

Region Hovedstadens Psykiatri
Psykiatrisk Center Sct. Hans
Retspsykiatrisk afdeling R

Rapport om kognitiv adfærdsterapi og miljøterapi i Afdeling R





Denne rapport er afdeling R's plan for den videre udvikling af kognitiv adfærds- og miljøterapi i afdelingen.

Afdelingsledelsen ser med stor tilfredshed på de mange kognitive aktiviteter der er igangsat siden implementeringens start i 2006. Denne rapport, der er revideret december 2010, er en opdatering af tidligere implementeringsplaner (2007 og 2009). Selvom kognitiv adfærds- og miljøterapi må anses som at være en del af afdelingens drift er det forsat nødvendigt at signalere den fortsatte kognitive retning på afd. R.

Hensigten med at implementere kognitiv adfærds- og miljøterapi på afd. R er for at optimere og målrette behandlingen i forhold til vores målgruppe. kognitiv adfærds- og miljøterapi danner et fælles fundament for det tværfaglige samarbejde og lægger op til et samarbejde med patienten om deres oplevelse af problem.

I det videre kognitive arbejde målretter vi nu metoderne således at de supplerer den gængse behandling. Det betyder at behandlingstiltagen rettes mod misbrug, aggression, sociale færdigheder, og motivation m.v. Vi mener det er vigtigt at behandlingen adresseres både omkring den almindelige kendte psykiatriske behandling og pleje, men også mod patienternes prækriminelle adfærd, således at vi kan optimere behandlingen og dermed mindske recidiv i ny alvorlig personfarlig kriminalitet.

Det er også ønsket via implementering af kognitiv adfærdsterapi at kunne bedre behandlingsforløbene under indlæggelse og efter udskrivning. Det skulle således både gavne patienterne, gøre behandlingsforløbene mere positive og derved også være motiverende for det behandlende personale.

Implementering af kognitiv adfærdsterapi i afdeling R

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion.....	side 3
2. Baggrund.....	side 3
3. Organisation.....	side 8
4. Strategiudvikling.....	side 10
5. Midler.....	side 14
6. Praksisændringer.....	side 18
7. Målopfyldelse.....	side 20
8. Fremtid.....	side 24

1. Introduktion

I det følgende beskrives implementeringen af kognitiv adfærdsterapi i afdeling R.

I afsnit 2 redegøres kort for den teoretiske baggrund for udviklingen af kognitiv adfærdsterapi. I afsnit 3 redegøres for de organisatoriske forhold, herunder afdelingens virksomhedsgrundlag. I afsnit 4 beskrives strategiudviklingen, etablerede arbejdsgrupper og den overordnede vision og målsætning for implementeringen. Dette giver anledning til en kort redegørelse i afsnit 5 for de anvendte midler til opnåelse af målene – uddannelse, arbejdsgrupper etc., foruden organisatoriske ændringer. Dernæst følger i afsnit 6 en redegørelse for de konkrete tiltag i den kliniske praksis der er foretaget, foruden en oversigt over de konkrete kortsigtede mål der søges opfyldt. Afslutningsvis diskuteres i afsnit 7 en række udfordringer og overvejelser kort, og fokus for den videre implementering skitses i afsnit 8.

2. Baggrund

Udviklingen af kognitiv adfærdsterapi

Kognitiv adfærdsterapi er udviklet fra de tidlige 1960'ere af M.D. professor på University of Pennsylvania Aron Tim Beck, stærkt påvirket og inspireret af Dr. Albert Ellis (1913-2007) grundlægger af "The Institute for Rational-Emotive Therapy". Principperne for behandling blev oprindeligt udviklet til depressive og anxiøse tilstande, senere fulgte forstyrrelser i personligheden, adfærdsmæssige problemer, misbrug, vrede og bulimiske tilstande. Igennem de senere 10-15 år er udviklingen af kognitive adfærdsterapeutiske strategier tilegnet PTSD og psykotiske tilstande taget fart.

Den grundlæggende kognitive behandlingsmodel er baseret på den teoretiske antagelse, at en persons følelser og handlinger er bestemt af den måde, han strukturer sin omverden på via tænkning. I enhver situation er der en nær sammenhæng og interaktion imellem tænkning, følelsesliv og adfærd. Denne grundlæggende – og teoretisk meget enkle – model har ikke ændret sig igennem den kognitive adfærdsterapeutiske teoris udvikling. Der har dog udviklet sig en række forskellige grupperinger, der betoner de forskellige aspekter forskelligt. Der har baseret på grundmodellen udviklet sig en række specifikke modeller for speci-

fikke problemområder og tilstande hvor forskellige aspekter betones som væsentlige for ændring af tilstanden og dermed som central for behandlingsplanlægningen (jf. ovenstående). For eksempel betoning af adfærdsaspektet ved spiseforstyrrelser, fokus på aktiviteter og belastningsgrad ved depressioner, behovet for exposure ved angsttilstande etc.

Fælles for al kognitiv adfærdsterapi er, at der er tale om en behandling, der er:

- Struktureret og målrettet, tidsbegrænset og problemorienteret
- Baseret på objektiviseret dataindsamling
- Anvender fortsat evaluering af symptomer og problemer i forhold til de opstillede mål
- Baseret på at etablere et fælles samarbejde med fælles mål og ansvar
- Baseret på at lære patienten nye og bedre strategier til håndtering af vanskelige følelser og tanker
- Baseret på at træne og udvikle patientens eksisterende færdigheder og anvendelsen af disse i hverdagen

Kognitiv miljøterapi

I kognitiv miljøterapi planlægges behandlingsmiljøet aktivt og struktureret med henblik på træning og udvikling af nye færdigheder efter de kognitive principper. Ideelt set foregår behandlingen af den enkelte patient af hele det tværfaglige team efter den kognitive behandlingsfilosofi med anvendelse af interventioner både i miljøet, i individuel terapi og i forskellige gruppeaktiviteter. Væsentligt er, at den enkelte behandlingsplan bygger på en individuel kognitiv problemformulering, som er forstået og delt af hele det tværfaglige team, som således arbejder i samme retning og supplerer hinanden.

Et behandlingsforløb efter kognitive principper har en indledende assessmentfase, en aktiv behandlingsfase og en afsluttende fase med fokus på tilbagefaldsforebyggelse.

Faserne overlapper hinanden og en patient kan bevæge sig frem og tilbage i faserne, foruden at længden af faserne kan variere betragteligt.

Assessmentfasen er karakteriseret ved:

- Baselinemålinger med anvendelse af kognitive assessmentredskaber (fx BDI, BAI, PANNS etc.)

- Dataindsamling (selvobservation og selvmonitorering af egne reaktioner og adfærd)
- Problemliste og målliste for behandlingen (kognitive arbejdsskemaer)
- Kognitiv problemformulering (kognitivt arbejdsskema)

I denne fase er fokus på opbyggelse af arbejdsalliance, socialisering af patienten til modellen og etablering af en fælles målsætning. Bedømmelse af patientens motivationsstadium og kognitive formåen er særlig vigtigt for at kunne tilbyde de rette behandlingstiltag.

Den aktive behandlingsfase er karakteriseret ved:

- Kognitive og adfærdsoverretede interventioner (omstrukturering, exposure og responseprevention)
- Træning og udvikling af ny copingadfærd
- Aktiv og struktureret hverdag der understøtter omstruktureringen og træningen af ny adfærd

I denne fase foregår der en vedvarende evaluering af i hvilken grad behandlingstiltagene fører til de opstillede mål, og mål og interventioner justeres og udvikles løbende. Optimalt foregår interventionerne både i miljø og individuel behandling og er koordineret således at de supplerer og understøtter hinanden.

Afslutningsfasen er karakteriseret ved:

- Tilbageblik over behandlingsforløbet og de opnåede ændringer
- Identifikation af risikosituationer og fortsatte sårbarhedsfaktorer og konkrete planer for håndtering af disse

Der findes talrige kognitive arbejdsskemaer til støtte og systematiseret gennemførelse af faserne i ovennævnte behandlingsforløb.

Status for forskning i kognitiv adfærdsterapi

Der er veldokumenteret effekt af kognitiv adfærdsterapeutisk behandling af depressive tilstande og angsttilstande.

Vedrørende effekten af kognitiv adfærdsterapi på en skizofren population, konkluderer det seneste Cochrane review, at terapiformen har en lovende effekt, men at der endnu bør foretages yderligere studier og evalueringer i forskellige kliniske settings. Endvidere bør effekten undersøges af både erfarne terapeuter og mere uerfarne.

Vedrørende effekten af psykoterapeutisk behandling af seksualforbrydere, peger det seneste Cochrane review på, at kognitiv adfærdsterapi muligvis er mere effektiv end øvrige psykologiske behandlingsformer. Feltet er dog kompliceret at udforske, forskningen endnu mangelfuld og der er stort behov for mere evidens.

Studier med vredesbehandling giver et billede af en moderat effekt. Muligvis lidt større effekt i fængselspopulationer end i retspsykiatriske settings.

Vedrørende effekten af kognitiv miljøterapi er der ikke mange studier. En af forklaringerne er sandsynligvis, at det er vanskeligt at foretage forskning i en klinisk dagligdag. Der findes dog effekt af implementering af kognitiv miljøterapi både hvad angår personaletilfredshed og arbejdsglæde og behandlingseffekt hos patienter. Denne forskning tilbyder evidens på afgørende faktorer for en succesfuld implementering, altså hvad der skal til for at sikre at der rent faktisk udføres kognitive behandlingsprincipper og sikring af kvaliteten af disse. I det følgende gives en kort liste over anbefalinger herfra.

Anbefalinger fra forskning i implementering af kognitiv miljøterapi:

- Alle personaler skal have kognitive kvalifikationer og kompetencer
- Implementeringen skal foregå via modelindlæring i praksis, således at personalet tidligt selv er aktive og lærer færdighederne gennem vekselvirkning mellem erfaring, supervision og uddannelse
- Organisationen skal tilpasses således at kognitive aktiviteter og kognitive principper for behandling sikres bedst mulige vilkår
- Den øverste ledelse skal i en implementeringsfase tydeligt forpligte sig til gennemførelsen af implementeringen, kommunikere tydeligt for at kognitive principper prioriteres højt i forhold til konkurrerende aktiviteter og opgaver

Udbredelse og erfaringer i Danmark

I Danmark er de største offentlige domæner for systematisk anvendelse af kognitiv adfærdsterapi Psykiatrisk Center Sankt Hans, afd. M. og Psykiatrisk Hospital Risskov, Klinik for angst og personlighedsforstyrrelser. I øvrigt er flere andre hospitaler, f.eks. Psykiatrisk Hospital Risskov og Psykiatrisk Center Gentofte inspireret af kognitive behandlingsprincipper. En række distriktspsykiatriske enheder og private klinikker anvender kognitiv adfærdsterapi som behandlingsparadigme.

Erfaringerne er overvejende positive og kognitiv adfærdsterapi ser ud til at vokse med stor hastighed i disse år både indenfor psykiatrien, privat behandling og selvudvikling, ledelsesudvikling og coaching, pædagogiske settings og læringsmiljøer.

I Kriminalforsorgen satses også på implementering af kognitive undervisningsprogrammer og man har en uddannelsesafdeling, der udvikler behandlingsprogrammer til målgruppen og gennemfører undervisning af personalet i fængslerne.

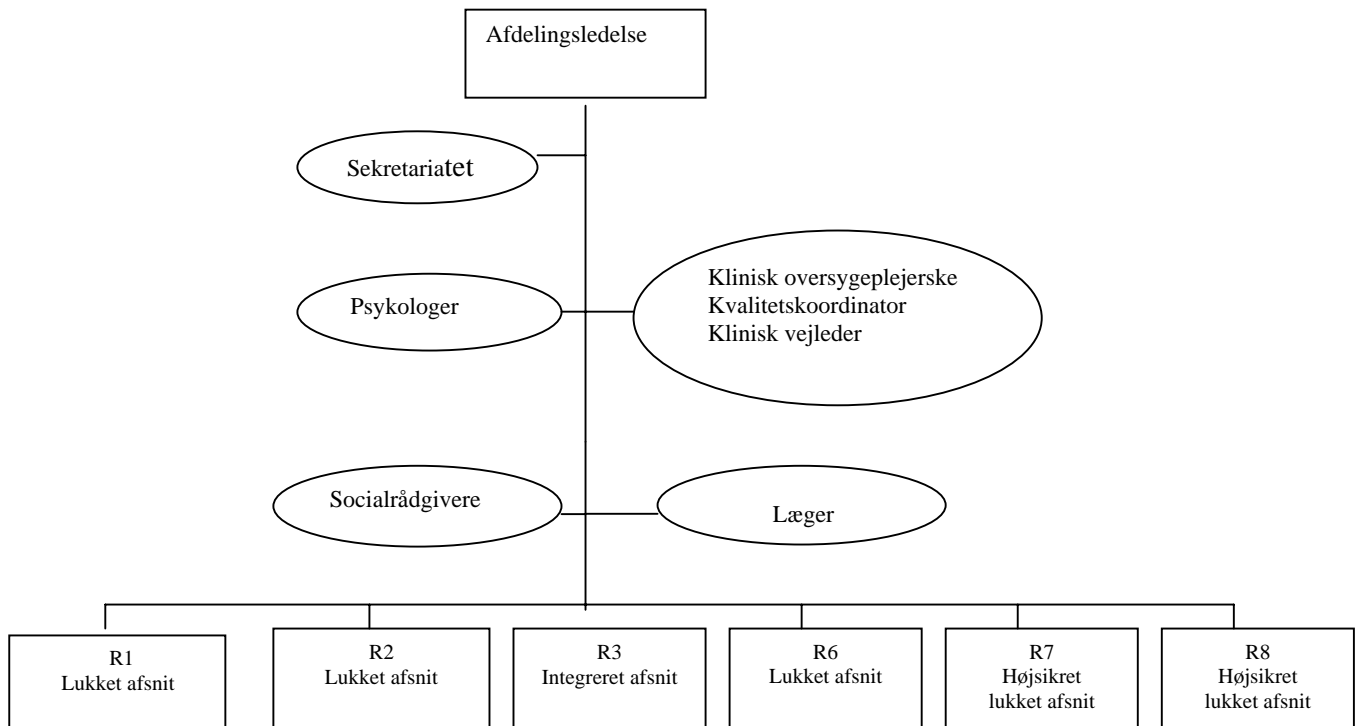
Kognitiv miljøterapi i retspsykiatrien

Afdeling R er den første retspsykiatriske afdeling i Danmark, der indfører systematiseret anvendelse af kognitiv miljøterapi i Danmark. Tidligere er der satset meget på uddannelse af personale (f.eks. på Sikringen Nykøbing Sjælland), men ikke målrettet indenfor en referenceramme. Der anvendes som nævnt kognitive trænings- og uddannelsesprogrammer til re-socialisering og træning af tilpasset adfærd i Kriminalforsorgen. Kognitive programmer er ligeledes internationalt udbredt i fængselsvæsenet.

Større behandlingsmiljøer med stringent og bred tværfaglig udførsel af kognitiv miljøterapi i retslige populationer er mindre udbredt, men er under tydelig udvikling. På Rampton Hospital, som er et ud af tre højsikrede hospitaler i England, arbejdes der f.eks. med implementering af skemafokuseret kognitiv terapi. Ligeledes arbejdes der på statshospitalet Carstairs i Skotland med implementering af vredesbehandling baseret på tænkning og modeller udviklet af Raymond Novaco.

3. Organisation

Retspsykiatrisk afdeling R er en af 3 afdelinger på Psykiatrisk Center Sankt Hans, som er organiseret under Region Hovedstadens Psykiatri. Afdelingen har følgende organisering:



Overordnet opgave- og optageområde

Afdeling R varetager den retspsykiatriske ekspertfunktion i Region Hovedstaden.

Opgaven er at behandle og pleje den gruppe retspsykiatriske patienter, som har den alvorligste sygdomssværhedsgrad. Opgaven er todelt, i form af både en behandlings- og plejefunktion og en retslig sikkerhedsfunktion, som varetager sikkerhed både i forhold til patienten selv og det omgivende samfund.

Virksomhedsgrundlag

Afdeling R arbejder efter hospitalets virksomhedsgrundlag, og på det grundlag har afdeling R opstillet en række udsagn og hensigtserklæringer niveaudelt ordnet efter mission, vision og værdi.

Afdelingen R's mission er:

- At varetage den retspsykiatriske ekspertfunktion i Region Hovedstaden

- At behandle og pleje den gruppe retspsykiatriske patienter, som har den alvorligste sygdomsgrad og som har et særligt behov for retspsykiatrisk ekspertise og samtidig kræver høj grad af sikkerhed i forhold til selv og det omgivende samfund
- Sigtet med behandlingen og plejen er, at patientens muligheder for et selvstændigt liv udvikles og risikoen for ny kriminalitet forebygges

Afdeling R´s vision er:

- At anvende best practise og evidensbaserede behandlings- og plejemetoder, således at der på ethvert niveau ydes en individualiseret behandling og pleje, der samtidig tilgodeser en høj grad af sikkerhed overfor patienter, personale og det omgivende samfund
- At skabe en meningsfuld og positiv tilværelse for patienterne uden misbrug, hvor der stilles forventninger til dem og hvor der skabes indhold i patienternes hverdag med medindflydelse og ansvar
- At skabe en retspsykiatrisk afdeling med optimale fysiske rammer
- At videreudvikle en faglig, dynamisk, meningsfuld arbejdsplads med fokus på:
 - Medindflydelse og ansvar
 - Uddannelses- og udviklingsmuligheder
 - Tydelig kommunikation
 - Sikkerhed på arbejdspladsen
- At afdeling R skal være et førende forsknings- og udviklingscenter på internationalt niveau
- At afdeling R formidler sin ekspertise ved at deltage i en saglig og åben dialog med sundhedsmyndigheder og offentligheden til gavn for patienter og samfund

Afdeling R´s værdier er:

- At kvaliteten i behandling og pleje vægtes højt. En kvalitet som på alle måder bliver evalueret
- At møde enhver patient med respekt og tillid
- At den enkelte patient medinddrages og har indflydelse på behandling og pleje i den udstrækning de retslige forhold tillader

- At personalet er opmærksom på de etiske dilemmaer i dagligdagen og parate til i samarbejde at finde respektfulde, fleksible og værdige løsninger på svære problemstillinger
- At vi tilbyder et miljø baseret på engagement og omsorg
- At prioritere at personalet løbende uddanner og udvikler sig indenfor den retspsykiatriske ekspertfunktion

4. Strategiudvikling

Strategiplanlægning

Afdeling R har i de seneste år været opmærksom på udviklingsmulighederne ved at anvende kognitive behandlingsprincipper til afdelingens patienter. Der har derfor været studieture f.eks. til Bergen fængsel, samt deltagelse i kongresser. Afdelingsledelsen hilste derfor centerledelsens beslutning om implementering af kognitiv terapi på hele centret velkommen. Som følge heraf indledte afdelingsledelsen en aktiv strategiplanlægning, som der i det følgende kort redegøres for.

En indledende arbejdsgruppe (ultimo 2005 til medio 2006) med repræsentation fra læge- og psykologgruppen arbejdede med at gennemgå litteraturen på området med henblik på at kvalificere ledelsen til nødvendige videre skridt i planlægningen af en faglig kompetent og velovervejet implementeringsplan. Arbejdet resulterede bl.a. i ansættelsen af en autoriseret psykolog med videreuddannelse i kognitiv adfærdsterapi.

Medio 2006 etableredes den indledende styregruppe. Her drøftedes indledende strategi og planlægning med repræsentation af ledelsen, implementeringspsykolog, ledende psykolog, overlæge og klinisk oversygeplejerske. Dette arbejde resulterede i de første ændringer i praksis, planlægning af uddannelse og træning af personalet, en formuleret vision og målsætning, foruden en erkendelse af behovet for differentiering af det videre planlægningsarbejde med implementering af kognitiv adfærdsterapi.

Fra medio 2007 er der som følge heraf foretaget en opdeling af implementeringsarbejdet med etablering af en ny styregruppe, foruden en implementeringsgruppe for de afsnit der

forestår implementering. Den nye styregruppe har udvidet sin sygeplejefaglige repræsentation med en afdelingssygeplejerske. Denne gruppe arbejder med overordnet strategi og planlægning, mens implementeringsgruppen, repræsenteret ved overlæge, psykolog og afdelingssygeplejerske på pågældende afsnit, foruden klinisk oversygeplejerske og implementeringspsykolog arbejder med planlægning og udførelse af de fra styregruppen anviste retningslinier (se bilag for kommissorium).

Fra medio 2008 er implementeringsarbejdet udviklet ved at de enkelte afsnit laver en implementeringsplan for eget afsnit i tæt samarbejde med styregruppen. Implementeringen i afsnittet påbegyndes med et møde med afdelingsledelsen og tilpasses individuelt afsnittet. Psykoedukationen styrkes og personalet modtager supervision på psykoedukationen (se vision for psykoedukation).

Fra 2009 implementeres egen basisuddannelse og i den forbindelse forventes, at hele Afd. R er kognitivt kørende i 2010.

Medio 2009 afholdes statuskonference, hvor alle afsnit præsenterer erfaringer.

2010 og frem er kognitiv miljøterapi en naturlig del af behandlingen i Afd. R og således integreret i driften. Det betyder dog, at der fortsat er behov for det ledelsesmæssige på hvordan vi bliver dygtigere.

Som en del af driften planlægges der derfor årligt en statuskonference og en inspirationsdag

- 3 styregruppemøder
- Basisuddannelse
- Arbejdsgrupper relateret til kerneområderne:
 - Kognitiv problemformulering (se bilag)
 - Psykoedukation (se bilag)

Derudover indarbejdes de enkelte afsnits strategier i afsnittenes individuelle resultataftaler.

Vision og målsætning for implementering af kognitiv miljøterapi

Visionen for implementeringen af kognitiv adfærdsterapi i afdelingen er, via en bedre udnyttelse af personaleressourcerne og en målrettet og ensartet uddannelse og træning, at skabe en engageret og fagligt kompetent personalegruppe med stor arbejdstilfredshed. Dette er baggrunden for at kunne skabe en retspsykiatri med dokumenterbare behandlingsresultater, dvs. bedring af den psykiske lidelse og nedbringelse af kriminalitetsrecidiv, samt en patientgruppe, der trods frihedsberøvelse og juridiske foranstaltninger, vurderer behandling og pleje positivt.

Afdelingsledelsen i afdeling R tror på at effektivitet og succes opnås gennem at satse på innovativt og udviklingsorienteret arbejde, samtidig med at de daglige udfordringer løftes, for fortsat at skabe en organisation, der er klar til velkvalificeret, sikkert og kompetent at møde og løse de fremtidige pleje- og behandlingsudfordringer.

Med reference til afdelingens mission, vision og værdigrundlag, tror afdelingsledelsen på at effektivitet og kvalitet i pleje- og behandlingsarbejdet skal ske gennem anvendelsen af evidensbaserede metoder, medindflydelse og ansvar hos både personale og patienter, uddannelses- og udviklingsmuligheder for personalet, tydelig kommunikation og præcist formulerede målsætninger, foruden at vægte værdien af at møde patienten med respekt, omsorg og tillid. Det fagligt kompetente behandlingsmiljø skal således skabes gennem at øge personalets arbejdsglæde og engagement via tydeligt og præcist formulerede målsætninger, tilstrækkelig uddannelse og træning til at løfte de krævede udfordringer og ved at møde medarbejderne med respekt og mulighed for ansvar og medindflydelse. Desuden skal der, for at dette kan lykkes, sikres en effektiv og - for den enkelte medarbejder - meningsfuld udnyttelse af hans/hendes ressourcer og kvalifikationer.

Overordnet formål:

1. en forbedring af behandlingsresultaterne med nedbringelse af tvang, bedring af medicincompliance, nedbringelse af vold på afsnit, nedbringelse af misbrugsadfærd, mindskelse af recidivrisiko i ny kriminalitet og en bedre fastholdelse af patienten i relevante opfølgende behandlingstilbud

2. en forbedring af behandlingskontakten og samarbejdet med patienten
3. en effektivisering af den tværfaglige indsats med bedre udnyttelse af ressourcerne

Målsætning:

1. Graden og formen af kognitiv adfærdsterapi

- At etablere en gennemgående kognitiv adfærdsterapeutisk forståelsesramme i afdelingen
- At alle patienters behandling og pleje planlægges i overensstemmelse med kognitive principper
- At etablere kognitiv adfærdsterapi i miljø og behandling i en integreret form, hvor der er overensstemmelse mellem mål og midler i miljø og i øvrig behandling

2. Kvalitetssikring

- at sikre en høj kvalitet i det kognitive arbejde
- at sikre en empirisk funderet udvikling af den kognitive miljøterapi
- at sikre mulighed for behandlingsdifferentiering på flere forskellige indikationer: sikkerhed, misbrug, fase af sygdom, motivationsstadiet
- at sikre anvendelsen af standarder og procedurer for det kognitive arbejde, der er fagligt velbegrundede
- i videst mulig omfang at anvende psykometrisk stærke og empirisk validerede assessmentredskaber

3. Uddannelsesniveau

- At udvikle et højt kognitivt uddannelsesniveau i personalestaben med enkelte personaler på specialist – og supervisorniveau
- At kunne tilbyde intern og ekstern undervisning og supervision på højt fagligt niveau indenfor kognitiv adfærdsterapi til målgruppen
- At nyt personale hurtigt og effektivt uddannes i anvendelsen af kognitive principper (henv. Kognitiv uddannelsesplan)

4. Forskning

- At bidrage med viden og empirisk data indenfor retspsykiatri og kognitiv adfærdsterapi
- At bidrage til udviklingen af kognitiv adfærdsterapi til målgruppen (komplekse psykiatriske problemstillinger: psykose, misbrug, adfærdsproblemer, personlighedsforstyrrelser i sameksistens med en retslig status)
- At arbejde hen imod at kunne etablere det fra psykiatriplanen foreslåede kompetencecenter indenfor retspsykiatri med forsknings- og undervisningsaktiviteter, hvor blandt andet udvikling og kvalitetssikring af den kognitive terapi kan varetages og styres fra
- Etablering af samarbejde og erfaringsudveksling og/eller egentlige forskningsprojekter med andre kognitive behandlingsinstitutioner nationalt og internationalt

5. Midler

Den ovennævnte vision og målsætninger skal skabes indenfor et begrænset budget for ekstra tilførsel af økonomiske midler. Planlægning, implementering og udførelse af nødvendige ændringer i forbindelse med ændringen af behandlingsparadigme, sker således som en del af den daglige drift og udvikling af organisationen. Som følge heraf må der foretages omprioriteringer og effektivisering for at kunne gennemføre de handlinger som målsætningerne foreskriver.

Uddannelse:

Afdeling R har de første par år været fritaget for at finansiere den basale uddannelse af personalegruppen, idet der på afdeling M ved Kognitivt Center forefindes velkvalificeret undervisning som afdeling R i et rimeligt omfang kan benytte sig af. Afsnitspersonalet har, som samlet gruppe, modtaget basisintroduktion til kognitive principper i form af 3 hele dages undervisning i Kognitivt Center afdeling M. To afsnitspersonaler på hvert afsnit udnævnes til "kognitive nøglepersoner" (der skal varetage en særlig aktiv rolle ved blandt andet at tilbyde faglig støtte til kollegaer på afsnittene under implementeringen) og modtager en 1-årig tværfaglig kognitiv uddannelse, ligeledes ved Kognitivt Center afdeling M.

Afdeling R har ved udgangen af 2008, erhvervet sig så mange interne kompetencer, så vi selv kan supplere Afd. M's kognitive basisuddannelse med en "egen" uddannelse, opbygget efter de samme principper.

Den grundlæggende introduktion for de enkelte afsnit har ligeledes ændret karakter. De afsnit der mangler basisintroduktionen, er selv med til at planlægge implementeringen og der anvendes så vidt muligt ressourcer blandt Afd. R's eget personale. Afd. M varetager supervisionen af denne gruppe.

Afd. R tilbagestår da med den udfordring det er at løse de daglige pleje- og behandlingsopgaver med færre personaleressourcer på afsnittene, da der ikke er mulighed for meransættelse. Der er ligeledes opmærksomhed på vigtigheden af at sikre, at personalet har mulighed for at anvende og praktisk træne den nyerhvervede viden umiddelbart, hvilket ligeledes må betyde omprioritering af hvilke aktiviteter og arbejdsopgaver der udføres i hverdagen, idet der ikke er tilført ekstra tid eller ressourcer. Sagt med andre ord, når personalet f.eks. har været på uddannelse og lært at udfylde kognitive arbejdsskemaer som en del af det miljøterapeutiske arbejde, må der være noget andet de sædvanligt bruger tiden til, som de ikke laver. En del af dette er naturligvis, at gøre de praksisser de sædvanligt gør, på en anden måde, men i begyndelsesfasen, indtil nye praksisser er funderet og konsolideret i hverdagen, vil der være tale om en periode med ekstra arbejdsbelastning. Med tiden er forventningen at implementeringen af kognitive principper forenkler og letter arbejdspresset ved at øge effektiviteten, arbejdsresultaterne og arbejdsglæden.

Der sker en løbende uddannelsesmæssig oprustning på afsnit under implementering, hvor flere afsnitspersonaler modtager 1-årig tværfaglig kognitiv uddannelse.

Overlæger og psykologer modtager ligeledes grunduddannelse fra Kognitivt Center i form af en 1-årig og 2-årig kognitiv psykoterapeutisk uddannelse.

Der har været og er nedsat følgende arbejdsgrupper:

Arbejdsgrupper til at arbejde med strategiudvikling og planlægning har allerede været nævnt. Derudover har den indledende styregruppe igangsat følgende arbejdsgrupper:

1. Arbejdsgruppe til formulering af formål og mål med implementeringen. Arbejdet er refereret under strategiudvikling som en del af den indledende styregruppes arbejde (afsluttet).
2. Arbejdsgruppe til udvikling af manual for den kognitive psykoedukation. Arbejdsgruppen har været sammensat af implementeringspsykolog (formand), overlæge, klinisk oversygeplejerske og 1 afsnitspersonale fra hver af de to implementerende afsnit. Arbejdet afsluttedes primo 2007. Manualen forestår en revidering ved en nysammensat arbejdsgruppe med repræsentation af afdelingssygeplejerske fra et af de implementerende afsnit, foruden afsnitspsykolog og 3 afsnitspersonaler og har deadline ultimo 2007. I 2009 er der nedsat en ny arbejdsgruppe bestående af klinisk oversygeplejerske og udviklingssygeplejerske. Formålet med denne arbejdsgruppe er at sikre at psykoedukationen udføres ensartet i Afd. R.
3. Arbejdsgruppe til udvikling af faglige retningslinier og procedure for kognitiv supervision og faglig vejledning. Arbejdsgruppen har udarbejdet et kort dokument (afsluttet).
4. Arbejdsgruppe til udvikling af supervision på psykoedukation. Arbejdsgruppen har udarbejdet mål og strategi og supervisionen afholdes x 1 mdl. Udviklingssygeplejerske Kim Rust er tovholder.

Organisatoriske ændringer:

Afdelingsledelsen imødekommer udfordringerne med at sikre konkret implementering og udførelse af de fra styregruppen planlagte ændringer i den kliniske hverdag, via dannelsen af en treleddet samarbejdsstruktur på hvert afsnit, ”trekløveret” og ”teammøder i afsnittene.

Trekløveret består af afdelingssygeplejersken, den miljøansvarlige overlæge og afsnittets psykolog. Denne gruppe er ansvarlig for, at sikre effektiv gennemførelse af målsætningerne for implementeringen af kognitiv miljøterapi. Der er behov for at afsnitspsykologen knyttes nærmere til implementerende afsnit og får et større ansvar for aktivt at bidrage til den daglige praksis på afsnittet. Dette er nødvendigt for at sikre afsnitspersonalet den støtte og fagli-

ge vejledning i hverdagen, der kræves i en omstillingsproces hvor ny tænkning og ny adfærd skal udvikles og konsolideres i en række handlinger og aktiviteter.

Trekløveret har i forbindelse med de eksisterende dialogmøder mellem afsnit og afdelingsledelse en fast mødefrekvens med afdelingsledelsen til at drøfte implementeringsprocessen og evaluere målopfyldelse (se målopfyldelse).

Teammøder er en organisationsform, hvor alle medlemmer af et team mødes og drøfter pleje og behandlingstiltag relateret til de patienter, der er tilknyttet teamet.

Teamet koordinerer således indsatsen omkring patienten, og sikrer et fælles udgangspunkt i form af ”den kognitive problemformulering”.

Teammøderne er tværfaglige og afholdes hver 6 uge.

Evaluering af implementeringsprocessen:

Det er tidligt i implementeringsplanlægningen vurderet, at det på nuværende tidspunkt ikke er muligt at igangsætte en effektevaluering af implementeringen, idet dette vil være for krævende planlægnings- og ressourcemæssigt at gennemføre på en faglig velkvalificeret måde. Blandt andet har litteraturen været konsulteret, foruden at der er søgt sparring hos afdeling M. for at træffe kvalificeret beslutning om mulighederne for at planlægge og udføre en effektevaluering af miljøterapien.

Konkluderende bedømmes det mest hensigtsmæssigt på nuværende tidspunkt at satse på at sikre en stringent og kvalificeret implementering af de kognitive behandlingsprincipper, samt at forbedre arbejds effektiviteten og det samlede kognitive videns- og kompetenceniiveau. For at opnå dette, er der foruden ovennævnte, planlagt at gennemføre en evaluering af processen. Formålet er at sikre, at den i organisationen generede erfaring i udviklingsprocessen opsamles og anvendes til videre udvikling og planlægning af processen. Det er vigtigt for afdelingsledelsen og styregruppen at akkumulere information og data fra det personale, som har skullet forestå de besluttede ændringer, for at kunne justere og viderestyre

processen så optimalt som muligt, og dermed sikre at personalet oplever medindflydelse, og at deres ressourcer og kvalifikationer udnyttes meningsfuldt.

6. Praksisændringer

Kognitiv psykoedukation:

Der udføres manualiseret kognitiv psykoedukation efter behov. De enkelte afsnit tilrettelægger psykoedukationen. Der foretages en systematisk erfaringsopsamling til anvendelse ved udvikling og revidering af psykoedukations-manualen. Psykoedukationsmanualen revideres foråret 2011 af arbejdsgrupperne.

Afsnitspersonalet varetager psykoedukationen under supervision. Supervisionen varetages af personale med 2-årig kognitiv uddannelse.

Kognitive arbejdsskemaer:

Der er udarbejdet en foreløbig udvælgelse af relevante kognitive arbejdsskemaer, herunder den individuelle kognitive problemformulering, som er samlet i en arbejdsmappe til hver patient og til personalet på hver patient til anvendelse i den kliniske hverdag på afsnittene. Hver patient har egen kognitiv mappe med arbejdsplaner og behandlingsplan. Der er derudover mange arbejdsskemaer i brug i de enkelte afsnit.

Behandlingsplansmøder:

Den hidtidige procedure for afholdelse af behandlingsplansmøder skal tilpasses kognitive principper.

Følgende 3 aspekter bedømmes særligt centrale:

- behandlingsplanlægningen centrerer omkring patientens problemformulering, der anvendes som styringsredskab for planlægningen af behandlingen
- deltagelse af afsnitspsykolog ved alle behandlingsplaner
- øget inddragelse og deltagelse af patienten

Behandlingsplansmøder afholdes på teamdag.

Supervision og faglig vejledning:

Der foregår 1 time ugentlig kognitiv supervision ved afdelingspsykolog. Sygeplejefaglig vejledning gennemføres efter individuelle aftaler med sengeafsnittende. Både faglig vejledning og supervision er baseret på kognitive principper.

Der opsamles data på gennemførelsen og deltagelsen med henblik på videre planlægning, prioritering og ressourceanvendelse.

Psykoedukationen forløber, som nævnt, under supervision. Der vil desuden blive givet supervision på andre kognitive aktiviteter og tiltag som opstartes.

Ovennævnte aktiviteter i praksis er de obligatoriske, som afsnittet vil blive afkrævet evaluering af opfyldelsen af ved møder mellem afdelingsledelsen og trekløveret (se nedenfor). Derudover er det velkomment at afsnittet på eget initiativ udvikler øvrige relevante aktiviteter og praksisser som understøtter og faciliterer implementering af de kognitive behandlingsprincipper. Dette vil blive opsamlet på møderne mellem trekløver og ledelse og kan derved ligeledes eventuelt inspirere øvrige afsnit.

7. Mål

I forbindelse med implementeringen blev der etableret praksismål. Se bilag 1.

Disse beskrives og opdateres nedenfor for de enkelte år. Opfyldelsen af disse evalueres løbende ved de faste møder mellem ledelse og trekløver. Resultaterne heraf behandles af afdelingsledelsen og i styregruppen ved deres halvårslige evaluering af implementeringsprocessen.

8. Fremtid

Fremtiden byder på at sikre opfyldelse af de beskrevne mål og udvikle en hel organisation der naturligt, engageret og tvangfrit tænker og handler efter kognitive principper. Fokus er altså på konsolidering, og at sikre at hele personalegruppen har en basal kognitiv orientering og interesse.

På længere sigt vil fokus rette sig mod en større differentiering og specialisering af behandlingstilbuddene, som nævnt med fleksibel og kompetent tilpasning til sygdomsfase, motivationsgrad og problematik. Dette bedømmes ikke at kunne gennemføres succesfuldt før organisationen som helhed mestrer den kognitive orientering.

Bilag 1

Mål for 2007:

Implementering på afsnit R2 og R6:

- At der fra september 2007 er udarbejdet individuel kognitiv problemformulering på alle patienter (standard 90 %)
- Udarbejdelse af guideline for udarbejdelse af kognitiv problemformulering (inkluderende et standard basis assessment batteri)
- Tværfaglige behandlingskonferencer på alle patienter udføres:
 1. vejledt af en kognitiv problemformulering
 2. med delvis deltagelse af patienten
- Der etableres en fast procedure for afholdelsen af behandlingskonferencer i overensstemmelse med kognitive principper og lovgivningen på området
- Der etableres en procedure for revision og justering af tværfaglige behandlingsplaner
- Udførsel af manualiseret psykoedukation 1 time ugentlig på gruppebasis i hvert afsnit (standard 90 % gennemførelse, standard for deltagelse 40 % af samtlige patienter)
- Udarbejdelse af en procedure for anvendelsen og opbevaringen af kognitive observations- og arbejdsskemaer i miljøterapien
- Kognitiv supervision/undervisning udføres 1 time per uge i hvert afsnit (standard 90 % gennemførelse, deltagelsesantal registreret)
- Sygeplejefaglig vejledning udføres 1 time per uge i afsnit (standard 90 % gennemførelse, deltagelsesantal registreret)
- At de to udnævnte ”kognitive nøglepersoner” på hvert afsnit har gennemført en 1-årig tværfaglig uddannelse i kognitiv miljøterapi
- Alle personaler på hvert afsnit har modtaget 3 dages undervisning i kognitive behandlingsprincipper
- Udarbejdelse af en vejledning til nyansat personale og vikarer i de kognitive behandlingsprincipper på afsnittet

For at nå disse mål i praksis er følgende mål vedrørende uddannelse og strategi udarbejdet:

Mål 2007:

Uddannelse/undervisning:

- Alle læger/psykologer der arbejder på et kognitivt afsnit har en 1-årig uddannelse i kognitiv adfærdsterapi
- Afdelingssygeplejersker på implementerede afsnit tilbydes en 1-årig tværfaglig uddannelse i kognitiv miljøterapi
- På implementerede afsnit er der minimum to udnævnte ”kognitive nøglepersoner” som har en 1-årig tværfaglig uddannelse i kognitiv miljøterapi
- Enkelte læger/psykologer deltager løbende i relevante eksterne kognitive kurser, workshops og konferencer, herunder mindst en international kongres årligt (EABCT, WCBCT, ICCP)
- Der lægges langsigtet plan for opnåelse af det påkrævede uddannelsesniveau i afdelingen for at kunne imødekomme den overordnede målsætning og kvalitetsudvikling
- Der foregår kognitiv sparring/erfaringsdeling i læge/psykologgruppen hver 14. dag
- Der tilbydes intern kognitiv supervision for tværfagligt personale
- Der tilbydes intern kognitiv supervision for læger/psykologer
- Enkelte psykologer/læger modtager ekstern kognitiv supervision
- At der sikres tilbud om intern supervision på specifikke kognitive aktiviteter udført i miljøet
- Udarbejdelse af en procedure for grunduddannelse af nyansat personale

Strategimål:

- Der påbegyndes implementering på yderligere afsnit
- Den påkrævede videreuddannelse og træning af personalet i forhold til implementering på yderligere afsnit planlægges og påbegyndes
- Planlægning og påbegyndelse af procesevaluering af implementeringen på afsnit R2 og R6
- Indførelse af en treleddet samarbejdsstruktur (afdelingssygeplejerske, afsnitslæge og afsnitspsykolog) på de implementerede afsnit, der tilrettelægger og sikrer udførelse af den praktiske implementering af den kognitive miljøterapi

- Indførelse af en fastlagt mødefrekvens mellem den treleddede samarbejdsstruktur på afsnittene og afdelingsledelsen med henblik på at sikre dialog om implementeringsprocessen og facilitere målopfyldelse og systemiseret arbejde med implementeringen

Mål for 2008:

Evaluering og konsolidering af miljøterapien på R2 og R6:

- Med anvendelse af 1 års erfaringer udvikles en foreløbig kognitiv miljøterapeutisk manual til afsnitspersonalet
- Gennemførelse af en evaluering af implementeringsprocessen på de to første afsnit og eventuelt påbegynde evaluering på yderligere afsnit
- Udvikle og opstarte øvrige kognitive behandlingstiltag i miljøet (eksempelvis med fokus på fysisk aktivitet eller andet)
- Ved opstart af øvrige kognitive tiltag sikres gennemførelse af en evalueringsprocedure
- At påbegynde et fagligt velfunderet og kvalificeret udviklingsarbejde rettet mod specificering og differentiering af behandlingsindsatsen (fx i forhold til sygdomsfase, aggressivitet, misbrug, motivationsstadium etc.). Det er vigtigt at sikre både målrettethed og fleksibilitet i behandlingstilbuddet.

Strategimål:

- Enkelte læger/psykologer påbegynder en 3-årig videreuddannelse i kognitiv adfærdsterapi
- Plan for implementering af kognitiv miljøterapi på afdelingens resterende afsnit færdiggøres
- Plan for fortsat evaluering af implementeringsprocessen færdiggøres
- Langsigtet kognitiv uddannelsesplan med henblik på langsigtet at opnå et højt og specialiseret kognitivt kompetenceniveau i afdelingen færdiggøres
- Der drøftes muligheder for kognitive forskningsaktiviteter i de nærmeste år

Mål for 2009

- Der opstartes egen basisuddannelse

- Det gennemføres 4 workshops årligt
- Personalet trænes i at arbejde med kognitive problem formuleringer
- Patienterne har en kognitiv mappe
- Der gennemføres manualiseret psykoedukation individuelt eller i gruppe på alle afsnit på afd. R
- Alle R afsnit er som minimum påbegyndt implementering af kognitiv miljøterapi
- At arbejde videre med et fagligt velfunderet og kvalificeret udviklingsarbejde rettet mod specificering og differentiering af behandlingsindsatsen (fx i forhold til sygdomsfase, aggressivitet, misbrug, motivationsstadiet etc.). Det er vigtigt at sikre både målrettethed og fleksibilitet i behandlingstilbuddet.

Strategi

- Diskutere og eksperimentere med hvilken problemformuleringsmetode der bedst passer til afd. R med henblik på et fælles udgangspunkt december 2009. (Psykologgruppen er tovholdere)
- Kognitive mappers udformning diskuteres og implementeres
- Der nedsættes et udvalg der udarbejder et forslag til patientmappen
- Psykoedukationsmaterialet revideres (Tove Niljendahl er tovholder)
- Den kognitive styregruppe sætter fokus på hvilke metoder/ processer der understøtter implementering af kognitiv miljøterapi og beskriver disse

Mål for 2010

- Alle patienter (§68) har en kognitiv problemformulering
- Uddanne MI instruktører
- Tilstræbe at arbejde ud fra patientens motivationsstadiet

Fokusområder for 2011 - 15

- Alle patienter har en kognitiv problemformulering
- Alle patienter modtager psykoedukation
- Kognitiv miljøterapi er integreret i behandlingsmiljøet

Mål for 2016

Afd. R er masterclass og har udviklet kognitive metoder der er tilpasset afdelingens målgruppe.

Region Hovedstadens Psykiatri
Psykiatrisk Center Sct. Hans
Boserupvej 2
4000 Roskilde

Telefon: 46 33 46 33
E-mail: pcscthans@regionh.dk
www.psykiatri-scthans.dk