

Metodekatalog Psykiatri Plus Bosteder



Stentoft & Tjørnehøj

Ver.1.0



Indholdsfortegnelse

INDLEDNING.....	1
DEN NARRATIVE SAMTALETEKNIK.....	3
Om metoden	3
Historie og videre læsning	4
Konkrete værktøjer og metoder	4
Eksternalisering	4
Bevidning	4
PERSONCENTRERET OMSORG	7
Om metoden	7
Historie og videre læsning	8
Konkrete værktøjer og metoder	8
Demensligningen	8
Blomsten	9
MEDICINPÆDAGOGIK	10
Om metoden	10
Historie og videre læsning	10
Konkrete værktøjer og metoder	11
STEMMEHØRING	12
Om metoden	12
Historie og videre læsning	12
Konkrete værktøjer og metoder	13
Stemmehøregrupper og Maastricht-interviewet	13
Stemmehørerens faser	13
LA2	15
Om metoden	15
Historie og videre læsning	15
Konkrete værktøjer og metoder	16
Trivselsplaner.....	16
Tryghedsplaner	16
Læringsplane.....	17

INDLEDNING

Psykiatri Plus driver to private bosteder efter servicelovens §107 og §108, og tilbyder kortere og længerevarende ophold til mennesker, der har behov for omsorg, pleje og behandling på grund af en psykisk sygdom. Vi eksisterer for at skabe trygge hjem for mennesker med behov for en specialiseret indsats- fordi vi tror på, at alle har potentiale, som kan forløses ved at tænde et håb og skabe udvikling uanset kompleksiteten af udfordringer og livshistorie.

Målgrupperne for vores bosteder er mennesker med:

- Svære psykiske og sociale problemstillinger, herunder forstyrrelser i personligheden
- Problematikker med rusmiddelindtag og selvskadende adfærd¹
- Psykisk lidelse, og en retslig foranstaltning
- Adfærd
- Svær demens med hovedvægt på udadrettet adfærd.

Metodekataloget er ikke en udtømmende beskrivelse. Men derimod et internt "hjælpsomt" katalog til den enkelte medarbejder, som rammesætter og giver indblik i den faglige tilgange, metoder og tilhørende redskaber der anvendes på bostederne. Metoderne er udvalgt med afsæt i evidensbaseret viden iht. til målgruppen og tilpasses den enkelte beboers behov.

Da vi tror på at alle har potentiale, som kan forløses ved at tænde et håb og skabe udvikling uanset kompleksiteten af udfordringer og livshistorier, møder vi vores beboere ud fra en recovery-orienteret tilgang, et narrativt mennesyn og med Low Arousal som omdrejningspunkt ift. forebyggelse af kritiske episoder.

Med et narrativt menneskesyn mener vi, at mennesker er mere end det vi umiddelbart ser/ hører, de organiserer deres erfaringer gennem fortællinger. Der kan via samtale og nysgerrig udforskning af disse erfaringer, findes frem til nye fortællinger og dermed genetableres en relation til det der er vigtigt i deres liv.

¹ Hejlskov, Bo Elven. Kort og godt om konflikter og Low Arousal. Dansk Psykologisk forlag s.3

Med Low Arousal som omdrejningspunkt læner vi os op af troen på, at vi skal skabe en rolig hverdag for mennesker der er udfordret iht. at regulere følelser på egen hånd. Det gør vi ved at være gode til at regulere egne følelser og impuls kontrol².

Recovery handler om at komme sig helt eller delvist fra psykiske vanskeligheder og overvinde de sociale følgevirkninger det kan medføre. Recovery er ikke en metode, men en proces der sker i hverdagen mens livet leves. Processen ses, opleves og virker indefra, og kan ikke tilbydes som en indsats. Processen kan anerkendes, understøttes og fremmes udefra.

"Recovery handler om at skabe sig et meningsfuldt og tilfredsstillende liv, sådan som personer selv definerer det, med eller uden symptomer og problemer, som kan komme og gå" (Mike Slade m.fl., ImRoc, 2008).

En sammenfattende forskningsoversigt fra 2011 peger på 5 betydningsfulde og fremmende elementer for recovery-processer, herunder Connection, Hope, Identity, Meaning, Empowerment (CHIME).

- **Forbundethed** opnås ved at indgå i sociale relationer og fællesskaber, samt ved at få socialt støtte af ligesindede, professionelle og netværk.
- **Håb og fremtidsoptimisme**, herunder en positiv tænkning med fokus på håb, drømme og fremtidsoptimisme fx ved at tro på muligheden for at komme sig, at være motiveret for forandring, værdsætte succesoplevelser, og være i relationer der giver håb.
- **Identitet**, herunder muligheden for at (gen)opbygge og redefinere en positiv identitet og overvinde stigmatisering.
- **Mening** indebærer muligheden for at (gen)finde meningen med livet og med de oplevelser, som har været præget af de psykiske vanskeligheder. Mening med livet handler også om oplevelse af livskvalitet, sociale roller, mål samt spiritualitet.
- **Empowerment** indebærer at (gen)vinde magten og kontrollen over eget liv, med afsæt i egne ressourcer og støtte fra ligesindede³.

Da vi har en faglig tilgang, der **gør** frem for **taler** om recovery og beboerinddragelse, vil CHIME faktorerne være gennemgående i de metoder, tilgange og tilhørende redskaber der anvendes i vores botilbud.

De metoder der rammesættes og gives indblik i, er den Narrative Metode, herunder den narrative samtale teknik, LA 2, Personcentreret Omsorg, Stemmehøring og Medicinpædagogik.

² Hejlskov, Bo Elven, *Kort og godt om konflikter og Low Arousal*, Dansk Psykologisk forlag s.30

³ <https://socialstyrelsen.dk/handicap/psykiske-vanskeligheder/rehabilitering>

|01| DEN NARRATIVE METODE

Om metoden

Narrativ betyder fortælling, og ordet repræsenterer den fortælling mennesker har om sig selv og sit liv. Intet er statisk eller sandt, da der altid kan fortælles en ny historie hvor en ny mening kan skabes eller genskabes. Mennesker kan have historier om sig selv der f.eks. handler om ikke at være god nok, at man ikke fortjener at have det godt, er et dårligt menneske, har brug for rusmidler for at kunne eksistere, er psykisk syg, ikke at vide hvem man selv er osv. For nogen kan det føles som om at være låst fast, vævet ind i en masse historier om sig selv uden at kunne komme videre.

Hovedtanken i narrativ praksis er, at man via samtale med mennesker og nysgerrig udforskning af deres erfaringer, kan hjælpe dem til at finde frem til nye historier - og med at etablere/ genetablere en relation til det der er vigtigt i deres liv. Den professionelle opgave er at være med til at skabe en rigere historiefortælling - ud fra devisen "jo mere nuancerede fortællinger, jo flere handlemuligheder".

Den narrative terapies grundlægger, Michael White, definerer det som "nyudvikling af personlige narrativer og rekonstruktion af identitet" fordi "nyudviklingen af personlige narrativer uvægerligt medfører en ændret identitet". Dette sker i narrative samtaler både gennem dekonstruktion af dominerende negative fortællinger, samt opbygning af mere brugbare og fortrukne fortællinger.

I samtalerne ses borgeren som ekspert på sit eget liv. Den professionelle ved ikke hvad der er bedst for borgeren, og må sætte sin mening og holdning i parentes. Dette set ud fra, at enhver fortolkning ses som et mærkat der sættes på borgeren fra en professionel position. Hvis den professionelle tror og mener på borgerens vegne, giver man sig selv en magt man ikke fortjener, og som kan være undertrykkende og ikke frihedsskabende for borgeren.

Der findes ingen objektiv sandhed om noget som helst! Enhver såkaldt sandhed er blot en fortolkning. Der kan altid fortælles mere, og man når aldrig frem til "sandheden". Viden og selv skabes i et socialt samspil med andre. Den narrative tilgang lægger vægt på at problemer er problemer, og det er aldrig borgeren der er problemet. Der er fokus på identitet, værdier, nye livshistorier og handlemuligheder på en positiv og respektfuld måde. Narrativ praksis tilbyder et radikalt alternativ til diagnoser og fortolkning, og har det fundamentalt positive og konstruktive udgangspunkt, at hvor der er liv, er der en lyst til at skabe forandring til det bedre

Historie og videre læsning

Mange af de grundlæggende ideer omkring den narrative tilgang har deres oprindelse tidligt i det forrige århundrede. Det var dog først i 1980'erne og 1990'erne, at det blev en anerkendt tilgang, b.l.a. grundet vigtige forfattere som Thomas Sabine og Jerome Bruner. Nu er den narrative tilgang blevet et anerkendt perspektiv indenfor psykologien og er repræsenteret i videnskabelige tidsskrifter og der bliver undervist indenfor retningen på universiteter rundt omkring i verdenen.

Videre læsning

Morgan, Alice (2005), Narrative samtaler - En introduktion, Hans Reitzels Forlag

Holmgren, Anette red. (2010), Fra terapi til pædagogik - en brugsbog i narrativ praksis, Hans Reitzels Forlag

White, Michael (2008), Kort over narrative landskaber, Hans Reitzels Forlag

Konkrete værktøjer og metoder

Eksternalisering (Problemet er problemet og ikke noget iboende)

Eksternalisering bygger på en socialkonstruktionistisk forståelse af, at mennesker ikke bare "er", men bliver skabt hele tiden i relationer. Der kan dog være en modsatrettet tendens, både fra fagpersoner og borgere, til internalisere problemet, dvs. at borgeren ER problemet f.eks.:

"Jeg er skizofren, Jeg er angst, jeg er misbruger".

"Hun er skizofren, han er angst, han er misbruger".

Den fagprofessionelles opgave er at eksternalisere problemet fra borgeren - altså at flytte problemet væk fra. Dette gøres ved at lytte til borgerens beskrivelser, og dermed søge at finde en anden måde at omtale problemet på, f.eks. gå fra "Jeg er angst - jeg kan ikke" til "Så angsten har taget modet fra dig?" "Hvilken effekt har angsten på dig?". "Hvornår mødte du angsten? Hvad skete der"? Det handler om at finde sætninger der "fjerner problemet" fra borgeren⁴.

Bevidning (ikke at forveksle med anerkendelse)

Alle har brug for at blive hørt, - at have vidner til sin historie. Identitet skabes og genskabes ved at have tilhørere/vidner til sin historie. På denne baggrund gives der respons på borgerens fortælling, herunder en bevidnende genfortælling af hvad du har lyttet til, hørt fortalt, samt hvad det har afstedkommet af refleksioner hos dig f.eks.:

⁴ Morgan, Alice. Narrative samtaler kap. 4,5,6

"Det du sagde om...Jeg lagde mærke til at ..."⁵.

Der er en række samtaleværktøjer der kan benyttes til at skabe en dialog mellem fagperson og beboer.

Fanen (at tegne sit eget banner som viser hvem man er.)

Tegn en fane med 4 felter hvor du enten kan tegne eller skrive en uopfyldt ambition, en værdsat personlig egenskab, en figur der viser hvordan du har det, den person du respekterer mest⁶ (link til [fanen](#))

Livslinje (oversigt fra fødsels til nu)

Livslinjen går ud på at tegne en oversigt over sit liv. Det kan sættes op på en linje, på en vej, et træ eller på en anden illustrativ måde. På livslinjen kan man skrive eller tegne begivenheder der er sket i livet, steder man har boet, mennesker man har været sammen med eller andre ting man synes er vigtigt. En god ide er at skrive hvilket årstal og evt. hvilken måned de enkelte ting er sket.

Livstræet

Ved at arbejde med livstræet, vil borgeren generere betydningsfulde mennesker i sit liv. De vil forstå deres valg gennem livet, de vil få øje på dine mange gode fortællinger, som de har glemt. De vil genopleve vigtige episoder fra deres liv, som har betydning for deres identitet. Træets opbygning er som følger:

- Rødderne symboliserer ens historie og hvor man kommer fra.
- Jorden symboliserer det nuværende liv der leves.
- Stammen symboliserer færdigheder.
- Grenene symboliserer håb og drømme.
- Træets blomster/frugter symboliserer gaver"/evner/færdigheder man har fået med sig fra barnsben⁷.

Link til [Livstræet](#)

Andre redskaber

Herudover kan understøttende og bevidnende narrativer redskaber være:

Skriv et brev til borgeren

Eks. på indhold: "Siden vores samtale har jeg tænkt over, hvilken følelse du havde da du blev far? Hvordan er man i din optik en god forælder?"

⁵ Bak, Mette Melby. Det, vi fælles skaber – Om bevidning som pædagogisk praksis på et kvindekrisecenter.

⁶ Vedlagt som bilag

⁷ Vedlagt som bilag

Udarbejdelse af liste sammen med borgeren

Eks. på indhold: Hvad hjælper mig til at gøre fremskridt? Hvad bevirker tilbageskridt?

Udlever bevis på fremgang, vigtige begivenheder eller vendepunkter

Fremgang i de delmål der er oprettet i Bosteds-systemet fremhæves overfor beboeren. Det kan også være andre områder som iagttages, f.eks. sejr over lavt selvværd.

Eksempel på et bevis:

“Dette er et bevis på at NN har opnået større selvværd, nedenfor nævnte personer har observeret følgende forandringer.....”

Narrative guidelines

Der er en række narrative guidelines der er gode at have i baghovedet i det daglige arbejde:

- Vær ikke skeptisk eller kritisk i forhold til borgeren. Hav tiltro til, at der altid er gode grunde til borgerens handlinger, og at borgeren har en iboende livskraft
- Vis oprigtigt positiv interesse for borgerens egne fortællinger og den eksisterende viden, som den er
- Anvend aktiv lytning og stil spørgsmål fremfor at give svar
- Reflekter over egen praksis i forhold til borgerens behov og ønsker
- Hav fokus på borgerens liv og de historier, som omhandler og giver borgeren trivsel og glæde
- Vis interesse i de begreber borgeren har om sit liv, og som skaber mening og betydning i borgerens liv og udgør grundlaget for de historier, borgeren kan fortælle om sig selv og dennes relationer
- Der er aldrig en endelig objektiv sandhed om noget som helst. Der kan altid tilføjes yderligere facetter og detaljer til en fortælling og nye historier, og der kan altid fortælles andre historier.
- Der altid er gemt mere mening end det, der hidtil er fortalt. Der er altid mere, der kan og skal fortælles, for at meningen og intensiteten kan bryde frem - for at man kan sige: „Nåh, nu forstår jeg bedre.“

102 | PERSONCENTRERET OMSORG

Om metoden

Formålet med at arbejde med personcentreret omsorg er, at medvirke til at forbedre sygdomsforløbet, forbedre livskvalitet og opretholder funktioner længere.

Mennesker med demens er alle sammen unikke, med deres egen livshistorie og personlighed, og skal anerkendes og respekteres. Personcentreret omsorg handler om at sætte personen i centrum, frem for at sætte diagnosen i centrum. Når man arbejder med personcentreret omsorg er det vigtigt, at man anerkender og værdsætter personen som et fuldgældigt medlem af samfundet, med samme rettigheder som alle andre. Deres perspektiv er lige så meget værd som vores eget. Man skal derfor som medarbejder tilpasse sig, så personen med demens trives. Vores omsorg og pleje skal tage udgangspunkt i de individer vi møder og dette skal hele tiden justeres da dette kan skifte fra dag til dag.

Vi skal være gode til at have indsigt i deres livshistorie, personlighed og deres neurologiske svækkelse, for hele tiden at imødekomme og forstå deres behov. Mange kan ikke selv sætte ord på hvad de ønsker eller hvad der sker pga. den neurologiske svækkelse. Derfor er det vigtigt at medarbejderne bruger perspektivskifte som metode, for at hjælpe personen med demens til at gøre sig forståelig, og finde ud af hvad der er vigtigt for dem. Medarbejderne skal skabe et miljø hvor de psykologiske behov vægtes højt, og hvor deres velbefindende og livskvalitet er i fokus.

Dette gøres ved at plejen er tilpasset den enkelte, der er stor tålmodighed, omsorg og forståelse for den enkelte. Der er fokus på samvær og kommunikation, både det verbale og non-verbale. Mange personer med demens kan være udfordret på sproget, så det er vigtigt at medarbejderen er opmærksom på sit eget kropssprog. Gør brug af kropslige udtryk og bevægelser, ansigtsudtryk, mimik, stemmeføring og berøring. Der er stor fokus på at inkludere personen, så man gør tingene sammen, i stedet for at gøre det hele for personen. Dette for at hjælpe personen med at føle sig værdsat og bevare og styrke deres funktioner.

Når man arbejder med personcentreret omsorg er det vigtigt at man samarbejder med sine kollegaer, så man sammen kan reflektere over hvornår det lykkedes - og hvorfor det nogle gange ikke lykkedes. Kollegaer skal bruge hinanden og udnytte de forskellige perspektiver på personen, for tilsammen at blive klogere på hvad der er mest hensigtsmæssig for personen at gøre fremover.

Historie og videre læsning

Den personcentrede tilgang er beskrevet af mange fagfolk gennem tiden. Den mest kendte er den engelske psykolog Tom Kitwood, som i 1990'erne sammen med Bradford Dementia Group udviklede teorierne bag personcentreret omsorg. Via observationer på engelske institutioner observerede han, at mennesker med demens blev nedværdiget, tilsidesat, og deres personlige integritet blev undergraved. Samtidig kunne han konstatere, at mennesker med demens oplever tryghed, trivsel og velvære, når vilkår og omgivelser er tilpassede, og når de understøttes og respekteres af plejepersonale, pårørende og samfundet omkring sig. Personcentreret omsorg har stor udbredelse både i Danmark og i mange andre lande.

Videre læsning

Demenshåndbogen: Følg dette [link](#) eller hent den på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/demenshaandbog-personscentreret-omsorg-i-praksis>

Konkrete værktøjer og metoder

Når man arbejder med personcentreret omsorg, skal man anvende metoderne demensligningen og Blomsten. Demensligningen bruges til at komme hele vejen rundt om personen med demens, for at få en god forståelse og beskrivelse af personen. Derefter bruges Blomsten til at forstå personens behov og øge deres velbefindende.

Når man bruger de konkrete metoder, kommer man hele vejen rundt om personer med demens, så man får en god beskrivelse og forståelse af personen. Man forstår personens behov og øger deres velbefindende.

Demensligningen (Bruges til at forstå den enkeltes demensudtryk).

Demensligningen er et sammenspil af 5 centrale faktorer, der gør medarbejderne bedre i stand til at forstå beboeren:

- **Biografi:** Personens livserfaringer og livshistorie.
- **Personlighed:** Personens ressourcer og forsvarsmekanismer. Personlighed inden demenssygdom.
- **Helbred:** Personens fysiske tilstand bivirkninger af medicin og skarphed af sanser.
- **Neurologisk svækkelse:** Personens neurologiske forandringer i hjernen.
- **Socialpsykologi:** Betingelser i omgivelserne, samspil imellem personen og det omgivende miljø, familie og medarbejdere.

Link til [Demensligningen](#)

Blomsten (bruges til at være undersøgende på hvilke psykologiske behov der ikke er opfyldt).

Blomsten er de 5 grundlæggende psykologiske behov:

- **Kærlighed:** Ubetinget accept af den demensramte, hele tiden at have øje for at de trives.
- **Trøst:** Give omsorg og nærhed. De skal have forståelse af at blive mødt og forstået igennem varme og styrke. Trøst kan gives både ved berøring, trøstende ord og bare det at være til stede.
- **Identitet:** At have en livshistorie som bliver opretholdt og vedligeholdt i takt med at demenssygdommen udvikler sig.
- **Beskæftigelse:** At blive involveret i aktiviteter som er meningsfulde.
- **Inklusion:** At blive inkluderet og bidrage til fællesskabet enten fysisk eller verbalt.
- **Tilknytning:** Behovet for at føle sig knyttet til andre.

Link til [Blomsten](#)

|03| MEDICINPÆDAGOGIK

Om metoden

Læring giver viden og dermed mulighed for at vælge, hvorfor det er vigtigt at beboerne får undervisning om medicin samt mulighed for at samles og vidensdele deres oplevelser om medicin og/eller andre strategier som afhjælper de udfordringer der opleves.

Medicinpædagogik kan bidrage med metoder, som fokuserer på, at beboeren gennem indsigt i og bevidsthed om egen medicinanvendelse, og gennem øget medansvar for egen medicinanvendelse, opnår så selvstændigt og meningsfuldt liv som muligt.

Vores arbejde med Recovery, CHIME gør at inderfraperspektivet naturligt er det der understøttes, og medarbejderne kun tilbyder deres samarbejde og viden. Det er meget vigtigt at netop den medicinske snak, bliver en nysgerrighed på beboerens livshistorie og dermed gode og dårlige oplevelser med medicin, psykiatere og sundhedspersonale, som tages imod med respekt.

Da vores tilgang understøtter individets egen proces, er det vigtigt at vi ikke kommer til at sygeliggøre deres oplevelser og begrænse ved at få et diagnosefokus, men fortsat har reaktionen og historikken som vigtigste pejlemærke.

Et væsentligt formål med det medicinpædagogiske arbejde er, at udvikle et respektfuldt og ligeværdigt samarbejde mellem beboeren, medarbejdere i psykiatrien og andre sundhedsprofessionelle medarbejdere (psykiatere, alment praktiserende læger, distriktssygeplejersker). Samarbejde bør tage afsæt i den ekspertise brugeren besidder om eget liv og egen hverdag og den viden det sundhedsfaglige personale besidder. For psykiatere og andet sundhedsfagligt personale kan der være tale om en anden form for samarbejde med brugeren, end man måske er vant til. Der kan være mange fordele ved at brugeren eksempelvis møder til konsultationen med en dagsorden og har en bevidsthed om, hvad vedkommende vil have ud af konsultationen. Men det kan også være forbundet med vanskeligheder, fordi det udfordrer gængse roller og ansvarsfordeling.

Historie og videre læsning

Socialstyrelsen iværksatte i 2010'erne et initiativ til udvikling af metoder, hvor medicin kan anvendes i et pædagogisk perspektiv. Medicin benyttes som et led i den sindslidendes recoveryproces, og hjælper dermed den enkelte bruger til at blive bedre til at mestre sin sygdom i hverdagen.

Videre læsning:

Inspirationskatalog: Følg dette [link](https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/medicinpaedagogik), eller hent det på socialstyrelsens hjemmeside <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/medicinpaedagogik>.

Konkrete værktøjer og metoder

Der er udviklet tre redskaber til Den gode konsultation:

- A. Min personlige medicindagbog
- B. Forberedelse af konsultationen
- C. Gennemførelse af konsultationen

Der kan hentes redskaber, skabeloner og inspiration til alle dele af processen i det medicinpædagogiske arbejde på (indsæt link)

På bostederne har det medicinpædagogiske arbejde helt konkret indflydelse på følgende områder:

- Gennemgang af medicin hver 3 mdr. med beboer og kontaktperson.
- Alle beboere tilbydes 1x årligt undervisning i medicin og sundhed.
- Alle beboere tilbydes støtte til at føre medicindagbog.
- Alle beboere tilbydes forberedelse til konsultation
- Alle beboere tilbydes støtte og deltagelse fra kontaktperson eller anden for beboeren relevant person ved konsultation samt efterfølgende en opfølgende samtale.
- Derudover er der altid mulighed for at tale medicin ved de 5 årlige ressourceteams møder samt ved den daglige medicinudlevering.
- Medicinpædagogik styrker særligt områderne, empowerment, identitet og meningskabelse.

Det kan være krævende at skulle sætte sig ind i de nye metoder og anvende redskaberne i sin dagligdag, måske særligt i de perioder, hvor man ikke har det godt eller når ens mentale helbredstilstand er svingende. Der er derfor vigtigt at der kontinuerligt tilbydes undervisning, medicindagbog, forberedelse til konsultation til alle, da flere ikke vil have modet til det, eller har oplevelser med sig, der gør at de ser dette som konfliktskabende. Nogle beboere har måske først mod til dele af arbejdet med medicinpædagogik efter mange x undervisning eller gode oplevelser fra de andre beboere, hvor andre igen ønsker at stå helt ude på sidelinjen i år før modet eller interessen kommer.

|04| STEMMEHØRING

Om metoden

Formålet med stemmehøring er, at støtte mennesker, der hører stemmer og deres pårørende. Vi arbejder med udgangspunkt i et livshistorisk perspektiv og med den forståelse, at stemmer er meningsfulde og relateret til ens liv. Vi betragter stemmerne som en reaktion snarere end en sygdom og derved bliver det en radikalt anderledes tilgang end den gængse sygdomsorienterede forståelse som ofte tilbydes.

Stemmer er et fænomen, der forekommer forholdsvis hyppigt i befolkninger (ca. 2-4%). Forskning viser, at to ud af tre stemmehørere ikke har problemer med at høre stemmer, og at det kun er hver tredje stemmehører, der søger kontakt med psykiatrien.

Mange mennesker begynder eks. at høre stemmer i forbindelse med oplevelser af ekstrem stress eller traumer. Jo mere og vedvarende traumet er, jo større sandsynlighed er der for, at man begynder at høre stemmer etc. For mange mennesker fører dette til en psykiatrisk diagnose - typisk skizofreni - og den tilhørende medicinske behandling.

Den hollandske professor i socialpsykiatri Marius Rommes forskning/teori om stemmehøring, viser at stemmer kan ses som en slags budbringer fra eksistentielt vanskelige temaer i personens liv eller/og tidligere traumer. Stemmer betragtes som en reaktion på følelsesmæssige problemer, der er sværere at acceptere eller håndtere. F.eks. at anerkende en seksuel identitet udenfor normen, føle skyld over en traumatisk begivenhed, isolation osv. For nogle mennesker bliver stemmerne problematiske, og de kan udvikle alvorlige psykiske problemer.

Normaliseringen af det at høre stemmer har vist sig, at betyde meget for stemmehøreren. Det indebærer, at personen ikke også skal slås med oplevelsen af at være anderledes og dermed stigmatiseret. Derved opnås en større tro på, at der er en vej ud af de aktuelle problemer og en tro der skal bære personen igennem nogle af de vanskelige perioder, hvor fremskridtene er små eller fraværende. Der er utallige positive eksempler på mennesker, der har fået det mærkbart bedre gennem at dele oplevelserne omkring stemmerne med en uvildig person.

Historie og videre læsning

På baggrund af forskning omkring stemmehøring i 1990'erne og 2010'erne, opstod det internationale stemmehørenetværk, Intervoice, der består af psykiatribrugere, tidligere psykiatribrugere, professionelle, forskere og andre. Intervoice og Stemmehørenetværket i Danmark arbejder for at stemmehøring skal forstås i et livshistoriskperspektiv, og kæmper for empowerment og afstigmatisering af stemmehøring.

Videre læsning

Busch, S. (2015). At blive og være stemmehører. Et antropologisk studie af stemmehøring og læring i stemmehørebevægelsen i Danmark (Ph.d.-afhandling). Institut for Antropologi: Københavns Universitet.

Romme, M & Escher, S. (2010), *At leve med stemmer*, Psykovision.

Stemmehørernetværket i Danmark: <http://www.stemmehoerer.dk/>

Konkrete værktøjer og metoder

At lære at håndtere stemmer er en proces (nogle gange langvarig). Ved at arbejde med livshistorien, tidspunktet omkring stemmernes indtog og de følelsesmæssige belastninger, kan stemmehøreren få en indsigt og nogle redskaber. Det betyder, at stemmernes dominans aftager, og personen kan igen blive "herre i eget hus". Nogle stemmehørere oplever at stemmerne forsvinder, men det er ikke målet. Målet er at arbejde med stemmehørerens forhold til stemmerne, således at det ikke er stemmerne, men stemmehøreren der styrer sit liv.

Stemmehøregrupper og Maastricht-interviewet

Man kan arbejde med individuelle samtaler og gennem stemmehørergrupper, eller begge dele. Stemmehørergrupper er selvhjælpsgrupper, hvor mennesker der hører stemmer, mødes og taler om deres oplevelser i trygge og tillidsfulde rammer - og får inspiration og støtte fra hinanden til at leve godt med stemmerne.

Der kan arbejdes individuelt med stemmerne igennem [Maastricht-interviewet](#). Dette er et interviewskema, der kan hjælpe fagmedarbejderen til at få en samtale med beboeren omkring stemmer. Interviewskemaet bygger på 15 emner, hvor interviewer og den interviewede sammen går på opdagelse i personens stemmeunivers. I den første del kortlægger de oplevelsens karakter, stemmernes karakteristika, og omstændigheder i livet som knytter sig til stemmehøring. Derefter kortlægges hvad stemmerne siger, hvad personen tænker forårsager dem, og hvordan personen bliver påvirket af sine stemmer. Til sidst spørger interviewer ind til personens forhold til stemmerne og mestringsstrategier, ligesom der spørges til livshistoriske oplysninger om f.eks. barndom og socialt netværk.

Stemmehørerens faser

Stemmehøreren kan befinde sig i en af følgende tre faser:

Forstyrrelsesfase: Her er det relevant at påbegynde en dialog og indsamle oplysninger om stemmerne.

Kendetegn ved fasen

Personen fortsat overvældet af den anderledes nye oplevelse af at høre stemmer. Oplevelsen kan være så skræmmende, at det leder til forvirring. På dette stadie er folk ofte ikke begyndt at tale om deres stemmer. Personen kan være bange for at stemmerne vil komme oftere frem eller straffe vedkommende.

Organiseringsfasen: Her kan man f.eks. beskæftige sig med de aspekter, som skaber den største forstyrrelse, det som gør stemmerne magtfulde eller onde, og det som gør, at stemmehøreren tildeler dem mere magt.

Kendetegn ved fasen

Her er stemmehøreren blevet mere fortrolig med stemmerne og leder efter forskellige måder at forstå og håndtere dem på. På dette tidspunkt er det relevant at drøfte de informationer om stemmerne og deres sammenhæng som man sammen har tilvejebragt. Stemmehøreren er her central i udvælgelsen af de vigtige temaer til videre drøftelse.

Stabiliseringsfasen: Hovedopgaven er nu at løse de udfordringer i hverdagen, som er forbundet med at høre stemmer.

Kendetegn ved fasen

Forholdet mellem stemmehøreren og dennes stemmer er nu blevet mere balanceret, angsten reduceret og kontrollen bedre etableret

|05| LA2

Om metoden

LA2 er inspireret af Low Arousal og recovery. Grundtanken i både Low Arousal og LA2 er, at der er sammenhæng mellem beboerens arousalniveau og kritiske episoder. Arousal kan forstås som en 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. Stimuli kan eks. være at blive irettesat, blive peget ad, eller stemningen i et rum. 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.

- De fleste beboere, som ofte udøver vold eller trusler om vold, har en let vakt arousal. Derfor bør vores adfærd forebygge, at beboerens arousal stiger særligt i kritiske episoder.
- Ofte indgår fagprofessionelles krav eller forventninger forud for en stor del af den vold og trusler om vold, som beboere udøver. Det kan derfor gøre antallet af kritiske episoder mindre at tilpasse disse krav.
- Størstedelen af kommunikationen er nonverbal. Det er derfor vigtigt at tænke over, hvilke nonverbale signaler vi sender, når vi står overfor en beboer, der er i høj arousal.

En vigtig pointe er, at arousal findes hos alle mennesker dvs. både hos den fagprofessionelle og hos beboerne. Et vigtigt element i LA2 er derfor, at det ikke kun er beboerens ansvar at forebygge kritiske episoder, eller håndtere dem. Derudover er beboerens perspektiv, deres oplevelser og forståelse, helt nødvendig at inddrage.

LA2 giver beboere og medarbejdere en række redskaber til at italesætte kritiske episoder. Derved kan de både forebygges, håndteres og der opnås fælles læring. Målgruppen for LA2 er unge eller voksne med psykiske vanskeligheder, kognitive funktionsnedsættelser og sociale udfordringer, og de fagprofessionelle, som arbejder med dem.

Danske evalueringer viser tegn på at tilgangen har positiv effekt for både beboerne og de fagprofessionelle. Det drejer sig bl.a. om betydelig nedgang i magtanvendelse og i hændelser med udfordrende adfærd. Derudover peger evalueringerne på, at tilgangen medfører en øget trivsel for beboere og fagprofessionelle.

Historie og videre læsning

LA2 er inspireret af den oprindelige Low Arousal tilgang. Low Arousal er udviklet i Storbritannien af klinisk psykolog og Ph.d. Andrew McDonnell i slutningen af 1990'erne. Low Arousal kom til Danmark i midten af 0'erne. Herhjemme er Low Arousal bl.a.

repræsenteret ved psykolog Bo Hejlskov Elvén, som har videreudviklet Low Arousal i form af den rogivende pædagogik.

På baggrund af en række episoder, igangsattes Socialstyrelsens *Satspuljeprojekt om forebyggelse af magtanvendelse i socialpsykiatrien* (2014-2017). På baggrund af dette blev LA2 udviklet, med manualer og planer.

Videre læsning:

- › LA2 – Metodemanual til forebyggelse af vold og fremme af trivsel på botilbud
- › Møller, B., B.B. Brasch & K. Pedersen (2013): Konflikter og vold – en faglig udfordring. København: Vold som Udtryksform, Socialt Udviklingscenter SUS.
- › Høgsbro, K. et.al. (2012): Når grænserne udfordres – Arbejdsbelastninger og pædagogiske udfordringer i specialpædagogiske boenheder. København: AKF – Anvendt Kommunal Forskning og Aalborg Universitet.

Konkrete værktøjer og metoder

LA2 kan anvendes i samarbejdet mellem beboeren og de fagprofessionelle. Til metoden er der knyttet tre forskellige planer, med en version til beboer og en til fagprofessionelle. Disse danner struktur for samtaler mellem beboere og medarbejdere.

Trivselsplaner: Bruges til at forebygge kritiske episoder.

I Min trivselsplan er udgangspunktet indefraperspektivet; hvordan beboeren oplever egen trivsel, ressourcer, netværk, mestringsstrategier og belastninger. Der er fokus på, hvordan beboeren oplever sin hverdag, og hvordan du kan støtte beboeren.

I Trivselsplan for fagprofessionelle er fokus på hvordan du som fagprofessionel ser beboerens trivsel, ressourcer, netværk, mestringsstrategier, belastninger. Fokus er også på den faglige tilgang og den støtte beboeren får, og kan inddrages i samtaler med beboeren, så de kan få et syn på udefraperspektivet.

Tryghedsplaner: Har til formål at håndtere kritiske episoder.

I Min tryghedsplan er det beboerens indefraperspektiv der er i fokus. I laver sammen en plan for håndtering af beboerens affekt. Planen skal støtte beboeren i at undgå, at han eller hun kommer i svære situationer og mister selvkontrollen.

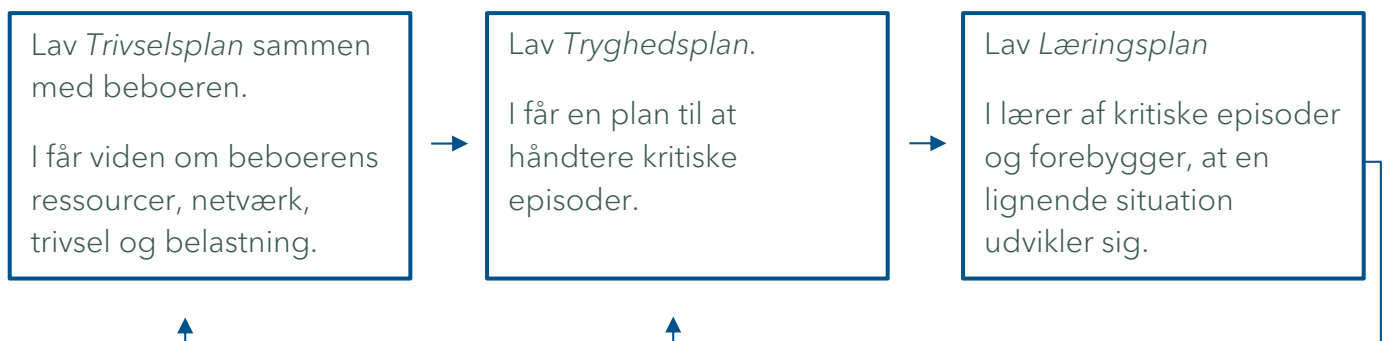
Tryghedsplan for fagprofessionelle bruges til at reflektere over vores tilgang til beboeren og kan inddrages i samtaler med beboeren, så de kan få et syn på udefraperspektivet.

Læringsplaner: Har til formål at reflektere og opnå læring af kritiske episoder

I *Min Læringsplan* er udgangspunktet indefraperspektivet dvs. hvordan beboeren oplevede den kritiske episode, hvordan han eller hun forsøgte at mestre situationen, og hvordan han eller hun oplevede din støtte, samt beboerens vurdering af, om din tilgang virkede.

I *Læringsplan for fagprofessionelle* er fokus på hvordan du som fagprofessionel oplevede beboerens adfærd. Hvordan du støttede beboeren og hvordan du hjalp beboeren med at genvinde kontrol. Den kan inddrages i samtaler med beboeren, så de kan få et syn på udefraperspektivet.

Brug og sammenhæng mellem planerne



Når I har været igennem ovenstående, har beboeren en Trivselsplan, en Tryghedsplan og en eller flere Læringsplaner. Den læring I får af Læringsplanen, vil som regel skulle tilbage og inddrages i Tryghedsplanen og måske også til Trivselsplanen.

I LA2 manual [Link](#) kan du finde en gennemgang af hvordan planerne udfyldes, med en konkret case fra virkeligheden.