alvorlighed havde dog ringe sammenhæng med faktisk registrering i Safetynet, hvilket kan ses i tabel 6. For chikane er der kun en svag sammenhæng mellem oplevet alvorlighed og registrering, da både registrerede og ikke-registrerede hændelser vurderes ofte som mindre alvorlige. For trusler er forskellen også lille – oplevet alvorlighed er nogenlunde ens, uanset om hændelsen anmeldes eller ej. For vold derimod er der stort set ingen forskel: Både anmeldte og ikke-anmeldte hændelser vurderes som alvorlige i samme grad. Der er altså kun en svag eller ingen sammenhæng mellem, hvor alvorligt en hændelse opleves, og registrering i Safetynet. Det tyder på, at registrering ikke afspejler, hvor belastende hændelsen opleves af medarbejderen.

Tabel 6: Sammenhæng mellem oplevet alvorlighed og registrering i Safetynet

		Slet ikke eller lidt alvorligt	Noget eller mere alvorligt
Chikane anmeldt i Safetynet	Ja	71,7%	28,3%
	Nej	66,5%	33,5%
Trusler anmeldt i Safetynet	Ja	51,2%	48,8%
	Nej	54,8%	45,2%
Vold anmeldt i Safetynet	Ja	38,1%	61,9%
	Nej	38,3%	61,2%

Som tidligere beskrevet havde vi i spørgeskemaerne spurgt, hvis medarbejderen havde været udsat for chikane, trusler og vold, om hændelsen var blevet registreret i arbejdsmiljøsystemet, og hvis ikke, hvad årsager kunne være (se metode afsnit).

Sammenhæng mellem faktisk rapportering i Safetynet og rapporteret registrering i spørgeskema - og årsager til ikke at registrere

Tabel 7 viser sammenhængen mellem faktisk registrering af chikane, trusler og vold i Safetynet og rapporteret registrering i spørgeskemaet samt årsagerne til ikke at registrere.

For chikane og trusler angiver flertallet af medarbejderne, at registrering ikke var nødvendig, uanset om der er sammenhæng mellem hændelsen faktisk blev registreret i Safetynet eller ej. Det vil sige, at hændelsen alligevel var blevet registreret i Safetynet, selv om medarbejderen havde angivet i spørgeskemaet, at hændelsen ikke var nødvendig at registrere. For voldelige hændelser registreres en større andel i Safetynet og rapporteres ligeledes i spørgeskemaet at være registreret. Men der var stadig uoverensstemmelser. Der var mange hændelser, som i spørgeskemaet rapporteres registreret, men faktisk ikke var registreret i Safetynet. Dette inkonsekvens kombineret med at en betydelig andel svarer "ved ikke", tyder på usikkerhed omkring proceduren.

Tabellen illustrerer dermed, at selv alvorlige hændelser som vold ikke altid registreres konsekvent i Safetynet, og at medarbejdernes rapportering af registrering ofte ikke stemmer overens med, hvad der faktisk er registreret i Safetynet.

Tabel 7 Sammenhæng mellem faktisk rapportering i Safetynet og rapporteret registrering i spørgeskema - og årsager til ikke at registrere

		Nej, ikke nødvendigt	Nej, besked på ikke at gøre det	Nej, men planer om at gøre det	Ja	Ved ikke
Chikane anmeldt i Safetynet	Ja	53,3%	2,3%	9,3%	18,5%	16,6%
	Nej	54,9%	0,7%	11,0%	19,1%	14,4%
Trusler anmeldt i Safetynet	Ja	36,9%	1,3%	15,7%	29,1%	17,0%
	Nej	40,3%	1,1%	16,1%	27,8%	14,7%
Vold anmeldt i Safetynet	Ja	19,5%	0,3%	20,8%	45,7%	13,8%
	Nej	28,6%	1,3%	5,2%	54,6%	10,4%

Vi var særligt opmærksomme på de, som havde svaret, at de havde fået besked om ikke at anmelde hændelsen af deres leder eller kollega. Det viste sig dog, at i de tilfælde var der ofte alligevel en anmeldelse i Safetynet. Dette kan muligvis forklares med, at en anden har registreret hændelsen uden personens viden (mange af tekstfelterne var skrevet i tredje-person), men det er også en mulighed, at vi, ved at stille spørgsmålet, har påvirket til at deltageren alligevel registrerede hændelsen. Omvendt var der som nævnt også hændelser, som deltagerne svarede 'Ja' til var anmeldt, som vi ikke kunne identificere i Safetynet.

Der var således dårlig overensstemmelse mellem i spørgeskemaer rapporteret registrering og faktisk registrering i Safetynet.

OPSAMLING

Høj forekomst af chikane, trusler og vold blandt medarbejdere i psykiatrien

Medarbejdere på psykiatriske afdelinger udsættes hyppigt for chikane, trusler og vold. Der blev rapporteret 1423 hændelser af chikane, 1414 trusler og 611 hændelser af vold i en population af 702 ansatte i Region syd, som besvarede mindst et spørgeskema i løbet af de 26 uger.

Størstedelen af hændelser med chikane og trusler blev rapporteret ikke at blive registreret, mens næsten halvdelen af voldshændelser blev rapporteret at blive registreret. Den mest almindelige årsag til at rapportere, at hændelserne ikke blev registreret var, at hændelsen blev opfattet som unødvendig at registrere. Manglende registrering kan føre til undervurdering af problemets omfang og begrænse mulighederne for systematisk forebyggelse. Vi fandt endvidere en meget dårlig overensstemmelse mellem rapporteret registrering og faktisk registrering.

Social støtte ved chikane, trusler og vold

Medarbejdere med lav social støtte fra kolleger rapporterede oftere symptomer på tilpasningsreaktioner, PTSD og depression efter chikane, trusler eller vold. Dette understreger, at et støttende kollegialt miljø kan fungere som en beskyttende faktor. Støtte fra ledelsen viste samme tendens, men effekten var mindre tydelig. Effekten af social støtte fra kolleger var tydeligst på kort sigt, hvilket betyder, at hurtig opmærksomhed og støtte efter en hændelse kan forebygge udvikling af mere alvorlige symptomer.

I alt gennemførte 31 personer et SCAN-interview. Der blev dog ikke identificeret tilfælde af klinisk depression eller PTSD i denne del af undersøgelsen. De fleste deltagere havde dog forskellige PTSD symptomer eller depressive symptomer.

Støtten har mange former

Den kvalitativ undersøgelse viste, at kort efter en alvorlig hændelse varierer støtten meget og afhænger af, hvordan og af hvem den gives. Støtte ydes i mange former, herunder emotionel støtte fra kolleger, hjælp fra ledelsen og formelle tilbud som psykologhjælp. Særligt værdsættes forståelse, anerkendelse og praktisk hjælp, mens manglende eller utilstrækkelig støtte forstærker belastningen. Manglende støtte beskrives både som fravær af konkrete tilbud eller kontakt, og som en oplevelse af ikke at blive taget alvorligt – noget, der ser ud til at forstærke følelsen af belastning.

Rapporterede hændelser og faktisk registrering

Der var lav overensstemmelse mellem rapportering i spørgeskemaer af at have været udsat for chikane, trusler og de faktiske registreringer i Safetynet. Det var forventet, at ikke alle hændelser ville blive registreret i Safetynet, da spørgeskemaet gav mulighed for at rapportere alle typer hændelser, mens registrering i Safetynet kræver mere detaljeret indberetning. Der var kun en svag eller ingen sammenhæng mellem, hvor alvorligt en hændelse opleves, og registrering i Safetynet. Det tyder på, at registrering ikke afspejler, hvor belastende hændelsen opleves af medarbejderen.

I spørgeskemaerne var der mange som rapporterede, at hændelse var blive registreret, men det var den ikke. Samlet set var der altså dårlig overensstemmelse mellem selvrapporteret og faktisk registrering af hændelser i Safetynet.

PERSPEKTIVERING OG ANBEFALINGER: IMPLIKATIONER FOR ARBEJDSMILJØINDSATSER

Høj forekomst af chikane, trusler og vold kræver systematisk forebyggelse

Den meget høje forekomst af chikane, trusler og vold viser, at vold og trusler er et stort arbejdsmiljøproblem i psykiatrien. Der er derfor behov for løbende risikovurderinger, tydelige retningslinjer for håndtering af vold og trusler, samt regelmæssig træning i konflikthåndtering, kommunikation og deeskalering.

Manglende registrering

At en stor del af hændelserne ikke registreres betyder, at afdelingerne kan mangle et realistisk billede af belastningen. Det kan anbefales at udvikle en kultur og praksis omkring registrering, så alle hændelser registreres – også dem, der umiddelbart synes små. Ledelsen kan kommunikere, hvorfor registrering er vigtig for at kunne forebygge og prioritere ressourcer og sikre, at medarbejdere og ledere har klar vejledning og motivation til at registrere alle hændelser, også mindre alvorlige. Samtidig skal der synligt følges op på registreringerne.

Det kan også overvejes en forenkling af registreringsprocessen, så tidskrævende eller detaljerede krav ikke hæmmer registreringen.

Oplevet alvorlighed påvirker rapportering

Medarbejderne vurderer, at mange hændelser ikke er særlige alvorlige og mange hændelser blev ikke registreret i Safetynet. Der er dog kun en svag eller ingen sammenhæng mellem, hvor alvorligt en hændelse opleves, og registrering i Safetynet. Det anbefales, at arbejdspladserne arbejder med fælles forståelse af alvorlighed og ensartede retningslinjer for, hvad der skal registreres, så vurderinger ikke afhænger af den enkeltes vurdering.

Social støtte beskytter mod negative helbredskonsekvenser

Når medarbejdere oplever støtte fra kolleger og ledelse, ser det ud til, at social støtte kan beskytte mod udvikling af psykiske symptomer. Det anbefales, at arbejdspladserne indfører strukturerede defusing og kollegial/ledelsesmæssig opfølgning umiddelbart efter hændelse og skaber en kultur, hvor åbenhed, tryghed og støtte er naturlig og forventet efter volds- eller trusselsituationshændelser. Hurtig og målrettet støtte efter hændelser kan muligvis forhindre udvikling af længerevarende psykiske reaktioner.

PUBLIKATIONER OG PRODUKTER FRA PROJEKTET

Videnskabelige artikler:

1. Delstudie 1:
Exposure to Workplace harassment, threats and violence in Psychiatric Settings: Frequencies, Types, Reporting Behavior, and the Influence Support on reporting (under udarbejdelse)
2. Delstudie 2: Immediate and Four-Week Psychological Effects of Workplace Harassment, Threats and Violence and the Buffering Effect of Social Support: A Study of Adaptive Disorder, PTSD and Depression Through Weekly Questionnaire Assessments (under udarbejdelse)
3. Delstudie 3: Violence, Support, and the Importance of Recognition: Employees' Perspectives Shortly After Workplace Incidents (under udarbejdelse)
4. Delstudie 4: Reporting of harassment, threats and violence among health care workers in the psychiatry - a longitudinal study (under udarbejdelse)

Oplæg

- 17/4 2024: Oplæg for Forretningsudvalget for det Fælles MED-udvalg, Region Syddanmark
11 2024: Oplæg for AMIR repræsentanter i Region Syd
3/6 2025: Oplæg på Arbejdsmiljøforskningsfondens årskonference
5/11 2025: Oplæg på Forskningens dag Gødstrup Hospital
19/11 2025: Workshop for centerseminar for tilsynsførende, administrative og jurister i Arbejdstilsynets Tilsynscenter Syd i Kolding.

ANERKENDELSE

Vi takker Arbejdsmiljøforskningsfonden for bevillingen, der gjorde det muligt at gennemføre projektet, og vi takker ledelse i psykiatrien og alle medarbejdere på psykiatriske matrikler i Region Syddanmark for deltagelse.

REFERENCER

1. Arbejdstilsynet. National overvågning af arbejdsmiljøet blandt Lønmodtagere. 2022; Available from: <https://www.ft.dk/samling/20211/almDEL/BEU/bilag/151/2527985.pdf>.
2. Saragih, I.D., et al., Global prevalence of stigmatization and violence against healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *J Nurs Scholarsh*, 2022. 54(6): p. 762-771.
3. Spector, P.E., Z.E. Zhou, and X.X. Che, Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International journal of nursing studies*, 2014. 51(1): p. 72-84.
4. Rudkjoebing, L.A., et al., Exposure to workplace violence and threats and risk of depression: a prospective study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2021. 47(8): p. 582.
5. Nyberg, A., et al., Workplace violence and health in human service industries: a systematic review of prospective and longitudinal studies. *Occupational and environmental medicine*, 2021. 78(2): p. 69-81.
6. Leather, P., et al., Exposure to occupational violence and the buffering effects of intra-organizational support. *Work & Stress*, 1998. 12(2): p. 161-178.
7. Clausen, T., A. Hogh, and V. Borg, Acts of offensive behaviour and risk of long-term sickness absence in the Danish elder-care services: a prospective analysis of register-based outcomes. *International archives of occupational and environmental health*, 2012. 85(4): p. 381-387.
8. Hoffmann, S.H., et al., Workplace violence and long-term sickness absence: assessment of the potential buffering effect of social support in two occupational cohort studies. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2020. 62(10): p. 830-838.
9. Friis, K., et al., Long-term adverse health outcomes of physical workplace violence: a 7-year population-based follow-up study. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 2019. 28(1): p. 101-109.
10. Emary, E.A.M., S.R.M. Arifin, and M.Z. Yusof, A Qualitative Systematic Review of Healthcare Practitioners' Experience of Workplace Violence. *Malays J Med Sci*, 2024. 31(1): p. 51-61.
11. Andersen, L.P., et al., Work-related threats and violence in human service sectors: The importance of the psycho-social work environment examined in a multilevel prospective study. *Work*, 2018. 59(1): p. 141-154.
12. Pihl-Thingvad, J., et al., Workplace violence and development of burnout symptoms: a prospective cohort study on 1823 social educators. *International archives of occupational and environmental health*, 2019. 92: p. 843-853.
13. Holbrook, T.L., et al., Perceived threat to life predicts posttraumatic stress disorder after major trauma: risk factors and functional outcome. *J Trauma*, 2001. 51(2): p. 287-92; discussion 292-3.
14. Ozer, E.J., et al., Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2008. S(1): p. 3-36.
15. Andersen, L.P. and K.L. Mikkelsen, Recall of occupational injuries: A comparison of questionnaire and diary data. *Safety science*, 2008. 46(2): p. 255-260.
16. Öztaş Ayhan, H. and S. Işıksal, Memory recall errors in retrospective surveys: A reverse record check study. *Quality and Quantity*, 2005. 38: p. 475-493.
17. 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.
18. 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.
19. Pihl-Thingvad, J., et al., Occupational Violence and PTSD-Symptoms: A Prospective Study on the Indirect Effects of Violence Through Time Pressure and Nontraumatic Strains in the Occupational Context. *Journal of occupational and environmental medicine*, 2019. 61(7): p. 572-583.
20. 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.
21. Madsen, I.E., et al., Work-related violence and depressive disorder among 955,573 employees

followed for 6.99 million person-years. The Danish Work Life Course Cohort study: work-related violence and depression. *Journal of affective disorders*, 2021. 288: p. 136-144.

22. Clausen, T., et al., Acts of offensive behaviour and risk of disability pension in Danish female eldercare workers: prospective cohort with 11-year register follow-up. *Scandinavian journal of public health*, 2024. 52(7): p. 793-799.

23. Andersen, L.P., A. Elklit, and J. Pihl-Thingvad, Crisis social support after work-related violence and threats and risk for depressive symptoms: a 3-months follow-up study. *BMC psychology*, 2023. 11(1): p. 42.

24. Brais, N., et al., Perceived coworker social support: A protective factor against workplace violence and psychopathologies in paramedics and firefighters. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 2023. 32(3): p. 346-364.

25. 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.

26. Chen, K.Y., H.M. Wu, and H.C. Wu, Impact of violence on work morale on Taiwanese nurses: The moderator of perceived organizational support. *International Nursing Review*, 2025. 72(1): p. e13098.