

Region Hovedstadens Psykiatri
Psykiatrisk Center Sct. Hans
Afdeling M

Fjordhus

Integrerede specialafsnit for
psykose- og misbrugsbehandling

REGION



Psykiatrisk Center Sct. Hans, afd. M

Fjordhus

Integrerede specialafsnit for psykose- og misbrugsbehandling

2008

Region Hovedstadens Psykiatri

Psykiatrisk Center Sct. Hans

Boserupvej 2

4000 Roskilde

Telefon: 46 33 46 33

E-mail: sct.hans.hospital@shh.regionh.dk

www.psykiatri-scthans.dk

ISBN 978-87-89726-04-5

Denne udgave fra Psykiatrisk Center Sct. Hans, afd. M, Fjordhus 2008, er udfærdiget på grundlag af ”Rapport Sct. Hans Hospital, Fjordhus 2003”. Implementeringen af kognitiv miljøterapi i Fjordhus startede 1. april 2003.

Behandlingen af dobbelt diagnose patienter er fra 2004 til 2006 blevet evalueret med økonomisk støtte fra Sundhedsministeriet.

Se rapporten til Sundhedsministeriet:

”Evalueret af kognitiv miljøterapi af dobbeltdiagnose patienter”, rapport feb. 2007. (ISBN 978-87-89726-05-2)

Indholdsfortegnelse

1	Afdeling M, Psykiatrisk Center Sct. Hans	4
1.1	Afdeling M's vision for behandling og pleje.....	4
2	Fjordhusets målsætning	5
3	Overordnede principper i Fjordhus	5
4	Integrerede afsnit.....	6
4.1	Specialambulatoriet, Psykiatrisk center Sct. Hans, afd. M:.....	6
5	Den fælles behandlings- og plejemæssige forståelsesramme.....	6
6	Miljøterapi	7
6.1	Adfærdsterapi i kognitiv miljøterapi.....	8
6.2	Generelle principper i kognitiv miljøterapi.....	8
7	Patientforløb	9
7.1	Det faseopdelte forløb	9
8	Faserne	10
8.1	Henvendelsesfasen	10
8.2	Visitationsfasen	10
8.3	Udredningsfasen	11
8.4	Behandlings- og plejefasen	12
8.5	Udslusningsfasen/Udskrivningsfasen	13
9	Monofaglighed i den kognitive miljøterapi.....	13
10	Monofaglige arbejdsopgaver i den kognitive miljøterapi.....	14
11	Møder.....	15
11.1	Anden mødevirksomhed i forbindelse med behandlingen og plejen	15
12	Supervision	16
13	Faglig vejledning	16
14	Dokumentation	16
15	Forskning og evaluering.....	17
16	Kompetenceudvikling	17
17	Organisatoriske forhold	17
17.1	Strukturen.....	17
17.2	Tværfaglig personalenormering.....	20
18	Ledelse af afsnittet	21

1 Afdeling M, Psykiatrisk Center Sct. Hans

Afdeling M varetager specialfunktions behandling overfor **dobbeltdiagnosepatienter** (psykose og misbrug), **misbrug med ikke psykotiske psykiske lidelser**, der er primært eller sekundært til misbruget.

Specialambulatoriet i København indgår i dobbeltdiagnosebehandlingen med dagtilbud og OP-team.

Centret for Kognitiv Terapi, varetager kompetencegivende uddannelse i kognitiv terapi og har i forbindelse hermed et ambulante tilbud til angst og stressrelaterede tilstande. **Genoptræning efter hjerneskade med psykiske lidelser** er pr 1. november 2008 flyttet til Psykiatrisk Center Glostrup.

Dobbeltdiagnosebehandlingen foregår i integrerede afsnit, hvor alle behandlings- og plejetilbud er til stede under hele behandlingsforløbet, der tidsmæssigt er aftalt på forhånd. Til dobbeltdiagnosebehandlingen er knyttet *Specialambulatoriet*, der har et OP-team og et dagtilbud til dobbeltdiagnose patienterne, der har behov for et længerevarende kontinuerligt behandlingsforløb efter udskrivningsfasen. Substitutionsbehandling med metadon og subutex indgår i behandlingen af misbruget.

Ved *Misbrug med psykiske lidelser* skal der være tale om et afhængighedssyndrom, hvor misbruget enten er primært eller sekundært til den psykiske lidelse. Behandlingstilbuddet etableres efter forsamtale og er efter aftale tidsbegrænset til 3 til 6 måneder.

Centret for Kognitiv Terapi har et begrænset ambulante behandlingstilbud til nervøse og stress-relaterede tilstande. Herudover varetager centret supervision af den kognitive miljøterapi.

I afdeling M er der

1 års uddannelsesstilbud i kognitiv terapi til alle faggrupper såvel internt som eksternt.

1 års uddannelsesstilbud i kognitiv terapi for læger og psykologer.

Specialist uddannelse (2-årig) i kognitiv terapi til læger og psykologer.

2-årig uddannelse til specialist i kognitiv miljøterapi til mellemlange uddannelser.

Der foregår klinisk forskning af afdeling M's specialtilbud.

1.1 Afdeling M's vision for behandling og pleje

Med udgangspunkt i patientens psykiske lidelse og i et ligeværdigt samarbejde mellem patient og personale tilbydes en aktiv, struktureret, problemorienteret, psykoedukationel og dynamisk behandling og pleje. Den

medikamentelle og terapeutiske behandling skal være kvalitetssikret. Hele afdelingens behandlingsfilosofi er kognitiv miljøterapi. Der er aftalte behandlingsmål og behandlingsforløb med den enkelte patient.

Specialtilbuddet til patienter med dobbeltdiagnose (psykose og misbrug) er placeret i *Fjordhus*.

2 Fjordhusets målsætning

Fjordhusets overordnede formål er kontinuitet i patientforløbet. Dette skal sikre

- at hele patientforløbet hænger sammen; at kontinuiteten og koordinationen er til stede.
- at patienten oplever forløbet tilfredsstillende; dvs., at information og kommunikation skriftligt som mundtligt mellem patient og personale tager udgangspunkt i patientens behov og ressourcer, og at der udvises respekt for patientens integritet.
- at forløbet gennemføres uden væsentlige forsinkelser og ventetid, dvs., at koordination af de forskellige tiltag er maksimal.
- den bedste sundhedsfaglige indsats og rimelig ensartethed i klinisk praksis i Fjordhusets 3 afsnit koordineret med afdeling M's øvrige specialafsnits indsats og Specialambulatoriet ØH.
- vidensbaseret, sundhedsfaglig indsats.
- effektiv ressourceudnyttelse.

3 Overordnede principper i Fjordhus

De overordnede principper i Fjordhus er følgende:

- Så kortvarige og effektive indlæggelser som muligt; dvs., at det samlede patientforløb for den enkelte patient er opdelt i forskellige faser (udredningsfasen, behandlingsfasen, udslusningsfasen/udskrivningsfasen og en evt. ambulant behandling). Der skal være en sammenhæng i faggruppernes indsats, som sikrer en hurtig og kvalificeret udredning, behandling og udskrivelse samt ambulant behandling.
- Patienten flyttes kun fra afsnittet i Fjordhus til anden specialfunktion i afdeling M eller til Sct. Hans' øvrige afdelinger som led i en behandlings- og udskrivningsplan for den enkelte patient.
- Opgaverne løses tværfagligt ud fra klare definerede kompetencer, mål og procedurer.
- Personalets mobilitet og fleksibilitet fremmes på den måde, at det er patienternes funktionsniveau, der er styrende for den aktuelle personalefordeling.

- Lukket afsnits funktion, som er et intensivt afsnit for behandling og pleje, skal, når der er behov herfor, udføres i hele afsnittet uden flytning af patienten.
- Åbent afsnits funktion, som specialafsnit for behandling og pleje, skal udføres i hele afsnittet uden flytning af patienten.
- Anvendelse af tvang reduceres i størst mulig omfang med en intensiv kognitiv miljøterapeutisk indsats.
- Områderne indrettes med enkeltværelser, og enhedernes fysiske rammer indrettes, så der skabes nærhed og distance i miljøet.
- Der samarbejdes med patienter og pårørende med udgangspunkt i centrets værdigrundlag.

4 Integreerede afsnit

I Fjordhus skal hvert afsnit varetage specialbehandlingen af den enkelte patients psykiske lidelse i alle behandlingsfaser.

Fjordhus har 3 afsnit på hver 26 enestuer. Hvert afsnit varetager specialfunktion i behandlingen af patienter visiteret til afd. M, Psykiatrisk Center Sct. Hans.

4.1 Specialambulatoriet, Psykiatrisk Center Sct. Hans, afd. M:

Er behandlingsmæssigt integreret i Fjordhusets afsnit med et OP-team og et dagtilbud til patienter med psykose og misbrug. Tilbuddet er ud over medicinsk behandling individuel kognitiv miljøterapi. I dobbeltdiagnose behandlingen indgår socialpsykiatrisk behandling. Der er her aftalt et tæt samarbejde med København og Frederiksberg kommunes misbrugscentre. Der er lagt stor vægt på den psykosociale rehabilitering i tæt samarbejde med Københavns kommunes misbrugscentre og distriktpsychiatrien. Der afholdes visitationsmøder i et fælles visitationsteam vedr. psykisk syge med misbrugsproblemer.

5 Den fælles behandlings- og plejemæssige forståelsesramme

Formålet med at etablere en fælles forståelsesramme er at sikre kontinuiteten i det kvalitative, indholdsmæssige, behandlings- og plejemæssige tiltag i hele det psykiatriske patientforløb i Fjordhuset. Psykiatrisk behandling og pleje kan forekomme kompleks, fordi den omfatter både biologiske, psykologiske og sociale elementer. Hver faggruppe skal bidrage med den behandlings- og plejemetode, den er uddannet til at tage sig af. Det skal ske i fællesskab, så man ikke kun løser den ene side af problemerne, som ens

ekspertise tilsiger – ellers kan forløbet ikke blive oplevet som sammenhængende af den, der modtager det (Sundhedsstyrelsen 1995).

Den grundlæggende opfattelse af psykiatrisk sygdom hviler ikke alene på en biologisk, psykologisk eller social forståelsesramme, men på et samspil mellem de 3 tilgange.

Det betyder, at der i behandlingen og plejen af patienten skal tages bevidst stilling til såvel den biologiske, den psykologiske som den sociale indsats, og at der i behandlingen og plejen også skal tages bevidst stilling til, hvordan samspillet mellem de 3 tilgange skal foregå.

Miljøet i afsnittene i Fjordhus lægges an på at give patienten muligheder for at finde alternativer til uhensigtsmæssige reaktionsmønstre og udvikle nye færdigheder.

Fremgangsmåden er kognitiv miljøterapi, som er en aktiv, struktureret, problemorienteret, psykoedukationel og dynamisk metode.

Formålet med patientens indlæggelse er udover den medikamentelle behandling også psykologiske behandlingsstrategier, hvor patienterne trænes i målrettet social adfærd. De kognitive strategier fokuserer på patientens tanker, handlinger og følelser, og de hjælper patienten til gennem omstrukturering og refleksion at vælge mere hensigtsmæssige alternativer for at mestre vanskelige situationer og deres medikamentelle behandling. Samtidig skal der foregå psykoedukation af patienter og pårørende, hvor personalet deler deres viden i en personlig form, således at patienten kan lære at forholde sig til sine symptomer og de vanskelige situationer, der opstår i forbindelse hermed (Jørn Lykke, Kognitiv Miljøterapi. Red. Oestrich & Holm, 2006).

6 Miljøterapi

Ved miljøterapi forstås, at den målrettede og planlagte behandling og pleje tager sit udgangspunkt i interaktionen mellem person og miljø under indlæggelse.

Miljøet forstås her bredt som:

- de fysiske rammer, dvs. rum og indretning
- strukturering og indhold af afdelingens dagprogram
- beskæftigelse og aktiviteter samt
- medpatienter og personalet og dermed det psykiske miljø i afsnittet

Den kognitive miljøterapi gør brug af adfærdsterapeutiske og kognitive metoder

6.1 Adfærdsterapi i kognitiv miljøterapi

Adfærdsterapeutiske metoder retter sig primært imod at ændre patientens adfærd. Det kan dreje sig om strukturering af dagligdagen via aktivitetsprogrammer eller om træning af sociale og kommunikative færdigheder, hvor hensigtsmæssig adfærd fremmes. Det kan dreje sig om angstreducerende teknikker, hvor patienten i stigende omfang eksponeres for angstprovokerende situationer og samtidig udfører en adfærd, der dæmper angsten

(Jørn Lykke, Kognitiv Miljøterapi. Red. Oestrich & Holm, 2006).

6.2 Generelle principper i kognitiv miljøterapi

For det kognitive miljø gælder følgende generelle principper:

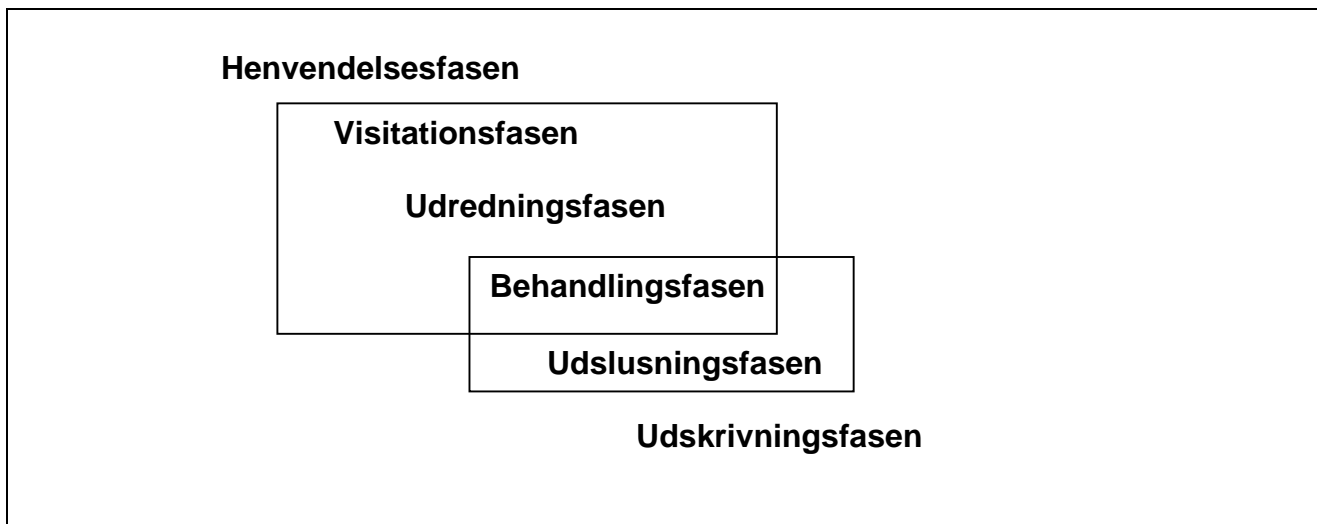
- Behandlingsmiljøet er planlagt og designet klart efter de kognitive principper. Der foretages kognitiv intervention i miljøet. Det skal på forhånd være givet, hvem der foretager interventionen i forhold til den enkelte patient.
- Den kognitive behandlingsfilosofi skal være accepteret af hele det tværfaglige team.
- Tværfaglige teams benyttes i behandlingen.
- Kognitiv gruppebehandling benyttes som supplement til individuel kognitiv terapi.
- Psykoedukationelle programmer etableres for at socialisere patienten og de pårørende til den kognitive model. Der skal fra starten være fokus på forstærkning og vedligeholdelse af ønskede reaktioner.
- Pårørende skal være involveret i behandlingen, hvor det er muligt.
- Ændringer af behandlingstilbudet til delvis hospitalisering eller ambulant behandling skal begynde tidligt under indlæggelsen.
- Træning og fortsat uddannelse i kognitiv terapi af hele det tværfaglige personale skal være etableret.

(Wright et al, 1993 i: Jørn Lykke, Kognitiv miljøterapi. Red. Oestrich & Holm, 2006)

7 Patientforløb

7.1 Det faseopdelte forløb

For den enkelte patient vil det samlede behandlingsforløb være opdelt i forskellige faser



Figur 1: Det faseopdelte forløb

Af modellen fremgår det, at der er overlapning mellem flere af faserne. Det betyder, at patienten kan være samtidigt i flere faser. Mens patienten er i visitationsfasen, kan der samtidig foregå en udredning og være iværksat behandling og pleje. På samme måde kan der også foregå behandling samtidig med, at patienten er ved at udsluses.

Derimod skal udredningen principielt være afsluttet, inden man begynder på udslusningen.

I behandlings- og plejeforløbet vil patienten kunne opleve at ”gå baglæns” i forløbet, fordi observationer kan give anledning til en revurdering, eller at det er nødvendigt at stille udslusningen i bero, fordi det viser sig, at der er behov for yderligere udredning.

Det modsatte kan også gøre sig gældende.

8 Faserne

8.1 Henvendelsesfasen

Definition

Herved forstås den fase, hvor den praktiserende læge, distriktspsykiatrien, psykiatrisk afdeling og politiet/domstolene henviser en patient til behandling på Psykiatrisk Center Sct. Hans. Patienter, der direkte henvender sig på Psykiatrisk Center Sct. Hans med eller uden henvisning fra læge og uden aftale, betegnes som akutte henvendelser.

Sted

Henvendelse med henvisning sker til Psykiatrisk Center Sct. Hans, afd. M's visitation, og foregår ved fax, pr. brev, pr. mail eller telefonisk. Akut henvendelse foregår til afdelings visitation eller afdelingens vagthavende.

Henvisninger indenfor det psykiatriske system i Region Hovedstadens Psykiatri af de patienter, der allerede er i behandling, betragtes som overflytninger til specialbehandling og pleje i det psykiatriske system i Region Hovedstadens Psykiatri på Psykiatrisk Center Sct. Hans, afd. M.

Indhold

Henvisninger, akutte henvendelser og overflytninger inden for det psykiatriske system i Region Hovedstadens Psykiatri angiver vurdering af patienternes psykiske problemer og behandlings- og plejebehov. I forbindelse med henvisninger og henvendelser til Psykiatrisk Center Sct. Hans, visitationen, gælder loven om frit sygehusvalg.

8.2 Visitationsfasen

Definition

Visitationsfasen er den tid, der går fra henvisningen er modtaget i afdeling M's visitation på Psykiatrisk Center Sct. Hans, og indtil patienten er indlagt, eller hvor henvisningen er videregivet til et andet behandlingstilbud. På grundlag af oplysninger fra henvisningen om patientens psykiske og somatiske tilstand foretages en placering af ansvaret i visitationsfasen hos det afsnit, der skal modtage patienten eller videregive henvisningen til andet behandlingstilbud. I visitationsfasen kan det være nødvendigt med henblik på afklaring af patientens psykiske tilstand at indkalde patienten til en forvisitation.

Forvisitation har som primær opgave at foretage en somatisk og psykiatrisk samt social udredning og træffe beslutning om placering af patienten i det mest hensigtsmæssige behandlingsforløb eller henvise patienten til andet behandlingstilbud.

Sted

Visitation og forvisitation finder sted i:

- Visitation foregår i afdelingens visitation og ved afsnittenes overlæger.
- Forvisitation finder sted ambulantly på afdelingens afsnit eller i Specialambulatoriet..

Indhold

Det, der ligger til grund for visitationen, er en systematisk indsamling af informationer i form af:

- Ekstern information fra pårørende, egen læge, distriktspsykiatrien mv.
- Information fra tidligere indlæggelser, erklæringer, retslig kendelse og evt. dom.
- Psykiatrisk vurdering ved forvisitation.

Visitationsfasen afsluttes med indkaldelse til indlæggelse et af afdelingens afsnit eller aftale om behandling i OP-team eller dagtilbud i Specialambulatoriet for dobbeltdiagnosticerede.

8.3 Udredningsfasen

Definition

Etableres ved behandlingens start. Der skal *sammen* med patienten foretages en vurdering, bedømmelse og måling af den psykiske tilstand (**assessment**). Det samlede resultat for udredningsfasen danner grundlag for etableringen af en **basislinie**, der er nødvendig for den senere bedømmelse af, hvorvidt der er sket fremgang i behandlingen.

Udredningsfasen afsluttes med en med patienten aftalt behandlingsplan, der skal indeholde problemformulering og siden en case formulering, mål for behandlingen og plejen samt behandlingstid.

Sted

Udredningsfasen foregår enten i forbindelse med en døgnindlæggelse eller ved ambulantly behandling.

Indhold

I kognitiv miljøterapi:

- Psykiatrisk og somatisk vurdering og diagnosticering
- Bedømmelse af omsorgs- og plejebehov
På grundlag heraf foretages en udfærdigelse af den primære behandlingsplan og plejeplan
- ADL-vurdering
- Kognitiv assessment ved benyttelse af kognitive adfærds terapeutiske skemaer, observation af patientens motivation og mulighed for at samarbejde, BDI, sociale færdigheder, selvværd, drug check skema, patientens mål for behandling, problemliste.
På grundlag af ovenstående punkter udfærdiges en **kognitiv problemformulering**.

Alle ovenstående punkter indgår i den samlede behandlingsplan.¹

8.4 Behandlings- og plejefasen

Definition

Med udgangspunkt i den aftalte behandlingsplan og indsamlede informationer finder patienten alternativer til uhensigtsmæssige reaktioner og udvikler nye færdigheder. Patienten støttes aktivt i denne fase af et behandlerteam samt evt. af nødvendig medicin. Der foretages om nødvendigt somatisk behandling.

Der foretages efter aftale med patienten ændringer i behandlingsplanen.

Sted

Psykiatrisk Center Sct. Hans eller Specialambulatoriet for dobbeltdiagnosticerede patienter.

Indhold

- Psykoedukation såvel i gruppe som individuelt i træningssituationen og i den individuelle kognitive terapi.
- Kognitiv observation og træning i selve miljøet: dag- og ugeprogram i afsnittet som understøtter den kognitive omstrukturering, hvor målet er at normalisere patientens symptomer og psykiske

¹ Behandlingsplan: 1. samtykke. 2. diagnose og resumé, indeholde kognitiv problemformulering. 3. undersøgelsesplan. 4. behandlingsmål, patientens. 5. behandling (a. psykoterapeutisk, b. miljøterapeutisk, c. socialt). 6. pt's holdning til planen. 7. vurdering af tidsforløb sammen med patienten. 8. genvurderingstidspunkt. (udleveres til patienten).

forstyrrelser, herunder aktiviteter i gruppe eller individuelt, afspænding og socialgrupper samt mestre misbrugssituationer for at undgå misbrug.

- Kognitiv terapi i grupper med specifikke problemområder.
- Individuel kognitiv terapi.
- Kognitiv miljøterapi i kontaktpersonfunktionen.
- Kognitiv intervention i relevante situationer.

8.5 Udslusningsfasen/Udskrivningsfasen

Definition

Overførsel af de forbedrede copingfærdigheder² fra behandlingsfasen primært til patientens daglige aktiviteter i det kognitive behandlingsmiljø og siden til patientens eget miljø uden for hospitalet. Der handles efter en kognitiv udskrivningsplan³.

Sted

I det kognitive miljøterapeutiske afsnit. I patientens eget miljø.

Indhold

Agerer med selvobservation. Individuel deltagerstyrede aktiviteter. Fokus på tilbagefaldssituationer. I afsnittets kognitive miljøterapi er der forsat et dag/ugeprogram, hvor ADL-træningen udbygges med opgaver i patientens eget miljø. Under hele fasen skal der forsat foregå kognitiv miljøterapi.

Udslusnings/udskrivningsfasen afsluttes i forbindelse med udskrivningen.

9 Monofaglighed i den kognitive miljøterapi

Fælles behandlings filosofi: kognitiv adfærdsterapi
--

² Coping: Magte, klare, hamle op med

³ Kognitiv udskrivningsplan:

1. Diagnose ved indlæggelsen, kort resume af behandlingsforløbet.
2. Plan for behandling.
3. Socialt: civilstand, uddannelse, forsørgelsesgrundlag, bolig, netværk, interesse, religion.
4. Mål ved udskrivelsen (teamets vurdering).
5. Mål ved udskrivelsen (patientens egne).

Aftalte mål for udskrivelsen (udleveres til patienten).

I behandlingen af den psykiatriske patient indgår en række forskellige faggrupper, som alle yder en fagspecifik kerneydelse. Det betyder ikke, at faggrupperne arbejder parallelt med patientbehandling og pleje, men at man bringer faggruppernes forskellige observationer sammen og diskuterer dem ved f.eks. tværfaglige møder og konferencer. På den måde opnås mere end blot summen af de forskellige faggruppers viden om patienten, idet man udvikler ny viden og derved forbedret grundlag for en behandlings- og plejestrategi.

- Alle faggrupper skal bidrage med observationer, viden og faglig ekspertise til belysning af patientens situation, problemer og muligheder.
- Den tværfaglige behandlingsfilosofi skal videreudvikles og blive synlig i den kognitive miljøterapi. Udredning, behandling og pleje koordineres ved konferencer og møder. Nødvendige beslutninger træffes løbende (under skyldig hensyntagen til det tværfaglige samarbejde) og bringes efterfølgende op på konference.

10 Monofaglige arbejdsopgaver i den kognitive miljøterapi

For at kunne leve op til de indholdsbeskrivelser der er i faserne, er der en række opgaver, der skal løses af faggrupper i de tværfaglige **teams**.

Det er derfor beskrevet, hvad de monofaglige faggrupper skal bidrage med i forbindelse med visitering, udredning, behandling, pleje, udslusning og udskrivelse i den kognitive miljøterapi af en given patient.

De monofaglige gruppers kerneydelser beskrives i bilag 8 for:

1. Ergoterapeuter
2. Fysioterapeuter
3. Læger
4. Psykolog
5. Socialrådgiver
6. Plejepersonalet

11 Møder

Den tværfaglige teamkonference er kernen i koordinationen af behandlings- og plejeindsatsen. Her foretages *problemformuleringen eller siden caseformuleringen*, og der besluttet sammen med patienten en behandlingsplan og behandlingstid på grundlag af *problemformuleringen* eller *caseformuleringen* samt patientens egne mål. Det aftales, hvem der udfører hvilke opgaver, og hvem der har kompetencen og ansvaret for disse. Imellem de tværfaglige teamkonferencer skal hele teamet være opmærksom på, at:

- det er af stor betydning, at der i tilfælde, hvor der afviges fra konferencebeslutningen, tages udtalt hensyn til det arbejde, som andre faggrupper er i gang med.
- det flerfaglige samarbejde er en integreret helhed, hvor samarbejdet indeholder forsøg på at binde forskellig fagspecifik viden og metode sammen i en fælles behandlingsfilosofi.
- det er den enkelte fagpersons ansvar at orientere om sin indsats, observationer og relationer med patienten. Formålet er at give patienten en så optimal behandling og pleje som muligt og sikre en så optimal ressourceudnyttelse som muligt.
- det er den enkelte fagpersons ansvar at inddrage oplysningerne i dennes kontakt med patienten samt i behandling og pleje af patienten. et er teamets ansvar at sikre, at informationerne benyttes i f.eks. behandlingsplan og den kognitive miljøterapeutiske indsats.

11.1 Anden mødevirksomhed i forbindelse med behandlingen og plejen

- *Rapport*
For at sikre at relevante ”her og nu” informationer videregives til næste vagthold, således at informationerne kan medinddrages i planlægningen af vagten.
- *Tværfaglig teammøder*
Planlægningsmøder for teamet for at sikre, at opgaver udføres i en relevant og overskuelig sammenhæng indenfor den enkeltes kompetence.
- *Personalemøder*
For at sikre, at personalet får informationer af forskellig art. At afsnittets struktur og aktiviteter drøftes med henblik på at optimere arbejdsmiljøet og afsnittets miljøterapi.
- *Dagligt morgenmøde mellem afdelingssygeplejersken og de assisterende afdelingssygeplejersker.*

Disse for at sikre, at afdelingssygeplejerskerne får en kort briefing om situationen i afsnittet, og hvor særlige problemstillinger drøftes.

12 Supervision

Supervision er en intensiv interpersonel proces, hvor to eller flere personer, der har en fælles, faglig opgave sigter mod at uddybe forståelsen af den kognitive begrebsdannelse og bruge den kognitive model til både analyse og træning af terapeutiske metoder.

Supervision er en læreproces, et led i teamets faglige uddannelse, og bliver derved både en faglig og personlig udviklingsproces.

13 Faglig vejledning

Faglig vejledning eller fagspecifik supervision skal foregå kontinuerligt.

Målet er at styrke og udvikle den fagspecifikke viden (kernevidelsen) for derigennem at sikre kvaliteten i den tværfaglige miljøterapi.

14 Dokumentation

Den skriftlige formidling har til formål at sikre højt informationsniveau samt sikre dokumentationen af de ydede ydelser.

Derudover skal den skriftlige formidling være med til at sikre, at patienten oplever sammenhæng og ensartethed i de informationer, som han/hun får og sammenhæng i de forskellige behandlings- og plejetiltag.

Afdelingen har indført en fælles EPJ, hvor der samles alle observationer, vurderinger og udredninger og derved giver fagpersonerne lettere adgang til at skabe overblik over patientens situation.

15 Forskning og evaluering

Indførelsen af kognitiv miljøterapi i Fjordhus er nye måder at organisere behandlingen og plejen af dobbeltdiagnosepatienter.

For at vurdere om afdeling M gennemfører det, de planlægger at gøre i forbindelse med implementeringen af kognitiv miljøterapi og etableringen af Fjordhus og for at vurdere, om det giver bedre patientforløb, gennemføres løbende en klinisk forskning af projektet med Fjordhus.

Forskningen sker primært ved intern finansiering. Herudover søges der om ekstern finansiering.

16 Kompetenceudvikling

Der pågår og har igennem flere år været uddannelse af lægerne, plejepersonale og det øvrige tværfaglige personale i anvendelse af kognitiv miljøterapi med forskellig kompetence i terapien. Uddannelsen foregår i Centret for Kognitiv Terapi, afdeling M. Der skal til stadighed være et højt kvalificeret uddannelsesstilbud i afdeling M for at sikre den kognitive miljøterapeutiske indsats og kompetenceudvikling.

17 Organisatoriske forhold

17.1 Strukturen

Patienterne har alle enestuer. Patientstuerne ligger i 3 fløje med plads til 7 patienter i hver af sidefløjene og til 12 patienter i midterfløjen. Der er mulighed for at lukke/låse i mindre afgrænsede områder således, at patienter kan modtage *intensiv miljøterapeutisk behandling og pleje*. Det betyder, at ikke planlagte flytninger kan undgås.

Centralt for organisering af arbejdet i miljøet er:

- Observation af patientens reaktioner og adfærd
- Strukturering af patientens dagligdag
- Omstrukturering af dysfunktionel tænkning og ændring af uhensigtsmæssig adfærd
- Forebyggelse af tilbagefald

- Opbygning af bedre færdigheder og copingstrategier
- Psykoedukation

Plejepersonalet er ansat i de enkelte afsnit. Det tværfaglige personale er ansat i hele afdeling M, men har funktion i afsnittet. Organisering af arbejdet hviler på forudsætningen om personalets fleksibilitet, forstået på den måde at det tværfaglige personale er til stede i afsnittet og dermed er en del af miljøet.

Kun afdelingssygeplejersken og den ansvarlige speciallæge har særlige kontorforhold. De to store kontorer i områderne indeholder fleksible arbejdspladser for alle faggrupper.

Aktivitets- og behandlingsrummene er funktionsbestemte og ikke personbestemte.

Medarbejderne i de enkelte afsnit er organiseret i 2 teams. Hvert team har ansvaret for gennemsnitlig 13 patienter. Antallet kan veksle afhængigt af behandlings- og plejetyngden.

Det enkelte team skal tage sig af patienten i alle faser af indlæggelsesforløbet. Det betyder, at teamet kan have patienter, hvis psykiske tilstand kan diktere intervention og evt. må behandles med tvang. Kun patienter, der er i særlig risiko og har brug for sikrede vinduer flyttes til vest-fløjen.

Indenfor teamet tildeles patienten en personlig læge, en plejeforløbsansvarlig sygeplejerske og en kontaktperson. Patienten tildeles en kontaktperson både dag og aften.

Alle patienter er tilknyttet et team, men deltager på tværs af de 2 teams i de miljøterapeutiske aktiviteter, psykoedukation og i de behandlingsgrupper, der tilbydes i afsnittet.

Personalet deltager også på tværs af de 2 teams i de miljøterapeutiske aktiviteter i ugeprogrammet, såsom morgenmøde, terapi i grupper, løbetræning og afspænding, kreative aktiviteter etc.

Teamet har ansvar for den enkelte patients behandling og pleje, herunder planlægning af de miljøterapeutiske aktiviteter, samtaler og kontakt til eksterne samarbejdspartnere.

Teamet holder møde 1 gang ugentligt, hvor så mange som muligt af teammedlemmerne er til stede. Til daglig planlægges og varetages teamopgaverne af de tilstedeværende teammedlemmer.

Det er hensigten, at der altid, dag og aften, er personer til stede fra enkelte teams.

Området ledes af en afdelingssygeplejerske, der sammen med en overlæge/afdelingslæge er ansvarlig for behandling og pleje i området.

Hvert team har tilknyttet en assisterende afdelingssygeplejerske som sammen med speciallægen indgår i teamledelsen.

Herudover er der til hvert team tilknyttet:

- Sygeplejersker
- Plejere/social- og sundhedsassistenter
- En socialrådgiver
- En ergoterapeut
- En sekretær

Personalet er tilknyttet ét team, men kan bevæge sig fleksibelt mellem de 2 teams, hvis der samlet for afsnittet er behov for det enten på grund af opgaverne eller personalesituationen i afsnittet. Vurderingen af den daglige fordeling ligger hos afdelingssygeplejersken.

Ved det daglige fælles morgenmøde mødes afdelingssygeplejersken og de assisterende afdelingssygeplejersker til en briefing af situationen i afsnittet, speciel med fokus på personalesituationen. Herefter mødes områdets tværfaglige personale til en briefing af situationen i området. Afdelingssygeplejersken foretager herefter eventuelle nødvendige personalemæssige ændringer i forhold til dagens opgaver.

Det tværfaglige morgenmøde i de enkelte teams erstatter stuegang. Her foregår orientering, koordinering af dagen med patientsamtaler, møder mv. samt beslutninger vedrørende akutte problemer.

Rapport om væsentlige informationer mellem vagtskifte gives i de enkelte teams i dag- og aftenvagten. Medarbejderne i nattevagten orienteres om de væsentlige problemstillinger, der har betydning for deres arbejde i vagten. Øvrige informationer kan fås i EPJ.

Afdelingssygeplejersken og den ansvarlige overlæge har ansvaret for den faglige kvalitet i enheden som helhed.

Afdelingssygeplejersken har ansvaret for organisering og bemanningen af det tværfaglige personale, der er ansat i Fjordhus, i forhold til de opgaver som skal løses, ressourceanvendelsen og prioritering af opgaver.

Det er et grundlæggende princip, at personalet involveres i relevante beslutninger. Større beslutninger foretages, når personalet er på temadage eller personalemøder.

17.2 Tværfaglig personalenormering

Områdernes plejepersonale er normeret med:

- 1 afdelingssygeplejerske
- 2 assisterende afdelingssygeplejersker
- 1 udviklingssygeplejerske
- Sygeplejersker
- Plejer/social- og sundhedsassistenter

Til hvert af områderne (afsnittene) er der tilknyttet tværfagligt personale, der er normeret med:

- 1 overlæge
- 1 til 2 afdelingslæger el 1.reservelæger
- Ergoterapeuter
- Socialrådgivere

Områdernes øvrige personale er normeret med:

Sygeplejerskesekretærer

Der er til de enkelte teams tilknyttet en lægesekretær.

Områderne har følgende faggrupper tilknyttet:

3 psykologer.

Center for kognitiv terapi, afd. M.

Der samarbejdes med andre faggrupper uden for afdeling M, eksempelvis:

Fysioterapeuter

Erhvervsterapien

Ernæringsvejleder fra centrets køkken

18 Ledelse af afsnittet

Ledelse af afsnittet fordeler sig på faglig ledelse, personale- og administrativ ledelse:

- Den faglige ledelse varetages af afdelingssygeplejersken og afsnittets overlæge, der samarbejder om det faglige indhold og det koordinerende fællesskab mellem behandling og pleje. De faglige lederes kommunikation er såvel orienteret mod den faglige specialisering som den kommunikation, der til stadighed justerer denne i forhold til løsning af de fælles kognitive miljøterapeutiske opgaver.
- De administrative opgaver og ledelse af personalefunktioner, rekruttering, oplæring, arbejdstidsplanlægning, medarbejdersamtaler mv. for ansatte i afsnittet, varetages af afdelingssygeplejersken, der også varetager de administrative opgaver.
- Ledelse af personalefunktioner, oplæring, arbejdstidsplanlægning, medarbejdersamtaler mv. for personale, der har funktioner i et afsnit og er ansat i afdeling M, varetages af afsnittets overlæge evt. i samarbejde med faggruppens leder. De administrative opgaver for personale med funktion i et afsnit varetages af den ledende overlæge sammen med afdelingsledelsen.
- Litteraturliste
 1. Stephen Austin, Søren Bech, Lise Lotte La Cour, Jørn Lykke, Irene Oestrich (eds) & Lennart Holm (eds)
Kognitiv Miljøterapi. 2. reviderede udgave. 2006
 2. Irene Oestrich og Jørn Lykke
Kognitiv Miljøterapi, Manual til patienten 2006 2. reviderede udgave
Psykologisk Forlag
 3. Irene Oestrich og Jørn Lykke
Kognitiv Miljøterapi, Manual til personalet 2006. 2. reviderede udgave. Psykologisk Forlag