

Metodekatalog Psykiatriens Hus – kommunal del



Indhold

Metodebeskrivelse Åben Dialog (ÅD).....	1
Åben Dialog og de 7 principper	1
Sådan foregår en Åben Dialog-samtale	1
Metodebeskrivelse ACT.....	2
Kort beskrivelse af metode/tilgang	2
Primært sigte og vigtigste mål.....	2
ACT's fundament	2
Hvad ønsker vi at imødekomme/løse med ACT	3
Hvordan sættes det i spil i hverdagen, og hvor kunne vi også bruge det henne?	3
Metodebeskrivelse Struktureret teamsamtale	4
Arbejdsprocesser	4
Metodebeskrivelse LA2 (Sopra).....	6
Formål.....	6
Hvad kan denne metode?	6
I praksis.....	7
Hvad siger borgeren?	7
Metodebeskrivelse NADA.....	8
Formål.....	8
Anvendelse	8
Metodebeskrivelse Sensorisk Profil	10
Formål.....	10
Teori.....	10
Målgruppe	10
Metode	10
Anvendelse	11
Metodebeskrivelse Sanseintegration (SI).....	12
Formål.....	12
Målgruppe	12
Teori.....	12
Anvendelse	12
Metodebeskrivelse BBAT.....	13
Formål.....	13
Teori.....	13
Målgruppe	13
Metode	13
Anvendelse	13

Metodebeskrivelse FIT - Feedback Informed Treatment.....	14
Beskrivelse.....	14
Formål.....	14
Terapeutisk alliance (relation).....	15

Metodebeskrivelse Åben Dialog (ÅD)

Tilgangen, som vi arbejder med og ud fra i kommunikationen og til møder, udspringer af Åben Dialog. Åben Dialog er en tilgang, som har ligeværd og alles stemmer i fokus, hvilket erfaringsmæssigt er vigtige elementer i de processer og forløb, som vi kommer i berøring med i Psykiatriens Hus. Vi ønsker, at den støtte, der ydes i Psykiatriens Hus, understøtter, hvad den enkelte ønsker for at kunne komme videre.

Åben Dialog-tilgangen ser netværket som en styrke, og vi vil derfor bestræbe os på at få involveret alle relevante fag- og private deltagere til møderne og i de aftaler, som laves.



Åben Dialog og de 7 principper

Åben Dialog har 7 principper, som er implementeret i den hverdag og de opgaver, som vi varetager.

De 7 principper er:

- Hurtig indsats
- Socialt netværksperspektiv
- Flexibilitet og bevægelighed
- Ansvar
- Psykologisk kontinuitet
- Tolerance for usikkerhed
- "Dialogisme"

Vi tror på, at denne tilgang styrker borgernes ressourcer og handlekraft samt det gode kollegaskab i hverdagen.

Sådan foregår en Åben Dialog-samtale

Der afsættes 1½ time til hver Åben Dialog-samtale, som ledes af et team på 2-3 medarbejdere. Medarbejderne har ansvaret for, at alles stemmer bliver hørt og taget alvorligt. Undervejs i samtalen vil medarbejderne en eller flere gange tale med hinanden om, hvilke tanker de får, og hvad de bliver optaget af i dialogen med borgeren. Borgeren og dennes netværk får herefter muligheden for at kommentere. Borgerne bestemmer, hvor samtalen skal afholdes. Det kan fx være i borgernes hjem, i Psykiatriens Hus eller et andet sted, som borgeren foretrækker.

Metodebeskrivelse ACT

Kort beskrivelse af metode/tilgang

ACT er en forkortelse af Acceptance & Commitment tilgang (træning eller terapi).

Hvor ACT oprindeligt er udviklet til terapi, anvendes ACT nu på tværs af en lang række kerneydelser.

Det skyldes, at ACT er baseret på:

- viden om *alment menneskelige* processer, som forstærker afmagt, fastlåshed, fremmedgørelse og oplevelsen af at være styret af det ubehag, symptomer og de vanskeligheder, som manifesterer sig i hverdagen. Disse alment menneskelige processer samles i begrebet: Psykologisk rigiditet.
- metoder, som øger de *alment menneskelige processer*, og som skaber positiv udvikling, forandring og øget oplevelse af frihed og kapacitet til at navigere som aktør i eget liv. Disse alment menneskelige processer samles i begrebet: Psykologisk fleksibilitet.

Primært sigte og vigtigste mål

Det overordnede sigte er:

- at inspirere til, støtte og bidrage til øget psykologisk fleksibilitet.

Det overordnede sigte har følgende mål:

- at bidrage til udvikling af nuancerede adfærdsmønstre, som hjælper mennesker med at navigere i og håndtere hverdagens udfordringer.
- at medskabe vitale og værdibaserede hverdage som alternativ til fastlåsende kontrol- og undgåelsesstrategier.
- at tilbyde strategier, som gør det muligt for mennesker at indtage aktørrollen i eget levede liv på trods af de udfordringer, som måtte være til stede.
- at tilbyde et alternativ til overdrevne "fix-it" tilgange til sig selv, andre og livet.

ACT's fundament

ACT hører til blandt 3. generations kognitive adfærdstilgange og er baseret på funktionel kontekstualisme, som sætter "menneskets handlen i dets kontekst" i centrum.

Desuden hviler ACT på RFT (Relational Frame Teori) som er baseret på viden om kognitiv og sprogets betydning for udvikling af lidelse.

ACT er evidensbaseret og er undersøgt i mere end 200 RCT-studier (randomiserede kontrollerede studier, som lever op til de skrappeste standarder for evidensundersøgelser).

ACT er udviklet på baggrund af grundforskning og sætter dermed det alment menneskelige i fokus.

Det grundlæggende menneskesyn i ACT er baseret på:

- ligeværd og antagelsen om, at alle mennesker grundlæggende har ressourcer, som gør det muligt at tage ejerskab til eget liv.
- at psykologisk smerte er en uundgåelig del af livet og dermed alment menneskelige grundvilkår.



- at forstå menneskelig lidelse som en konsekvens af psykologiske rigiditet fremfor en kausal følge af diagnoser.
- en tiltro til, at alle mennesker, fuldstændig som de er, er værdifulde, har noget at bidrage med i fællesskaber og kan udvikle sig i retninger, som de selv finder meningsfulde.
- at vores fortid påvirker, men ikke *afgør*, vores nutid eller fremtid.

Derfor passer ACT også godt sammen med recovery-baserede tilgange.

Hvad ønsker vi at imødekomme/løse med ACT

Anvendelsen af ACT er tiltænkt i samspil/samtaler, hvor det er relevant at sætte fokus på:

- opkalderens mulighed for at finde nye og flere problemløsningsstrategier.
- opkalderens egen forståelse af, hvad der fastlåser versus bidrager til mening i egen levede hverdag, herunder at bidrage til en nuancering af denne forståelse.
- opkalderens bevidsthed om: "Hvad kan jeg gøre noget ved" versus "Hvad kan jeg ikke gøre noget ved." (Og hvordan forholder jeg mig så til det sidste - på en måde hvorved der frigøres energi til at handle på det, som *kan* forandres.)
- Opkalderens opmærksomhed på handlemuligheder, egne drømme og håb for fremtiden.

Hvordan sættes det i spil i hverdagen, og hvor kunne vi også bruge det henne?

ACT-tilgangen sættes i spil/ACT i forhold til borgerne:

- i samtaler, hvor der *ikke* er behov for akut krisehåndtering.
- i samtaler med "hyppige opkaldere", hvor der er behov for at understøtte opkalderens opmærksomhed på egne kompetencer.
- i samtaler, hvor det er relevant at validere, undersøge og konstruktivt udfordre opkalderens primære anvendte problemløsningsstrategier.

Hvor kunne vi også bruge det henne?

I bevidstgørelse af arbejdet med og understøttelsen af den professionelles egen psykologiske fleksibilitet, med følgende formål:

- at øge den professionelles opmærksomhed på egne tanker, følelser og reaktioner i samspillet med borgeren, kollegaer og øvrige samarbejdspartnere - dermed øges nysgerrigheden.
- at understøtte den professionelles nuancerede, fleksible måde at indgå i samspil på - herunder at arbejde med egne acceptprocesser og evne til at skelne mellem "Hvad kan jeg gøre noget ved" versus "Hvad kan jeg ikke gøre noget ved."
- at katalysere værdibaseret samspil som omdrejningspunktet i samarbejder og relationer.

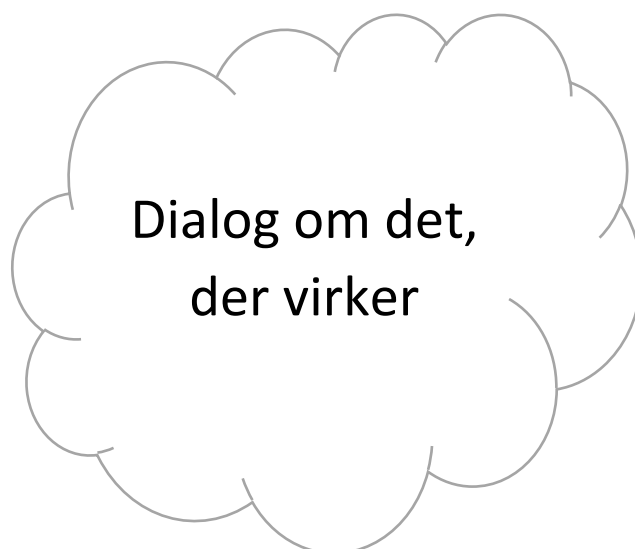
Metodebeskrivelse Struktureret teamsamtale

Struktureret teamsamtale benyttes til temaer, hvor hele teamet er involveret og kan have synspunkter til emnet. Det kan være hjælpsomt at arbejde med en evaluering eller et fælles tema ud fra en struktureret samtaleramme. Formålet er, at alle stemmer bliver hørt, og der arbejdes med at opnå en fælles konsensus ift. hvad eller hvor, man bevæger sig hen som team afhængig af emnet.



Arbejdsprocesser

Runde 1



*Hvad er de vigtigste ting, I oplever, I som team lykkedes med ift. temaet?
(1-2 vigtigste læringspunkter.)*

Runde 2



*Hvad er de vigtigste udviklingsmuligheder?
(1-2 vigtigste læringspunkter.)*

Runde 3



*Hvad er jeres bedste idéer til, hvad I konkret kan gøre for at udvikle teamet?
(1-2 vigtigste læringspunkter.)*

Metodebeskrivelse LA2 (Sopra)



Grundtanken i LA2 er, at der er en sammenhæng mellem en persons arousal og kritiske episoder. Arousal kan forstås som en biologisk funktion, der påvirker hjernens og kroppens parathed til at reagere på stimuli.

Høj arousal gør, at et menneske reagerer hurtigere, stærkere og voldsommere på stimuli end ved lav arousal. Det betyder også, at tænkningen og egenkontrollen er svagere. En vigtig pointe er, at denne funktion findes hos alle mennesker, dvs. både hos den fagprofessionelle og hos borgerne. Når arousal er høj, er reaktionerne stærkere, mens evnen til egenkontrol er svagere. Det øger risikoen for, at en situation udvikler sig til en kritisk episode. Når belastningen er høj, bliver arousal nemt aktiveret, og evnen til at bearbejde information falder betydeligt.

LA2 er inspireret af den oprindelige Low Arousal-tilgang. LA2 er udviklet i tæt dialog med dansk praksis, herunder bl.a. et pilotprojekt på Tuesten Huse og på baggrund af psykolog Trine Uhrskovs analyse af Low Arousal-tilgangen. LA2 er inspireret af recovery-mindsettet og inddrager også elementer fra Åben Dialog, særligt i forhold til netværksinddragelse. LA2 er desuden inspireret af Feedback Informed Treatment (FIT) som metode til direkte borgerinddragelse. Begge metoder kan med fordel anvendes samtidig med LA2, som også kan kombineres med andre metoder til borgerinddragelse.

Formål

LA2 understøtter samtaler om trivsel, og hvad der skal til, for at vi trives. Redskaberne hjælper til at finde ord for og italesætte almenmenneskelige forhold om, hvordan vi er i verdenen. Samtidig understøtter det også samtaler om adfærd, som fx vold, trusler om vold, selvskadende adfærd, misbrug m.m. og som fokus på at forebygge, håndtere og følge op på kritiske episoder med konfliktfyldt adfærd. Tilgangen sætter fokus på sammenhængen mellem belastning og ressourcer. Et af formålene er at undgå kritiske episoder, som helt åbenlyst er en udfordring for både borgere og fagprofessionelle. Et andet af formålene er at håndtere de kritiske episoder, som alligevel opstår, på en nedtrappende måde og helst i samarbejde med borgeren. Et tredje er at samle op på kritiske episoder og skabe mulighed for læring.

Hvad kan denne metode?

Med LA2 oplever borgerne bedre at kunne mestre og forstå situationer, hvor de føler afmagt.

I Psykiatriens Hus, Aarhus arbejder vi primært med den ene plan, *Min Trivselsplan*, som et konkret redskab til, hvordan LA2-tilgangen kan anvendes i socialpsykiatrisk praksis, i borgerens egen recoveryproces.

I Min Trivselsplan beskrives ressourcer og belastninger hos borgeren for derved at mindske kritiske episoder. Min Trivselsplan kan anvendes, hvor der er behov for i fællesskab at skabe bedre trivsel i hverdagen for borgeren. Det gøres gennem strukturerede samtaler om borgerens ressourcer, netværk, hverdagstrivsel, belastninger samt mestringsstrategier. Grundtanken er, at et godt hverdagsliv er den bedste måde at forebygge kritiske episoder fx vold, trusler selvskade m.m.

Det er et stort fokus på borgerinddragelse i dette materiale. Det er derfor som udgangspunkt et materiale, som borgeren og de fagprofessionelle arbejder med sammen, og som støtter borgeren til at overvinde personlige, sociale og kontekstuelle barrierer.

I praksis

I samtaler med de borgere, der er tilknyttet Psykiatriens Hus, Aarhus med en brugerstyret kontrakt, kan LA2 anvendes, når/hvis borgeren har svært ved at navigere i hverdagens uforudsigelige og kritiske episoder. Det kan handle om, hvordan man "økonomiserer" med sin energi i dagligdagen, eller hvordan man mindes om at benytte andre strategier end fx selvskade. Samtalearkene kan bruges for at fremme samtalen og belyse redskabet *Min Trivselsplan*, så det giver større mening og sammenhæng for borgeren at benytte sådanne redskaber til at ændre vanlig adfærd. Borgeren støttes til gennem struktureret samtale at udfylde *Min Trivselsplan*, som vi ser som et dynamisk redskab, der kan tages frem ved behov for en støttende plan, hvor det visuelt er nedskrevet, hvordan borgerens trivsels-, advarsels- og belastningstegn ser ud og ligeledes hvilke mestringsstrategier, der benyttes for at undgå øget arousal.

Min trivselsplan kan benyttes både i samarbejdet med privat netværk og professionelle samarbejdspartnere, hvor det belyser de ressourcer/begrænsninger, det medfører. Netværket kan synliggøres ud fra bl.a. *samtalearket*.

Hvad siger borgeren?

"LA2 er en god metode til at kommunikere mine behov for hjælp og støtte. Jeg bruger det i samarbejde med mine kontaktpersoner, og til at spore mig ind på, om jeg er i grøn, gul eller rød. Dette bruges til at finde den rette hjælp eller de rette metoder til at komme over en nedtur på en god måde. LA2 er GODT!"

Citat: Borger på tidligere færdigbehandlet plads og nu med brugerstyret kontrakt.

Metodebeskrivelse NADA

NADA er en recoveryorienteret model baseret på øreakupunktur - en kombinationsbehandling, der består af 5 øre-akupunkturpunkter.

NADA blev udviklet i starten af 1970'erne af den amerikanske psykiater Michael Smith. Baggrunden var erfaringer fra Hong Kong, hvor neurokirurgen L.H. Wen havde succes med at behandle stofmisbrugere med abstinenssymptomer med akupunktur. Michael Smith udviklede ud fra disse erfaringer de 5 ørepunkter. Anvendelsen af Detox-the (NADA-the) som supplement udvikles og udbredes i 1980'erne.



Formål

NADA er recovery samt empowerment og ikke en lægelig eller medicinsk behandling. NADA er en vigtig indsats for at bedre trivsel og mental sundhed kombineret med anden behandling, terapi eller lign.

NADA-metoden blev oprindeligt udviklet til at afhjælpe afhængighed og behandle abstinenser i et integreret behandlingsprogram. Mange forbinder stadig NADA med afhængighed, selvom indikationerne er blevet betydeligt flere de sidste 30 år. Det er således vigtigt at se NADA som en metode, der hjælper med at stabilisere organismen såvel psykisk som fysisk. NADA er ikke rettet mod særlige diagnoser men kan bruges i alle situationer, hvor en person har brug for:

- Stabilitet
- Bedre stress-håndtering (herunder bl.a. søvnproblemer, rastløshed, angst m.m.)
- Øget fokus
- Bedre håndtering af følelser og kognitive funktioner.

NADA-metoden skal her ses som et supplement til den medicinske behandling.

Alle nedenstående symptomer kan som udgangspunkt behandles via de 5 basispunkter, således at NADA-metodens enkelthed også er dens styrke.

- Abstinensbehandling og reduktion af stoftrang
- Øge effekten af medicinsk behandling
- Lindre angst og depressive symptomer
- Understøtte en god nattesøvn
- Dæmpe aggressive impulser og tendenser til vold
- Bruges som harmreduction og symptombehandling
- Bedre stress håndtering
- Regulering af kroppens eget biokemiske system.

Anvendelse

NADA er de samme fem akupunkturpunkter i begge ører over 45 min. med standard-nåle (ikke permanente nåle) i rolige omgivelser. Det er vigtigt, at man sidder i ro med nålene under forløbet. NADA er oprindeligt udviklet som en gruppebehandling, hvilket også giver de bedste resultater. NADA-metoden rummer et meditativt element, hvor målet er, at klienten får kontakt til sig selv og egne ressourcer.

NADA er tænkt som støtte i et psykosocialt recoveryforløb, som regel af længere varighed men kan dog også anvendes til lindring her og nu ved fx akut stress, abstinenser, angst eller søvnproblemer.

Filosofien i NADA er, at metoden kan gives af alle, hvor der er behov for det. Fagpersoner skal være uddannet i at tilbyde NADA-behandling.

I Psykiatriens Hus kan borgere, der har en brugerstyret kontrakt eller anden tilknytning, som fx aktiviteter komme og få NADA - enten ved individuelle aftaler med NADA-udøvere, eller når de benytter Overnatningspladserne.

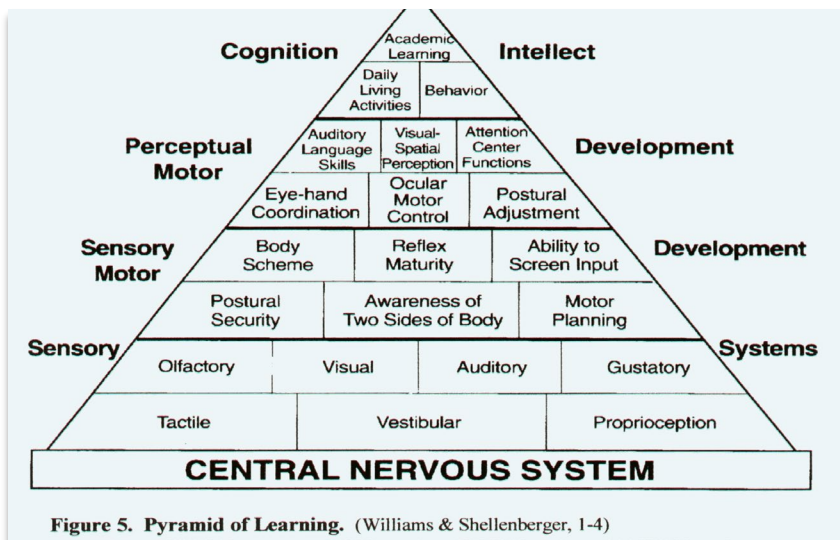
Metodebeskrivelse Sensorisk Profil

Formål

Sammen med borgeren at undersøge personens sensitivitet ift. at reagere på stimuli og hvilke systemer, der muligvis skaber hindringer for optimal funktion i hverdagen.

At give borgere indsigt i og redskaber til selv at kunne tage hånd om barrierer i egen hverdag. Med dette formål ønsker man at underbygge borgerens recovery-proces ved at borgeren selv kan skabe en meningsfuld balance mellem arbejde/aktivitet og hvile.

Teori



Sensorisk Profil tager udgangspunkt i menneskets primære- og sekundære sanser, herunder følesans, balancesans og muskel- og ledsans samt smag-, lugt-, høre- og synssans.

Tanken bag Sensorisk Profil er, at hvis der er over- eller understimulering af de primære og sekundære sanser hos et menneske, kan dette skabe problemer/udfordringer på de mere kognitive funktioner hos personen. Derfor forsøges der via Sensorisk Profil at støtte personen i at få klarhed i det individuelle sansebillede og på den måde blive hjulpet til at få optimeret sin sansebearbejdning.

Målgruppe

Mennesker med forstyrrelser i sansebearbejdning, hvilket fx kan vise sig ved søvnbesvær, angst uro, motorisk uro, kognitive problemer, aggressioner mv.

Metode

Er et undersøgelsesredskab, der afdækker den sensoriske profil hos unge og voksne personer. Dette via et spørgeskema, der består af 60 udsagn. Resultatet af testen udgør 4 sansetyper, der tilsammen udgør ens profil. Metoden tager udgangspunkt i det enkelte menneskets liv, herunder den kontekst personen er i, hvilke daglige aktiviteter personen finder udfordrende/drænende/udmattende. Man undersøger, hvad personen undgår (høje lyde, undgår at sidde tæt på andre mennesker mv.) eller opsøger (bruger mange krydderier i mad, livlige og farverige omgivelser). Sammen med vedkommende undersøger man, hvordan aktiviteterne kan moduleres (justeres) sådan, at der bliver taget hensyn til den enkeltes sanseprofil.

Anvendelse

I Psykiatriens Hus kan den Sensoriske Profil benyttes af husets terapeuter. Der sættes 1 time af til selve interviewet sammen med borgeren, og derefter tager selve analysen og den opfølgende samtale sammenlagt ca. 1 time. Tanken er, at borgeren får nogle konkrete bud på, hvilke tiltag han/hun med fordel kan afprøve i sin hverdag.

Sensorisk Profil kan benyttes sammen med gæster i Overnatningspladserne, som led i det kommende sanserum, på tværs af sektorerne i Psykiatriens Hus, fx som led i et hjemmebehandlingsforløb, eller sammen med andre gæster i huset, der kan se en fordel i at få sin sanseprofil afdækket.

Metodebeskrivelse Sanseintegration (SI)

Formål

At aktivt påvirke ens sanser, herunder særligt den proprioceptive sans (muskel-/ledsansen), for at opnå en beroligende effekt og/eller øget velbefindende, fx forbedret nattesøvn.

Målgruppe

Mennesker med forstyrrelser i sansebearbejdning, hvilket fx kan vise sig ved søvnbesvær, angst, mental og motorisk uro, kognitive problemer, aggressioner mv.

Teori

Ifølge Jean Ayres er tanken, at ved at stimulere den proprioceptive sans (stimuleres gennem bevægelse, led- kompression eller faste tryk), skabes en proces, der hjælper hjernen med at skelne og sortere i sanseindtryk. På den måde bliver man hjulpet til at opfatte egen krop og omverdenen på en mere hensigtsmæssig og naturlig måde. Den proprioceptive sans har en organiserende effekt på strømmen af stimuli til hjernen. Mange mennesker kan opleve urolig og/eller uafbrudt nattesøvn, fordi krop og hjerne har behov for at stimulere den proprioceptive sans. Dette fører derfor ofte til motorisk uro. Ved brug af fx en kugledyne, vil dynen kunne give den nødvendige stimulering og personen vil derfor i højere grad kunne opleve at finde ro om natten. Andre muligheder for at vække den proprioceptive sans er ved at give Ball-stick massage, styrketræning, dans, gåture (især på ujævnt underlag), yoga og generelt kropslige øvelser.

Anvendelse

I Psykiatriens Hus har vi aktuelt 3 vægtdyner, herunder 2 kugledyner og 1 granulatdyne, som er til udlån for gæster i Overnatningspladserne. Derudover tilbydes der Ball-stick massage til de gæster, der kunne ønske dette. Derudover har vi husets aktiviteter, som jf. ovenstående også kan bidrage til at stimulere den proprioceptive sans.

30 minutters stimulation af den proprioceptive sans stimulerer hjernens evne til at filtrere sansestimuli i op til 90 minutter.

Har du spørgsmål omkring sanser og sanseintegration, er du altid velkommen til at henvende dig til husets terapeuter (3 fysioterapeuter, 3 ergoterapeuter).



Metodebeskrivelse BBAT

Formål

At integrere kroppen i den totale identitetsopfattelse samt at bedre funktion, handlevne og livskvalitet.

- Balance og Postural Stabilitet (væren i forhold til sine omgivelser)
- Frihed i åndedræt og fysiologiske processer (fx blodomløb, stofskifte mv.)
- Mentalt nærvær

Teori

BBAT bygger på en holistisk tilgang til mennesket, hvor fokus er at skabe bevidsthed ift. indre liv, til relation til andre mennesker og til den kontekst, man befinder sig i. Der er i BBAT en orientering mod en oplevelsesdimension og en bevægelsesdimension, hvor fokus hele tiden er på at koble krop og psyke gennem en kropslig forankring. Udgangspunktet for hele teorien er, at krop og psyke ikke kan skilles ad og derfor kontinuerligt påvirker hinanden bevidst og ubevidst. Gennem at arbejde med kroppen vil man iflg. teorien derfor kunne opnå et større psykisk velbefindende (Skatteboe 2018).

Målgruppe

Mennesker med smerter, stress, angst, depression og/eller generel uro. Mennesker med træthed eller energiløshed. Mennesker med behov for at arbejde med fx balance, stabilitet, vejtrækning, mentalt nærvær eller opmærksomhed. Mennesker med forstyrret eller ændret kropsopfattelse. Mennesker med et ønske om bedret kropsbevidsthed.

Deltagelseskriterier

- At man kan vise et stabilt fremmøde og være aktivt deltagende
- At man kan være i en gruppe på max 8 deltagere
- At man kan holde fokus på kropslige øvelser i ca. 1 time ad gangen, og hvor der ikke er samtale
- At man kan komme op og ned fra gulvet

Metode

En stille træningsform med øvelser i et roligt og rytmisk tempo. Stimulerer kropslige processer, som kan have en beroligende effekt. Terapeuten er guidende og ikke korrigerende.

Øvelserne foregår stående, siddende og liggende og ved brug af stemmen.

Metoden er udviklet af Gertrud Roxendal, med inspiration fra Thai Chi og Mindfulness i kombination med et vestligt afsæt. Der arbejdes med kropslig forankring, respiration, centrering, balance og mentalt nærvær.

Anvendelse

BBAT foregår som hold (2 hold) mandage i Psykiatriens Hus, hvor tilmelding sker via samtale med de tre fysioterapeuter i huset. Holdforløbet strækker sig over 12 mødegange, men man kan også tilbydes individuelle forløb, som aftales efter den enkeltes behov. Har man en borger/gæst, der er interesseret i at høre mere om tilbuddet, kan man derfor rette henvendelse til en af fysioterapeuterne.

Man skal i forvejen have en indsats Psykiatriens Hus for at kunne benytte tilbuddet. Dette via Overnatningspladser og/eller hjemmebehandlingsforløb.



Metodebeskrivelse FIT - Feedback Informed Treatment

Beskrivelse

FIT (Feedback Informed Treatment) er udviklet af Scott D. Miller, Ph.d. og Barry L. Duncan, Psy.D. Systemet består administrativt af skemaerne Outcome Rating Scale (ORS), som beskriver oplevelse af effekten af indsatsen og Session Rating Scale (SRS), som beskriver samarbejdet med medarbejdere. Det er en evidensbaseret meta-metode, som kan anvendes uafhængig af specifik målgruppe, behandlingsmetode, referencenummer og pædagogiske tilgange. Systemet er videnskabeligt valideret gennem adskillige randomiserede kliniske undersøgelser og anbefales af Socialstyrelsen.



Med FIT sætter vi fokus på den individuelle feedback. Borgerne ses her som ekspert i eget liv og kun de ved, om de oplever sig mødt, respekteret og forstået af medarbejderne. Effekten af indsatsen bliver målbart større, når borgeren føler sig mødt. Denne feedback er med til at kvalificere og forbedre medarbejdernes indsats, når de støtter den enkelte borger i dennes recovery-proces. Ligeledes får den enkelte borger hjælp til at få overblik og nuancer på egen proces. FIT er med til at forøge den enkelte borgers potentiale for udvikling.

FIT er et licensregistreret redskab, hvilket bl.a. betyder, at man ikke kan ændre på teksten og ordvalget i skemaerne. Skemaerne er elektroniske, og scoren fra de to skemaer kommer automatisk ind i en graf. Grafen giver et billede af, hvordan borgerens score fordeler sig hen over tid. Det giver anledning til at tale sammen om, hvorfor det går, som det gør og om der er en læring, man kan drage ud af det. Der genereres i FIT-Outcomes data om indsatsene på borger, medarbejder og organisationsniveau.

Formål

FIT er et dialog- og evalueringsredskab, som anvendes i samarbejdet mellem borger og medarbejder. FIT er en meta-metode, der omfatter en stor grad af borgerinddragelse, som via styrket fokus på feedback processer er med til at kvalificere de indsatser, der laves i Psykiatriens Hus. Fokus er på optimering af samarbejdsalliancen samt kvalificering af tilgange og metoder, hvor vi sikrer brugerinddragelsen, ved at borger og medarbejder systematisk ved hver session taler om borgers oplevelse af effekt (ORS) og samarbejde/alliance (SRS). Dette gør det muligt at justere og optimere indsatsen løbende.

Medarbejderen og borgeren tager i forbindelse med faste møder over ca. 10-12 gange udgangspunkt i skemaerne, hvor de taler sammen om borgerens oplevelse af effekten af indsatsen og af samarbejdet med medarbejderne i PH. Det giver medarbejderne en god og værdifuld feedback fra borgerne. Med FIT måler vi bl.a. både effekten af indsatsen og kan derved justere, hvis den ikke er optimal, og vi får muligheden for at reagere hurtigere ved en indsats, som ikke forløber optimalt. Studier viser, at hvis der overhovedet ingen ændring er indenfor 8 møder, er der 90 % chance for, at det ikke sker (*S. Baldwin 1986*).

FIT er et dialogisk kvalitetsudviklingsredskab, som anvendes i samarbejde med borger og i refleksiv praksis i organisationen. Dvs. at data genereret i FIT-Outcomes kan inddrages i faglige drøftelser – i afdelingen, i teams og i sparring en-til-en mellem medarbejdere og mellem medarbejdere og ledere. Statistikken i FIT-Outcomes kan endvidere inspirere os i det strategiske arbejde med udvikling af faglighed, forløb og indsatser.

Terapeutisk alliance (relation)

Den terapeutiske alliance refererer til kvaliteten og styrken af samarbejdsrelationen mellem borger og medarbejder. Alliancen består af fire elementer, som illustreres som en trebenet taburet.

1. Enighed om mål, mening eller formål med behandling
2. Enighed om de anvendte arbejdsmåder og metoder
3. enighed om medarbejderen rolle (inklusive at blive opfattet som varm, empatisk og ægte)
4. Forståelse og imødekommelse af borgers præferencer



Taburetten kan ikke stå, hvis bare én af delene ikke fungerer. På samme måde vil den terapeutiske alliance falde sammen, hvis et af elementerne af allianceen ikke fungerer (*Betolino & Miller, 2012*).