

Rapport vedrørende sikkerhed og tryghed i Region Hovedstadens Psykiatri



Indholdsfortegnelse

1. Indledning	5
1.1. Rapportens struktur	5
1.2. Budgetmidler til at styrke sikkerheden og trygheden	5
1.3. Organisering	6
1.3.1. Planlægningsgruppe	6
1.3.2. Styregruppe	6
1.4. Afgrænsning	6
1.4.1. Økonomi	6
1.4.2. Lovgivning	6
1.4.3. Medarbejdere og patienter	6
1.5. Hvad forstås ved sikkerhed og tryghed?	8
1.5.1. Sikkerhed	8
1.5.2. Tryghed	9
2. Eksisterende sikkerheds- og tryghedsskabende tiltag i Region Hovedstadens Psykiatri	10
2.1. Afsnitstyper	10
2.2. Fysiske rammer	10
2.3. Vejledninger, instrukser og procedurebeskrivelser (VIP)	10
2.3.1. Sundhedsplatformen (SP)	11
2.4. Kompetencer	11
2.4.1. Obligatorisk konflikthåndteringskursus	11
2.4.2. Undervisning og organisering	13
2.4.3. Safewards	14
2.5. Risikovurderinger i Region Hovedstadens psykiatri	15
2.5.1. Brøset violence checklist (BVC)	15
2.5.2. Violence Risk Screening (V-RISK-10)	15
2.5.3. Short Term Assessment of risk and treatability (Start)	16

2.6. Arbejdsmiljømæssige tiltag – hvad ved vi om trusler og vold fra tidligere?.....	16
2.6.1. APV 2017 og 2021 - trusler om vold og fysisk vold i Region Hovedstadens Psykiatri	16
2.6.2. Arbejdsskader 2020 - 2022.....	17
2.6.3. Efter voldsom hændelse	18
2.6.4. Trivselsundersøgelse.....	18
2.7. Forbedringspotentialer.....	18
3. Proces og metode	18
3.1. Indsamling af forbedringstiltag	18
3.1.1. Emneord.....	19
3.2. Workshops	20
3.2.1. Workshop den 13. november 2023	21
3.2.2. Workshop den 20. november 2023	21
3.3. Input fra andre	21
4. anbefalinger	22
4.1. Emner der ikke indgår i rapporten.....	22
4.1.1. Anonymitet	22
4.1.2. Opnormering	22
4.2. De konkrete anbefalinger.....	23
4.2.1. Tværgående anbefalinger.....	23
4.2.2. Fysiske rammer	24
4.2.3. Bemanding	25
4.2.4. Arbejdsgange	25
4.2.5. Kompetencer	26
4.2.6. Andet.....	27
4.3. Implementering.....	27
Bilag 1: Anbefalinger	28
1. Sikkerhedsorganisering	28
2. Implementering af understøttende tiltag.....	30

3. Byggningsmæssig gennemgang af alle matrikler.....	32
4. Alarmer.....	33
5. Samtalerum i ambulatorier – To udgange og samlet placering	35
6. Scannere.....	37
7. Sikkerhedsassistenter/tryghedsvagter	38
8. Forebyggelsesinstruktører	39
9. Visitering	41
10. Den gode start på vagten	43
11. Retningslinjer våben	44
12. Retningslinjer vold og trusler	46
13. To til samtale	47
14. Understøttelse klinisk arbejdsgang V-RISK-10	49
15. Smarttext handleplaner risikovurderinger	51
16. Risikovurdering.....	52
17. Arbejdsgang bagvagt.....	53
18. Konflikthåndtering.....	55
19. Vedligeholdelsestræning	56
20. Uddannelse af læger i vagtfunktioner	58
21. Psykopatologi.....	59
22. Sikkerhedsspørgsmål trivselsmålinger.....	61
23. Samarbejde med andre	62

1. Indledning

På baggrund af hændelsen den 21. juli 2023 på Brøndbyøstervej hvor en medarbejder mistede livet, og to andre blev sårede af et knivangreb fra en patient, ønsker Region Hovedstaden at styrke sikkerheden og trygheden i hele psykiatrien.

Det skal være trygt at tage på arbejde som medarbejder i psykiatrien. Sikkerhed og tryghed har en meget høj prioritet i Region Hovedstaden. Personalet skal kunne passe sit arbejde uden risiko for at blive udsat for vold eller trusler om vold, og Region Hovedstadens Psykiatri arbejder kontinuerligt med mange forskellige indsatser, som ikke kun handler om personalets sikkerhed og tryghed, men også om patienternes.

Umiddelbart efter den tragiske hændelse på Brøndbyøstervej besluttede direktionen i Region Hovedstadens Psykiatri at sende et skema til alle afsnit på hospitalet. Det gav alle medarbejdere mulighed for at komme med forslag til tiltag, der kan forbedre og styrke sikkerheden og trygheden. Der kom 236 udfyldte skemaer tilbage med mere end 1450 forslag. Der er arbejdet videre med forslagene lokalt på de enkelte afsnit og i de lokale medarbejderudvalg. Og som en del af processen med udarbejdelse af en handleplan, er der arbejdet videre med forslagene på to heldagsworkshops med deltagelse af mere end 100 medarbejdere. På den første workshop arbejdede man i forhold til hvilken afsnitstype, man er ansat på. Formålet var at diskutere og prioritere blandt de mange forslag. Den anden workshop tog afsæt i prioriteringerne, og man valgte sig selv ind på de emner, man ønskede at konkretisere yderligere på dagen. Besvarelsene af skemaet og arbejdet på de to workshops er grundlaget for de anbefalinger, der indgår i denne rapport.

Region Hovedstadens forretningsudvalg blev primo september 2023 orienteret om kommissorium for nedsættelse af en styregruppe med regionale og eksterne repræsentanter, der skal udarbejde en handleplan for at styrke sikkerhed og trygheden i Region Hovedstadens Psykiatri.

Arbejdet er udmundet i nærværende rapport som sammen med drøftelserne i styregruppen, har resulteret i en handleplan med 23 anbefalinger.

1.1. Rapportens struktur

Rapporten er bygget op således, at afsnit 1 kort beskriver baggrund, organisering og afgrænsning, afsnit 2 beskriver de sikkerheds- og tryghedsskabende tiltag, der allerede nu foregår i Region Hovedstadens Psykiatri. Afsnit 3 præsenterer den proces og metode, der ligger til grund for indholdet i rapporten. De anbefalinger der er blevet til på baggrund af processen, gennemgås i afsnit 4.

1.2. Budgetmidler til at styrke sikkerheden og trygheden

Region Hovedstaden besluttede i budgetaftalen for 2024 en tryghedspakke, hvor der blev afsat 3,4 mio. kr. i 2024 og 3 mio. kr. årligt derefter til at følge op på den faglige rapportes anbefalinger.

Desuden er der afsat 9 mio. kr. til etablering og udskiftning af alarmer.

Herudover besluttede folketingets partier på Finansloven for 2024 at afsætte 100 mio. kr. i 2024 til en tryghedspakke for at forbedre sikkerheden her og nu for medarbejdere i psykiatrien. Halvdelen af midlerne går til regionerne, mens den anden halvdel går til det kommunale område.

Det fremgår af aftalen, "at erfaringerne fra arbejdet i Region Hovedstaden, som allerede er i gang med at udarbejde en handleplan for styrket sikkerhed og tryghed i psykiatrien, skal indgå i tilrettelæggelsen af de konkrete tryghedsskabende indsatser i regioner og kommuner".

1.3. Organisering

1.3.1. Planlægningsgruppe

Region Hovedstadens Psykiatri har nedsat en planlægningsgruppe, som har arbejdet med rapporten på daglig basis. Planlægningsgruppen har holdt ugentlige møder og har arbejdet mellem møderne. Medlemmerne er udpeget fra både klinikken og administrationen.

1.3.2. Styregruppe

Region Hovedstaden har nedsat en styregruppe, som har haft til opgave at lave et udkast til rapporten. Styregruppen har holdt tre møder og deltaget i en heldagsworkshop. Medlemmerne er udpeget både eksternt og internt, og består blandt andet af repræsentanter for Psykiatriforeningernes Fællesråd, Arbejdstilsynet, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Kriminalforsorgen, Politiet, og Region Hovedstaden.

1.4. Afgrænsning

1.4.1. Økonomi

Økonomien har betydning for hvilke anbefalinger, der umiddelbart kan gøres noget ved. Nedenstående anbefalinger indgår imidlertid i rapporten, uden at det har været muligt at foretage økonomiske beregninger på dem alle. Tilførslen af ressourcer og prioriteringen af hvilke anbefalinger, der skal gennemføres, og hvornår, må også ses i sammenhæng med andre initiativer. Herunder udmøntningen af finanslovsaftalen for 2024 og de midler regionsrådet i Region Hovedstaden har afsat til området.

1.4.2. Lovgivning

Lovgivningen har betydning for, hvilke anbefalinger der umiddelbart kan gøres noget ved. Fx er det ikke tilfaldt at bruge metaldetektorer i almenpsykiatrien, som lovgivningen er i dag. Det gælder akutmodtagelser, sengeafsnit og ambulatorier. Et andet eksempel er, at nogle af de arbejdsgangsbeskrivelser som klinikken efterspørger, ikke har lovhemmel. Det drejer sig blandt andet om muligheden for visitering af patienter og besøgende med henblik på at forebygge, at der tages stoffer og våben med videre med ind på sengeafsnit og ambulatorier. Klinikken har også et ønske om en simpel et-sides husorden, der kan hænges op fx med piktogrammer, så den er hurtigt læst af alle. Men det er ikke muligt, hvis alle juridiske regler skal overholdes. I forhold til det tværsektorielle samarbejde er der desuden begrænsninger i forhold til at dele oplysninger mellem fx kommunale botilbud og regionale botilbudsteams, medmindre patienten giver samtykke.

Nogle anbefalinger kan derfor forudsætte en lovændring, og kan ikke umiddelbart implementeres.

I den Finanslovsaftale de politiske partier har indgået om "En bedre psykiatri", fremgår det, at hvis nogle af de lokalt ønskede initiativer "forudsætter ny eller ændret lovhemmel, fx indførelse af ekstra sikkerhedsprocedurer ved modtagelse af patienter, fx i form af rutinemæssige kropsvisitation, er regeringen indstillet på at se nærmere på det". Udmeldingen åbner op for, at anbefalinger i rapporten der ikke kan gennemføres i dag, ikke på forhånd kan afskrives på grund af en lovgivning, der taler imod forslaget.

1.4.3. Medarbejdere og patienter

Rapporten har fokus på sikkerhed for medarbejderne i psykiatrien. Både det faste personale, vikarerne og det servicepersonale der i mange tilfælde kommer ude fra. Men sikkerhed og tryghed handler naturligvis også om patienterne. I arbejdet med rapporten har der været inviteret patienter med ind i arbejdet og i de anbefalinger, hvor det er relevant, medtænkes patienternes stemme også. God patientbehandling er vigtig for patienterne, men også for personalet i forhold til at opleve man gør en forskel. Sikkerhed og tryghed på arbejdspladsen er en forudsætning for, at både medarbejdere og patienter trives. Hvis medarbejderne ikke er trygge, rejser de. Det kan have som konsekvens, at der mangler bemanning på afsnittet og/eller at

kvaliteten af behandlingen ikke er, som den skal være. Psykiatrien oplever som den øvrige del af sundhedsvæsenet rekrutteringsudfordringer, som yderligere øger vigtigheden af at fastholde medarbejderne.

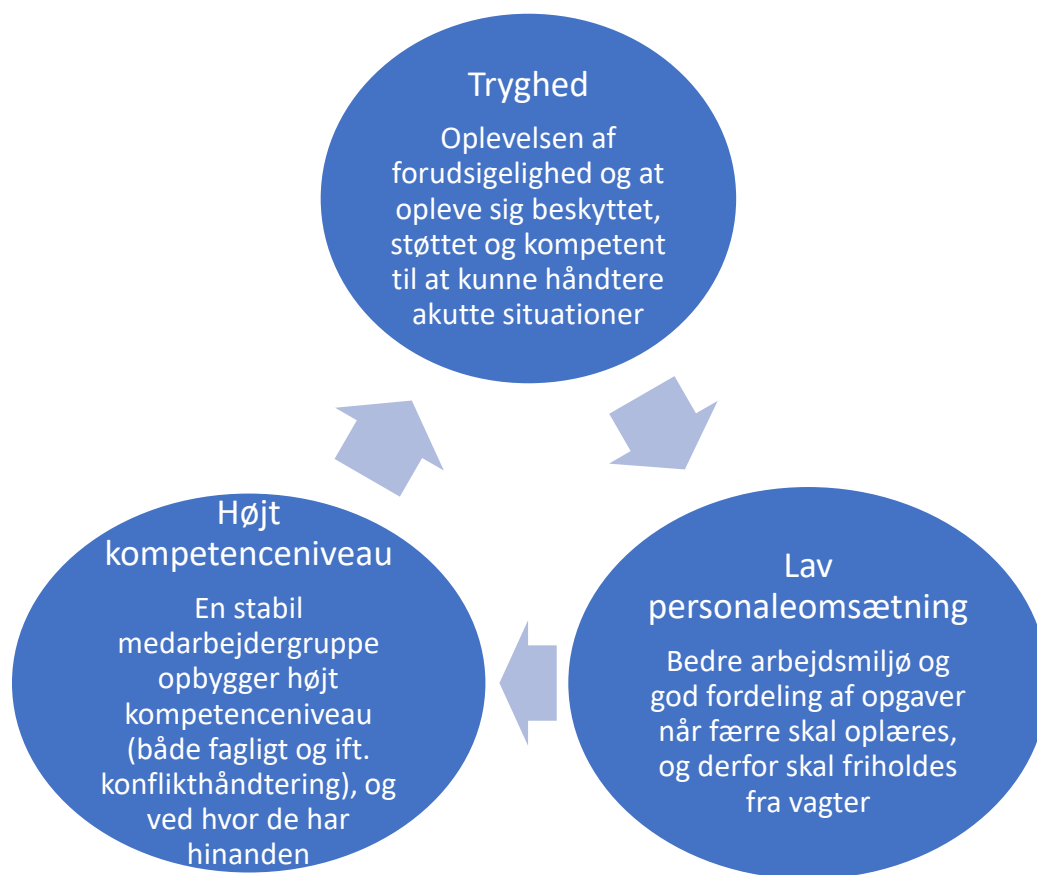
Behovet for flere hænder og øget normering fylder generelt, når der tales sikkerhed. Men det handler ikke kun om, hvor mange der er på arbejde. Det er også vigtigt, hvem der er på arbejde og med hvilke kompetencer. Tre i en vagt kan være en fornuftig bemanning, men hvis de to er henholdsvis en studerende og en vikar, kan det betyde, at den nødvendige viden og praksiserfaring ikke er til stede.

En anden vinkel ind i problemstillingen om rekrutteringsudfordringer kan være at se nærmere på sammenhængen mellem kapacitet og sikkerhed. Region Hovedstadens Psykiatri har fx mange lokationer, hvor nogle er større end andre. Det kan have betydning for, hvor mange der fx har mulighed for at løbe til alarm. Det skal kontinuerligt vurderes, om bemanningen er sikkerhedsmæssig forsvarlig i forhold til det enkelte afsnit og den enkelte matrikel. Men det bør også vurderes, om Region Hovedstadens Psykiatri reelt har mulighed for at sikre tilstrækkelig bemanning (både antalsmæssigt og kompetencemæssigt) i forhold til den nuværende sengekapacitet. Denne vinkel er ikke behandlet yderligere i rapporten.

Der er en tæt sammenhæng mellem personalets oplevelse af tryghed og personaleomsætningen og kompetenceniveauet i psykiatriens sengeafsnit. I videre forstand har personalets tryghed også betydning for patienternes sikkerhed og for det enkelte psykiatriske centers økonomi, da lav personaleomsætning styrker kvaliteten af behandlingen, og letter centrets økonomistyring på grund af færre dyre vagter og færre introduktionsrelaterede omkostninger/fraværstimer.

I figuren nedenfor skitseres "den gode cirkel" for sengeafsnit og ambulatorier, hvor tryghed medfører lav personaleomsætning, som igen fører til et højt kompetenceniveau, der konsoliderer oplevelsen af tryghed. Selv om de tre elementer er gensidigt afhængige, må tryghed betegnes som "nøglen" til at igangsætte den gode cirkel.

Figur 1: Den gode cirkel



Ofte oplever man imidlertid en negativ cirkel, hvor utryghed fører til høj personaleomsætning og dermed til et lavt kompetenceniveau på afsnittet. Det øger utrygheden, og holder den negative cirkel i gang. Også her vurderes det at være spørgsmålet om utryghed eller tryghed, der er "nøglen" til om den negative cirkel fortsætter eller kan bremses.

På den måde hænger arbejdet med sikkerhed og tryghed tæt sammen med arbejdsmiljøarbejdet, kvalitetsarbejdet og arbejdet med at tiltrække og fastholde medarbejdere i psykiatrien.

1.5. Hvad forstås ved sikkerhed og tryghed?

1.5.1. Sikkerhed

Sikkerhed på et psykiatrisk hospital refererer til implementeringen af foranstaltninger og procedurer for at beskytte både medarbejdere og patienter mod potentielle farer og risici. Dette kan omfatte fysiske sikkerhedsforanstaltninger såsom låste døre, overvågningssystemer og træning i håndtering af konfliktsituationer.

Ofte tales der om flere former for sikkerhed, fx:

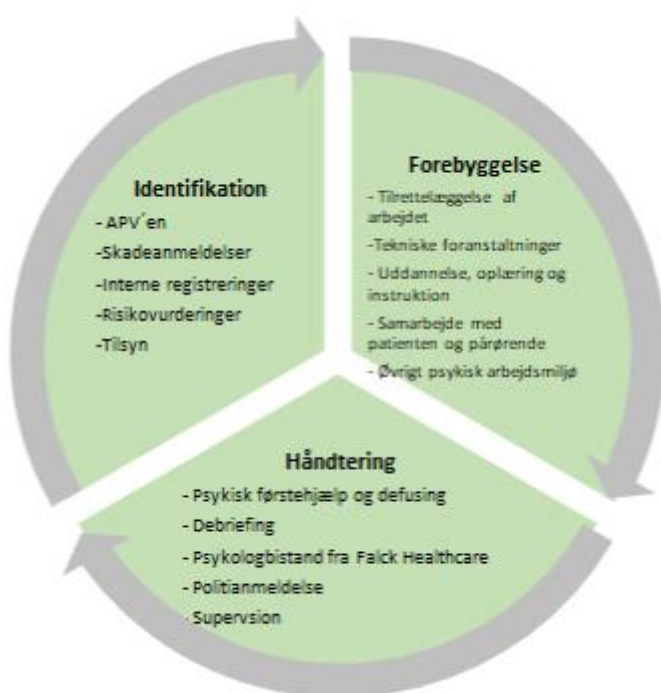
Fysisk sikkerhed – der handler om foranstaltninger og midler, der forhindrer voldelige episoder og beskytter personalet.

Proceduremæssig sikkerhed – der handler om de standardiserede procedurer og retningslinjer, der er implementeret for at håndtere trussels- og sikkerhedssituationer på en effektiv og sikker måde.

Dynamisk/relationel sikkerhed - der handler om evnen til at tilpasse sig ændringer i situationen og trusselsniveauet og om opbygning af relationer mellem personale og patienter for at mindske risikoen for konflikter og vold.

Når der ses på, om psykiatrien har de rette sikkerhedsforanstaltninger og procedurer, skal det også vurderes, hvad det sikkerhedsmæssige initiativ forholder sig til. Jo mere man kan forudse og forebygge vold, jo bedre. Derfor skal fokus på sikkerhed rumme disse tre dimensioner:

Figur 2



Rapporten indeholder anbefalinger inden for alle tre kategorier af sikkerhed og alle tre dimensioner, dog flest inden for forebyggelse.

1.5.2. Tryghed

Tryghed på et psykiatrisk hospital handler om den psykologiske og følelsesmæssige tilstand af at føle sig beskyttet, støttet og kompetent til at kunne håndtere akutte situationer både alene og som team. Det indebærer at skabe et miljø, hvor medarbejderne oplever en høj grad af forudsigelighed, og føler sig trygge, og kan udføre deres opgaver uden unødigt frygt eller stress. Dette kan blandt andet opnås gennem god ledelse, rette og tilstrækkelige kompetencer, bygningsmæssige og tekniske sikkerhedsforanstaltninger, kendskab til hvordan der skal ageres i utrygge situationer og regelmæssig træning i konflikthåndtering.

Forskellen mellem sikkerhed og tryghed ligger i fokusområdet: Sikkerhed er mere knyttet til fysiske foranstaltninger og procedurer for at beskytte mod trusler, mens tryghed er mere relateret til den følelsesmæssige og psykologiske tilstand af at opleve forudsigelighed og at føle sig beskyttet, støttet og kompetent. Både sikkerhed og tryghed er vigtige for at skabe et sundt arbejdsmiljø og give medarbejdere ro og overskud til at møde patienterne med åbenhed og fokusere på relationen i kontakten og behandlingen.

2. Eksisterende sikkerheds- og tryghedsskabende tiltag i Region Hovedstadens Psykiatri

Region Hovedstadens Psykiatri har allerede mange indsatser, der i hverdagen er med til at sikre et godt og trygt arbejdsmiljø. Der er også et løbende fokus på arbejdet med sikkerhed. Dette afsnit vil kort skitsere allerede eksisterende tiltag.

2.1. Afsnitstyper

Region Hovedstadens Psykiatri har som hospital mange forskellige behandlingstilbud, der er målrettet forskellige patientgrupper og aldersgrupper.

På det børne- og ungdomspsykiatriske område har Region Hovedstadens Psykiatri en akutmodtagelse, åbne og lukkede sengeafsnit, retspsykiatri og ambulante tilbud. Voksenpsykiatrien har akutmodtagelser, åbne og lukkede sengeafsnit, ambulatorier, psykoterapeutiske ambulatorier samt specialiserede tilbud målrettet retspsykiatriske patienter, der inkluderer sengeafsnit og ambulante tilbud. De fleste retspsykiatriske patienter behandles i almenpsykiatrien.

Da psykiatriske patienter ikke er ens, og der er forskel på hvor syge patienter er, er der også forskel på hvor stor risikoen er for udadreagerende og truende adfærd i de forskellige tilbud. Dette har betydning for hvilke krav der er til det enkelte afsnits sikkerhedstiltag. Derfor vil anbefalingerne i rapporten også tage højde for hvor i organisationen, der er behov for tiltaget.

2.2. Fysiske rammer

Region Hovedstadens Psykiatri har psykiatriske centre fordelt over hele regionen. De er bygget på forskellige tidspunkter, til forskellige formål og ud fra forskellige principper. Dette medfører, at de bygningsmæssige rammer er meget forskellige fra center til center.

Ved nybyggerier følges "Administrative retningslinjer for byggeri i Region Hovedstadens Psykiatri". I disse retningslinjer er der også beskrivelser af, hvordan der tænkes sikkerhed ind, samt hvordan der skabes rum, der virker beroligende.

Alarmer er implementeret på alle sengeafsnit, og ud fra en risikovurdering efter gældende retningslinjer på det ambulante område. Indkøb af alarmsystemer er underlagt udbudskrav, hvilket gør at Region Hovedstadens Psykiatri har flere forskellige alarmsystemer i brug på nuværende tidspunkt.

2.3. Vejledninger, instrukser og procedurebeskrivelser (VIP)

Alle vejledninger er gennemgået med henblik på at undersøge, om der er behov for at udarbejde nye retningslinjer. Afdækningen har vist, at der er aktuelle vejledninger i forhold til sikkerhed og tryghed på områderne:

- Risikovurderinger både på sengeafsnit og ambulant
- PSP samarbejde (Politi, sociale myndigheder og psykiatri)
- Vejledning om hjemmebesøg eller andet udkørende arbejde med patientkontakt

- Visitering ved akutmodtagelse og indlæggelse i voksenpsykiatri
- Psykisk førstehjælp og defusing af medarbejdere efter belastende episoder
- Lokale retningslinjer for forebyggelse og håndtering af vold og trusler

De nuværende vejledninger er i forbindelse med udarbejdelse af rapporten genbesøgt med henblik på at se, om der er et eventuelt forbedringspotentiale.

Region Hovedstadens Psykiatri udgiver også "Værd at vide" foldere. Folderne giver overblik over organisationens retningslinjer og holdninger på områder, som knytter sig til en lang række temaer indenfor arbejdsmiljø og HR mere generelt.

Følgende relaterer sig til sikkerheden på og udenfor arbejdspladsen:

- Værd at vide om et sikkert og sundt arbejdsmiljø udenfor arbejdstiden
- Værd at vide om sociale medier
- Værd at vide om navneskilte

2.3.1. Sundhedsplatformen (SP)

For at sikre at de tilsvarende arbejds gange i SP udføres korrekt og ensartet, er der udarbejdet skriftligt støttemateriale. Støttematerialet er tilgængeligt for alle via intranettet. De vejledninger hvor der henvises til SP, har indsat link til relevant SP-støttemateriale. Den gældende organisering, implementeringsmodel samt alt støttemateriale har til formål at sikre effektiv og korrekt dokumentation samt et nemt og hurtigt overblik i SP, hvilket i sidste ende øger sikkerhed og tryghed i arbejdet.

Alle nyansatte i Region Hovedstadens Psykiatri skal på et SP-intro kursus, som passer til deres erfaring med Sundhedsplatformen. Dette følges op af en spørgetime, som alle har mulighed for at deltage i.

Den gældende SP-organisering centralt og lokalt på centrene omfatter, at der på alle centre er nedsat en SP-koordinationsgruppe bestående af en centerledelsesrepræsentant, en SP-koordinator samt SP-nøglepersoners ansvarlige (SPNA) for læger, plejegruppe og sekretærer. SP-koordinationsgruppen skal sikre rammer og organisering af formidling og support til udpegede SP-nøglepersoner på døgnafsnit, akutmodtagelser og ambulatorier. SP-nøglepersoner skal sikre formidling og undervisning af den resterende del af medarbejderne.

Kompetenceopbygningen af SP-nøglepersoners ansvarlige sker på månedlige arbejdsgruppemøder for SP-anvendelse. Her undervises der i og drøftes korrekt og effektiv anvendelse af SP.

For at sikre ledelsesunderstøttelse af SP-organiseringen og -implementeringen er der nedsat et udvalg for SP og digitalisering. I samarbejde med udvalget har det i 2023 været gældende, at SP-implementeringsindsatser samles og beskrives i kvartalsudsendelser til centrene. Inden udsendelse orienteres hospitalsledelsen, så der kan sikres rammer og ressourcer til implementeringsopgaven.

2.4. Kompetencer

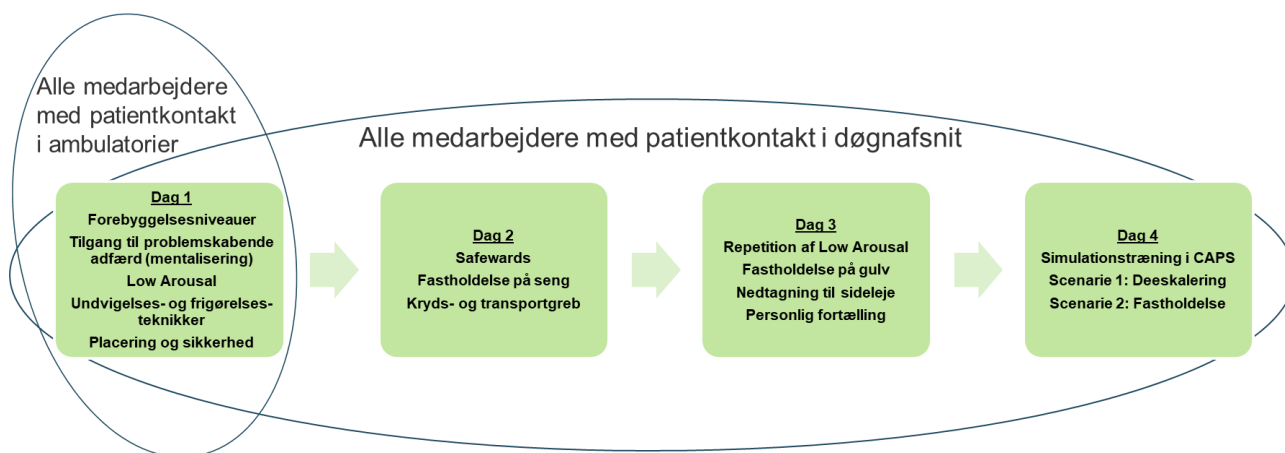
2.4.1. Obligatorisk konflikthåndteringskursus

Alle nye medarbejdere med patientkontakt modtager ved starten af deres ansættelse en grundig indføring i forebyggelse og håndtering af konflikter. Det obligatoriske kursus i forebyggelse og håndtering af

konflikter* er af 4 dages varighed**¹ og har til formål at kombinere kommunikation og fysisk intervention og at skabe en helhedsorienteret tilgang til arbejdet med at forebygge og håndtere konflikter. På kurset trænes der, som noget helt nyt med en hel dags simulation.

Nye medarbejdere på sengeafsnit deltager inden for det første år også i et grundkursus i kognitiv adfærdsterapi, der ligeledes understøtter forebyggelse af konflikter.

Figur 3: Overblik over indhold på undervisningsdage.



Tabel 1: Oversigt over hvilke faggrupper, der modtaget hvilken undervisning.

Målgruppe	Obligatorisk deltagelse Alle 4 dage	Obligatorisk deltagelse 1 dag	Valgfri deltagelse Alle 4 dage	Valgfri deltagelse dag 1	Deltagelse i lokal vedligeholdelsestræning	Andet kursusforløb
Social-og sundhedsassistenter	x					
Sygeplejersker	x					
Pædagoger	x					
Fysioterapeuter	x					
Ergoterapeuter	x					
Sikkerhedsmedarbejdere	x					
Recoverymentorer		x				
Psykologer		x				
Socialrådgivere		x				
Psykologer i intensive afsnit		x	x			
Diætister				x		
Famaceuter				x		
Læger					x	
Lægesekretærer						x
Servicepersonale						x

¹ * Lægesekretærer og serviceassistenter har deres egne kurser

** Medarbejdere fra det ambulante område deltager i dag 1 på det obligatoriske konflikthåndteringskursus.

2.4.2. Undervisning og organisering

Når det obligatoriske kursus er gennemført, vedligeholdes medarbejdernes kompetencer på lokal vedligeholdelsestræning samt ved sidemandsoplæring i klinikken. Region Hovedstadens Psykiatri har tre instruktørfunktioner, som har forskellige opgaver med blandt andet undervisning, vedligeholdelsestræning, sidemandsoplæring og sparring:

- Specialinstruktører
- Vedligeholdelsesinstruktører
- Forebyggelsesinstruktører

Specialinstruktører:

- Ca. 23 fordelt på de psykiatriske centre
- Underviser de nyansatte medarbejdere på de obligatoriske kurser
- Uddanner, underviser og opdaterer vedligeholdelsesinstruktørerne og forebyggelsesinstruktører. Fungerer som interne eksperter i fysiske teknikker
- Deltager løbende i forskellige kompetenceudviklingsforløb
- Samarbejder med arbejdsmiljøkonsulenter (AMK) om data vedrørende arbejdsskader og interne registreringer vedrørende vold og trusler

Vedligeholdelsesinstruktører

- Ca. 135 vedligeholdelsesinstruktører fordelt på de psykiatriske centre
- Uddannet via central uddannelse til at vedligeholde kompetencer opnået på de obligatoriske kurser (17 dages uddannelse + eksamen)
- Deltager på 1-2 temadage og 2 træningsdage om året for at sikre, at deres viden og teknikker er opdateret
- Standard for vedligeholdelsestræning: Alle medarbejdere skal deltage i vedligeholdelsestræning 3 gange af 2 timers varighed om året

Forebyggelsesinstruktører

- Central uddannelse som er inspireret af blandt andet interventionsteams og andre lokale tiltag
- Uddannet til at forebygge tvang og øge sikkerhed for patienterne og medarbejderne ved at sikre en tidlig, forebyggende og deeskalerende indsats på afsnittene
- Vejledende og coachende rolle i forhold til kollegaernes arbejde med at forebygge tvang og øge sikkerhed for patienter og medarbejdere i klinikken
- En ekstra ressource på den enkelte matrikel, som ikke er bundet til et enkelt afsnit, men som kan være der, hvor der er problemstillinger, der kræver en ekstra person, og som samtidig kan hjælpe det øvrige personale med at forebygge eller håndtere potentielle og igangværende konfliktsituationer

2.4.3.Safewards

Region Hovedstadens Psykiatri vision er at have patienten i centrum fordi det er patienten, der er ekspert i eget liv. Derfor er det vigtigt at tage afsæt i patientens ønsker i respekt for det enkelte menneskes ret til selvbestemmelse. Region Hovedstadens Psykiatri ønsker at inddrage netværk og understøtte patientens egen recoveryproces i behandlingen. For at leve op til visionen arbejdes der ud fra værdierne: Faglighed, ansvar, respekt og udvikling. Der anvendes forskellige faglige modeller i det kliniske arbejde, der er med til at understøtte både vision og værdigrundlag. Safewards er en af de modeller, der understøtter sikkerhedsperspektivet gennem en recoveryorienteret tilgang.

Safewards er en model, der blev udviklet i Storbritannien af professor Len Bowers og kolleger. Den undersøger specifikt begivenheder, som modellen kalder 'konflikter' (begivenheder, der truer personalets og patienternes sikkerhed, såsom selvskade, selvmord, aggression, absenteringer) og 'kontrollerende handlinger' (ting, personalet gør for at forhindre eller reducere skade på personalet og patienterne, såsom øget observation, brug af pn-medicin, brug af restriktive indgreb) (Bowers 2012).

Konflikter- og kontrollerende handlinger grupperes sammen, fordi:

- Patienter, der viser en type konfliktadfærd, også kan vise en anden type
- Andelen af konflikter og brug af kontrollerende handlinger kan gruppere sig inden for afdelinger

Konflikter og kontrollerende handlinger kan variere betydeligt mellem forskellige afdelinger, både nationalt og internationalt, og typerne af kontrollerende handlinger kan også variere betydeligt (Bowers 2009; Bowers et al. 2005).

Safewards-modellen søger at forklare disse forskelligheder for både konflikter og kontrollerende handlinger, og tilbyder interventioner, der er designet til at reducere risikoen for konflikter og kontrollerende handlinger.

Modellen består af seks domæner:

- Patientfællesskab
- Patientkarakteristika
- Rammebetingelser
- Personalet
- Fysisk miljø
- Uden for hospitalet

Disse seks domæner giver anledning til "Flashpoints/trigger", defineret som 'sociale og psykologiske situationer, der opstår på baggrund af funktioner i de oprindelige domæner, der signalerer og forudser forestående konfliktadfærd' (Bowers 2014, s. 500). Flashpoints/trigger kan udløse konflikter, der kan føre til kontrollerende handlinger, og brugen af kontrollerende handlinger kan også udløse konflikter (Bowers 2014).

De 10 interventioner

Alle Safewards-interventioner er designet til at håndtere de forskellige flashpoints/trigger, der er beskrevet i modellen og for at reducere faktorer, der fører til konflikter. Modellen anbefaler ikke brugen af restriktive indgreb; den sikrer, at hvis restriktive indgreb eller kontrollerende handlinger anvendes, fører de ikke til yderligere konflikter (Bowers, 2014).

- Afklar gensidige forventninger
- Milde ord
- Kommunikativ deeskalering
- Positive ord
- Støtte ved dårlige nyheder
- Lær hinanden at kende
- Hjælp hinanden møde
- Beroligende metoder
- Genskabe tryghed
- Udskrivelses hilsen

Safewards som model er en del af det tvangsforebyggende arbejde i Region Hovedstadens Psykiatri, og har i flere år været en integreret model på de fleste intensive afsnit. Hertil kommer at reboost af Safewards, er skrevet ind i flere af de psykiatriske centres årsaftaler for 2024.

På baggrund af beslutningen om implementering af Safewards modellen i arbejdet med nedbringelse af tvang blev det besluttet at gøre Safewards til en del af indholdet på det obligatoriske kursus i forebyggelse og håndtering af konflikter samt på uddannelserne til vedligeholdelses- og forebyggelsesinstruktører.

2.5. Risikovurderinger i Region Hovedstadens psykiatri

Personalet i psykiatrien står hver dag med patienter med mange forskellige problemstillinger. Det stiller krav til personalets kommunikative kompetencer og evne til at skabe et tillidsfuldt og professionelt rum for patienten. Som behandler får man et stort kendskab til patienterne og deres sygdom. Det er vigtigt at forebygge de blinde vinkler, der kan opstå, når man kender patienterne godt. Det kan betyde, at man måske ikke ser en eventuel farlighed, der udvikler sig. Det er et kontinuerligt opmærksomhedspunkt i den kliniske praksis, og kan understøttes af de værktøjer, der er til rådighed og gennem faglig konferering med forskellige faggrupper. De risikovurderinger der anvendes i Region Hovedstadens Psykiatri, præsenteres nedenfor. En risikovurdering kan aldrig stå alene, men skal altid følges op af interventioner på baggrund af vurderingen.

2.5.1.Brøset violence checklist (BVC)

BVC skal anvendes på sengeafsnit. Patienterne screenes for risiko for aggression og udadreagerende adfærd ud fra et BVC skema. Svares der ja til blot ét af screeningsspørgsmålene, scores patienten i BVC.

Patienter der indlægges på lukket/skærmet/akut modtageafsnit scores på BVC tre gange i døgnet de første tre døgn efter indlæggelsen. Scoring genoptages ved aktuelle tegn på potentiel aggressiv og udadreagerende adfærd. Tvangsfikserede patienter scores tre gange i døgnet.

Det er sygeplejersken med ansvar for triage, der har ansvar for at foretage screening og scoring på BVC. Fortløbende scoring foretages af patientens kontaktperson.

2.5.2.Violence Risk Screening (V-RISK-10)

V-RISK-10 anvendes på alle ambulatorier og fra 2024 også på retspsykiatriske ambulatorier efter anbefaling fra patientsikkerhedsanalysen for hændelsen på Brøndbyøstervej. V-RISK-10 måler på voldsrisiko og indeholder elementer fra screeningsværktøjerne START og HCR-20, der anvendes på det retspsykiatriske område.

For alle ambulante patienter skal der laves en indledende vurdering af, om der er øget voldsrisiko på baggrund af anamnesticke oplysninger og klinisk vurdering.

Patienter der opfylder kriterierne for målgruppen, eller som vurderes at være i potentielt øget voldsrisiko af anden årsag, **skal** have foretaget screening med V-RISK-10.

Screening med V-RISK-10 (eller vurdering af, at den ikke er nødvendig) skal foreligge senest ved den anden samtale. V-RISK-10 gentages, hvis der sker ændringer i patientens tilstand, der giver anledning til bekymring om øget voldsrisiko.

Når patienten er indlagt, er det ambulatoriets ansvar at udføre voldsrisikovurdering med V-RISK-10 (eller vurdering af, at den ikke er nødvendig), når de besøger patienten før udskrivelsen eller deltager i behandlingsplanssamtale/udskrivningssamtale.

Læge eller specialpsykolog foretager V-RISK-10, men opgaven kan uddelegeres.

2.5.3.Short Term Assessment of risk and treatability (Start)

Anvendes kun i retspsykiatrien på de lukkede afsnit og i retspsykiatriske ambulatorier. Det er tiltænkt, at vurderingen sker på de retspsykiatriske lukkede afsnit hver 3. måned eller ved ændringer i tilstanden, mens det på retspsykiatriske ambulante afsnit bruges som et supplement til V-RISK-10.

START måler på risiko for selvskaade, selvmord, egenomsorg, victimisering, absentering, misbrug og vold.

Vurderingen kan udføres af tværfagligt personale.

2.6. Arbejdsmiljømæssige tiltag – hvad ved vi om trusler og vold fra tidligere?

Der er forskellige former for undersøgelser i Region Hovedstadens Psykiatri, som kan vise data vedrørende arbejdsmiljøet i forhold til vold og trusler på arbejdspladsen. Den lovpligtige arbejdspladsvurdering (APV) er senest lavet i 2021, og skal gentages i 2024. De spørgsmål som har betydning for sikkerheden og trygheden fra APV 2021 gennemgås nedenfor. Der anmeldes også løbende arbejdsskader på baggrund af fysisk og psykisk vold. Data for anmeldte arbejdsskader i perioden 2020 - 2022 præsenteres også. Indberetning af arbejdsulykker med fravær eller af alvorlig karakter anmeldes til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring og Arbejdstilsynet.

2.6.1.APV 2017 og 2021 - trusler om vold og fysisk vold i Region Hovedstadens Psykiatri

Den lovpligtige arbejdspladsvurdering (APV) er senest lavet i 2017 og 2021, og der gennemføres en ny primo 2024. Tallene nedenfor er derfor af ældre karakter, og billedet kan se anderledes ud i 2024. Tallene er dog medtaget, da de giver en indikation af, hvordan medarbejderne oplever arbejdsmiljøet i forhold til trusler om vold og fysisk vold.

Gennemsnitligt har 26 % af respondenterne i Region Hovedstadens Psykiatri oplevet trusler om vold og 14 % har været udsat for fysisk vold i 2021. I 2017 var det henholdsvis 35%, der oplevede trusler om vold og 18% har svaret, at de har været udsat for fysisk vold. Tallene for Region Hovedstaden som helhed er, at i 2021 svarede 8 % af respondenterne, at de har oplevet trusler om vold og 6 % har været udsat for fysisk vold.

Når der ses på faggrupper, er det SOSU-personale, som oplever flest trusler om vold. I 2021 var det 49 % og i 2017 var det 68% af SOSU-personalet, der oplevede trusler om vold. Herefter følger pædagogisk personale hvor 36 % oplevede trusler om vold i 2021, mens det tilsvarende tal var 49 % i 2017. Sygeplejersker er den faggruppe, der 3. hyppigst oplever trusler om vold. I 2021 drejede det sig om 34 % og i 2017 var det 47 %. I forhold til fysisk vold er det de samme tre faggrupper, der hyppigst har været udsat: I 2021 var det 32 % og

i 2017 40 % af SOSU-personalet, der var udsat for vold. Blandt det pædagogisk personale var det i 2021 26 % og i 2017 36 %. For sygeplejersker var det i 2021 20 % og i 2017 25%, der havde været udsat for vold.

I 2017 svarede lidt over en tredjedel de respondenter, der har oplevet trusler om vold, at de har oplevet det sjældnere end en gang månedligt. Den anden halvdel oplever det månedligt eller tiere. Med hensyn til fysisk vold er det knap 15%, der oplever det sjældnere end en gang månedligt. Nogle svarer, at de er udsat for vold og trusler dagligt.

I 2021 svarede halvdelen af de respondenter, der har oplevet trusler om vold, har oplevet det sjældnere end en gang månedligt. Den anden halvdel oplever det månedligt eller tiere. Med hensyn til fysisk vold er det knap 75%, der oplever det sjældnere end en gang månedligt. Nogle svarer, at de er udsat for vold og trusler dagligt.

Tabel 2: APV 2021 "Har du inden for de sidste 12 måneder været udsat for trusler om vold/fysisk vold i forbindelse med dit arbejde – hvor ofte?"

APV 2021	Trusler om vold	Fysisk vold
Dagligt	26	7
Ugentligt	206	33
Månedligt	322	117
Sjældnere end månedligt	424	289
En enkelt gang	133	146
I alt	1.111	592

Respondenterne har angivet, at stort set alle trusler om vold og den fysiske vold kommer fra patienter, pårørende eller brugere.

Langt de fleste tilfælde med trusler om vold eller den fysiske vold foregår på arbejdspladsen. Der er også medarbejdere der oplever vold og trusler om vold i det offentlige rum hovedsageligt indenfor arbejdstiden, mens trusler om vold også forekommer på både sociale medier, via telefon, mail og post. Enkelte angiver også, at de er blevet opsøgt på hjemadressen, og har oplevet trusler om vold.

2.6.2.Arbejdsskader 2020 - 2022

Arbejdsskader i Region Hovedstadens Psykiatri registreres i det system, der hedder SafetyNet. Fysisk vold defineres som "Anvendes ved udsættelse for fysisk vold, der blandt andet omfatter slag, spark, ramt af genstand, kvælertag mv." Psykisk vold defineres som "Psykkiske påvirkninger som følge af trusler og truende adfærd/krænkende adfærd, mobning og (seksuel) chikane mv."

I årene 2020, 2021 og 2022 blev der registreret henholdsvis 181, 149 og 189 arbejdsskader vedrørende fysisk vold. Af dem gav henholdsvis 57, 49 og 52 anledning til sygefravær. I de tre år er der for hvert år samlet set registreret 52, 24 og 52 arbejdsskader vedrørende psykisk vold. Af dem gav henholdsvis 25, 10 og 17 anledning til sygefravær.

De registrerede arbejdsskader ligger således markant under de tal, der fremgår af APV'en, hvilket kan tyde på en vis underregistrering. Særligt i 2021 er der en mindre registrering, hvilket kan hænge sammen med Covid-19 restriktioner.

2.6.3. Efter voldsom hændelse

Hvis medarbejdere er udsat for en akut psykisk belastende hændelse, tilbydes der psykisk førstehjælp. Det er den kollegiale omsorg, der ydes indenfor de første timer efter hændelsen. Psykisk førstehjælp kan ikke stå alene, og følges op af defusing, debriefing og eventuelt et psykologisk rådgivningsforløb gennem Falck Healthcare. Hvorvidt der er behov for yderligere tiltag, tages der stilling til i den individuelle situation.

2.6.4. Trivselsundersøgelse

Der gennemføres en løbende trivselsundersøgelse i Region Hovedstadens Psykiatri. Fra 2024 gennemføres den 3 gange om året (mod tidligere 4). Den indeholder 6 spørgsmål, men endnu ikke spørgsmål, som kan relateres til sikkerhed og tryghed. Data fra de undersøgelser kan derfor ikke bruges i denne rapport.

2.7. Forbedringspotentialer

Region Hovedstadens Psykiatri arbejder løbende med at sikre kvalitet i behandlingen og et godt arbejdsmiljø for de ansatte. Kortlægningen af allerede eksisterende indsatser viser, at Region Hovedstadens Psykiatri har mange indsatser lige fra uddannelser til vejledninger, der alt sammen er med at understøtte en sikker arbejdsplads.

Både dataindsamlingen og de to workshops viser, at medarbejderne finder det betryggende, at der er en ensartethed på tværs. Der ses dog også en betydelig variation med hensyn til kendskab til de forskellige indsatser og hvor systematisk, de anvendes i hverdagen. Det kan i sidste ende have betydning for sikkerheden, om det er nemt at se den seneste scoring af voldsrisiko i Sundhedsplatformen, om man som medarbejder har modtaget vedligeholdelsestræning, om man følger vejledningen for hjemmebesøg, og om man bruger actioncards.

Arbejdet med rapporten har tydeliggjort, at fokus på implementering og vedligeholdelse af færdigheder og kendskab til vejledninger stadig er en helt central opgave i forhold til sikkerhed.

3. Proces og metode

Rapporten er blevet til gennem en involverende proces, hvor medarbejdere og ledere har haft mulighed for at komme med input af flere omgange og i forskellige regi. Desuden har der været samarbejde med – og inspiration fra – mange eksterne parter gennem bilaterale kontakter, skriftligt materiale og deltagelse i styregruppen.

3.1. Indsamling af forbedringstiltag

Direktionen i Region Hovedstadens Psykiatri besluttede umiddelbart efter den tragiske hændelse på Brøndbyøstervej at lave en indsamling af forbedringstiltag, hvor alle afsnit blev bedt om at bidrage med forslag til, hvad der kan styrke sikkerheden og trygheden.

Den 27. juli 2023 blev der sendt et skema til alle afsnit i Region Hovedstadens Psykiatri. Formålet var at få medarbejderen og lederes bud på mulige indsatser, der fremadrettet kan styrke sikkerheden og trygheden i Region Hovedstadens Psykiatri.

Skemaet var opdelt i fem temaer:

- Bygningsmæssige forhold (Fx adgangsforhold til afsnittet, flugtveje, nærhed til kollegaer, oversigtsforhold, behov for særlige lokaler til samtaler med potentielt aggressive patienter, med videre)

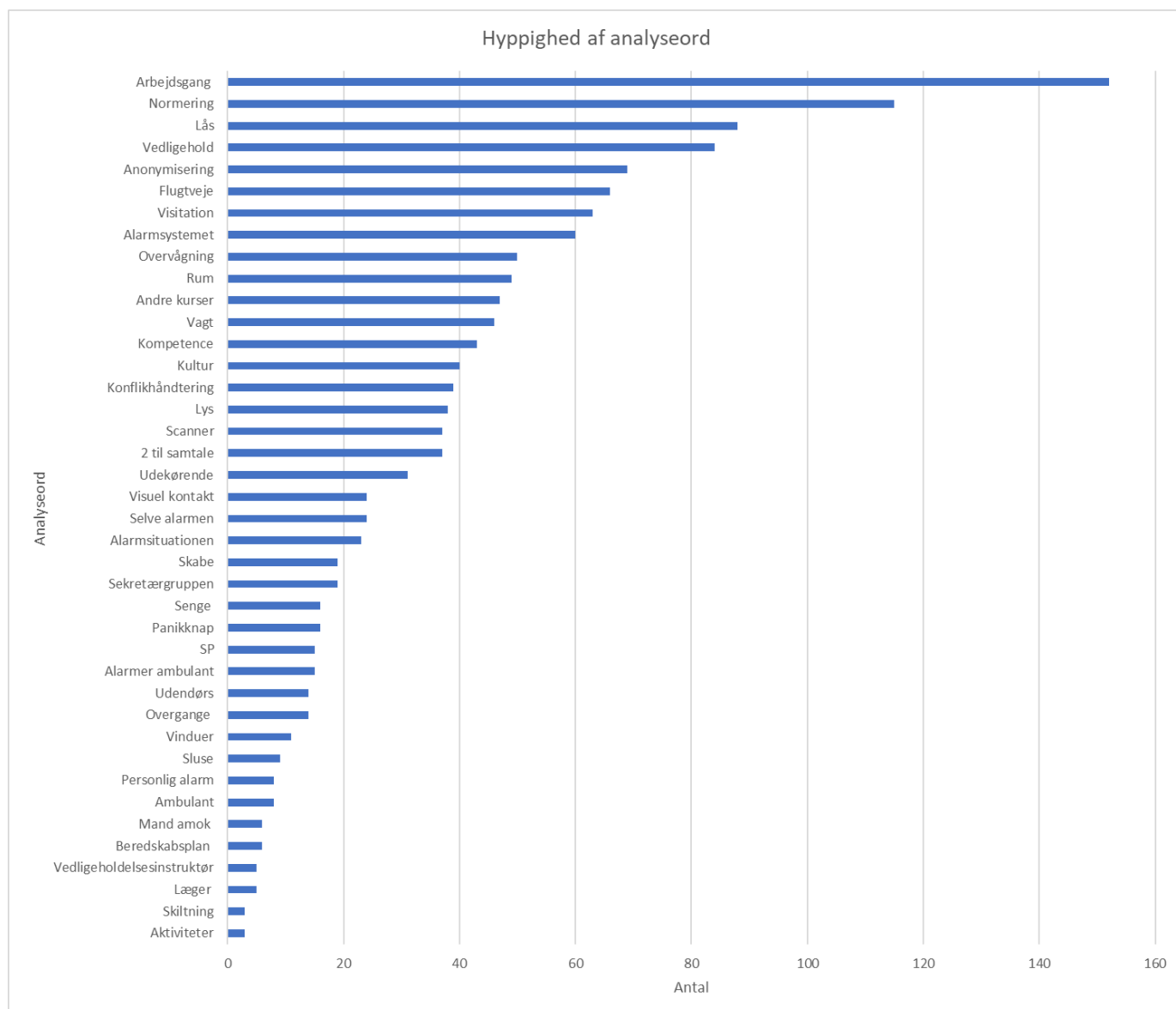
- Alarmer, alarmeringsinstrukser, overvågning, med videre
- Bemanding (Fx mulighed for at være flere til stede, hvis der vurderes af være risiko for voldelig adfærd, med videre)
- Kompetencer (Fx konflikthåndtering, vedligeholdelsestræning, med videre)
- Andet

Der kom 236 udfyldte skemaer retur, som tilsammen indeholdte omkring 1450 forslag. Alle psykiatriske centre har drøftet egne besvarelser i de lokale MED-udvalg, og har efterfølgende lavet en opsamling med deres opmærksomhedspunkter efter drøftelserne.

3.1.1. Emneord

Alle besvarelser er blevet gennemlæst og kategoriseret efter emneord. I figur 4 kan man se en fordeling af besvarelserne på emneord.

Figur 4 Hyppighed af analyseord



I bearbejdningen af forslagene er de blevet fordelt på de fire temaer: fysiske rammer, bemanning, kompetencer og arbejdsgange, hvorefter de er blevet fordelt ud fra hvilken afsnitstype, de er kommet fra. Der er arbejdet med afsnitstyperne: akutmodtagelse, åbne sengeafsnit, lukkede sengeafsnit, retspsykiatriske sengeafsnit, ambulatorier (F-ACT, OPUS, Børne- og ungdomspsykiatriske ambulatorier), retspsykiatriske ambulatorier og psykoterapeutiske ambulatorier.

3.2. Workshops

For at få kvalificeret og prioriteret de mange forslag blev der holdt to heldagsworkshops med en uges mellemrum. De psykiatriske centre blev bedt om at udpege medarbejdere og ledere på baggrund af en fordelingsnøgle, så alle afsnit og personalegrupper blev repræsenteret på tværs af hospitalet. Patienter og vikarer var også inviteret med. I alt blev der tilmeldt ca. 100 medarbejder, ledere og patienter. Det var de samme personer, der deltog på begge workshops. Planlægningsgruppen var også med på begge workshops og faciliterede arbejdet. Styregruppen var inviteret med på den anden workshop.

3.2.1. Workshop den 13. november 2023

Formålet med den første workshop var at få prioriteret i de mange forslag for henholdsvis akutmodtagelser, sengeafsnit og ambulatorier. Afsnitstyperne blev ikke yderligere opdelt, da der var stort sammenfald mellem forslagene fx mellem åbne og lukkede sengeafsnit.

På dagen deltog der 100 personer fra forskellige psykiatriske centre og afsnitstyper. Deltagerkredsen talte medarbejdere fra forskellige faggrupper samt ledere på både center- og afsnitsniveau. Derudover deltog to patienter.

3.2.2. Workshop den 20. november 2023

På den anden workshop blev der arbejdet videre med følgende 11 emner, der var blevet prioriteret på den forudgående workshop:

- Overblik over SP-risikovurdering
- Forebyggelsesinstruktør – ens brug og udvidelse
- Arbejdsgang for før, under og efter hjemmebesøg
- Visitering af patienter og besøgende
- Den gode start på vagten
- 2 til samtale
- Vedligeholdelsestræning
- Tryghedsvagt med flere opgaver
- Speciallæger i vagt og brugen af dem
- Arbejdsgang i risikosituationer i ambulatorie
- Sikkerhedsorganisation og ledernes rolle

Ved hvert tema er der set på hvordan en indsats på området vil styrke sikkerheden og trygheden i Region Hovedstadens Psykiatri, samt hvordan indsatsen bedst implementeres.

På dagen var der inviteret 140 deltagere idet styregruppen aktiv deltog, og var med til at kvalificere det, der var arbejdet med den 13. november. Deltagerkredsen fra Region Hovedstadens Psykiatri var den samme, som den 13. november inklusive patienter.

Styregruppen fik derved mulighed for at tage fat på deres opgave med at få konkretiseret arbejdet med rapporten samt mulighed for at få et større kendskab til den organisation, der skal omsætte rapporten til praksis.

3.3. Input fra andre

Medlemmer fra styregruppen og planlægningsgruppen har i processen holdt møder med eller på anden vis været i dialog med:

- Dansk Selskab for Patientsikkerhed
- Kriminalforsorgen
- Kosmopol
- Kompetencecenter for retspsykiatri
- Den Sociale Virksomhed
- Københavns Kommune
- Øvrige kommuner i Region Hovedstaden
- Praktiserende Lægers Organisation
- Øvrige regioner

4. anbefalinger

På baggrund af de mange forskellige faglige input der er kommet ind via både kortlægning, indsamling af forbedringstiltag, workshops og andre kanaler, er der identificeret, prioriteret og samlet forskellige anbefalinger. I arbejdet med rapporten er det forsøgt at inkorporere de mange relevante forslag, der er modtaget. Det er dog ikke muligt at få alt med i de endelige anbefalinger. I det fremadrettede arbejde med anbefalingerne skal hospitalsledelsen tage stilling til, hvorvidt den enkelte anbefaling er relevant for fx både børne- og ungdomspsykiatrien og i voksenpsykiatrien.

4.1. Emner der ikke indgår i rapporten

4.1.1. Anonymitet

I indsamlingen af forbedringstiltag blev der efterspurgt en større grad af anonymitet både på ID kort og i Sundhedsplatformen. Der er arbejdet videre med dette på nationalt plan.

Danske Regioner har besluttet, at man som medarbejder skal kunne vælge kun at fremstå på ID kortet med fornavn eller efternavn. Derudover skal man, hvis ens navn er særligt og nemt genkendeligt, kunne få et kaldenavn.

I Region Hovedstaden har det efter aftale med ens ledelse været muligt kun at fremstå på ID kortet med fornavn eller efternavn. Det har ikke tidligere været muligt at anvende et kaldenavn, som således er en ny mulighed i Region Hovedstadens Psykiatri.

I skemaerne blev der i høj grad også peget på problematikken med at medarbejderne står med deres fulde navn i Sundhedsplatformen, hvilket har ført til eskalerende situationer for fx lægesekretærer, der bliver konfronteret af patienter, fordi de har været inde i journalen. Der er også medarbejdere, som afholder sig fra at skrive i journalen, at der er bekymring for patienten, fordi de ved at patienten, kan se deres fulde navn ved opslag i MinSP. Der bliver derfor efterspurgt en større grad af anonymisering.

Denne problematik er der også politisk taget stilling til af Danske Regioner, og der arbejdes på en digital løsning, som forventes klar i 2024.

Derfor vil anonymisering ikke indgå yderligere i rapporten.

4.1.2. Opnormering

Opnormering generelt og i ydertimerne har også været en problemstilling, der har fyldt i skemaerne med forbedringstiltag. Det taler ind i en generel udfordring, der ikke kun knytter sig til sikkerhed, men som også kan have betydning for, om det føles trygt at gå på arbejde.

Bemanning handler ikke kun om antallet af medarbejdere på arbejde, men i høj grad også om hvilke kompetencer der er til stede på de enkelte vagter. Det har betydning, om der er en overvægt af nyansatte eller om det er medarbejdere, der er godt inde i arbejdsgange og rutiner. Det tager tid at lære nyt personale op. Det er en vigtig opgave, at man sikrer, at nyansatte føler sig velkomne og klædt på til opgaven, så man har lyst til at blive.

Sundhedsvæsenet er generelt udfordret med at få besat alle ledige stillinger og det er en problemstilling, der også fylder i psykiatrien. Det skaber en belastning for det personale, som allerede er ansat, fx ved at de er nødt til at tage ekstra vagter for at få bemandet alle afsnit.

Rapporten vil fokusere på, hvordan Region Hovedstadens Psykiatri bedst muligt sikrer, at medarbejderne oplever de har de fornødne kompetencer og viden til at kunne skabe et trygt miljø for sig selv, kollegaer og patienter. Derudover ses der også på hvilke tiltag, der ellers kan igangsættes og hjælpe til bedre normering.

Alenearbejde er også blevet nævnt som en udfordring, der kan skyldes bygningsmæssige forhold. Fx at der holdes patientsamtaler på behandlerens kontor. Men det kan også være relateret til den opgave man er ansat til, fx som sekretær, hvor man sidder alene i et venturum/reception. Eller ved at normeringen i et afsnit er sådan, at der kun er én medarbejder tilbage, hvis der løbes til alarm på et andet afsnit. Der er ikke lavet en særskilt anbefaling om alenearbejde, da det i mange tilfælde vil være lokalt betinget, hvad løsningen kan være.

4.2. De konkrete anbefalinger

Mange af de nedenstående anbefalinger kræver et tæt samarbejde med andre af Region Hovedstadens enheder også i forhold til økonomiske og tidsmæssige prioriteringer. Dette kan medføre forskydninger i tidsplanerne for de enkelte anbefalinger.

I bilag 2 er hver enkelt anbefaling beskrevet i forhold til indhold af anbefaling, praksis på området i dag, hvordan anbefaling kan styrke sikkerheden og trygheden i Region Hovedstadens Psykiatri samt hvorvidt anbefalingen kan implementeres på kort eller længere sigt. Anbefalingerne bygger på faglige drøftelser med medarbejdere og ledere i Region Hovedstadens Psykiatri samt andre interesserenter. Derudover bygger flere af anbefalingerne videre på allerede eksisterende tiltag og metoder fx screeningsværktøjer, der er evidensbaseret. Dette for at sikre at anbefalinger har den fornødne faglige fundering og kan forventes at give en fremtidig effekt.

4.2.1. Tværgående anbefalinger

Anbefalingerne skal ses i sammenhæng med forslag fra indsamling af forbedringstiltag om generel mere opmærksomhed på, om Region Hovedstadens Psykiatri følger de arbejdsgange og procedurer, som er aftalt, og om der eksisterer ensartede arbejdsgange.

1. **Sikkerhedsorganisering:** Det anbefales at der hurtigst muligt udarbejdes et kommissorium for et arbejde med udvikling af en hospitalsdækkende sikkerhedsorganisation i Region Hovedstadens Psykiatri. En ny sikkerhedsorganisation skal understøtte ledelsessystemet i at arbejde med og tage ansvar for personalesikkerhed i bred forstand. Sikkerhedsorganisationen får til opgave at understøtte og følge op på fysisk sikkerhed, proceduremæssig sikkerhed og dynamisk/relationel sikkerhed. Ved systematisk at understøtte og følge op på sikkerhedsarbejdet indenfor de tre områder sikres der et løbende og vedvarende fokus på alle parametre af sikkerhed.

Fysisk sikkerhed kan indbefatte, at matrikler gennemgås med henblik på sikkerheden med et fast interval og det bliver muligt at følge, hvorvidt der er sket de nødvendige bygningsmæssige tiltag og eventuel prioritering af disse. Herudover kan sikkerhedsorganisationen også være ansvarlig for at afholde en årlig sikkerhedsberedskabsøvelse i Region Hovedstadens Psykiatri.

Proceduremæssig sikkerhed kan indbefatte, at der følges op på hvorvidt de fælles standarder, der eksisterer for at sikre sikkerheden, er kendt, og at medarbejderne er fortrolige med arbejdsgangene.

Dynamisk/relationel sikkerhed kan indbefatte, at der følges op på hvorvidt personalet deltager i de kurser, der er obligatoriske. Da det relationelle arbejde er en del af kerneopgave, vil et fokus her også kunne være at bistå ledelse med at styrke brugen af fx safewards og i samarbejde med medarbejdergruppen hele tiden have fokus på, hvordan egne handlinger påvirker patienterne.

Der vil være fokus på at styrke ledelseskæden, og sikre at ledelsen har de nødvendige kompetencer samt understøtte ledelsen i det kontinuerlige arbejde med at skabe en læringskultur, hvor der arbejdes med de tre aspekter af sikkerhed. Sikkerhedsorganisationen kan med fordel også uddrage viden fra de data der findes på anmeldelser og andre registreringer relateret til trusler om vold eller voldsepisoder og sikre en videreformidling af relevante opmærksomheds- og læringspunkter.

Sikkerhedsorganisationen vil for at kunne opfylde ovenstående have ansvar for en form for tilsynsopgave på tværs af hospitalet. Arbejdet vil ske i tæt samarbejde med centerledelserne og klinikken.

2. **Implementering af understøttende tiltag:** Det skal være nemmere for ledere og medarbejdere at få overblik over – og tilegne sig kendskab til – relevante VIP'er (vejledninger, instrukser og procedurerbeskrivelser), så der sikres ensartede og korrekte arbejdsgange i alle afsnit. Det gælder både sikkerhed, patientforløb og kliniske handlinger. I denne sammenhæng er fokus på sikkerhed.
 - Det skal være tydeligt for den enkelte medarbejder, hvilke VIP'er der knytter sig til vedkommendes arbejdsopgaver
 - Der skal tages højde for forskellige læringsstile og forudsætninger, så materialet kan tilegnes på forskellig vis, og ikke kun er skriftligt
 - Ledelsen skal have overblik over den enkelte medarbejders aktuelle kendskab til, og opdatering af, relevante VIP'er, obligatoriske kurser samt vedligeholdelsestræning

Dette skal understøttes organisatorisk gennem etablering af en hospitalsdækkende sikkerhedsorganisation (jf. forslag 1).

4.2.2. Fysiske rammer

Anbefalingerne skal ses i sammenhæng med forslag fra indsamling af forbedringstiltag om bedre belysning, belægning, lås af yderdøre eller døre til afsnit, medicinrum etc. Der er også forslag der handler om lås af fx skuffer med knive, bedre alarmer, scannere og etablering af sluser.

3. **Gennemgang af bygningsmæssige og tekniske forhold:** Det anbefales, der udføres en gennemgang af de bygningsmæssige og tekniske forhold, der kan være med til at højne sikkerhed, på alle matrikler i Region Hovedstadens Psykiatri. Gennemgang skal danne grundlag for prioriteringer af nødvendige sikkerhedsfremmende indsatser og fremadrettede standarder. Center for Ejendomme i Region Hovedstaden er en afgørende partner i dette arbejde.
4. **Alarmer – optimering og afdækning af fremtidige løsninger:** Det anbefales at gennemgå alle nuværende alarmløsninger/-systemer for at afdække, om der er behov for optimeringer og udskiftning. Derudover skal der udarbejdes en afdækning af fremtidige alarmløsninger for Region Hovedstadens Psykiatri, herunder til udgående funktioner.

5. **Samtalerum i ambulatorier – samlet placering og to udgange:** Nye ambulatorier skal så vidt muligt indrettes med samtalerum, der ligger samlet og har to flugtveje. I eksisterende ambulatorier skal mulighederne for at samle samtalerum samt etablere enkelte samtalerum med to flugtveje undersøges.
6. **Undersøgelse af behov for scannere:** Det anbefales at der etableres en arbejdsgruppe med henblik på at undersøge behov og muligheder, da der er meget forskellige holdninger til scannere i psykiatrien. I de indsamlede forbedringstiltag fremgik der flere steder et ønske om scannere. Det blev derfor drøftet på de to workshops, hvor drøftelserne pegede i en anden retning - nemlig at scannere ikke vil være virksomme, samtidig med at de vil være en unødigt stigmatisering.

4.2.3. Bemanding

Anbefalingerne skal ses i sammenhæng med forslag fra indsamling af forbedringstiltag om vagtpersonale/rådhusbetjente, brug af forebyggelsesinstruktører og øget bemanding i ydertidspunkter.

7. **Sikkerhedsassistenter/tryghedsvagter:** Det anbefales (i første omgang som et forsøg) at ansætte uddannede sikkerhedsassistenter i afsnit, hvor behovet vurderes at være allerstørst.
8. **Forebyggelsesinstruktører:** Det anbefales at der skal være en ensartet anvendelse af forebyggelsesinstruktører (FI) på tværs af Region Hovedstadens Psykiatri s matrikler med døgnafsnit.

4.2.4. Arbejdsgange

Anbefalingerne skal ses i sammenhæng med forslag fra indsamling af forbedringstiltag om arbejdsgange for alarmløb, mulighed for at være to til samtale, korrekt brug af V-RISK-10, beredskabsplan, fælles instruks vedrørende våben, procedure for hjemmebesøg, overblik i Sundhedsplatformen i forhold til om patient kan være udadreagerende, anmeldelse af trusler og vold, tydelig retningslinje om visitationsniveau samt ønsket om at have en læge på bagvagtsniveau tilstede på det psykiatriske center hele døgnet.

9. **Visitering:** Det bør på nationalt politisk niveau genovervejes om hjemmel til visitation af patienter, der indlægges i psykiatrisk regi kan udvides. Indtil da er der behov for at foretage justeringer af Region Hovedstadens Psykiatri s gældende vejledning om visitation, samt for at vejledningen implementeres efter justeringer.
10. **Den gode start på vagten:** Det anbefales at alle sengeafsnit starter vagten med en fælles prioritering af dagens opgaver samt plan for forebyggende handlinger i forhold til fokuspatienter og den øvrige patientgruppe.
11. **Retningslinjer for håndtering af våben:** Det anbefales at lave en retningslinje i Region Hovedstadens Psykiatri om, hvordan man håndterer, hvis der er patienter, der medbringer våben.
12. **Retningslinje for anmeldelse af vold og trusler:** Det anbefales at lave en overordnet "tolerancepolitik" for hvad og hvornår, der laves en anmeldelse til politiet om vold og trusler i Region Hovedstadens Psykiatri.

13. **2 til samtale:** Det anbefales at der udarbejdes en overordnet retningslinje/ramme for, hvornår der deltager en eller to medarbejdere ved patientsamtaler, og at der udarbejdes arbejdsgangsbeskrivelser med generelle principper, således at det understøttes, at der kan tages konkret stilling hver gang.
14. **Understøttelse af det kliniske arbejde med V-RISK-10:** Det anbefales at gøre V-RISK-10 mere klinisk relevant ved at understøtte, hvordan der udarbejdes en handleplan, og hvordan den følges op. Det suppleres med en arbejdsgang der sikrer, at der laves en V-RISK-10 i overgangen fra seng til ambulatorier.
15. **Smarttext handleplan risikovurderinger:** Det anbefales at lave smarttext i Sundhedsplatformen til handleplaner for risikovurderinger for at gøre det lettere at lave en handleplan og ensarte indholdet.
16. **Risikovurdering i Sundhedsplatformen:** Det skal være lettilgængeligt at se risikovurderinger i Sundhedsplatformen.
17. **Arbejdsgang for konferering med bagvagt:** Ved uoverensstemmelser der ikke kan afklares med ansvarshavende sygeplejerske, skal man som yngre læge (forvagt) ringe til sin bagvagt sammen med koordinerende eller ansvarshavende sygeplejerske.

4.2.5.Kompetencer

Anbefalingerne skal ses i sammenhæng med forslag fra indsamling af forbedringstiltag om, at kurser i forebyggelse og håndtering af konflikter også bør udbydes til andre faggrupper fx læger og lægesekretærer. Desuden er der ønsker om mere vedligeholdelsestræning.

18. **Konflikthåndtering:** Det anbefales at kurset i "Forebyggelse og håndtering af konflikter" gøres obligatorisk for flere faggrupper. Kurset i forebyggelse og håndtering af konflikter bliver fra januar 2024 udbudt ca. to gange hver måned. Der er ligeledes åbnet for lægedeltagelse på dag 4, som foregår i Campus for Psykiatrisk Simulation. For lægesekretærer og servicepersonale gælder det, at de deltager på et særligt kursus henvendt målgruppen.
19. **Vedligeholdelsestræning:** Det anbefales at der implementeres både systematisk og hyppigere og vagtplanlagt vedligeholdelsestræning på tværs af Region Hovedstadens Psykiatri.
20. **Uddannelse af vagtfunktioner hos læger:** For speciallæger som varetager SIF-vagter (Speciallæger I Front) anbefales et decideret introforløb, der udover følvagter indeholder viden om psykofarmakologi, psykopatologi, hvad indholdet i en god akutplan er, samt anvendelse af SP på akutområdet. Der skal være en tydelig funktionsbeskrivelse for alle vagtfunktioner.
21. **Grundlæggende introduktion til psykopatologi:** Det anbefales at alle nye medarbejdere får én dags undervisning i grundlæggende psykopatologi. Undervisningen kan eventuelt kobles på kurset *Godt på vej i psykiatrien, trin 1*, der på nuværende tidspunkt er obligatorisk for sygeplejersker. Kurset er i proces for dels at blive godkendt som obligatorisk for andre faggrupper, herunder pædagoger, socialrådgivere, ergo- og fysioterapeuter, og dels for at blive godkendt til også at omfatte social- og sundhedsassistenter.

4.2.6. Andet

Anbefalingerne skal ses i sammenhæng med øvrige forslag fra indsamling af forbedringstiltag.

22. **Sikkerhed som en del af trivselsmålinger:** Det anbefales at et af de seks spørgsmål i den løbende trivselsmåling, har fokus på medarbejdernes oplevelse af tryghed og sikkerhed fx ”I hvilken grad føler du dig tryk, når du er på arbejde?”
23. **Samarbejde om beboere på socialpsykiatriske botilbud (kommunerne og Den Sociale Virksomhed):** Det anbefales at have en fælles sikkerhedsinstruks på tværs af socialpsykiatriske botilbud og regionale botilbudsteams, og at der ydes hjælp fra Region Hovedstadens Psykiatri til den psyko-fysiske træning af botilbuddenes personale.

4.3. Implementering

Implementering af alle anbefalingerne vil medføre et stort ressourcetræk i såvel administration som i klinikken, da de fleste anbefalinger kræver, at der arbejdes videre med konkretisering. Implementeringen er også i sig selv ressourcekrævende. Fx er kompensation for fravær fra klinikken i forbindelse med deltagelse på kurser en stor udgift.

Flere anbefalinger er tæt forbundne, og kan ikke sættes i gang, uden at der også medtages andre anbefalinger. Anbefalingerne retter sig mod forskellige aspekter af sikkerhed og forventes samlet at kunne bidrage til en styrket sikkerhed og tryghed i Region Hovedstadens Psykiatri.

Planen som den er beskrevet her, er overordnet. Det skyldes, at Region Hovedstadens Psykiatri ønsker at inddrage medarbejdere, patienter og pårørende og fortsat trække på erfaringer fra andre organisationer i det videre arbejde med anbefalingerne. Den forestående implementeringsproces af anbefalingerne kræver stor ledelsesmæssig bevågenhed og opfølgning. Indenfor de enkelte anbefalinger kan det være relevant at bryde indholdet ned på center- og afsnitsniveau for at tilgodese lokale forskelle, og etablere de robuste arbejdsgange som er nødvendige for at komme i mål. Indsatsen vil kræve at direktion og hospitalsledelse både gennem linjeledelsen og MED-systemet understøtter, at ledere og medarbejdere på alle niveauer samarbejder om at skabe en psykiatri, hvor man både som medarbejder og patient kan føle sig tryk.

Bilag 1: Anbefalinger

1. Sikkerhedsorganisering

Anbefaling:	Ny sikkerhedsorganisation i Region Hovedstadens Psykiatri
Indhold af anbefaling	Der er ved at blive udarbejdet et kommissorium for en arbejdsgruppe der skal komme med forslag til etablering af en ny sikkerhedsorganisation i Region Hovedstadens Psykiatri. En ny sikkerhedsorganisation skal understøtte ledelsessystemet og klinikken i at arbejde med og tage ansvar for personalesikkerhed i bred forstand. Sikkerhedsorganisationen får til opgave at understøtte og følge op på: • Fysisk sikkerhed • Proceduremæssig sikkerhed • Dynamisk/relationel sikkerhed Ved systematisk at understøtte og følge op på sikkerhedsarbejdet indenfor de tre områder sikres der et løbende og vedvarende fokus på alle parametre af sikkerhed. Fysisk sikkerhed kan indbefatte at matrikler gennemgås med henblik på sikkerheden med et fast interval, og det bliver muligt at følge, hvorvidt der er sket de nødvendige bygningsmæssige tiltag og eventuelle prioriteringer af disse. Herudover kan sikkerhedsorganisationen også være ansvarlig for at afholde en årlig sikkerhedsberedskabsøvelse i Region Hovedstadens Psykiatri. Proceduremæssig sikkerhed kan indbefatte, at der følges op på hvorvidt de fælles standarder, der eksisterer for at sikre sikkerheden, er kendt og at medarbejderne er fortrolige med arbejdsgangene. Dynamisk/relationel sikkerhed kan indbefatte, at der følges op på hvorvidt personalet deltager i de kurser, der er obligatoriske. Da det relationelle arbejde er en del af kerneopgaven, vil et fokus her kunne være at bistå ledelse med at styrke brugen af fx safewards og i samarbejde med medarbejdergruppen hele tiden have fokus på, hvordan egne handlinger påvirker patienterne. Der vil være fokus på at styrke ledelseskæden og sikre, at ledelsen har de nødvendige kompetencer samt understøtte ledelsen i det kontinuerlige arbejde med at skabe en læringskultur, hvor der arbejdes med de tre aspekter af sikkerhed. Dette bør ske i tæt samarbejde med de allerede eksisterende fora i klinikken.

	Sikkerhedsorganisationen vil for at kunne opfylde ovenstående have ansvar for en form for tilsynsopgave på tværs af hospitalet. Sikkerhedsorganisationen kan med fordel uddrage viden fra de data der forefindes på anmeldelser, utilsigtede hændelser og andre registreringer relateret til trusler om vold eller voldsepisoder og sikre en videreformidling af relevante opmærksomheds- og fælles læringspunkter.
Hvad er problemet?	Indsamlingen af forbedringstiltag og arbejdet med rapporten har tydeliggjort at eksisterende indsatser bliver implementeret, anvendt og vedligeholdt i forskellig grad fra center til center. Det kan blandt andet skyldes, at der arbejdes meget forskelligt med sikkerhed på tværs af Region Hovedstadens Psykiatri, og at der ikke er tilstrækkelig organisatorisk understøttelse og opfølgning.
Hvad gør vi på området i dag?	Mange centrale indsatser er beskrevet i VIP'er. Men ansvaret for disse ligger spredt i organisationen og arbejdet med sikkerhed er ikke systematisk forankret i Region Hovedstadens Psykiatri's ledelsessystem. Centrale elementer, som fx uddannelse i konflikthåndtering og den efterfølgende vedligeholdelsestræning, er sat i system. Men der følges ikke konsekvent op på, hvornår man modtager undervisning og træning og om alle får den nødvendige løbende træning.
Hvordan forventes anbefalingen at styrke sikkerheden og trygheden i Region Hovedstadens Psykiatri	Ved at sikre at der arbejdes efter fælles standarder, skaber vi flere fordele: • Vi skaber forudsigelighed og tryghed, fordi alle ved, hvad alle gør • Det er ikke op til den enkelte medarbejder at beslutte hvad der skal gøres – det er hospitalet, der beslutter det. Det vil gøre det nemmere i forhold til bekymringen om det relationelle arbejde med patienterne • Sikkerheden for både medarbejdere og patienter øges • Ved at have et fast sæt af standarder og løbende opfølgninger kan vi kontinuerligt udvikle sikkerheden i arbejdet
Hvor i psykiatrien?	I alle sengeafsnit, akutmodtagelser og ambulatorier.
Hvad kræves der for at anbefalingen kan realiseres? • Organisering • Økonomi • Lovgivning • Andet	En ny organisering af sikkerhedsarbejdet i Region Hovedstadens Psykiatri, eventuelt ved at udpege nye sikkerhedsansvarlige funktioner centralt og på centre. Ledelserne skal understøttes i at gøre sikkerhed til en del af ledelsesopgaven. Afhængig af model og målsætninger er der behov for at afsætte ressourcer til lønninger, udvikling af metoder mm.

Kan anbefalingen implementeres på kort sigt (inden for 2 år) eller på lang sigt (over 2 år)?	Der kan laves kommissorium for arbejdet og etableres en arbejdsgruppe. Implementeringen af en ny sikkerhedsorganisation kan etableres på kort sigt, men de konkrete tiltag, der skal implementeres, kan være langsigtede.
Hvordan arbejder vi videre med forslaget? (Skal der fx arbejdes videre med det i stabene, afholdes event eller nedsættes en arbejdsgruppe? Skal der indtages eksterne, osv?)	Økonomi- og organisationsenheden udarbejder udkast til kommissorium for en bredt sammensat arbejdsgruppe med repræsentanter fra klinikken, der skal komme med forslag til en ny sikkerhedsorganisation. Kommissoriet skal drøftes i Hospitalsledelsen og VMU.

2. Implementering af understøttende tiltag

Anbefaling:	Implementering og systematisk anvendelse af sikkerhedsunderstøttende VIP'er og kurser.
Indhold af anbefaling	Det skal være nemmere for ledere og medarbejdere at få overblik over – og tilegne sig kendskab til - relevante VIP'er (vejledninger, instrukser og procedurebeskrivelser), så der sikres ensartede og korrekte arbejdsgange i alle afsnit. Det gælder både sikkerhed, patientforløb og kliniske handlinger. I denne sammenhæng er fokus på sikkerhed. • Det skal være tydeligt for den enkelte medarbejder, hvilke VIP'er der knytter sig til vedkommendes arbejdsopgaver • Der skal tages højde for forskellige læringsstile og forudsætninger, så materialet kan tilegnes på forskellig vis, og ikke kun er skriftligt. • Ledelsen skal have overblik over den enkelte medarbejders aktuelle kendskab til, og opdatering af relevante VIP'er, obligatoriske kurser samt vedligeholdelsestræning. Dette skal understøttes organisatorisk gennem etablering af en hospitalsdækkende sikkerhedsorganisation (jf. forslag 1).
Hvad er problemet?	I afdækningen af allerede eksisterende indsatser er det blevet tydeligt, at Region Hovedstadens Psykiatri allerede har mange vejledninger, undervisning, dokumentationsredskaber og bemanding med videre, der hver for sig og sammen bidrager til at sikre medarbejdernes sikkerhed. Indsamlingen af forbedringstiltag og arbejdet med rapporten tydeliggør dog også, at eksisterende indsatser ikke nødvendigvis bliver implementeret, anvendt eller vedligeholdt i tilstrækkelig grad. Det kan skyldes

	manglende overblik, manglende systematik, manglende kendskab til fx funktionalitet i Sundhedsplatformen eller manglende prioritering i en travl hverdag. Megen viden er i dag nedskrevet i diverse VIP'er. VIP'er kan være svære at tilegne sig på grund af forskelle i medarbejdernes læringsstile, ordblindhed, sprogsværligheder eller det forhold, at de enkelte VIP'er kan være skrevet og formidlet på et overordnet niveau, der kan være svært omsættelig til den kliniske praksis.
Hvad gør vi på området i dag?	Der er skriftlige vejledninger for rigtig mange af de arbejdsgange, som kan være forbundet med en sikkerhedsrisiko, og materialet er tilgængeligt for alle via intranettet (VIP-portalen). Nye medarbejdere introduceres til begreber og metoder i arbejdet med at forebygge, deeskalere og håndtere konflikter samt potentielt farlige situationer. Kompetenceudviklingen fortsætter i klinikken - blandt andet i forbindelse med vedligeholdelsestræning, i defusing og debriefing samt i arbejdet med Safewards. Mange matrikler har vedligeholdelsesinstruktører og forebyggelsesinstruktører, og der er arbejdsmiljøkonsulenter på alle centre.
Hvordan forventes anbefalingen at styrke sikkerheden og trygheden i Region Hovedstadens Psykiatri?	Det afgørende for egen og kollegaers sikkerhed er, at den enkelte medarbejder ved og har trænet i, hvad der skal gøres i en akut situation. Det øger også trygheden i hverdagen at vide, at dem som er på arbejde, er i stand til at agere som et velfungerende team.
Hvor i psykiatrien?	Hele Region Hovedstadens Psykiatri
Hvad kræves der for at anbefalingen kan realiseres? • Organisering • Økonomi • Lovgivning • Andet	Organisering: • Der vil være behov for at skabe en sammenhængende sikkerhedsorganisering, der kan understøtte et øget fokus på implementering og anvendelse af VIP'er Økonomi: • Der er behov for midler til undersøgelse og udbygning af mulighederne i kursusportalen i forhold til kobling af VIP'er og kurser til den enkelte medarbejder og etablering af lederoverblik og til udvikling af nye metoder til at formidle VIP'er til medarbejdere • Det forventes at udgifterne kan holdes indenfor rammen
Kan anbefalingen implementeres på kort sigt (inden for 2 år) eller på lang sigt (over 2 år)?	Det vil være et kontinuerligt arbejde, som umiddelbart kan sættes i gang. Det vil være et fortsat fokusområde hos både ledelse og medarbejdere, understøttet af en ny sikkerhedsorganisering.
Hvordan arbejder vi videre med forslaget?	Arbejdet med dette vil have høj prioritet for en ny sikkerhedsorganisation i Region Hovedstadens Psykiatri og bør indskrives i kommissoriet.

(Skal der fx arbejdes videre med det i stabene, afholdes event eller nedsættes en arbejdsgruppe? Skal der indtages eksterne, osv?)	Der kan blandt andet hentes inspiration fra Novo Nordisk og andre virksomheder, der arbejder med lignende problemstillinger med hensyn til at træne medarbejdere i at gøre de rigtige ting. Dansk selskab for patientsikkerhed involveres i arbejde i forhold til inddragelse af viden fra andre lande.
--	---

3. Bygningsmæssig gennemgang af alle matrikler

Anbefaling:	Gennemgang af bygningsmæssige og tekniske forhold, der kan være med til at højne sikkerhed.
Indhold af anbefaling	Det anbefales at der udarbejdes et koncept for og på baggrund heraf gennemføres en gennemgang af Region Hovedstadens Psykiatri matrikler for at afdække, om der er bygningsmæssige og tekniske forhold, der kan etableres, og/eller om eksisterende kan optimeres for at højne sikkerheden på matrikler og afsnit. I gennemgangene skal der blandt andet ses på belysning, låse, adgangsforhold, kameraovervågning, visuel kontakt mellem rum, belægning, hvor der løbes alarmløb, taskeskabe, sluser, hegn, sikre zoner med mere. Konceptudarbejdelsen og gennemgangen skal også munde ud i en opdateret bygge- og designmanual i forhold til at understøtte sikkerhed og tryghedsskabende rammer for personale og patienter i Region Hovedstadens Psykiatri. Gennemgang skal ske løbende ud fra en centralt udarbejdet prioriteringsrækkefølge. Center for Ejendomme i Region Hovedstaden er en afgørende partner.
Hvad er problemet?	Bygningsmæssige og tekniske forhold der højner sikkerheden, bliver ikke systematisk afdækket eller etableret i dag. Samtidig er centrenes bygninger og andre fysiske rammer forskellige, hvilket gør, at man ikke nødvendigvis kan vælge samme løsninger på tværs af Region Hovedstadens Psykiatri.
Hvad gør vi på området i dag?	De psykiatriske centre melder løbende ind til Center for Ejendomme, når der skal udføres bygningsmæssige og tekniske ændringer, herunder også i forhold til tiltag, der kan højne sikkerheden. Sikkerhedskrav indtænkes i nybyggerier og ved større ombygninger.
Hvordan forventes anbefalingen at styrke sikkerheden	En systematisk gennemgang af bygningsmæssige og tekniske forhold skal være med til at sikre, at det generelle sikkerhedsniveau i Region Hovedstadens Psykiatri er højt.

og trygheden i Region Hovedstadens Psykiatri?	
Hvor i psykiatrien?	Alle matrikler/afsnit.
Hvad kræves der for at anbefalingen kan realiseres? • Organisering • Økonomi • Lovgivning • Andet	Gennemgang og efterfølgende bygningsmæssige og tekniske ændringer vil kræve tæt samarbejde mellem Økonomi- og organisationsenheden, de psykiatriske centre, Center for Ejendomme, Center for It, medico og telefoni og eventuel ekstern rådgivning. Byggereglementer kan blive en barriere i forhold til at etablere nye tiltag. Region Hovedstadens Psykiatris budget og regionens anlægsloft kan påvirke hvordan og hvornår anbefalingens konkrete bygningsmæssige tiltag kan implementeres. Der må forventes merudgifter efter de bygningsmæssige gennemgange. Midler fra Finansloven 2024 vil kunne bruges til formålet.
Kan anbefalingen implementeres på kort sigt (inden for 2 år) eller på lang sigt (over 2 år)?	Udarbejdelsen af konceptet og gennemgang af matriklerne kan implementeres på kort sigt. Den samlede udbedring og etablering af bygningsmæssige og tekniske forhold i Region Hovedstadens Psykiatri må forventes at ske på lang sigt. Implementeringen kræver, at Center for Ejendomme dedikerer ressourcer hertil, da det vil være en løbende opgave. Med finansloven for 2024 er der afsat midler til regionernes arbejde med sikkerhed. Region Hovedstadens andel af disse ressourcer kan bidrage til, at anbefalingen kan gennemføres.
Hvordan arbejder vi videre med forslaget? (Skal der fx arbejdes videre med det i stabene, afholdes event eller nedsættes en arbejdsgruppe? Skal der indtages eksterne, osv?)	Til en start nedsættes der en projektgruppe, der skal udarbejde koncept for sikkerhedsgennemgang af Region Hovedstadens Psykiatris matrikler. Der inviteres patienter og pårørende ind i arbejdet. Der skal også ses på, om der er behov for at inddrage ekstern ekspertise til udarbejdelse af konceptet og gennemgang af matrikler. Direktionerne fra Region Hovedstadens Psykiatri og Center for Ejendomme skal drøfte, hvordan anbefalingen i fællesskab løses og prioriteres.

4. Alarmer

Anbefaling:	Gennemgang af alarmløsninger og afdækning af fremtidige løsninger
--------------------	--

Indhold af anbefaling	Det anbefales at der nedsættes en arbejdsgruppe, som skal gennemgå Region Hovedstadens Psykiatri nuværende alarmløsninger og afdække, om der er behov for fornyelse og udbygning af alarmløsningerne. Derudover skal arbejdsgruppen også afdække fremtidige alarmløsninger og muligheder, herunder for eventuelt at konsolidere ét fælles alarmsystem i Region Hovedstadens Psykiatri og se på alarmløsninger til udgående funktioner. Arbejdsgruppen ser på det tekniske og systemmæssige løsninger i forhold til alarmer i Region Hovedstadens Psykiatri og inddrager centrene og brugerne på afsnittene ift. ønsker og behov til alarmløsninger, der understøtter anvendelsen af alarmer og arbejdsgange for alarmløb. I arbejdet skal det afdækkes, hvor alarmerne i dag fungerer godt, fordele og ulemper ved kun at have ét alarmsystem frem for fx to, og krav til alarmsystem(er).
Hvad er problemet?	Alarmsystemer og dækning er forskelligt fra matrikel til matrikel. De etablerede alarmsystemer understøtter ikke alle steder de eksisterende arbejdsgange og afsnitstyper, eller er flere steder nedslidte og utidssvarende. Region Hovedstadens Psykiatri har ikke ét fælles alarmsystem på tværs af centrene, hvilket der er et stort ønske om at få. Der kan dog være nogle konkurrencemæssige udfordringer, hvis der kun anvendes en leverandør. Der er funktioner og afsnit, der ikke har en alarmløsning. Omkostninger til opdaterede alarmsystemer er høje, hvorfor det må forventes, at der er et udbudskrav.
Hvad gør vi på området i dag?	Region Hovedstadens Psykiatri har etableret alarmer efter den gældende retningslinje på området, og ud fra risikovurderinger foretaget herudfra.
Hvordan forventes anbefalingen at styrke sikkerheden og trygheden i Region Hovedstadens Psykiatri?	Personalealarmer er et af de primære værnemidler i Region Hovedstadens Psykiatri. En styrkelse af alarmløsningerne vil derfor også være en styrkelse af sikkerheden.
Hvor i psykiatrien?	Sengeafsnit, ambulatorier, akutmodtagelser og udgående funktioner. Der skal som en del af indsatsen også ses på, om der skal etableres alarmløsninger udover de steder, der har etableret alarmløsninger i dag.
Hvad kræves der for at anbefalingen kan realiseres? • Organisering	Der skal afsættes økonomi til investering i alarmløsninger (nye såvel som eksisterende).

• Økonomi • Lovgivning • Andet	Optimering af eksisterende alarmløsninger samt nyetablering skal koordineres med bygningsrokader og/eller eventuelle samlinger af funktioner på matrikler.
Kan anbefalingen implementeres på kort sigt (inden for 2 år) eller på lang sigt (over 2 år)?	Gennemgang og optimering af eksisterende alarmløsninger og nyetablering af alarmer på afsnitsniveau kan implementeres på kort sigt. Et arbejde henimod fx et fælles alarmsystem for Region Hovedstadens Psykiatri er en langsigtet implementering.
Hvordan arbejder vi videre med forslaget? (Skal der fx arbejdes videre med det i stabene, afholdes event eller nedsættes en arbejdsgruppe? Skal der inddrages eksterne, osv?)	Der nedsættes en arbejdsgruppe med repræsentanter fra Region Hovedstadens Psykiatri, Center for IT, Medico og Telefoni, Center for Ejendomme og eventuelt eksterne eksperter.

5. Samtalerum i ambulatorier – To udgange og samlet placering

Anbefaling:	Samtalerum placeres tæt på hinanden i ambulatorier og med flugtveje
Indhold af anbefaling	Nye ambulatorier skal indrettes med samtalerum, der ligger samlet og har flugtveje. I eksisterende ambulatorier skal mulighederne for at samle samtalerum og etablere flugtveje undersøges. I forhold til placeringen af flugtvejene skal der sikres let ad- og udgang uden hindringer.
Hvad er problemet?	I de fleste af Region Hovedstadens Psykiatris ambulatorier foregår patientsamtaler på personalets enmandskontorer. Kontorerne er typisk fordelt over hele ambulatoriets areal, hvilket for nogle ambulatorier også er på flere etager. Kontorerne er typisk små og har kun én vej ind og ud. Hvis døren er spærret, vil det ikke være muligt for behandleren at trække sig fra en potentielt farlig situation uden at komme i nærkontakt med den, der spærrer udgangen. På tidspunkter af arbejdsdagen, hvor mange behandlere ikke er på deres kontorer, indebærer en fysisk spredning af patientsamtalerne, at der ofte arbejdes uden auditiv kontakt til kollegaer, hvilket kan udgøre en risiko, hvis der opstår en farlig situation.

Hvad gør vi på området i dag?	Ved indretningen af ambulatorier har ønsket om enmandskontorer ofte vundet over andre forslag til indretning – herunder ønsket om samtalerum, der deles af flere behandlere. De fleste ambulatorier har installeret alarmsystemer, som personalet kan aktivere, hvis de føler sig truede, hvilket til dels kompenserer for, at patientsamtaler foregår på kontorer, der kan ligge et stykke væk fra andre bemandede kontorer.
Hvordan forventes anbefalingen at styrke sikkerheden og trygheden i Region Hovedstadens Psykiatri?	Ved at indrette ambulatorier med særskilte samtalerum, som ikke samtidig er personalekontorer, kan man nemmere placere dem samlet og dermed sikre auditiv kontakt samt kort vej, hvis man skal komme til hjælp. Ved etablering af samtalerum med udgang i begge ender vil det ikke være muligt for en patient at spærre for, at behandleren kan forlade rummet. Det vil give større tryghed ved samtalen og begrænse risikoen for overfald. Ved at koncentrere patientsamtaler på færre rum vil det også være mere enkelt at etablere flugtveje i samtalerum.
Hvor i psykiatrien?	Alle ambulatorier.
Hvad kræves der for at anbefalingen kan realiseres? • Organisering • Økonomi • Lovgivning • Andet	En realisering af denne anbefaling i eksisterende ambulatorier vil være udgiftskrævende, da det indebærer ombygningsudgifter. Det skal derfor også vurderes, om der eventuelt kan etableres et mindre antal samtalerum med to udgange, som kan benyttes hvis man på forhånd vurderer, at der kan være risiko forbundet med samtalen. Ændret rumanvendelse i ambulatorier vil typisk kræve ombygninger. Blandt andet fordi samling af samtalerum også vil indebære, at flere medarbejdere skal dele kontorer. Mange små kontorer skal derfor ændres til færre større kontorer for at gøre det muligt. Der vil være store etableringsudgifter forbundet med dette.
Kan anbefalingen implementeres på kort sigt (inden for 2 år) eller på lang sigt (over 2 år)?	Anbefalingen kan implementeres umiddelbart, når nye ambulatorier skal indrettes. Ændring af eksisterende ambulatorier vil skulle ske over mange år.
Hvordan arbejder vi videre med forslaget? (Skal der fx arbejdes videre med det i stabene, afholdes event eller nedsættes en arbejdsgruppe? Skal der inddrages eksterne, osv?)	Økonomi- og organisationsenheden har sammen med Center for Ejendomme gennemført en kortlægning af arealanvendelsen i de fleste ambulatorier i Region Hovedstadens Psykiatri. Det udgør et godt grundlag for mulighedsstudier vedrørende samling af samtalerum på fx én etage eller én gang og etablering af et antal samtalerum med to udgange i eksisterende ambulatorier. Arbejdet bør ske i samarbejde med de enkelte matrikler, og skal ses i sammenhæng med forslaget om bygningsmæssig gennemgang.

6. Scannere

Anbefaling:	Afdækning af behov for scannere
Indhold af anbefaling	Det anbefales at der nedsættes en arbejdsgruppe, der får til opgave at afdække erfaringer med scannere fra andre offentlige tilbud både i indland og udland. I dette arbejde skal der også indtænkes erfaringer fra patienter og pårørende.
Hvad er problemet?	Der er meget forskellige holdninger til scannere i psykiatrien. I de indsamlede forbedringstiltag fremgik der flere steder et ønske om scannere. Det blev derfor drøftet på workshop, hvor drøftelserne pegede i en anden retning - nemlig at scannere ikke vil være virksomme, samtidig med at de vil være en unødigt stigmatisering af patienterne.
Hvad gør vi på området i dag?	I dag er der i Region Hovedstadens Psykiatri krops- og bagagescannere i Udsigten, der rummer de specialiserede retspsykiatriske sengeafsnit. Ifølge psykiatriloven §19 a, stk. 2 er der hjemmel til at anvende krops- og bagagescannere. Der skal dog være mistanke om, at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande er blevet indført eller vil blive indført på afsnittet. Dette krav gælder dog ikke på retspsykiatriske afdelinger og på Sikringsafdelingen, jf. § 19, stk. 3. Da psykiatriske ambulatorier ikke er en del af psykiatriloven, er det ikke tilladt at have scannere der.
Hvordan forventes anbefalingen at styrke sikkerheden og trygheden i Region Hovedstadens Psykiatri?	Efter arbejdsgruppens afdækning forventes det, at man kan tage mere kvalificeret stilling til, om scannere vil bidrage til at styrke sikkerheden i psykiatrien.
Hvor i psykiatrien?	Akutmodtagelse og sengeafsnit.
Hvad kræves der for at anbefalingen kan realiseres? • Organisering • Økonomi • Lovgivning • Andet	Beslutning om, hvorvidt der skal implementeres scannere i Region Hovedstadens Psykiatri afventer arbejdsgruppe. Hvis der skal opsættes scannere, skal der afsættes engangsmidler til indkøb og varige midler til betjening i døgndrift og vedligehold af scannere. Der er ikke lavet beregninger på forslaget.
Kan anbefalingen implementeres på kort sigt (inden	Der kan umiddelbart nedsættes en arbejdsgruppe.

for 2 år) eller på lang sigt (over 2 år)?	
Hvordan arbejder vi videre med forslaget? (Skal der fx arbejdes videre med det i stabene, afholdes event eller nedsættes en arbejdsgruppe? Skal der inddrages eksterne, osv?)	Der nedsættes en arbejdsgruppe, hvor Center for Ejendomme også inviteres med. Gruppen ser både på scannere og alarmer, som er beskrevet i sin egen anbefaling. Patienter og pårørende inviteres ind i arbejdet.

7. Sikkerhedsassistenter/tryghedsvagter

Anbefaling:	Sikkerhedsassistenter på afsnit
Indhold af anbefaling	Ansættelse af uddannede sikkerhedsassistenter i afsnit, hvor behovet vurderes at være størst. Sikkerhedsassistenterne skal: • Være uddannede og skal dække dag-, aften- og nattevagter alle ugens dage • være fastansatte, så de kender personalet og miljøet godt • have fokus på sikkerhed for personale og patienter • have fokus på det kommunikative så de ikke giver en oplevelse hos patienter af, at de som patienter er farlige • kunne svare på spørgsmål fra ventende patienter og pårørende og kunne indgå i kortere samtaler af ikke-behandlingsmæssig karakter
Hvad er problemet?	I mange afsnit kommer der borgere, som ikke nødvendigvis er kendt i forvejen, som er i en krisesituation, eventuelt psykotiske og ofte også påvirkede af rusmidler. Hvis størstedelen af personalet er optaget af patientsamtaler i behandlerrum, kan der være situationer, hvor en sekretær eller en behandler er alene med en borger, der opfører sig truende, hvilket kan være utrygt. Desuden kan der være situationer, hvor borgere har våben med i ambulatoriet eller akutmodtagelsen, hvilket gør at patienten skal afvises eller der skal tilkaldes politi.
Hvad gør vi på området i dag?	I dag varetages der opgaver med hensyn til overblik, deeskalering og eventuel brug af tvang af det faste sundhedsfaglige personale. Enkelte steder har man gjort sig erfaringer med at styrke personalesikkerheden og trygheden med tilstedeværelse af vagter fra eksterne vagtbureauer.
Hvordan forventes anbefalingen at styrke sikkerheden og trygheden i Region Hovedstadens Psykiatri?	Sikkerhedsassistenten vil være en ekstra person i ydertidspunkterne, hvilket er efterspurgt i afsnittenes indmelding af forslag. Vedkommende skal desuden:

	• have overblik over situationen i afsnittet og kunne agere deeskalerende, og eventuelt tilkalde politi, hvis der er patienter, som skaber konflikter eller opfører sig truende • kunne deltage i brug af tvang og løbe til alarm på hele matriklen • kunne deltage som 2. person i patientsamtaler i helt særlige situationer, hvor behandleren føler sig utryk (kriterier skal præciseres) og hvis den samlede situation tillader det
Hvor i psykiatrien?	Brug af sikkerhedsassistenter kan overvejes i alle afsnitstyper. Det skal vurderes, hvor der er størst behov – fx ud fra antal arbejdsskader som følge af vold. Det anbefales at funktionen prøves af som en pilot i en eller flere akutmodtagelser.
Hvad kræves der for at anbefalingen kan realiseres? • Organisering • Økonomi • Lovgivning • Andet	Der er delte holdninger til brug af ”vagter” blandt personalet i Region Hovedstadens Psykiatri. Derfor skal ordningen beskrives grundigt, så det er tydeligt for alle, hvilke opgaver en sikkerhedsassistent skal varetage. Anbefalingens realisering kræver desuden, at der er uddannet sikkerhedsassistenter i Region Hovedstadens Psykiatri. Der arbejdes aktuelt med dette.
Kan anbefalingen implementeres på kort sigt (inden for 2 år) eller på lang sigt (over 2 år)?	Anbefalingen kan implementeres på relativt kort sigt, i det omfang forudsætningerne med hensyn til økonomi og eksistensen af uddannede sikkerhedsassistenter er opfyldt. Derudover skal sikkerhedsassistenter/tryghedsvagter medtænkes i relevant kursusaktivitet.
Hvordan arbejder vi videre med forslaget? (Skal der fx arbejdes videre med det i stabene, afholdes event eller nedsættes en arbejdsgruppe? Skal der indtages eksterne, osv?)	Det foreslås, at der indledningsvis laves forsøg med vagter i en eller flere akutmodtagelser. Hvis der er ressourcer til at iværksætte forsøget, holdes der en workshop, hvor de involverede akutmodtagelser, centerledelsen og HR beskriver sikkerhedsassistenternes opgaver og organisatoriske op-hæng mv. Patienter og pårørende inviteres ind i arbejdet.

+

8. Forebyggelsesinstruktører

Anbefaling:	Ensrettet brug af forebyggelsesinstruktører
--------------------	--

Indhold af anbefaling	Der skal være en ensartet anvendelse af forebyggelsesinstruktører (FI) på tværs af Region Hovedstadens Psykiatris centre. Derfor foreslås følgende: • Forebyggelsesinstruktører indgår som ekstra ressource i vagtlaget på matrikler med intensive sengeafsnit, og er dedikeret til forebyggelsesarbejdet på tværs af afsnit afhængigt af behov • Der er forebyggelsesinstruktører i alle vagttag, på nær mandag til fredag i dagvagterne (det betyder, at der også er FI-vagter i weekender, på helligdage osv.) • Nedsættelse af arbejdsgruppe, der reviderer funktionsbeskrivelsen • Ordningen udvides med fast supervision fire gange årligt • Forebyggelsesinstruktørerne skal organiseres ens på centrene (herunder referenceforhold)
Hvad er problemet?	• Der har ikke været midler til at implementere FI-vagter på alle relevante matrikler eller i alle aften-, natte- og weekendvagter på alle psykiatriske centre. • Andre har svært ved at holde FI-vagten "fri" til at kunne flytte sig til afsnit med behov. Ved bemandingsproblemer kan forebyggelsesinstruktøren blive set som en del af den samlede vagtbemanding på det afsnit, hvor vedkommende er ansat. Det betyder, at FI-vagten ikke anvendes til at forebygge og understøtte kollegaer med sparring samt ekstra ressourcer
Hvad gør vi på området i dag?	• Vi uddanner flere hold af forebyggelsesinstruktører om året • Vi afholder flere gange årligt instruktørdage på tværs af Region Hovedstadens Psykiatri med fokus på sparring, videndeling og udvikling • Forebyggelsesinstruktører, der også er specialinstruktører, deltager så vidt muligt på både nationale og internationale konferencer en eller flere gange årligt
Hvordan forventes anbefalingen at styrke sikkerheden og trygheden i Region Hovedstadens Psykiatri?	Hvis anbefalingen godkendes, vil det betyde: • Et øget, systematisk fokus på forebyggelse af konflikter i de nødvendige vagttag på tværs af hele Region Hovedstadens Psykiatri • En stabilitet og forudsigelighed i de vagttag, hvor konflikter typisk kan opstå (aften og nat, weekend og helligdage) • Øget bemanding i ydertidspunkter (som foreslået i mange tilbagemeldinger fra afsnit)
Hvor i psykiatrien?	På alle matrikler med intensive døgnafsnit
Hvad kræves der for at anbefalingen kan realiseres?	Organisering • Alle relevante centre skal være indforstået med anbefalingen

• Organisering • Økonomi • Lovgivning • Andet	• Supervision Økonomi • Ekstra omkostninger til de centre, der ikke har implementeret modellen fuldt ud endnu • Supervision • Ekstra uddannelse • Ekstra temadage Anbefalingen kan eventuelt implementeres gradvis.
Kan anbefalingen implementeres på kort sigt (inden for 2 år) eller på lang sigt (over 2 år)?	Anbefalingen kan implementeres på kort sigt, hvis finansieringen tilvejebringes. Dog kan der opleves rekrutteringsproblemer.
Hvordan arbejder vi videre med forslaget? (Skal der fx arbejdes videre med det i stabene, afholdes event eller nedsættes en arbejdsgruppe? Skal der indtages eksterne, osv?)	Hospitalsledelsen skal godkende forslaget, og der skal nedsættes en (hurtigt arbejdende og lille) arbejdsgruppe, der reviderer funktionsbeskrivelsen. Hvis der bevilges midler til anbefalingen, påbegyndes ansættelsesproces.

9. Visitering

Anbefaling:	Visitering af patienter
Indhold af anbefaling	a) Det bør på nationalt politisk niveau genovervejes om hjemmel til visitation af patienter, der indlægges i psykiatrisk regi, kan udvides. b) Indtil ovenstående sker, er der behov for at foretage justeringer af Region Hovedstadens Psykiatri's gældende vejledning om visitation. c) Vejledningen skal implementeres efter justeringer.
Hvad er problemet?	AD a): I sommeren 2023 blev Region Hovedstadens Psykiatri's vejledning om visitation justeret i henhold til kritik fremsat af Ombudsmanden i forbindelse med rutinemæssig kropsvsitation og rutinemæssig undersøgelse af patienters ejendele på psykiatriske afdelinger https://www.retsinformation.dk/eli/fob/2020/43 . I den gældende vejledning er det præciseret, at visitering kræver patientens samtykke, samt at beslutning om visitation er en individuel vurdering. Vejledningen beskriver, at

	visitationsniveau skal fastlægges lægeligt. Det er vurderingen, at den mere restriktive tilgang til visitation udgør en sikkerhedsrisiko. Der er eksempler på meget alvorlige og også dødelige hændelser (selvmord og respirationssvigt) som følge af, at der bringes farlige genstande eller rusmidler ind i en psykiatrisk afdeling, enten i forbindelse med indlæggelse eller efter udgang. Ad b) og c): Der er behov for at gældende vejledning justeres, herunder, at vejledningen beskriver sikkerhedsrunder i afsnit og guider bedre med hensyn til at opnå samarbejde med patienten om visitering. Der er behov for at udbrede kendskab til og implementering af den reviderede vejledning.
Hvad gør vi på området i dag?	Ad b) og c) Der arbejdes generelt med at forbedre metoder til at øge kendskab til og brug af vejledninger, blandt andet i relation til Region Hovedstadens Psykiatri's arbejde med patientforløbsbeskrivelser.
Hvordan forventes anbefalingen at styrke sikkerheden og trygheden i Region Hovedstadens Psykiatri?	Revision og implementering af gældende vejledning vil understøtte ensartet tilgang til bedst mulige sikkerhedsprocedurer i forbindelse med indlæggelser i psykiatrien. Hermed mindskes risiko for, at patienter kan skade sig selv, personalet eller andre patienter.
Hvor i psykiatrien?	Psykiatriske akutmodtagelser og sengeafsnit
Hvad kræves der for at anbefalingen kan realiseres? • Organisering • Økonomi • Lovgivning • Andet	Anbefaling a) kræver politisk beslutning (Folketinget). Anbefaling b) kræver en gennemgang og revision af vejledningen og eventuelt bedre SP-understøttelse. Anbefaling c) kræver at der arbejdes fokuseret med implementering af gældende vejledning, blandt andet ved at gøre brug af erfaringer fra centre, der har arbejdet systematisk med implementeringen. Eventuelt at der indgår "synlighed" for patienterne om visitering fx via plakater med information i psykiatriske akutmodtagelser. Arbejdet bør indgå som led i det arbejde, der generelt pågår for ledelsesmæssigt at sikre: • Introduktion til vejledninger • Efterspørgsel på brug af vejledninger • Viden om vejledninger, der er særlig vigtige for pågældende medarbejders funktion • Systematisk tilgang i forbindelse med at implementere nye eller reviderede vejledninger, som beskrevet under anbefaling to vedr. implementering af understøttende tiltag.
Kan anbefalingen implementeres på kort sigt (inden	Anbefaling a) kræver politisk beslutning.

for 2 år) eller på lang sigt (over 2 år)?	Anbefaling b) og c) kan implementeres på kort sigt.
Hvordan arbejder vi videre med forslaget? (Skal der fx arbejdes videre med det i stabene, afholdes event eller nedsættes en arbejdsgruppe? Skal der inddrages eksterne, osv?)	Se ovenfor under "hvad kræves der for at anbefalingen kan realiseres".

10. Den gode start på vagten

Anbefaling:	En god start på vagten
Indhold af anbefaling	Alle sengeafsnit starter vagten med en fælles prioritering af dagens opgaver samt plan for forebyggende handlinger i forhold til fokuspatienter og den øvrige patientgruppe. Et muligt indhold i standarden for en "god start på vagten" kan være: 1. Rapport 2. Ansvarsfordeling/opgavedeling 3. Fokuspatienter: Risikovurdering(BVC), nytilkomne patienter, historik med udadreagerende adfærd, patienter som skal have eller har fået dårlige nyheder, manglende søvn, ændring af adfærd, rusmiddelproblematikker, svært forpinte, ændring af medicin, retslige i almenpsykiatrien, patienter med risiko for at ende i tvang 4. Hvordan sikrer vi, at vores patienter får en god dag?
Hvad er problemet?	En ikke planlagt vagt kan få uroen blandt patienter til at stige, og eventuelle voldsomme episoder forebygges ikke. En personalegruppe med planer for vagten er trygge, og det smitter af på stemningen i patientgruppen.
Hvad gør vi på området i dag?	Mange afsnit har en procedure for hvad de gør når vagten starter. Region Hovedstadens Psykiatri har ingen fælles standard for, hvordan man på en god måde kan starte vagten op i sengeafsnittene. De afsnit som starter vagten med at planlægge dagen, har større overblik over forebyggelsesplaner for fokuspatienter.
Hvordan forventes anbefalingen at styrke sikkerheden	Ved en fælles planlægning af dagen vil personalet være i stand til at forebygge udadreagerende adfærd hos fokuspatienter samt have en plan ("Hvem gør hvad") for håndtering af uro. Desuden kan de bede om besøg af en forebyggelsesinstruktør, hvis der er situationer, de ønsker hjælp til.

og trygheden i Region Hovedstadens Psykiatri?	Personalegruppen ved hvad de skal hvornår, og det giver tryghed og øger sikkerheden.
Hvor i psykiatrien?	Sengeafsnittene.
Hvad kræves der for at anbefalingen kan realiseres? • Organisering • Økonomi • Lovgivning • Andet	Der etableres en funktion som "Koordinerende medarbejder" der får ansvaret og skal være tovholder på "Den gode start på vagten" (rolle skal defineres tydeligere og hvem disse mennesker skal være, skal overvejes). Kan kræve, at det ændres i vagtplaner, så alle møder mere fleksibelt og har ekstra tid i hver ende af vagten til overlevering i forbindelse "med den gode start på vagten".
Kan anbefalingen implementeres på kort sigt (inden for 2 år) eller på lang sigt (over 2 år)?	Kort sigt – eventuelt som pilotafrøvning udvalgte steder.
Hvordan arbejder vi videre med forslaget? (Skal der fx arbejdes videre med det i stabene, afholdes event eller nedsættes en arbejdsgruppe? Skal der indtages eksterne, osv?)	Arbejdsgangen omhandler primært plejegruppen i sengeafsnittene, så der skal tænkes inddragelse af tværfaglige, der eventuelt ikke møder ind på samme tidspunkt. Samtidig kræver det, at der udarbejdes en funktionsbeskrivelse for koordinatorfunktion, at der overvejes fremtidige planer for arbejdstidsaftaler, at miljøvagt bliver et tema for alle (gangvagt), at der arbejdes med Safe Ward på alle centre og at afslutning af en vagt prioriteres, da den er vigtig for at næste hold, kan tage over på en god måde.

11. Retningslinjer våben

Anbefaling:	Ensretning af hvordan man håndterer patienter, som medbringer våben eller som truer med at medbringe våben i Region Hovedstadens Psykiatri enheder
Indhold af anbefaling	Der ønskes en overordnet retningslinje i Region Hovedstadens Psykiatri, som beskriver: • Juridiske krav for hvordan man håndterer patienter der medbringer våben, herunder hvorvidt der påhviler medarbejderen et juridisk ansvar, hvis en patient forlader ambulatoriet med et våben • Eventuel mulighed for at afvise patienter, hvis de medbringer våben • Arbejdsgang for patienters trusler om at medbringe våben

	• Hvordan det dokumenteres at det anmeldes til politiet, hvis patienten angiver at have våben hjemme. ○ Hvem anmelder? • Om anmeldelse dokumenteres i Workzone eller i journal
Hvad er problemet?	Der er ingen fælles retningslinje. Det skaber utryghed for den enkelte medarbejder, og kan give en tilbageholdende praksis, som kan indebære sikkerhedsrisici.
Hvad gør vi på området i dag?	Der er ingen fælles retningslinje. Nogle steder er der lokale arbejdsgange, og andre steder beror det på en konkret vurdering foretaget af den enkelte kliniker.
Hvordan forventes anbefalingen at styrke sikkerheden og trygheden i Region Hovedstadens Psykiatri?	Styrker sikkerheden for den enkelte medarbejder og i det enkelte afsnit, ved at der foreligger konkrete retningslinjer for håndteringen. Herunder muligheden for at afvise en patient.
Hvor i psykiatrien?	Ambulatorier og akutmodtagelser (inden indlæggelse).
Hvad kræves der for at anbefalingen kan realiseres? • Organisering • Økonomi • Lovgivning • Andet	Udarbejdelse af retningslinjer herunder juridiske afklaringer i forhold til handlemuligheder og ansvar. Implementering og ledelsesmæssig opfølgning eventuelt via en ny sikkerhedsorganisering.
Kan anbefalingen implementeres på kort sigt (inden for 2 år) eller på lang sigt (over 2 år)?	Der kan umiddelbart startes et arbejde op.
Hvordan arbejder vi videre med forslaget? (Skal der fx arbejdes videre med det i stabene, afholdes event eller nedsættes en arbejdsgruppe? Skal der inddrages eksterne, osv?)	Kvalitets- og forbedringsenheden og Sekretariatet i Region Hovedstadens Psykiatri udarbejder en retningslinje i samarbejde med relevante personer fra klinikken. Retningslinjen skal beskrive de juridiske forpligtelser og muligheder der er for personalet i de situationer, hvor patienterne medbringer våben til en samtale, samt i de tilfælde hvor de angiver at have våben hjemme. Herefter skal implementeringen forankres i de relevante centre med tydeligt ledelsesophæng. Implementeringen understøttes af kvalitets- og forbedringsenhederne. Implementeringen kan følges på forbedringstavlerne, hvor det følges hvorvidt den er kendt og bliver brugt, herunder

	løfte de tilfælde hvor retningslinje har været aktuel, med henblik på at sikre læringen.
--	--

12. Retningslinjer vold og trusler

Anbefaling:	Retningslinjer for anmeldelse af vold og trusler
Indhold af anbefaling	Udarbejde en retningslinje, der beskriver, hvornår der skal ske en anmeldelse til politiet om vold og trusler.
Hvad er problemet?	Der er stor forskel på hvad der anmeldes fra afsnit til afsnit. Det er både påvirket af medarbejderen/anmelderen selv og af linjeledelsens forståelse af, hvad der kan og skal anmeldes. Hermed skabes der ikke en kultur, hvor der åbent og lige kan berettes om oplevelser med vold og trusler, da der er forskel i opfattelsen af "alvorligheden" i det. Samtidig er der stor faglig forståelse af den bagvedliggende sindslidelse hos patienter, der er udadreagerende og truende, hvilket kan gøre medarbejdere og ledelser tilbageholdende i forhold til at lave en anmeldelse.
Hvad gør vi på området i dag?	Der findes en politik (<i>Værd at vide om</i>) for, hvordan vi forebygger og håndterer vold og trusler i Region Hovedstadens Psykiatri. Herunder er der en vejledning "Politianmeldelse af lovovertrædelser" som har til formål <i>at beskrive, hvornår der skal ske politianmeldelse af lovovertrædelser begået af patienter i forbindelse med kontakten til Region Hovedstadens Psykiatri</i>. Heraf fremgår det, at det er Centerledelsens ansvar i samråd med afsnittets overlæge eller oversygeplejerske og relevante personer, at vurdere om der skal ske en anmeldelse. Medarbejderen kan selv anmelde hændelsen til politiet, såfremt ledelsen ikke vurderer, at det er relevant. Hvis medarbejderen selv anmelder, vil dennes CPR-nummer fremgå af sagsmaterialet, hvilket kan afholde den enkelte medarbejder fra at lave en anmeldelse. Derudover har Region Hovedstadens Psykiatri en arbejdsgang for intern registrering af vold og trusler.
Hvordan forventes anbefalingen at styrke sikkerheden og trygheden i Region Hovedstadens Psykiatri?	En retningslinje vil være med til at skabe en kultur, hvor man taler mere åbent om vold og trusler, hvilket vil bidrage til trygge rammer for medarbejderen. Endvidere vil en klar ramme for, hvad der skal anmeldes gøre det nemmere for den enkelte medarbejder og ledelse at forholde sig til tilfælde af vold og trusler.
Hvor i psykiatrien?	Alle steder

Hvad kræves der for at anbefalingen kan realiseres? • Organisering • Økonomi • Lovgivning • Andet	• Udarbejdelse af fælles retningslinje • Implementering • Kulturændring
Kan anbefalingen implementeres på kort sigt (inden for 2 år) eller på lang sigt (over 2 år)?	Kort sigt.
Hvordan arbejder vi videre med forslaget? (Skal der fx arbejdes videre med det i stabene, afholdes event eller nedsættes en arbejdsgruppe? Skal der inddrages eksterne, osv?)	Der skal nedsættes en arbejdsgruppe med relevante folk fra klinikken og stabene, som skal udarbejde en retningslinje og sikre implementeringen af den. Det er vigtigt, at der i arbejdet drøftes, hvad der forstås ved vold og trusler, og hvornår der skal laves en anmeldelse. Man kan med fordel bruge erfaringerne fra kriminalforsorgen, der har udarbejdet en nultolerancepolitik og arbejdet med implementeringen af denne. I arbejdet inddrages relevant viden fra blandt andet arbejdsskadeanmeldelser. Arbejdet skal ses kobles til allerede eksisterende materiale, der skal revideres herefter og evt. samles, så der ikke skal fremsøges information flere forskellige steder. Derudover gives der også input til, hvordan anmeldelser kan indgå i et forebyggende arbejde, således at der indsamles læring efter hver anmeldelse, og inddrages i det videre forebyggende arbejde. Patienter og pårørende tænkes ind i arbejdet.

13. To til samtale

Anbefaling:	To til samtale
Indhold af anbefaling	Udarbejde en overordnet retningslinje/ramme for hvornår der deltager en eller to medarbejdere ved en patientsamtale, med henblik på at der udarbejdes arbejdsgangsbeskrivelser på afsnitstyper med generelle principper, således at det understøttes, at der kan tages konkret stilling hver gang.

Hvad er problemet?	Der er ikke altid klarhed over, hvornår man skal være to til en samtale og det beror ofte på en subjektiv vurdering. Det kan betyde: • At yngre/uerfarent personale kan være tilbageholdende med at bede om at en kollega deltager i samtalen for ikke at vise usikkerhed • At man afholder sig fra at være to til samtale ud fra den anskuelse, at det kan virke konfliktoptrappende • At man undervurderer risikoen ved at tage samtalen alene Desuden kan der på nogle afsnit være en problematik i, at personalet undlader at gå to til samtale selv om man har vurderet, at der er et behov, for at undgå at kollegaer så sidder alene tilbage på afsnittet, mens samtalen gennemføres.
Hvad gør vi på området i dag?	I vejledningen om udgående arbejde og hjemmebesøg er det beskrevet, hvornår man skal være to til en samtale i patientens hjem. Derudover findes der ingen fælles vejledninger om dette.
Hvordan forventes anbefalingen at styrke sikkerheden og trygheden i Region Hovedstadens Psykiatri?	At der i øget omfang kan være to med til samtale, vil øge den psykologiske tryghed blandt personalet og sætte fokus på at styrke en åbenhedskultur i Region Hovedstadens Psykiatri, hvor medarbejdere tør italesætte, når man er usikker/utryg.
Hvor i psykiatrien?	Alle afsnitstyper.
Hvad kræves der for at anbefalingen kan realiseres? • Organisering • Økonomi • Lovgivning • Andet	• Udarbejdelse af overordnet retningslinje og lokale kriterier og arbejdsgangsbeskrivelser • Øget normering på udvalgte afsnit • Kulturændring og ledelsesfokus
Kan anbefalingen implementeres på kort sigt (inden for 2 år) eller på lang sigt (over 2 år)?	En ny retningslinje vil kunne udarbejdes på kort sigt, mens ressourcespørgsmålet sandsynligvis kun kan løses på lang sigt.
Hvordan arbejder vi videre med forslaget? (Skal der fx arbejdes videre med det i stabene, afholdes event eller nedsættes en	Der udarbejdes en overordnet retningslinje gældende for hele Region Hovedstadens Psykiatri, der sætter rammerne for hvornår man skal være to til samtale. Den overordnede retningslinje bør have fokus på:

arbejdsgruppe? Skal der ind- drages eksterne, osv?)	• At det er alle medarbejdere og alle afsnitstyper, der skal være omfattet af retningslinjen • At der er fokus på den psykologiske tryghed, og at retningslinjen skal være med til at understøtte en generel åbenhedskultur Retningslinjen udarbejdes i stabene med inddragelse af klinikere fra centrene. På baggrund af den overordnede retningslinje udarbejdes desuden beskrivelser af de faglige kriterier, der ligger til grund for at være to til samtale på de enkelte typer af afsnit (akutmodtagelse, sengeafsnit, ambulatorier mv.) Det er afgørende, at man ikke får udarbejdet meget rigide retningslinjer/kriterier, der ikke er ressourcer til at kunne gennemføre.
--	--

14. Understøttelse klinisk arbejdsgang V-RISK-10

Anbefaling:	Understøttelse af det kliniske arbejde med V-RISK-10
Indhold af anbefaling	Overordnet opleves det at V-RISK-10 har skabt en større grad af systematik i forhold til at risikovurdere patienterne på det ambulante område. Der opleves et behov for, at de handleplaner der udarbejdes, bliver mere kliniske relevante. Dette kan gøres ved at: • Understøttelse af hvordan der laves en handleplan og hvordan den følges • Arbejdsgangen for at der udarbejdes V-RISK-10 i overgangen fra seng til ambulatorier implementeres alle steder. ○ Nogle oplever at der er usikkerhed om hvorvidt den nuværende arbejdsgang kompromitterer den indledende relations arbejde mellem patient og F-ACT. Der ønskes derfor en tydelig fagspecifik undervisning i denne del, så man i højere grad tør berøre svære emner • At der er et tydeligt ledelsesmæssigt ophæng som sikrer opfølgningen på arbejdet lokalt på de enkelte afsnit
Hvad er problemet?	• V-RISK-10 bliver ikke altid udfyldt, fordi der er berøringsangst i forhold til dialogen med patienterne • Når der er udfyldt en V-RISK-10, bliver der ikke altid handlet på den • Det kliniske personale ved ikke altid hvordan, man kan handle på den

	Der er ingen ledelsesmæssig opfølgning på ikke at følge retningslinjen
Hvad gør vi på området i dag?	V-RISK-10 er fortsat i implementeringsfasen, og derfor arbejdes der forskelligt med det på de psykiatriske centre. Der ses en stor forskel på hvor langt de enkelte psykiatriske centre er med implementering og derved også med efterspørgslen af vurderinger samt det lokale arbejde med V-RISK-10. Der laves ikke altid V-RISK-10 af ambulatoriet ved overgangen fra seng til ambulatorier, da man er bange for at ødelægge relationsdannelsen.
Hvordan forventes anbefalingen at styrke sikkerheden og trygheden i Region Hovedstadens Psykiatri?	Sikkerheden øges ved, at det kan blive nemmere at forebygge eventuel vold og trusler, hvis der bliver lavet V-RISK-10 med tilhørende operationelle handleplaner, som bliver fulgt. Det bliver nemmere for personalet at fremme de beskyttende faktorer og reducere risikoen for vold. Personalet bliver mere trygge i deres arbejde, fordi de bliver stærkere i deres arbejdsgang i forhold til V-RISK-10 og tilhørende handleplaner.
Hvor i psykiatrien?	Ambulatorier.
Hvad kræves der for at anbefalingen kan realiseres? - Organisering - Økonomi - Lovgivning - Andet	- Ledelsesfokus på implementeringen - Tillæg til implementeringen som i højere grad har fokus på den kliniske arbejdsgang herunder spørgeteknikker til V-RISK-10 og handlinger.
Kan anbefalingen implementeres på kort sigt (inden for 2 år) eller på lang sigt (over 2 år)?	Kort sigt.
Hvordan arbejder vi videre med forslaget? (Skal der fx arbejdes videre med det i stabene, afholdes event eller nedsættes en arbejdsgruppe? Skal der inddrages eksterne, osv?)	Kvalitets- og forbedringsenheden er ansvarlig for at udvikle VIP'en, så den i højere grad understøtter klinikkens behov i forhold til handleplaner.

15. Smarttext handleplaner risikovurderinger

Anbefaling:	SMARTTEXT med handleplan til risikovurderinger
Indhold af anbefaling	Når der er vurderet moderat eller høj voldsrisiko skal der jf. VIP udarbejdes en handleplan. Handleplanen kan udformes via SMARTTEXT (i et kontinuationsnotat) i Sundhedsplatformen(SP). SMARTTEXTEN i handleplanen skal udarbejdes, så den stemmer overens med anbefalingerne til handleplan i VIP om V-RISK-10.
Hvad er problemet	Det kliniske personale oplever, at der aktuelt ikke bliver udarbejdet handleplaner alle steder, når der vurderes moderat eller forhøjet V-RISK-10, hvilket kan skyldes at V-RISK-10 stadig er i en implementeringsfase. Hvis en handleplan udformes, er det i et notat i fritext, hvilket gør det svært for andet personale at finde handleplanen i SP.
Hvad gør vi på området i dag?	Det kliniske personale er i store træk bekendte med arbejdsgangen i SP i forhold til udførelse af V-RISK-10. Når den ikke udføres, skyldes det en oplevelse af, at vurderingen ikke bliver brugt. Hvis der dokumenteres en handleplan, er det som fritext.
Hvordan forventes anbefalingen at styrke sikkerheden og trygheden i Region Hovedstadens Psykiatri?	Handleplanen bliver udarbejdet, og den får det korrekte indhold. Handleplanen bliver nemmere at fremsøge. Ved at den er nemmere at fremsøge kan alt personale finde handleplanen og følge den. Det øger muligheden for, at de korrekte interventioner iværksættes for patienten. Dermed mindskes risikoen for vold.
Hvor i psykiatrien?	Ambulatorier, akutmodtagelser og sengeafsnit
Hvad kræves der for at anbefalingen kan realiseres? • Organisering • Økonomi • Lovgivning • Andet	Der skal afsættes ressourcer til at bygge en SMARTTEXT (både teknisk og i forhold til indhold). SMARTTEXT skal indmeldes som ændringsønske til Center for It, medico og telefoni. Anbefalingen er afhængig af at det bliver prioriteret hos Center for It, medico og telefoni. Der skal arbejdes med kendskab til SMARTTEXTEN og udbredelsen af den igennem centrenes lokale organisering og ledelseskæde. SMARTTEXTEN skal implementeres ved, at SP-koordinationsgrupperne og SP-nøgelpersons ansvarlige får information herom på

	arbejdsgruppemøderne. Herefter har de ansvar for at formidle ændringerne ud til nøglepersonerne på alle afdelinger på deres center. Arbejdsgruppemøderne afholdes fire gange årligt for døgn og fire gange årlig for ambulatorierne. Besluttet det at udførelse af handleplan til V-RISK-10 dokumenteres via SMARTTEXT, indstilles dette til udvalg for SP og digitalisering. Derefter udsendes der kvartalsvise afsnitsspecifikke udsendelser. Centrene skal derefter arbejde med at implementere den nye arbejdsgang i en periode på seks måneder. For at sikre ledelsesunderstøttelse af implementeringsopgaver generelt orienteres både Hospitalsledelsen og de SP-ansvarlige centerledelseskoordinatorer inden. Dette sker på kvartalsvise møder, hvor implementeringsopgaverne gennemgås. Således vil handleplan for V-RISK-10 via SMARTTEXT også blive gennemgået her.
Kan anbefalingen implementeres på kort sigt (inden for 2 år) eller på lang sigt (over 2 år)?	Anbefalingen kan implementeres på kort sigt.
Hvordan arbejder vi videre med forslaget? (Skal der fx arbejdes videre med det i stabene, afholdes event eller nedsættes en arbejdsgruppe? Skal der inddrages eksterne, osv?)	Drøftelse i Planlægning, logistik og dataenheden/Ledende faglig ekspert. Derudover skal indholdet af SMARTTEXTEN matche de forslag/anbefalinger der er til handleplan på moderat eller forhøjet V-RISK-10, som er beskrevet i VIP omkring V-RISK-10.

16. Risikovurdering

Anbefaling:	V-RISK-10 rykkes længere op i snapshot og får en farve, når der er moderat eller høj score
Indhold af anbefaling	I Sundhedsplatformen(SP) ligger V-RISK-10 aktuelt nederst i snapshot, hvorfor der skal scrolles for at se den. Dermed får man ikke et hurtigt overblik over V-RISK-10. Ved at få den rykket længere op i snapshot (som er det hurtige overblik) og give den en farve afhængig af vurdering, vil der kunne dannes et hurtigt overblik.
Hvad er problemet?	Medarbejdere gøres ikke automatisk opmærksom på en høj forudgående V-RISK-10 score, når de har kontakt til en ny patient, da man aktivt skal scrolle ned i journalen for at se den.

Hvad gør vi på området i dag?	Der scrolles for at finde vurdering. Ofte bliver den overset i snapshot.
Hvordan forventes anbefalingen at styrke sikkerheden og trygheden i Region Hovedstadens Psykiatri?	Ved at V-RISK-10 rykkes op i snapshot i SP vil det styrke sikkerheden ved at medarbejdere i overgangene fra ambulatorier-akutmodtagelser-døgnafsnit, kan se den V-RISK-10 der er udarbejdet. Personalet er derfor bedre forberedt på en potentiel risikosituation.
Hvor i psykiatrien?	Ambulatorier, akutmodtagelser og døgnafsnit.
Hvad kræves der for at anbefalingen kan realiseres? • Organisering • Økonomi • Lovgivning • Andet	Der skal afsættes ressourcer til at bygge om i SP. Anbefalingen skal indmeldes som ændringsønske til Center for It, medico og telefoni og er afhængig af at det bliver prioriteret hos Center for It, medico og telefoni. Der skal arbejdes med kendskab til ændringen, samt udbredelsen heraf igennem centrenes lokale organisering og ledelseskæde.
Kan anbefalingen implementeres på kort sigt (inden for 2 år) eller på lang sigt (over 2 år)?	Implementering på kort sigt.
Hvordan arbejder vi videre med forslaget? (Skal der fx arbejdes videre med det i stabene, afholdes event eller nedsættes en arbejdsgruppe? Skal der inddrages eksterne, osv?)	Drøftelse med ledende faglig ekspert i forhold til Sundhedsplatformen. Vedtages ændringerne skal der arbejdes med kendskab til ændringen, samt udbredelsen heraf igennem centrenes lokale organisering og ledelseskæde.

17. Arbejdsgang bagvagt

Anbefaling:	Arbejdsgang for brug af bagvagt
--------------------	--

Indhold af anbefaling	Ved uoverensstemmelser der ikke kan afklares med ansvarshavende sygeplejerske, skal man som yngre læge (forvagt) ringe til sin bagvagt sammen med koordinerende eller ansvarshavende sygeplejerske.
Hvad er problemet?	Der kan være forskel mellem fx lægers og plejepersonales blik på patienten. Det er derfor problematisk i forhold til bagvagtens mulighed for at træffe en ordentlig belyst beslutning om den rette behandling, hvis lægen eller plejepersonalet hver for sig ringer bagvagten op, som skal yde rådgivning.
Hvad gør vi på området i dag?	Der er forskellig praksis. Psykiatrisk center Ballerup har brugt den beskrevne metode med succes. Andre steder har man ikke en procedure for dette.
Hvordan forventes anbefalingen at styrke sikkerheden og trygheden i Region Hovedstadens Psykiatri?	Bedre behandling, da flere perspektiver er afdækket. Større enighed om plan skaber større følelse af sikkerhed. Gode beslutninger om videre behandling øger sikkerheden.
Hvor i psykiatrien?	Akutmodtagelser og sengeafsnit.
Hvad kræves der for at anbefalingen kan realiseres? • Organisering • Økonomi • Lovgivning • Andet	Formulering af vejledning og indføre arbejdsgangen.
Kan anbefalingen implementeres på kort sigt (inden for 2 år) eller på lang sigt (over 2 år)?	Kort sigt.
Hvordan arbejder vi videre med forslaget? (Skal der fx arbejdes videre med det i stabene, afholdes event eller nedsættes en arbejdsgruppe? Skal der inddrages eksterne, osv?)	I samarbejde med klinikken udarbejdes vejledning af Kvalitets- og forbedringsenheden. Vejledningen gennemgås på personale- og lægemøder.

18. Konfliktåndtering

Anbefaling:	Kurset "Forebyggelse og håndtering af konflikter" gøres obligatorisk for flere faggrupper med patientkontakt
Indhold af anbefaling	Det anbefales at kurset i "Forebyggelse og håndtering af konflikter" gøres obligatorisk for flere faggrupper. Kurset er allerede obligatorisk for plejepersonalet, pædagoger, fysio- og ergoterapeuter, mens det er frivilligt for andre faggrupper, herunder læger. Det foreslås, at lægerne udelukkende deltager i dag 4 på kurset, som foregår i Campus for Psykiatrisk Simulation (full scale simulation) og fokuserer på teamsamarbejdet i konflikt- og tvangssituationer. Bemærk: Lægerne har deres eget obligatoriske introkursus, hvor konflikt- og tvangsområdet også introduceres.
Hvad er problemet?	Der kan opstå usikkerhed, når dele af personalet ikke har deltaget i kurset "Forebyggelse og håndtering af konflikter". Kurset danner grundlag for den fortløbende vedligeholdelsestræning, der foregår lokalt på centrene og har til formål at sikre, at kompetencer, roller og opgaver hele tiden er ajour. Når lægerne ikke indgår i konfliktåndteringskurset, har de ikke samme grundlag for at indgå i konflikt- og tvangssituationer. Det har givet anledning til utrygge og potentielt farlige situationer både i forhold til personale og patienter. Det betyder også, at de ikke har grundlaget for at deltage i vedligeholdelsestræningen, da de ikke har opnået de samme kompetencer som plejepersonalet.
Hvad gør vi på området i dag?	Alle nye medarbejdere med direkte patientkontakt deltager på kurset "Forebyggelse og håndtering af konflikter". For plejepersonalet, der arbejder på døgnafsnit, er det obligatorisk at deltage i alle fire dage på kurset. For det ambulante personale (som ikke tager vagter i døgnafsnit), socialrådgivere, recoverymentorer, sikkerhedsmedarbejdere, terapeuter og psykologer er obligatoriske kun at deltage på kurset første dag. For lægesekretærer, servicepersonale og yngre læger gælder det, at de deltager på et særligt tilrettelagt kursus, der på nuværende tidspunkt ikke indeholder undervisning i undvigelses- og frigørelsesteknikker.
Hvordan forventes anbefalingen at styrke sikkerheden og trygheden i Region Hovedstadens Psykiatri?	I tilspidsede situationer, hvor fastholdelse og tvang er nødvendig, er det afgørende at plejepersonale og læger har samme forståelse og kendskab til roller, opgaver og procedurer. Sikkerheden øges, når alle er bekendt med, hvad der skal foregå i en tvangssituation, hvorfor alle involverede medarbejdere også bør deltage i vedligeholdelsestræningen heraf.
Hvor i psykiatrien?	Alle centre

Hvad kræves der for at anbefalingen kan realiseres? • Organisering • Økonomi • Lovgivning • Andet	Organisering: Hvis kurset gøres obligatorisk for flere faggrupper, vil det betyde en fordobling af det nuværende deltagerantal. Det vil dels betyde, at lokalekapacitet bliver en udfordring og ligeledes vil der skulle bevilliges flere undervisningsressourcer (specialinstruktører). Det nuværende setup med full scale simulation på dag 4 i Campus for Psykiatrisk Simulation har en fysisk begrænsning. Læger og plejepersonale SKAL træne sammen i rette fordelingsforhold (fx 6:1), ellers bliver træningen skæv i forhold til virkeligheden. Økonomi: En fordobling af antal deltagere vil også betyde en øgning af udgifter til lokaler, forplejning og instruktører samt til Campus for Psykiatrisk Simulation. Derudover skal der afsættes ekstra ressourcer til flere specialinstruktører.
Kan anbefalingen implementeres på kort sigt (inden for 2 år) eller på lang sigt (over 2 år)?	Anbefalingen kræver en beslutning, men forudsætter at lokaleudfordringen løses, da man fordobler antallet af månedlige deltagere i kurset. Ligeledes vil det kræve flere instruktører for at løfte undervisningsopgaven.
Hvordan arbejder vi videre med forslaget? (Skal der fx arbejdes videre med det i stabene, afholdes event eller nedsættes en arbejdsgruppe? Skal der indtages eksterne, osv?)	Der udarbejdes en sagsfremstilling til direktion og hospitalsledelse i Region Hovedstadens Psykiatri, der beskriver forslaget og udgiftsbehovet.

19. Vedligeholdelsestræning

Anbefaling:	Systematisk vedligeholdelsestræning og fælles koncept på tværs af region Hovedstadens Psykiatri
Indhold af anbefaling	a) Der implementeres systematisk vedligeholdelsestræning(VHI) på tværs af Region Hovedstadens Psykiatri: • Heldagstræningsgange på centrene (antal gange om året besluttes senere) • Daglig mikro-træning på afsnittene • Vagtplanlagt vedligeholdelsestræning med faste moduler b) Der udvikles et fælles koncept for vedligeholdelsestræning, der tager udgangspunkt i moduler til både heldagstræning, den korte

	træning og mikrotræningsgange for døgnafsnit, ambulatorier og akutmodtagelser/afsnit c) Vedligeholdelsestræning skal indgå som en af målepunkterne hos Hospitalsledelsen.
Hvad er problemet?	Vedligeholdelsestræning foregår ikke systematisk og ofte nok til at vedligeholde det nødvendige kompetenceniveau. Det kan skabe utrygge situationer og skabe tvivl i situationer, hvor agiterede patienter skal beroliges (deeskalering) eller fysisk fastholdes. Det betyder ofte mere tvang, farlige situationer og utrygge medarbejdere og ofte med skader til følge for både medarbejdere og patienter. Den manglende træning kan også skabe uklarhed omkring roller og opgaver i forbindelse med tilspidsede situationer. Samtidig betyder den manglende træning, at flere konflikter eskaleres, da medarbejderne bliver usikre på om de mestrer de fysiske teknikker.
Hvad gør vi på området i dag?	• Der findes en standard for vedligeholdelsestræning, der stiller krav om tre årlige træningsgange af to timer. Der er intet krav om dokumentation, selvom enkelte centre dokumenterer systematisk og løbende. Der er heller ingen konsekvenser, hvis vedligeholdelsestræningen ikke prioriteres eller dokumenteres. • Hvert afsnit har som minimum én uddannet vedligeholdelsesinstruktør, der er uddannet som instruktør. • HR afholder VHI-træningsdage to gange om året. • De vedligeholdelsesinstruktører, der også er specialinstruktører, deltager løbende i nationale og internationale konferencer om tvang og forebyggelse.
Hvordan forventes anbefalingen at styrke sikkerheden og trygheden i Region Hovedstadens Psykiatri?	• Ved at revidere standarden og hæve kadencen for minimumsdeltagelse i vedligeholdelsestræning sikres den kontinuerlige træning, der skal være med at gøre medarbejderne mere trygge i situationer, hvor de skal deeskalere agiterede patienter, men også når de er nødt til at udøve tvang. Medarbejdere på døgnafsnit vil være i stand til at fastholde patienter på en sikker og forudsigelig måde. Den nyeste forskning peger på, at patienter foretrækker fastholdelser, der er ens og gennemskuelige, som personalet er trænet i at udføre. • Den forskning, der er på området, understreger ligeledes vigtigheden af træning af personale, som en af de mest afgørende faktorer til at mindske tvang og forebygge konflikter.
Hvor i psykiatrien?	Alle centre
Hvad kræves der for at anbefalingen kan realiseres?	Organisering: Det vil kræve organisering at gennemføre daglige mikrotræninger. På åbne afsnit og på ambulatorier vil man i overvejende grad kunne gøre det

• Organisering • Økonomi • Lovgivning • Andet	på faste planlagte tidspunkter. Modellen på døgnafsnit skal kvalificeres yderligere. For at sikre at vedligeholdelsestræningen gennemføres, kræver det at træningen vagtplanlægges. Økonomi: Flere træningsgange kræver flere ressourcer. Derudover skal der afsættes ekstra ressourcer til flere specialinstruktører samt vedligeholdelsesinstruktører - herunder uddannelse af nye.
Kan anbefalingen implementeres på kort sigt (inden for 2 år) eller på lang sigt (over 2 år)?	Anbefalingen om mikrotræning og heldagstræninger er allerede indført på afdeling M på Psykiatrisk Center Sct. Hans. Den vil kunne implementeres løbende i resten af psykiatrien på under 2 år. I forhold til den løbende vedligeholdelsestræning, der tager udgangspunkt i moduler, skal denne vagtplanlægges.
Hvordan arbejder vi videre med forslaget? (Skal der fx arbejdes videre med det i stabene, afholdes event eller nedsættes en arbejdsgruppe? Skal der indtages eksterne, osv?)	Kompetenceteamet i HR udarbejder sammen med instruktørkorpset moduler til det nye vedligeholdelseskoncept. Hospitalsledelsen skal godkende forslag, ny standard og koncept. HR skriver en sagsfremstilling.

20. Uddannelse af læger i vagtfunktioner

Anbefaling:	Introforløb til de forskellige vagtfunktioner hos læger.
Indhold af anbefaling	For at alle læger i vagtfunktioner har de fornødne kompetencer og er klare på deres arbejdsopgaver, nedsættes en lægefaglig arbejdsgruppe, der skal se på udarbejdelse af funktionsbeskrivelse for de enkelte vagtfunktioner samt hvordan der gives introduktion til den enkelte læge samt efterfølgende supervision. For SIF-vagter (Speciallæger i Front) anbefales et decideret introforløb, der udover følvgater indeholder: Viden om psykofarmakologi, psykopatologi, indholdet i en god akutplan, samt anvendelse af Sundhedsplatformen (SP) på akutområdet.
Hvad er problemet?	Der kan være stor forskel på kompetencerne i de forskellige vagtfunktioner. SIF-vagter kan have begrænset viden om akutområdet, og bagvagter kan også være yngre læger, der ikke nødvendigvis har stor viden inden for det akutte område. Derudover er ikke alle nødvendigvis rutinerede i at skrive en akutplan, eller ved hvor de kan finde de nødvendige

	oplysninger i SP. Alt dette kan medføre en usikkerhed både hos læger og plejepersonale.
Hvad gør vi på området i dag?	Der er en VIP for SIF funktionen. Praxis på de fleste steder er, at man som ny i en vagtfunktion får 1-2 følvagter.
Hvordan forventes anbefalingen at styrke sikkerheden og trygheden i Region Hovedstadens Psykiatri?	Ved at lægerne er mere klar på deres opgave, og at de ved hvordan de får udarbejdet gode akutplaner samt får indhentet de fornødne oplysninger og har trænet dette, vil det medføre en mere sikker behandling, der kan have en deeskalerende effekt.
Hvor i psykiatrien?	Akutmodtagelser og sengeafsnit.
Hvad kræves der for at anbefalingen kan realiseres? • Organisering • Økonomi • Lovgivning • Andet	Der skal udvikles nye intromoduler samt et modul til vedligeholdelsestræning. Det er afgørende at underviserne selv har bestridt funktionen eller bestrider funktionen nu.
Kan anbefalingen implementeres på kort sigt (inden for 2 år) eller på lang sigt (over 2 år)?	Kort sigt.
Hvordan arbejder vi videre med forslaget? (Skal der fx arbejdes videre med det i stabene, afholdes event eller nedsættes en arbejdsgruppe? Skal der inddrages eksterne, osv?)	Der nedsættes en lægefaglig arbejdsgruppe. HR afdækker kompetencebehov fx gennem interviews af cheflæger, bagvagter, forvagter og SIF vagter.

21. Psykopatologi

Anbefaling:	Grundlæggende introduktion til psykopatologi
Indhold af anbefaling	Det anbefales at alle nye medarbejdere får én dags undervisning i grundlæggende psykopatologi, så de bliver bekendt med klassiske beskrivelser og karakteristika af sindslidelsernes årsager og symptomer. Undervisningen kan eventuelt indgå på kurset "Godt på vej i psykiatrien, trin 1", der på nuværende tidspunkt er obligatorisk for sygeplejersker, men er åbent for pædagoger, socialrådgiver, ergo- og fysioterapeuter. Kurset er i

	proces for dels at blive godkendt som obligatorisk for andre faggrupper, dels for at blive godkendt til også at omfatte social- og sundhedsassistenter. Ved at kombinere introduktion til psykopatologi med kurset sikrer man, at man når alt plejepersonale. Læger og psykologer modtager undervisning i psykopatologi af anden vej.
Hvad er problemet?	At flere nye medarbejdere er nyuddannede, eller ikke har viden og erfaring om de grundlæggende sindslidelser og tilhørende symptomer udover det de introduceres til på afsnittet.
Hvad gør vi på området i dag?	Der udbydes uddannelse og undervisning i psykopatologi for erfarne læger, psykologer og sygeplejersker.
Hvordan forventes anbefalingen at styrke sikkerheden og trygheden i Region Hovedstadens Psykiatri?	Forventningen er at viden om grundlæggende psykopatologi vil give nye medarbejdere en bedre forståelse af patienterne, hvilket også vil skabe færre konflikter.
Hvor i psykiatrien?	Alle de psykiatriske centre.
Hvad kræves der for at anbefalingen kan realiseres? • Organisering • Økonomi • Lovgivning • Andet	Organisering: Undervisningen skal tilbydes alle nye medarbejdere og vil være forankret i HR. Økonomi: Der vil være omkostninger ved at udbyde et nyt kursus/en ekstra dags undervisning på et eksisterende kursus.
Kan anbefalingen implementeres på kort sigt (inden for 2 år) eller på lang sigt (over 2 år)?	Anbefalingen kan implementeres på kort sigt.
Hvordan arbejder vi videre med forslaget? (Skal der fx arbejdes videre med det i stabene, afholdes event eller nedsættes en arbejdsgruppe? Skal der inddrages eksterne, osv?)	Hvis der er økonomi til et nyt kursus/ekstra dags undervisning på et eksisterende kursus vil HR planlægge undervisningen og sørge for at udbyde det i Kursusportalen. Anbefalingen skal ses i sammenhæng med de øvrige initiativer på området, og skal koordineres med disse.
Ansvarlige på hospitalsniveau	HR.
Ansvarlige på centerniveau	Ikke afklaret.

22. Sikkerhedsspørgsmål trivselsmålinger

Anbefaling:	Spørgsmål om sikkerhed i de løbende trivselsmålinger
Indhold af anbefaling	Det foreslås, at et af de 6 spørgsmål i den løbende trivselsmåling har fokus på medarbejdernes oplevelse af tryghed og sikkerhed fx "I hvilken grad føler du dig tryk, når du er på arbejde?"
Hvad er problemet?	Det er uklart om de eksisterende vejledninger vedrørende sikkerhed, reelt er blevet implementeret på afsnitsniveau. Der er ingen opfølgning på implementeringsgraden eller på om de virker efter hensigten.
Hvad gør vi på området i dag?	I dag er der ingen monitorering af om afsnitsledelserne arbejder kontinuerligt med sikring og vedligeholdelse af sikkerhed, som forudsat i Region Hovedstadens Psykiatri vejledninger. Der er heller ikke monitorering af om medarbejderne oplever tryghed og sikkerhed i dagligdagen. Den monitorering, der måske kan indikere manglende implementering (fx personaleflow og arbejdsskader) er for uspecifik i forhold til dette.
Hvordan forventes anbefalingen at styrke sikkerheden og trygheden i Region Hovedstadens Psykiatri?	Formålet med spørgsmålet i trivselsmålingen er at sætte sikkerhed på dagsordenen i hele hospitalet og at sikre, at det er noget, der drøftes og tages alvorligt i de enkelte afsnit. En lav score i forhold til sikkerhed vil være en indikator på, at der kan være noget, der skal arbejdes mere med. På den længere bane handler arbejdet med at sikre sikkerhed og tryghed i de enkelte enheder også om at bevare medarbejdernes tilknytning til deres arbejdsplads, hvilket også bidrager til sikkerheden.
Hvor i psykiatrien?	Det skal indgå i den fælles trivselsmåling og dermed omfatte alle afsnit.
Hvad kræves der for at anbefalingen kan realiseres? • Organisering • Økonomi • Lovgivning • Andet	Infrastrukturen er på plads, så det kræver blot, at der vælges et valideret spørgsmål. Der er ingen andre forhindringer.
Kan anbefalingen implementeres på kort sigt (inden for 2 år) eller på lang sigt (over 2 år)?	Anbefalingen kan være implementeret i løbet af første halvår af 2024.

Hvordan arbejder vi videre med forslaget? (Skal der fx arbejdes videre med det i stabene, afholdes event eller nedsættes en arbejdsgruppe? Skal der indtages eksterne, osv?)	Mulige spørgsmål drøftes i henholdsvis hospitalsledelsen og VMU. HR indarbejder det valgte spørgsmål i trivselsmålingen.
--	---

23. Samarbejde med andre

Anbefaling:	Samarbejde om beboere på socialpsykiatriske botilbud (kommunerne og Den Sociale Virksomhed)
Indhold af anbefaling	Fælles sikkerhedsinstruks på tværs af socialpsykiatriske botilbud og regionale botilbudsteams og hjælp fra Region Hovedstadens Psykiatri til professionalisering af den psyko-fysiske træning af botilbuddenes personale.
Hvad er problemet?	Siden 2012 er 6 medarbejdere blevet dræbt af beboere på socialpsykiatriske botilbud. Medarbejdere fra de regionale botilbudsteams har deres daglige gang på botilbuddene, og deltager hyppigt i situationer (fx at give depotmedicin), der kan udvikle sig i kritisk retning. Erfaringer fra Den Sociale Virksomhed, der driver 4 socialpsykiatriske tilbud i Region Hovedstaden, viser at der er brug for at styrke forebyggelsen af farlige situationer, blandt andet gennem systematisk risikovurdering, og for at sikre systematisk psyko-fysisk træning af medarbejderne, herunder vedligeholdelse af kompetencerne. Samme erfaring har Københavns Kommune gjort sig, og de har på den baggrund iværksat mange tiltag.
Hvad gør vi på området i dag?	Mange socialpsykiatriske botilbud arbejder med risikovurdering og træning af konflikthåndtering. Men der er ikke nogen fælles systematik eller opfølgning. Et igangværende projekt der styrker samarbejdet mellem personale fra to kommunale, et regionalt botilbud og tre regionale botilbudsteams om de enkelte patienter, skaber med brugen af patientoverblikstavler, hvor de enkelte borgere/patienters behandling drøftes på tværs af personalegrupper, et godt grundlag for på sigt at sikre bedre personalesikkerhed.
Hvordan forventes anbefalingen at styrke sikkerheden og trygheden i Region Hovedstadens Psykiatri?	En fælles sikkerhedsinstruks for Region Hovedstadens Psykiatri, Den Sociale Virksomhed og kommuner, som driver socialpsykiatriske botilbud, kan bidrage til fælles risikovurdering og dermed bidrage til at forebygge at praktiserende læger, medarbejdere i botilbudsteams og medarbejdere på botilbud kommer i farlige situationer. Samtidig kan systematisk træning af botilbudsmedarbejdere i konflikthåndtering og håndtering af farlige situationer bidrage til at deeskalere og/eller håndtere risikosituationer. Fælles tværsektorielle møder om patientoverblikstavler, som også bør

	rumme oplysninger om den enkelte borgers/patients risikovurdering, sikrer at relevant viden bringes i spil i forhold til at forebygge farlige situationer.
Hvor i psykiatrien?	Botilbudsteams som har deres daglige gang på socialpsykiatriske botilbud og herberger.
Hvad kræves der for at anbefalingen kan realiseres? • Organisering • Økonomi • Lovgivning • Andet	Arbejdet med tværsektorielle sikkerhedsinstrukser skal aftales mellem regional psykiatri og kommunale og regionale botilbud i regi af samordningsudvalg eller klynger. Aktuelt oplever Region Hovedstadens Psykiatri og de tre botilbud, der deltager i det igangværende projekt med møder om patientoverblikstavler på det enkelte botilbud, at der kun kan udveksles oplysninger om den enkelte borger, hvis vedkommende har givet tilsagn til at oplysninger må deles. Det kan gøre det vanskeligt at få en fælles forståelse af farlighed, ligesom det begrænser mulighederne for at sikre en koordineret behandling til gavn for borgere, der bor på botilbud. Det vurderes, at der er behov for at se på lovgivningen på dette område.
Kan anbefalingen implementeres på kort sigt (inden for 2 år) eller på lang sigt (over 2 år)?	Arbejdet med at implementere anbefalingen kan iværksættes her og nu. Fuld implementering må dog forventes at tage flere år.
Hvordan arbejder vi videre med forslaget? (Skal der fx arbejdes videre med det i stabene, afholdes event eller nedsættes en arbejdsgruppe? Skal der inddrages eksterne, osv?)	I første omgang arbejdes der på at udarbejde en fælles sikkerhedsinstruks mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Den Sociale Virksomhed og der arbejdes på at få risikovurderinger med på patientoverblikstavlerne. Efterfølgende drøftes en mulig fælles sikkerhedsinstruks med de kommuner som driver socialpsykiatriske botilbud – fx gennem de forskellige tværsektorielle samarbejdsfora. Det overvejes om de juridiske problemer med hensyn til frit at kunne udveksle behandlingsvigtige oplysninger mellem kommuner og region udgør så stort et problem, at det skal meldes ind til Sundhedsministeriet.