

**21009 Støtte udsatte borgeres delt. i samfundslivet**

**Inspirationsmateriale til undervisningen**

**Udviklet af:**

Karin B Nissen

Socialrådgiver, cand. soc. i socialt arbejde

Ny Boder 8-10

7080 Børkop

Tlf.: 42206038

[info@karinbnissen.dk](mailto:info@karinbnissen.dk)

## 1. Uddannelsens sammenhæng til jobområde (FKB)

Moder-FKB:

2223 Socialpsykiatri og fysisk/psykisk handicap

Endvidere tilknyttet følgende af FEVUS FKBere:

2222 Ældrepleje, sundhedspleje og sundhed i kommunalt regi.

2272 Sundheds- og sygeplejeopgaver i sygehusvæsenet

2877 Pædagogisk arbejde med børn og unge

### Deltagerforudsætninger

Social- og sundhedshjælper eller social-og sundhedsassistenter. De to grupper har et fælles afsæt i den rehabiliterende tilgang og at støtte borgerens recovery. Ufaglærte i socialpsykiatrien m.m. med begrænset kendskab til arbejdet med mennesker med sindslidelse.

### 1. Ideer til tilrettelæggelse

Det vil være en fordel, hvis der er 1-2 undervisere, der er gennemgående på uddannelsen. Deltagerne case fra praksis kan inddrages i undervisningen, hvorved implementeringen vil blive lettere efter uddannelsens afslutning. Der er mulighed for at afholde det som et split-forløb evt. 3+2 dage. Imellem undervisningsdage kan der ligge en opgave, hvis det er aftalt. Se under opgaver og undervisningsmaterialer.

Tema 1 og 2 ligger på første og anden undervisningsgang. Undervisningsmaterialet lægger i høj grad vægt på, at borgerperspektivet er udgangspunktet for arbejdet med borgeren.

Det giver god mening at undervise i lovgivning og etik i mødet mellem medarbejder og borger på samme dag, idet etikken bliver synlig på grundlag af juraen. Således sker det ikke sjældent, at der er noget, man som profession skal eller ikke skal gøre, men som samtidig forekommer i strid med det, man konkret vurderer som det bedste for patienten. Eksempelvis kan man være forpligtet til at

udføre en bestemt undersøgelse på en bestemt måde og indberette den på særlig vis, hvilket, der er enighed om, er langt det bedste i langt de fleste tilfælde. Men netop i denne specifikke situation kl. 14.30, hvor netop denne patient med netop de pårørende viser sig på særlig vis, kan det vurderes at være forkert eller direkte skadeligt for borgeren. Her vil etikken blive synlig som noget, der byder mig imod. Jeg eller vi vurderer, at der eksisterer et godt alternativ, som vi imidlertid ikke skal udføre. Etikken vil her blive synlig som en vurdering.

På tredje undervisningsgang gives grundlæggende teoretisk undervisning i recovery og psykosocial rehabilitering. Inspirationsmaterialet lægger til grund, at der tages udgangspunkt i konkrete metoder, som anvendes til eksemplificering af recovery orienterede tilgange og psykosocial rehabilitering.

I tema 3 kunne det være en idé at hyre en underviser fra DAT-kompagniet ind til at give undervisningen i Dialektisk Adfærdsterapi. Er det ikke muligt og har underviseren en baggrund med elementer fra adfærdsterapi eller andre terapiformer, positiv forstærkning, mindfulness og affektregulering, kan det omfattende materiale ved metoden give information nok til at underviseren kan give en introduktion til metoden. Inddrages DAT-metoden i undervisningen foreslås det, at undervisningen indeholder mindfulness-øvelser, så deltagerne får en grundlæggende forståelse af metodens effekt ift. affektregulering og opmærksomhed på, hvad man selv bringer med ind i mødet med og relationen til borgeren.

Mellem undervisningsgang 3 og 4 er det oplagt at lægge en hjemmeopgave, hvor de studerende arbejder med emner, der er gennemgået i undervisningen. Denne kan med fordel bestå i en konkret DAT-analyse samt at lytte til de to podcast om ændringer i diagnosesystemet ICD, som forberedelse til tema 4.

På undervisningsgang 4 samles op på erfaringer med at hjemmeøvelsen og der arbejdes mere i dybden med emnerne fra de tre første undervisningsgange og der rundes af ved at se på, hvordan den moderne psykiatri tager udgangspunkt i funktionsniveauet og ikke i diagnosen. Der sker således i disse år et paradigmeskifte fra sygdomsforståelse til borgerforståelse.

## 2. Temaoversigt

### Temaer

- |                |   |
|----------------|---|
| <b>Tema 1:</b> | Medarbejderens rolle – etablering af en tillidsvækkende relation i arbejdet med borgerens motivation med afsæt i borgerens livskvalitet   |
| <b>Tema 2:</b> | Lovgivning og etik i mødet mellem medarbejder og borger, herunder ligeværdighed, ret til selvbestemmelse, medindflydelse og at træffe valg  |
| <b>Tema 3:</b> | Recovery og psykosocial rehabilitering (eksemplificeret vha. en udvalgt tilgang) fx DAT – Dialektisk Adfærdsterapi, Compassionfokuseret terapi og træning eller Åben Dialog eller andet |

**Tema 4:** Fra sygdomsforståelse til borgerforståelse – moderne psykiatri tager udgangspunkt i funktionsniveauet og ikke i diagnosen

**Tema 1: Medarbejderens rolle – etablering af en tillidsvækkende relation i arbejdet med borgerens motivation med afsæt i borgerens livskvalitet ift. at leve et liv, der er værd at leve**

Deltagelse er et begreb, en værdi, en socialpolitisk målsætning, som over de seneste 20 år har fundet vej til lovgivningen og socialpolitiske dokumenter. Deltagelse skriver sig ind i rækken af socialpolitiske værdier og målsætninger, de handler om, at mennesker med funktionsnedsættelser skal kunne leve et liv med rettigheder som alle andre og med muligheder for inklusion og samfundsdeltagelse. Som socialpolitisk målsætning siger deltagelse således noget om relationen mellem samfund og mennesker med forskellige typer af funktionsnedsættelser. Mennesker med psykiske lidelser er en gruppe borgere, der igennem tiden har været mødt med forskellige former for tiltag og behandlinger af det omgivende samfund, bl.a. afhængig af samtidens fremherskende diskurser og viden. Tiltag der i perioder effektivt har sat dem udenfor samfundsfællesskabet og i andre perioder har haft som målsætning på forskellig vis at indlemme dem i fællesskabet igen.

Helt tilbage i 1998 var en central målsætning i Lov om Social Service, at der skulle gøres op med institutionsbegrebet, og at borgere med hjælpebehov selv skulle bestemme over deres egne boliger. Det ideal har imidlertid vist sig svært at realisere, blandt andet fordi bosteder også er en arbejdsplads for de professionelle, og fordi de professionelle har et ansvar for at yde omsorg. De forhold afføder en række dilemmaer for at deltage i samfundslivet for både beboere og ansatte, hygiejneregler og sundhedskrav, som kan kollidere med borgernes mere subjektive ønsker og behov for et selvbestemt hverdagsliv. Disse dilemmaer er direkte overførbare til situationer omkring borgere, hvis boliger ikke er tilknyttet en institution.

Borgere, der modtager hjælp, har ofte flertydige relationer til de professionelle hjælpere, som kommer til udtryk i forskellige sammenhænge, blandt andet fordi de kan være dybt afhængige af deres hjælp. Et begreb omkring ”hjemlighed” er anvendeligt, som udgangspunkt for en diskussion af, hvad der kan påvirke de ansattes muligheder for at skabe relation til borgeren.

Undervisningen kan med fordel inddrage nyere forskningsbaseret viden om faktorer, der har indvirkning på ”hjemfølelsen”. Det drejer sig bl.a. om 1) kontrol over nære omgivelser, 2) frihed fra andres regler, 3) mulighed for at trække sig tilbage, og 4) brug for personlige ting. Ift. disse fire udvalgte nedslag ift. hjemfølelse kan man konstatere, at der er en række udfordringer ift. at etablere en god hjemfølelse i forbindelse med boligen, idet bolig og hjem ikke nødvendigvis er det samme. Hjemfølelse kan udspille sig mange steder og have mange former. Det kan være en særlig lugt, en lyd og det kan være noget, man har sammen med andre eller i byrum langt væk fra ens bolig.

En måde, at arbejde med ”hjemfølelse” er at se et hjem som noget, man *gør* og skaber over tid, i den forstand, at der skal være en relation mellem menneske og boligen, for at det bliver et hjem. Idéen om, at hjemmet skal tilegnes og inderliggøres, henter inspiration fra Marx’ begreb om fremmedgørelse. Fremmedgørelse beskriver i marxistisk forstand en tilstand, hvor mennesker opfatter

deres omgivelser som noget væsensforskelligt fra dem selv og uforståelige i sig selv. Marx' ide om fremmedgørelse tager udgangspunkt i det materielle grundlag. Den mest basale menneskelige funktion er at reproducere sig selv; skaffe føde, tag over hovedet osv. Anvendelse af begrebet fremmedgørelse forudsætter en opfattelse af menneskets væsentlige egenskaber og behov i tilværelsen, fx mulighed for at indgå i et arbejde, at være social i forhold til andre mennesker, have mulighed for at udtrykke sig kreativt, kulturelt og være medbestemmende politisk. Fremmedgørelse forudsætter også en forestilling om kvaliteter ved et samfund, der ikke er fremmedgjort, og som muliggør, at de menneskelige kvaliteter kan komme til udtryk.

Der er stor forskel på, hvad mennesker forventer af deres bolig og hvilken grad af hjemfølelse, de oplever som realisérbar. Disse forventninger kan afhænge af forskelle i ejerforhold. Modtager borgeren hjælp i en bolig, som hun/han ejer eller lejer, eller er der tale om en bolig, der er anvist af kommunen i henhold til servicelovens paragraffer? Hvilke muligheder har borgeren for at inderliggøre og tilegne sig den bolig, som hun/han bebor? Hjemfølelse kan findes i fællesskaber, i lyde og lugte, og det kan bl.a. styrkes, hvis man har en vis kontrol over sine nære omgivelser og har frihed fra andres regler. De ansatte kan have en betydelig rolle ift. at gøre hjem ved at ramme den meget person- og kontekstafhængige balance mellem for meget og for lidt hjælp, støtte og omsorg. Det kræver en særlig opmærksomhed og refleksion hos de ansatte, blandt andet over den dybe afhængighed og menneskelige værdighed – og et personligt kendskab til borgeren.

Kontrol over egne omgivelser har stor identitetsmæssig betydning – også i forhold til fx beskæftigelse. Socialpolitikken underordnes beskæftigelsespolitikken ikke mindst siden strukturreformen i 2007. Tilknytning til en bestemt arbejdsaktivitet eller arbejdsbold kan have betydning for en arbejdsidentitet. Derfor vil beskæftigelse være et oplagt emne at bringe ind i undervisningen. En del af deltagerne vil være vandt til at arbejde med begreber omkring recovery og socialpsykiatrisk rehabilitering. Men for en del vil det være nyt at sætte disse begreber i forhold til beskæftigelsesindsatser, som ellers for mange borgere er en væsentlig del af hverdagen. Det er væsentligt i undervisningen at definere begreber som rehabilitering og recovery, men samtidig at definere dem i beskæftigelsesmæssig kontekst.

Rehabilitering af mennesker med nedsat funktionsevne er ifølge WHO en række af indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne. Rehabilitering giver mennesker med nedsat funktionsevne de redskaber, der er nødvendige for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse. Marselisborgcentret definerer rehabilitering som en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats. Begge definitioner vægter at funktionsevnenedsættelser rækker videre end fysiske problemstillinger – der er også fokus på at reducere følgerne af den nedsatte funktionsevne. Det konkrete indhold i

rehabiliteringen konkretiseres ikke – det vil sige, at metoder og indhold af rehabiliteringsforløbet bestemmes i den aktuelle kontekst.

Det bemærkes, at i marts 2022 afsluttedes arbejdet med et nyt rehabiliteringsbegreb, som det er oplagt at inddrage i undervisningen. Det nye rehabiliteringsbegreb (fra marts 2022) inddrager psykosocialt aspekt herunder dyr og natur, og baserer sig på et indefra-perspektiv fra personen selv. Borgere omtales som ”personer” og ikke ”borgere” ud fra en betragtning om, at funktionsnedsættelser kan ske for os alle. Tidsfaktoren er væk i det nye rehabiliteringsbegreb, der nu italesættes som ”målrettede forløb”. Der er udarbejdet et metodekatalog, hvis indhold bygger på den bio-psyko-sociale model og som stadig inddrager ICF modellen, der dog nu er vendt om, så det kropslige ikke får så meget vægtning, for der er vi allerede godt med, men nu vægtes omgivelserne og det enkelte menneske højest. At inddrage det nye rehabiliteringsbegreb forudsætter naturligvis, at underviseren er bekendt med det.

Det er oplagt at inddrage FN’s handicapkonvention i undervisningen, idet konventionen anvender et relationelt handicapbegreb, som omfatter samspillet mellem individ og omgivelser. Personer med handicap omfatter personer, der har en langvarig fysisk, psykisk, intellektuel eller sensorisk funktionsnedsættelse, som i samspil med forskellige barrierer kan hindre dem i fuldt og effektivt at deltage i samfundslivet på lige fod med andre. Dette står i modsætning til et administrativt handicapbegreb, hvor målgruppeafgrænsning ift. støttemuligheder definerer mennesket; er det omfattet af lovgivningen eller ej, kan det få hjælp eller ej.

Recovery betyder at komme sig. Recovery kan defineres på forskellige måder og niveauer. Borgere, med psykiske vanskeligheder, kan fx komme sig helt eller delvist og komme sig som led i en personlig proces med et genskabt håb og en positiv identitet. Disse niveauer i recovery kan opfattes ud fra to typer perspektiver: Et udefra- og et indefra-perspektiv. Recoverybegrebet bygger på empowerment.

Empowerment er gennem de seneste årtier blevet et socialpolitisk buzz-word, som alle går ind for. Den officielle hensigt med megen lovgivning har de seneste årtier været at give borgeren ansvaret for sit eget liv; gennem en kontraktlig tilgang orienteres velfærdsstatslige ydelser til borgeren med henblik på dennes bekræftelse af sig selv som et ansvarligt individ. Vanskeligheden ved empowermentbegrebet i dag er, at alle går ind for det – men med meget forskellige opfattelser og hensigter. I socialt arbejde kan man forstå empowerment både som **en teori** om, hvordan mennesker kan få magt og kontrol over deres eget liv, og **en metode** til, hvordan socialarbejdere kan styrke undertrykte og magtesløse mennesker til at opnå denne kontrol. Empowerment handler både om den enkelte person eller gruppes subjektive erfaring med at kunne forandre sin situation og arbejdet for at få ændret de samfundsmæssige magt- og ressourcfordelingssystemer. Det er både en proces og et mål. Men kan også opfattes som kapacitetsopbygning, hvor mennesker individuelt og kollektivt anvender viden, selvtillid, færdigheder og rettigheder til at bestemme, hvad der skal ske

med dem. I den beskæftigelsesrettede rehabilitering er målet at forbedre og udvikle borgerens arbejdsevne og muligheder for at gennemføre uddannelsesforløb og indflydelse skal derfor forstås i denne kontekst.

Der kan skelnes mellem tre forskellige tilgange til empowerment:

### 1. En neoliberal

I den neoliberale minimalstatsagtige variant handler empowerment alene om individer og familiers evne og vilje til "at tage ansvar for eget liv", uden at der stilles spørgsmålstejn ved samfundets ulighedsskabende mekanismer og strukturer.

### 2. En socialliberal

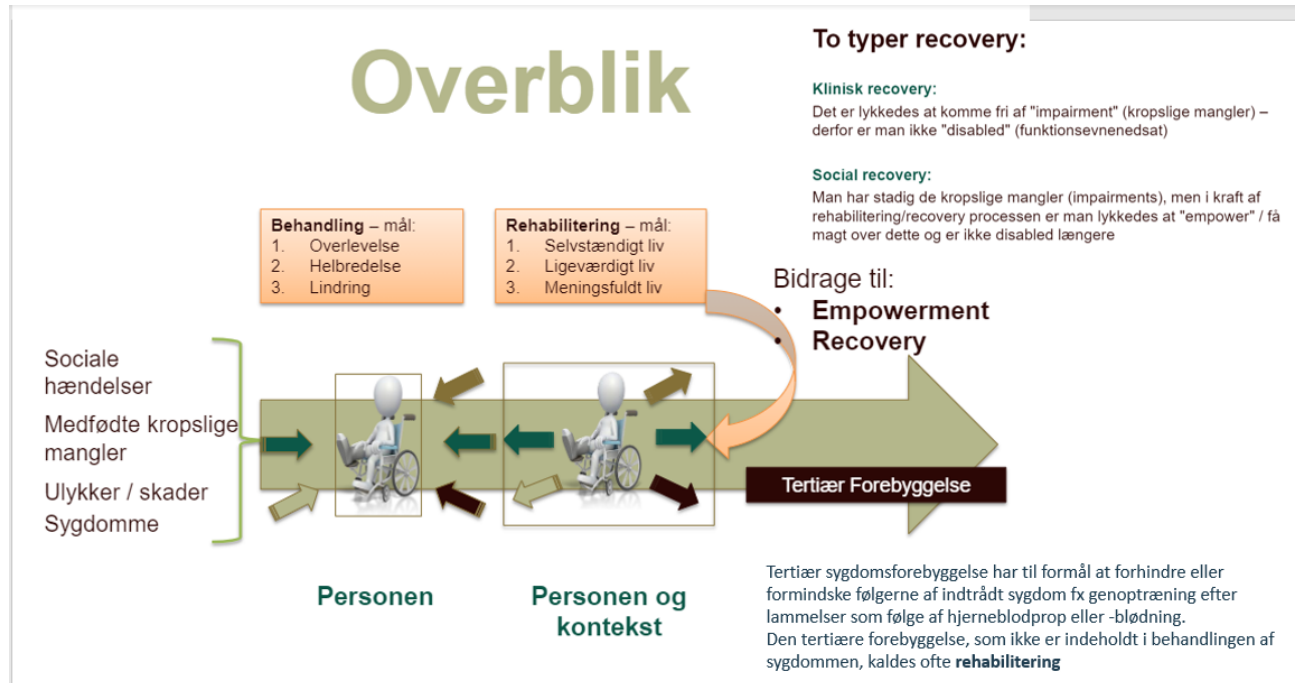
I den socialliberale variant er hensigten, at velfærdsinstitutionerne skal reformeres, og klienterne i højere grad inddrages. I denne variant stilles der grundlæggende ikke spørgsmål til eller ønskes pillet ved de strukturer og levevilkår i samfundet, der producerer ulighed, disintegration, social eksklusion og manglende social rummelighed.

### 3. En samfundskritisk, transformativ

I den samfundskritiske, transformative variant fokuseres der på bevidstgørelse og opbygning af handlingskapacitet ift. ændring af livsbetingelser for underprivilegerede grupper. Empowerment handler således i denne variant om, at facilitere både mægtiggørelse gennem ændringer i det objektive mulighedsrum og myndiggørelse gennem udvikling af borgerens subjektive kapacitet, således at grupper og individer støttes i både at blive bedre i stand til at "håndtere" deres livssituation og påvirke *de vilkår*, som de lever under.

Pointen med at skelne mellem begreberne er (som med alle andre begreber) at blive bevidst om problemet og/eller udfordringen. Ift. de ansattes relationsdannelse er det vigtigt at gøre sig klart, hvor man i grunden befinder sig ift. empowermentbegrebet. Der er stor forskel på det konkrete arbejde, der lægges op til med de forskellige empowerment-strategier. Men forskellene overskygges i den daglige debat og den fælles brug af ordet "empowerment". Borgernes meget forskellige positioner ift. velfærdsstaten negligeres også i den daglige brug af betegnelser som kunde og bruger for borgere, der reelt er uden forhandlingsposition – og derfor i er i en klientposition ift. det professionelle arbejde. Når der så samtidig tales om inddragelse i flæng uden skelen til, hvorvidt der reelt er tale om ikke-inddragelse, symbolsk inddragelse eller egentlig borgermagt, bliver det meget vanskeligt for mange ansatte at forholde sig til sin egen magtposition ift. de borgere, de er i kontakt med. Og de risikerer derfor ikke at forholde sig nøgternt analyserende til egen jobfunktion og de muligheder, den giver for reelt at bidrage til ændringer i de strukturelle rammer bag borgernes sociale udsathed. Dermed kan det komme til at fremstå, som om det alene er borgernes manglende kompetencer og vilje, der er årsag til evt. manglende eller mindre vellykkede resultater af den indsats, som de ansatte udfører.

En overblik over begrebernes interne sammenhæng:



## Tema 2: Lovgivning og etik i mødet mellem medarbejder og borger, herunder ligeværdighed, ret til selvbestemmelse, medindflydelse og at træffe valg

Indsatser på sundhedsområdet ydes efter **sundhedsloven**, som har til formål at fremme befolkningens sundhed og at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte. Indsatser kan foregå på sygehuset, i kommunalt - eller privat regi, og de varetages af autoriserede sundhedspersoner fx læge, sygeplejerske, ergo- og fysioterapeut og social- og sundhedspersonale og kan handle om forebyggelse, behandling og genoptræning. Langt det meste uddannede social- og sundhedspersonale vil være bekendt med denne del af lovgivningen og det foreslås derfor, at der i undervisningen lægges vægt på sammenhængen med anden relevant lovgivning og disse lovgivningsmæssige rammers betydning for de ansattes muligheder for at skabe relation til borgeren.

Indsatser på det sociale område ydes efter **serviceloven** med henblik på at fremme den enkeltes muligheder for at klare sig selv eller lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten. Indsatserne kan fx handle om rådgivning, behandling, genoptræning og undersøgelse, personlig og praktisk hjælp, særlige dagtilbud og hjælpemidler. Fagpersoner på det sociale område kan være pædagog, psykolog, socialrådgiver. Indsatser på beskæftigelsesområdet kan ydes efter **sygedagpenge-loven, lov om en aktiv beskæftigelsesindsats og lov om aktiv socialpolitik**. En



beskæftigelsesrettet indsats kan iværksættes med henblik på: Arbejdsfastholdelse af borgere, der som følge af kronisk sygdom (eller andet), er i risiko for at miste deres arbejde. Sikre borgeren med nedsat arbejdsevne en tilknytning til arbejdsmarkedet. Undersøgelser viser, at helt ned til 40% af medarbejdere i beskæftigelsesindsatsen har en fagligt relevant uddannelse.

Servicelovens formål er at tilbyde rådgivning og støtte til at forebygge sociale problemer, at tilbyde en række almene serviceydelser, der også kan have et forebyggende sigte, og at tilgodese behov, der følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Formålet med hjælpen er at fremme den enkeltes mulighed for at udvikle sig og for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten. Hjælpen bygger på den enkeltes ansvar for sig selv og sin familie og på den enkeltes ansvar for at udvikle sig og udnytte egne potentialer, i det omfang det er muligt for den enkelte. Hjælpen tilrettelægges på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkeltes behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte. Som noget nyt er de økonomiske hensyn skrevet med ind i servicelovens formålsparagraf. Bemærk rækkefølgen; afgørelser træffes pba. først faglige dernæst økonomiske hensyn.

Ift. det relationsskabende arbejde er det dog væsentligt at bemærke, at på det sociale område og på beskæftigelsesområdet er lovgivningen generelt ikke formuleret ud fra borgerens rettigheder men ud fra myndighedernes forpligtelser, dog genfinder vi selvforsørgelseskravet fra Grundloven § 75, hvoraf det fremgår, at den, der ikke selv kan ernære sig eller sine, og hvis forsørgelse ikke påhviler nogen anden, er berettiget til hjælp af det offentlige, dog mod at underkaste sig de forpligtelser, som loven herom påbyder.

Formålet med **Sygedagpengeloven** er at yde økonomisk compensation ved fravær pga. sygdom, samt medvirke til, at den sygemeldte genvinder sin arbejdsevne og vender tilbage til arbejdsmarkedet hurtigst muligt, samt at understøtte samarbejdet mellem kommuner, virksomheder og andre relevante aktører for at nedbringe og forebygge sygefravær.

Formålet med **LAB-loven** er at bidrage til et velfungerende arbejdsmarked med et højt udbud af arbejdskraft og en lav strukturel ledighed, samt at bistå jobsøgende i at finde job, samt at bistå arbejdsgivere med at finde arbejdstagere, og endelig at bistå personer med behov for en indsats for at opnå eller fastholde et job. Her finder vi reglerne om rehabiliteringsplaner for borgere, der skal have behandlet deres sag i et rehabiliteringsteam.

Formålet med **Aktivloven** er at forebygge, at personer, der har eller kan få vanskeligheder ved at fastholde et arbejde, får behov for hjælp til forsørgelse, og at skabe et økonomisk sikkerhedsnet for enhver, som ikke på anden måde kan skaffe det nødvendige til sig selv og sin familie. Formålet med at give hjælp til forsørgelse er at sætte modtageren i stand til at klare sig selv. Modtageren og ægtefællen skal efter evne udnytte og udvikle deres arbejdsevne, herunder ved at tage imod tilbud om arbejde og tilbud efter LAB-loven

Rehabilitering betegner en individuelt tilpasset ”pakke” af sociale, beskæftigelsesmæssige og/eller sundhedsmæssige ydelser, som er beskrevet i en plan eller et forløb. Indsatserne er helhedsorienterede, målrettede, tidsafgrænsede og koordinerede, og de tildeles – af sociale myndigheder og/eller på sundhedsområdet – borgere med nedsat funktionsevne. Formålet er, at borgeren opnår størst mulig selvstændighed og selvbestemmelse (autonomi). I rehabilitering er det afgørende den individuelle forløbsplan, som beskriver borgernes fysiske og psykiske funktionsevne, mulige kompensations tiltag og borgerens eget ansvar og mestring.

Indholdet i pakken kan fx være økonomiske ydelser, praktiske ydelser fx mentorbistand, hjemmevejledning, oplæring, praktisk hjælp eller befordring, og mere mekaniske eller teknologiske ydelser fx arbejdspladsindretning, tekniske eller digitale hjælpemidler, indretning af bolig eller uddannelses tilbud, behandlingsmæssige ydelser fx medicinplan, træningsforløb, terapisesioner m.v. Der kan i den samlede plan også inddrages ressourcer i netværk og familie, private aktører m.v. Der er som sådan ingen udmåling af faste ydelser, hvilket åbner op for mulighed for inddragelse og medbestemmelse, men gør det også vanskeligt at vejlede om det præcise indhold af rettighederne.

Næsten halvdelen af alle nye førtidspensionister lider af psykiske sygdomme. Tallet har ligget stabilt siden 2007. Det er lidt oftere en kvinde end en mand, som i højere grad er ufaglært end faglært. Der er flere af ikke-vestlig oprindelse end af vestlig oprindelse og de bor oftere i hovedstaden end i resten af landet. De har en mindre stabil tilknytning til arbejdsmarkedet end den samlede befolkning. For borgere med psykotiske lidelser gælder at der i perioden 2007-2011 blev 25% tildelt førtidspension imod 2% af den samlede befolkning. Det er oplagt i undervisningen af undersøge, hvordan det har udviklet sig efter gennemførelsen af reformen for førtidspension og fleksjobordningen i 2012/2013, og at tale om, hvilken indflydelse de massive stramninger på området har på de ansattes muligheder for at skabe relationer til borgerne.

I et rehabiliterende arbejde er der professionelle fra flere fagområder fx det sundhedsfaglige, det socialfaglige og beskæftigelsesområdet. Rundt om bordet sidder læger, sygeplejersker, socialrådgivere, jobkonsulenter, socialpædagoger og alle mulige andre faggrupper, og meningen er, at der på tværs af fag skal udarbejdes den bedste indsats for den konkrete borger. Ofte ender det dog med, at de professionelle snakker forbi hinanden eller er uenige om, hvad den bedste indsats er, fordi de kommer fra forskellige fagområder med forskellige vidensregimer. Det vil sige retten til at se og tale om samfundet ud fra et bestemt helhedssyn.

Det der kan hæmme arbejdet med borgerens recovery er

- Modstand fra kolleger
- Usikkerhed hos den enkelte om recoveryprocessen
- Manglende mod og utilstrækkelighedsfølelse - mellem kolleger, ift. sig selv og ift. ledelse og organisation
- Når dokumentation, standardisering og systemkrav tager overhånd
- Manglende kendskab til recovery-tankegang hos netværk og samarbejdspartnere

- Behandlingspsykiatriens medicinske paradigme, rammer og bemanding
- Utålmodighed ift. implementering af systemkarakter

I undervisningen kan inddrages et konkret eksempel på et vidensregime. Har en borger behov for støtte jf. Servicelovens voksenparagraffer, så udreder flertallet af danske kommuner støttebehovet vha. voksen-udrednings-metoden (VUM). Den faglige fortælling bag VUM er et behov for evidens, målopfølgning og kontrol, som stammer fra det styringssystem, der anvendes i den danske velfærdsstat nemlig New Public Management. Det iboende krav om evidens, målopfølgning og kontrol får socialrådgiverne til at arbejde ud fra et læringsteoretisk perspektiv, hvor hjælpen er tidsbestemt (ofte arbejdes med handleplaner på blot ét år, men der er set handleplaner i socialpsykiatrien på helt ned til tre måneder) og hvor det at omsætte borgerens behov for hjælp til SMART-mål bliver en faglig øvelse i sig selv. SMART-mål er specifikke, målbare, attraktive, realistiske og tidsbestemte. Korrekt udførte kan de være en stor fordel for borgeren og for de der skal udføre opgaven, men det kan være endog meget vanskeligt at udarbejde SMART-mål i en kontekst, hvor borgerens situation er præget af foranderlighed og store udsving i dagsformen og dermed i støttebehovet. Den læringsteoretiske tilgang udspringer af behaviorisme; borgeren skal lære at gøre det rigtige og aflære forkerte handlinger, men hvad med de borgere, der ikke kan "lære" sig ud af problemerne? Det er oplagt i undervisningen at reflektere over de bagvedliggende strukturer, der direkte og indirekte påvirker de ansattes muligheder for at danne relation med borgerne på godt og på ondt.

I psykiatrien fylder juraen på den måde at praksis er reguleret, hvilket især er til sikring af patienten. Der eksisterer således en meget lang række faglige forpligtelser og patientrettigheder, som er klart formuleret og løbende justeret. Det er netop for at sikre en god praksis, at der skabes nogle juridiske rammer. Tilhørende et juridisk regelsæt er der f.eks. også vejledninger, som kan benyttes som et redskab gennem praksis. Den juridiske side af psykiatrien er særdeles omfattende.

Hjælpen til, omsorgen for og behandlingen af psykisk sårbare såvel som psykisk syge sker på forskellig vis, men også forskellige steder. Den organiserede og strukturerede indsats kan i sig selv afstedkomme en række etiske spørgsmål såvel som dilemmaer. Undervisning i jura og etik kan for en del studerende forekomme tungt og tørt. Der kan derfor med fordel anvendes en undervisningsform, hvor der veksles med korte informative oplæg og praktiske øvelser med udgangspunkt i de studerendes egen praksis.

Undervisningen kan tage udgangspunkt i at regler kan være mere eller mindre alvorlige samt nedskrevne og uskrevne. Etik er de uskrevne, men alvorlige regler, som angår gode handlinger. Det er ikke umuligt at nedskrive etiske regler, men i så fald bliver det meget let generelt og lettere florumvundet. Fx "udvis altid respekt for borgeren" eller "tag udgangspunkt i patienten". Men disse regler er man sjældent uenige om, og de er svære at overføre direkte til praksis, hvilket skyldes, at der altid er knyttet nogle særlige omstændigheder til hver enkelt situation. I hver enkelt situation bliver det vigtigt at spørge: Hvordan udviser jeg respekt og tage udgangspunkt i netop denne patient?

Enhver handling i relation til patienten vil altid udtrykke værdier, hvad enten vi arbejder med etik eller ej. Det at arbejde med etik er en bevidsthed om, at etikken reelt er en del af praksis. Det er f.eks. et udtryk for etik, når jeg er bevidst om bestemte værdier, forstår patienten, inddrager de pårørende, er ajour med de nyeste undersøgelser osv. Arbejdet med etik i psykiatrien er derfor ikke et arbejde med etik som sådan, men derimod et arbejde med psykiatrisk praksis, set ud fra et bestemt perspektiv eller ud fra en bestemt metode. Det handler om karakteregenskaber samt blik for egne holdninger og værdier såvel som et blik for egen uvidenhed.

Den etiske stillingtagen er vigtig i psykiatrien, hvor det er muligt at udøve tvang og dermed ikke alene handle ud fra patientens vilje, men også imod patientens vilje. Det kræver en særlig etisk bevidsthed hos personalet. En etisk bevidsthed, hvor der hele tiden tilstræbes en viden om det, der har værdi for den enkelte patient. Det betyder et skærpet blik for det menneske, man som profession forsøger at hjælpe, men især, at hver eneste beslutning er værdimæssigt funderet. Det handler hverken om skråsikkerhed eller usikkerhed, men derimod om løbende at sikre, at de beslutninger, der tages, er afstemt med patienten.

Undervisningen kan inddrage en oversigt over forholdet med jura, faglighed og etik:

Det juridiske spørgsmål	Det praktisk-/faglige spørgsmål	Det etiske spørgsmål
Hvad SKAL jeg/vi (ikke) gøre?	Hvad KAN jeg/vi (ikke) gøre?	Hvad BØR jeg/vi (ikke) gøre?

Undervisning i jura kan pga. det rehabiliterende sigte (som tidligere nævnt) med fordel inddrage

- sundhedsloven
- socialloven
- beskæftigelsesloven

Indsatser på sundhedsområdet ydes efter **sundhedsloven**, som har til formål at fremme befolkningens sundhed og at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte. Indsatser kan foregå på sygehuset, i kommunalt eller privat regi, og de varetages af autoriserede sundhedspersoner fx læge, sygeplejerske, ergo- og fysioterapeut og kan handle om forebyggelse, behandling og genoptræning.

Indsatser på det sociale område ydes efter **serviceloven** med henblik på at fremme den enkeltes muligheder for at klare sig selv eller lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten. Indsatserne kan fx handle om rådgivning, behandling, genoptræning og undersøgelse, personlig og praktisk hjælp, særlige dagtilbud og hjælpemidler. Fagpersoner på det sociale område kan være pædagog, psykolog, socialrådgiver

Indsatser på beskæftigelsesområdet kan ydes efter **sygedagpengeloven, lov om en aktiv beskæftigelsesindsats og lov om aktiv socialpolitik**. En beskæftigelsesrettet indsats kan iværksættes med henblik på

- Arbejdsfastholdelse af borgere der som følge af kronisk sygdom (eller andet) er i risiko for at miste deres arbejde
- Sikre borgeren med nedsat arbejdsevne en tilknytning til arbejdsmarkedet

## Etik

Der har ofte været fokus på sammenhængen, eller den manglende sammenhæng, i indsatsen til psykisk syge i Danmark. Til gengæld er struktureringen forholdsvis veldefineret i henholdsvis hospitalspsykiatri, distriktskykiatri og socialpsykiatri. Distriktskykiatrien er bl.a. forbundet med hospitalspsykiatrien på den måde, at patienten efter udskrivelse tilbydes ambulant behandling, hvilket sker lokalt. Socialpsykiatrien er mere bredt defineret som en række sociale tilbud, som i stort omfang handler om botilbud, kontaktpersoner og hjælp til beskæftigelse. Forsimplet kan det siges, at distriktskykiatrien behandler, hvor socialpsykiatrien handler. Men der er et overlap mellem psykiatriens delområder, hvilket imidlertid ikke altid er sådan, det opleves af patienterne. F.eks. er det på den ene side distriktskykiatriens styrke, at indsatsen er tværfaglig, men kommunikationen mellem faggrupperne kan på den anden side være mangelfuld, hvor viden etableret i den ene faggruppe kan være svær at oversætte direkte til en anden faggruppe. Patienter kan således opleve at skulle begynde forfra, når man bevæger sig fra den ene del af psykiatrien til den anden eller fra den ene faggruppe til den anden.

Mere grundlæggende er der en meget vigtig etisk relevant forskel mellem hospitalspsykiatrien og distrikts- såvel som socialpsykiatrien. Det handler om, at der i forbindelse med en indlæggelse etableres en relation mellem behandler og patient, dvs. en behandlerrelation. Men i distrikts- og socialpsykiatrien er det ikke behandlerrelationen, som er dominerende, men derimod en service-, borger- eller klientrelation. Det, som har værdi og skaber værdi, afstemmes i kontakten med personen. Men når personen kommer på afstand, vil personen let blive en sag, case eller opgave, fordi oplysninger om personen ikke altid tilgås direkte. Men derimod indirekte gennem indsamlede oplysninger om personen.

Etik skabes gennem optikken. Hvis man derfor som behandler har direkte adgang til patienten, hvilket her skal forstå som ansigtskontakt, vil værdierne kunne afstemmes her. Ser man derimod en sag, er det meget lettere at se en byrde, omkostning, belastning eller udgift. Bevægelsen fra "hospitalsindlagt" til "kommunal indsats" er således ikke en værdifri overgang.

## **Tema 3: Recovery og psykosocial rehabilitering (eksemplificeret vha. en udvalgt tilgang)**

**DAT – Dialektisk Adfærdsterapi, compassionfokuseret terapi og træning, mentaliseringsbaseret terapi eller Åben Dialog eller andet**

Mennesker med usynlige handicaps som fx en psykisk lidelse står dagligt med overvejelser og handlinger pga. de barrierer for deltagelse i samfundslivet, der opstår. Disse barrierer kræver en stor tilpasning for, at den enkelte kan deltage. De berørte agerer i vid udstrækning som "situationsarkitekter" ved at forsøge at tilrettelægge sociale situationer for at undgå mikrosocial eksklusion. De handlemønstre, der opstår, er knyttet til en samfundsmæssig fokusering på enshed og normalitet som forudsætninger for lighed. Men det bør ikke være den sindslidende, der alene har ansvaret for at mindske de barrierer, de møder i omgivelserne, men derimod et ansvar, som i fællesskab bør løftes i de sociale sammenhænge, de deltager i.

Synlige funktionsnedsættelser fx kørestol eller blindestok giver automatisk omverdenen visuel information om, at personen har et handicap. Men mange mennesker med psykiske lidelser befinder sig dagligt i situationer, hvor de skal vælge, om de vil rette opmærksomhed på deres lidelse ved at ekspliciterer den, eller om de skal forsøge at fremstå som en typisk person ved at undlade at gøre opmærksom på lidelsen. Begge valg kommer med potentielle omkostninger: I det første tilfælde risikerer de, at lidelsen kommer til at overskygge deres personlighed og blive det eneste, som omverdenen forholder sig til. I det andet tilfælde risikerer de, at der opstår kommunikative misforståelser, stigmatisering, afstandtagen m.v. De laver således det, der kan karakteriseres som en cost-benefit-analyse på, hvad der bedst kan betale sig for dem i den givne situation.

Begrebet mikrosocial eksklusion dækker over en situationel udelukkelse fra en social sammenhæng, hvor vilkårene er sådan, at den enkelte pga. funktionsnedsættelsen ikke har mulighed for at deltage. Åbenhed omkring behov for at der tages særlige hensyn åbner for, at omgivelserne kan tage disse hensyn. Men kan også have en høj pris. Forsøger mennesker med sindslidelser at finde måder at deltage uden at sætte direkte fokus på deres behov opstår handlemønstre og refleksioner, hvor de optræder som situationsarkitekter (begrebet hentes i forskning af Eva Juul Toldam). Når man agerer som situationsarkitekt forsøger man at arrangere situationens elementer fx de fysiske rammer, de visuelle og auditive indtryk, placeringen af genstande og mennesker, den tidsmæssige længde af situationen m.v. for på den måde at skabe de bedste vilkår for deltagelse. Situationsarkitektonisk ageren handler om at kreere en situation, hvor omstændighederne er mest fordelagtige for den sindslidende og de vilkår, som lidelsen giver.

Netop det forhold, at lidelsen er usynlig, betyder at man kan vælge at skjule den ved at undlade at fortælle om den og ved at forsøge at kreere situationer, der mindsker barriererne. Når man skal forstå, hvorfor mennesker med sindslidelser agerer sådan, kan man inddrage begreber om enshed og lighed samt forståelse af normalitet, hvilket er oplagt at inddrage i undervisningen.

Danskere finder sig bedst tilpas i samvær med folk de ligner, fordi det gør det nemmere at fastholde en forestilling om, at alle er lige, og at vi har et forholdsvist hierarkiløst samfund (se "Velfærdsstaten som integrationsprojekt" af S. Jöhncke 2007). Der er i Danmark en tendens til at opfatte enshed som en forudsætning for – eller måske ligefrem det samme som lighed. Dvs. at

begrebet om at være ens (være de samme) blandes sammen med begrebet om at være lige (være lige meget værd). Når danskerne har det bedst med at alle ligner hinanden, er det fordi det understøtter en fortælling om, at det danske samfund er præget af lav grad af social ulighed. Der er altså indbygget en samfundsmæssig bias mod folk, der er anderledes end det store fællesskab, fordi der er en udtalt forestilling om, at hvis de ikke er ens med os, så kan de ikke være lige (så gode) som os. I den optik udfordrer personer med funktionsnedsættelser (synlige eller usynlige men italesatte) fortællingen, fordi de på nogle punkter fremstår som værende anderledes. Det giver en stærk motivation for mennesker med sindslidelser til at undlade at sætte fokus på lidelsen, fordi det netop er det, der får dem til at fremstå som uens, og de derfor frygter at blive behandlet ulige.

Begrebet normalitet kan ses som den dagligdags sproglige udtryksform for forståelserne om ens-hed som forudsætning for lighed. Begrebet "normal" kan ifølge antropologen Henrik Vigh (2008) defineres ud fra henholdsvis en kvantitativ og en kvalitativ definition. Rent kvantitativt kan det normale betegnes som det, der mest af – det hyppigste. Altså en rent objektiv betragtning. Den kvalitative definition af normalitetsbegrebet er derimod vurderende. I den forståelse er der sket en glidning, hvor der sættes lighedstegn mellem det, der er mest af i antal, og det som er mest ønskværdigt. Det vil sige at det der er normalt i den forstand, at der er mest af det, bliver det som er at foretrække. Med andre ord: dem man er vant til vurdere som det bedste. Mennesker med funktionsnedsættelser (synlige eller usynlige men italesatte) udfordrer den samfundsmæssige higen efter normalitet og ens-hed. Det gælder både ift. de forestillinger omgivelserne gør sig om, hvad funktionsnedsættelsen betyder og ift. konkrete tilpasninger i adfærd og omgivelser.

Der kan i undervisningen trækkes en tråd tilbage til den fælles undersøgelse af, hvordan udviklingen i tildelte førtidspensioner efter indførelsen af førtidspensions- og fleksjobreformen i 2013 har været. Hvem er i 2022 den normale førtidspensionist og den normale fleksjobber, og hvordan ser de ud ift. resten af samfundet, bliver oplagte spørgsmål at undersøge sammen i undervisningen for at opøve medarbejdernes aktive refleksioner over, hvilke barrierer for inddragelse i samfundslivet sindslidende kæmper imod.

I et samfund, hvor deltagelse i samfundslivet ofte består af enten uddannelse eller deltagelse på arbejdsmarkedet bliver de udfordringer, som kendetegner mange mennesker med personlighedsforstyrrelser, særligt synlige og problematiske. Mennesker med personlighedsforstyrrelser kan ofte have svært ved at kontrollere impulsivitet, regulere følelser og tomhedsfølelse ofte kombineret med angst, depression og misbrug, have stabile relationer, være nærværende i nuet, kende/finde sin identitet. Som følge heraf oplever de ofte (voldsomme) konflikter, mange skiftende relationer, svært ved at fastholde job, besvær med at komme i gang med eller at gennemføre uddannelse, samt selvskadende adfærd i en eller anden form.

Borderline diagnosen er nok en af de mest kendte, og desværre ofte mest stigmatiserede, af personlighedsforstyrrelserne, der til gengæld har tiltrukket mest forskning og videnskabelige

ressourcer. Der er derfor mange evidensbaserede behandlingstilgange til denne gruppe. Der synes aktuelt mest evidens for bl.a. dialektisk adfærdsterapi og mentaliseringsbaseret terapi.

Grunden til, at det er særdeles relevant at bringe DAT ind som en del af den rehabiliterende indsats ved personer med bl.a. følelsesreguleringsvanskeligheder er, at det er en tilgang, der ikke bare identificerer den grundlæggende problematik, der kan holde en person fast i dysfunktionel adfærd og følelsesmæssig lidelse. Den anviser samtidig detaljeret, hvilke færdigheder en person har brug for at udvikle for at kunne håndtere udfordringer på funktionel vis, samt hvordan træningen af disse færdigheder kan finde sted i praksis.

DAT - Dialektisk adfærdsterapi bygger på den biosociale teori, som siger at personlighedsforstyrrelser er en kombination af en ekstra medfødt sårbarhed, samspil i familien og traumer i opvæksten (for manges vedkommende). DAT principperne bygger på dialektik dvs. en forståelse af, at flere ting kan være sande og eksistere på samme tid uanset at de synes modsatrettede. Indlæring og vedligeholdelse af tanker, følelser, oplevelser og handlingers påvirkning af hinanden. Zen buddhistisk filosofi. DAT bygger således både på validering (Zen) og forandring (adfærdsterapi).

Udenlandske undersøgelser viser, at DAT er effektiv, fordi den reducerer symptomer som selvmutilerende adfærd, misbrug og angst. En undersøgelse gennemført af psykiatrien i Region Syddanmark viser, at individuelt afpassede udfordringer i en langvarig relation forbedrer patienternes følelsesregulering og mestringsevne. Således forbedres evnen til at fungere i hverdagen og mestre de udfordringer, den byder på. Patienterne oplever, at DAT har bidraget til, at de har opnået kontrol over eget liv, hvilket overordnet forbindes med et liv, der er værd at leve. De oplever desuden at have et bedre fysisk helbred, en mere overskuelig hverdag, mere energi og bedre humør. De er ikke længere så optaget af at ville sig selv til livs, men derimod tænker de på fremtiden som positiv, hvilket ligeledes forbindes med et liv, der er værd at leve.

DAT-behandlingen er faseopdelt og en kombination af gruppe- og individuelle sessioner samt telefonstøtteordning. Central i behandlingen er færdighedstræning, der lærer patienterne at følelsesregulere, så deres selvskadende adfærd, suicidal forsøg, misbrug samt angst- og depressionsproblematikker reduceres. Der er fokus på, at patienterne lærer nye mestringsstrategier med henblik på at kunne tage ansvar for eget liv. Behandlingen består af fire dele. En færdighedstræning i grupper 2 timer ugentligt, hvor opmærksomhedsfærdigheder trænes vha. mindfulness-øvelser, sammen med relationsfærdigheder, følelsesfærdigheder og "holde-ud"-færdigheder. Individuel terapi én gang ugentlig. Der er mulighed for telefonisk coaching samt adgang til et konsultationsteam.

På baggrund af undersøgelsen i Region Syddanmark kan det konkluderes, at et godt liv for patienterne er at være i eller bevare familie- eller andre relationer, tage en uddannelse, have et aktivt socialt liv, kunne være noget for andre fx mor for sine børn, have en fast kæreste og en fast bopæl. Et bedre fysisk helbred, en mere overskuelig hverdag, mere energi, bedre humør. Ikke længere at



være optaget af at ville sig selv til livs men derimod tænke på fremtiden som positiv forbinder patienterne ifølge undersøgelsen ligeledes med at have et liv, der er værd at leve.

DAT bidrager ifølge undersøgelsen til et liv, der efter patienternes opfattelse er værd at leve, idet de færdigheder, de tilegner sig og bruger betyder, at de har fået kontrollen over deres liv. Mere konkret betyder det, at en bedre evne til at regulere følelser har gjort dem i bedre stand til at fungere i hverdagen og mestre de udfordringer, den byder på.

DAT kan beskrives som et vendepunkt i form af en langvarig læringsproces, hvori udførelse af hverdagsaktiviteter spiller en væsentlig rolle. I denne proces sker en om-programmering af patienternes tænkning. Kemi og følelsesmæssig relation mellem patient og medarbejder har en afgørende betydning ift. et vellykket samarbejde og ift. at patienten føler sig mødt og behandlet som et menneske fremfor en diagnose. Tid er dog ifølge undersøgelsen en afgørende faktor ift. at have vilkår til opbygning af en relation, der muliggør den langvarige proces det er at lære nye mestringsstrategier. Relationen er en forudsætning for tillid i samarbejdet. Tillid i samarbejdet giver selvtillid, mod og vilje til at prøve de tillærte færdigheder af. Støttet af medarbejderne kan mennesker med personlighedsforstyrrelser arbejde sig fra et liv i kaos til et liv, hvor hun/han har kontrollen, hvilket først og fremmest kan ses som en menneskelig gevinst men også som en samfundsmæssig gevinst.

DAT-behandlingen kan bruges i sin helhed i forskellige regi, ligesom elementer af DAT kan bruges i arbejdet med mennesker, der oplever samme problemstillinger som mennesker med personlighedsforstyrrelser uden at de nødvendigvis har en diagnose. DAT kan derfor bruges til andre målgrupper end mennesker med personlighedsforstyrrelse. DAT er en evidensbaseret behandling og der har vist sig gode erfaringer med resultaterne også selvom man ikke arbejder med DAT i fuldt omfang. DAT anvendes flere steder i psykiatrien i Danmark.

Eksemplificeres der ved hjælp af dialektisk adfærdsterapi er det oplagt, at hver undervisningsgang startes med en mindfulness-øvelse (se også tidligere refleksioner over mindfulness-øvelser betydning for relationsdannelsen).

Mindfulnessfærdigheder er vigtige i DAT, da de lærer os, hvordan vi kan iagttage og opleve virkeligheden, som den er, hvordan vi kan blive mindre dømmende, og hvordan vi kan mere effektivt leve i nuet. Mindfulnessfærdigheder er de første i rækken af færdigheder og understøtter de øvrige færdigheder.

Relationsfærdigheder hjælper os til at håndtere relationskonflikter effektivt og til at vedligeholde og udvikle relationer til andre (både fremmede og dem, vi er tæt på). Relationsfærdigheder inddeles i DAT i tre hovedgrupper: Den første gruppe fokuserer på at opnå det, du vil have, og består af forskellige strategier til at efterspørge det, vi ønsker at sige nej til, det vi ikke ønsker og at gøre det på en måde, så din selvrespekt og relation til andre forbliver intakt. Anden gruppe fokuserer på at

opbygge relationer og afslutte destruktive forhold, hjælper os til at møde nye mennesker og danne nye venskaber, bevare positive relationer og – hvis det er nødvendigt – at afslutte destruktive forhold. Den tredje gruppe handler om færdigheder i at finde den gyldne middelvej i vores relationer dvs. at finde balancen mellem accept og forandring i os selv og i vores relationer.

Færdigheder i at regulere følelser er vigtige selvom en fuldstændig kontrol over følelserne aldrig vil kunne opnås. I en vis udstrækning er vi dem, vi er, og følsomhed er en del af os, men vi kan trænes i at få mere kontrol. Fokus i disse færdigheder er at lære at forstå og benævne følelser. Følelser har vigtige funktioner, og det kan være svært at ændre en følelse, hvis du ikke forstår, hvad den gør for dig. At reducere intensiteten af smertefulde eller uønskede følelser, så som vrede, sorg, skam m.v. indebærer at ændre følelsesmæssige reaktioner. I DAT arbejder man med at ændre de situationer, der forårsager disse smertefulde eller uønskede følelser. Strategier til at reducere sårbarhed for følelsetænkning øger vores følelsesmæssige modstandskraft og reducerer din sårbarhed for at blive ekstremt og smertefuldt følelsepåvirket. Endelig arbejdes der med færdigheder i at håndtere meget vanskelige følelser.

Færdigheder i at udholde og overleve krisesituationer uden at gøre tingene værre er den sidste gruppe af de færdigheder, der arbejdes med i DAT-behandlingen. Krisefærdigheder indeholder metoder til at udholde smertefulde hændelser, trang og følelser, når du ikke kan forbedre situationen nu og her. Acceptfærdigheder viser dig, hvordan du kan reducere lidelse ved at acceptere og deltage fuldt ud i livet, også selv om det ikke var det liv, du ønskede. DAT-behandlingen arbejder også med kriser, der er afhængighed.

Dialektik retter vores opmærksomhed mod enkeltdelene af et system, dvs. en bestemt adfærd, såvel som mod delene indbyrdes forbundethed med andre dele (fx andre former for adfærd, den omgivende kontekst) og de større helheder (fx kulturen, verdens tilstand på det tidspunkt). Det er svært at tilegne sig nye adfærdsfærdigheder, når ens umiddelbare omgivelser eller den mere overordnede kultur, man befinder sig i, ikke understøtter en sådan læring. Dermed skal personen ikke kun lære nye selvreguleringsfærdigheder og færdigheder i at påvirke sine omgivelser, men også lære, hvornår der er brug for regulering.

Følgende er de grundantagelser om færdighedstræning, som DAT-behandlingen bygger på:

## GRUNDANTAGELSER OM FÆRDIGHEDSTRÆNING

En grundlæggende antagelse er en overbevisning, som ikke kan bevises, men som vi er enige om at følge alligevel.

**1. Deltagerne gør det bedste, de kan.**

Alle mennesker gør til enhver tid det bedste, de kan.

**2. Deltagerne ønsker at få det bedre.**

Det er fælles for alle mennesker, at de ønsker at gøre deres liv bedre og være lykkelige.

**3. Deltagerne må gøre det endnu bedre, lægge endnu flere kræfter i og være endnu mere motiveret for forandring.\***

Det faktum, at man gør sit bedste og endda ønsker at gøre det endnu bedre, betyder ikke, at det er tilstrækkeligt til at løse problemet.

**4. Deltagerne er ikke nødvendigvis selv skyld i alle deres problemer, men de er nødt til at løse dem alligevel.\*\***

Man er nødt til at ændre sin egen adfærd og omgivelser, hvis ens liv skal forandre sig.

**5. Ny adfærd skal læres i alle relevante sammenhænge.**

Der er behov for at træne de nye færdigheder i de situationer, hvor de skal bruges, ikke kun i de situationer, hvor man først lærer dem.

**6. Al adfærd (handlinger, tanker, følelser) har en årsag.**

Der er altid en årsag eller en række af årsager til vores handlinger, tanker og følelser, også selv om vi ikke kender årsagerne.

**7. At finde og ændre årsagen til adfærden er mere effektivt end at dømme og bebrejde.**

At dømme og bebrejde er det nemmeste, men hvis vi vil skabe forandring i verden, er vi nødt til at ændre den kæde af hændelser, der resulterer i uønsket adfærd og hændelser.

\* Men hvis fremgangen er stabil og forløber i et realistisk tempo, er det måske ikke nødvendigt at lægge endnu flere kræfter i og være endnu mere motiveret.

\*\* Hvis det drejer sig om børn, må forældre og andre omsorgspersoner hjælpe.

For at give medarbejderne et indtryk af, hvordan DAT-behandlingen fungerer, er det oplagt at lade dem udføre hhv. en kædeanalyse og en problemanalyse:

## OVERBLIK: ADFÆRDSANALYSE

At finde årsagerne til en adfærd og lægge en plan for problemløsning

### Kædeanalyse

**bruges i de situationer, hvor du handler ineffektivt.**

I en kædeanalyse ser du på den kæde af hændelser, der førte til ineffektiv adfærd. Du ser også på konsekvenserne af adfærden, da de kan gøre det endnu mere vanskeligt for dig at ændre adfærden. Kædeanalysen kan også hjælpe dig til at finde frem til, hvordan du kan gøre skaden god igen.

### Problemanalyse

**bruges i de situationer, hvor det ikke lykkes dig at handle effektivt.**

I en problemanalyse kan du finde frem til, hvad der hindrede dig i at gøre det, der var nødvendigt, det, du håbede på at gøre, det, du havde lovet at gøre, eller som andre forventede, du gjorde. Problemanalyse kan også hjælpe dig med fremtidig problemløsning.

### Tema 4: Fra sygdomsforståelse til borgerforståelse – moderne psykiatri tager udgangspunkt i funktionsniveauet

Man regner med, at mere end hver tiende person i den vestlige verden har en personlighedsforstyrrelse. Vi vil derfor næppe kunne undgå at møde mennesker med personlighedsforstyrrelser på vores arbejde, i vores lokalsamfund, i løbet af vores uddannelse, blandt kollegaer, hos vores nærmeste eller hos os selv. Når man lider af en personlighedsforstyrrelse, kan det volde problemer for en selv (fx mindreværd og identitetsproblemer) og sabotere relationer til andre (fx mistillid og konflikter med andre). Derfor er emnet oplagt at tage udgangspunkt i, når man underviser i, hvordan udsatte borgere kan understøttes i deltagelse i samfundslivet.

Paranoid, skizoid, dyssocial, borderline, histrionisk, tvangspræget, ængstelig og dependent. Det er velkendte termer for medarbejdere i behandling- og socialpsykiatri, der beskæftiger sig med personlighedsforstyrrelser. Sådan har det været i mange år. Men det ændrer sig, for med det nye ICD-11-diagnosesystem følger også et ”nyt sprog” til at tale om personlighedsforstyrrelser på.

ICD-11 har fokus på personlighedens overordnede funktionsniveau.

I WHO har man i 10 år arbejdet på en ny version af sygdomsklassifikationen. Den nye version af WHO's internationale klassifikation af sygdomme og andre helbredsrelaterede tilstande – ICD-11 – er udkommet og skal i de kommende år udrulles i det danske sundhedsvæsen.

WHO's klassifikation er grundlaget for bl.a. sygdoms- og dødsårsagsregistreringen i Danmark og indgår i Sundhedsvæsenets Klassifikationssystem (SKS). Danmark har tilsluttet sig WHO-nomenklaturforordningen fra 1967, som indebærer, at vi er forpligtet til at anvende den nyeste revision af ICD til international statistisk rapportering af sygdomme og dødsårsager.

Oprindeligt skulle ICD-versioneringen have været udkommet med en ny version ca. hvert 10. år, og nu er den 25 år gammel. Man har i den mellemliggende periode klaret sig med årlige mindre og 3-årige større opdateringer, men indenfor flere sygdomsgrupper og sundhedsbegreber har der i nogen tid været brug for at klassifikationen blev gennemgribende revideret og moderniseret, med eksempelvis nye selvstændige kapitler og omplacering af sygdomme og/eller sygdomsgrupper, hvilket ikke har kunnet lade sig gøre indenfor den eksisterende ICD-10's rammer. Den nuværende klassifikation, ICD-10, stammer fra 1989 og blev i en dansk oversættelse taget i brug i 1994. Der har længe været arbejdet på etablering af en ny version, ICD-11, der skal afspejle nutidig sygdomsopfattelse og være digital.

Udover at ICD-11 er klinisk tidssvarende, er fordelene ved den, at den:

- Har nyt og mere detaljeret indhold sammenlignet med ICD-10 - inkl. definitioner og indeholder flere diagnoser og højere detaljeringsgrad end ICD-10
- muliggør lettere fremtidig udvidelse af klassifikationen
- har tidssvarende registreringsmuligheder for kliniske diagnoser
- giver mulighed for større præcision og dermed forbedret datakvalitet for alle, der anvender data til planlægning, kvalitetssikring, økonomistyring/DRG, forskning mv.
- er 'født' som en digital klassifikation – dvs. er skabt digitalt og dermed bedre egnet til at understøtte et digitaliseret sundhedsvæsen end den tidligere papirversion.

Med det kommende ICD-11 system skal vi vænne os til en ny måde at beskrive og diagnosticere personlighedsforstyrrelse på, som tager udgangspunkt i, hvad det egentlig vil sige at være menneske og at være personlighedsforstyrret.

ICD-11-personlighedsforstyrrelsesdiagnosen er radikalt ny. Det, der sker nu, er, at vi går fra at kategorisere typer til at klassificere sværhedsgrad – let, moderat og svær, hvilket kan suppleres med en beskrivelse af individuelle personlighedstræk bestående af negativ affektivitet, tilbagetrækning, dyssocialitet, mangelfuld hæmning og tvangspræg.

I ICD-10 var der populært sagt 178 måder at have en personlighedsforstyrrelse på. Det gør ICD-11 op med. Opdatering af diagnosen i ICD-11 kan bidrage til en mere individualiseret tilgang til behandling af en stor og meget sårbar gruppe af mennesker. ICD-10-diagnosen “ængstelig-evasiv personlighedsstruktur” vil kunne beskrives ud fra ICD-11-diagnoserne “let eller moderat personlighedsforstyrrelse” med negativ affektivitet og tilbagetrækning. ICD-10-diagnosen “emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse” (borderline og impulsiv type) vil typisk kunne beskrives ud fra ICD-11-diagnoserne “moderat eller svær personlighedsforstyrrelse” med negativ affektivitet, mangelfuld hæmning og i nogle tilfælde dyssocialitet.

## Diagnostiske betegnelser for personlighedsforstyrrelser i ICD-10 og ICD-11

ICD-10	ICD-11
Kategorier	Personlighedsforstyrrelse (Ja/Nej)
60.0 Paranoid	10.Z Upecificeret sværhedsgrad
60.1 Skizoid	10.0 <i>Let</i> personlighedsforstyrrelse
60.2 Dyssocial	10.1 <i>Moderat</i> personlighedsforstyrrelse
60.3 Emotionelt ustabil (borderline)	10.2 <i>Svær</i> personlighedsforstyrrelse
60.4 Histrionisk	(50.7 Personlighedsvanskeligheder)
60.5 Tvangspræget	Tillægskoder
60.6 Ængstelig-Evasiv	11.0 Negativ affektivitet
60.7 Dependent	11.1 Tilbagetrækning
60.8 Anden type	11.2 Dyssocialitet
60.9 Upecificeret	11.3 Mangelfuld hæmning
(73.1 Accentuerede personlighedstræk)	11.4 Tvangspræg
	11.5 Borderline mønster

Det nye fokus på sværhedsgrad kan potentielt fremme kommunikationen med jobcentre og forvaltninger, når det gælder patientens funktionsevne, skånehensyn og lignende.

Når der i undervisningen arbejdes med forholdet mellem sundhedslov, sociallov og beskæftigelseslov ift. inddragelse af sindslidende i samfundslivet, og når der eksemplificeres ved hjælp af diagnosen personlighedsforstyrrelse, så er det oplagt at inddrage Ankestyrelsens principafgørelse 28-20, hvoraf det fremgår, at en borgers sygemelding, der alene skyldes forstyrrelser i personlighedsstrukturen, som udgangspunkt ikke vil medføre uarbejdsdygtighed i sygedagpengelovens forstand. Forstyrrelser i personlighedsstrukturen knytter sig til den pågældendes person og personlighedstræk, og kan blandt andet have betydning for den pågældendes evne til at begå sig på arbejdsmarkedet og i sociale fællesskaber. Men en diagnose, der knytter sig til forstyrrelser i personlighedsstrukturen, vil ikke i sig selv medføre en indvirkning på den pågældendes arbejdsevne, der medfører uarbejdsdygtighed i sygedagpengelovens forstand.

Det er oplagt i undervisningen at se på det signal om forskelle i sindslidelser, som Folketinget her sender, og hvilken indflydelse det kan have på oplevelsen af det at deltage i samfundslivet som det kan have for den enkelte borger. For mennesker med personlighedsforstyrrelser kan oplevelsen af forskelsbehandling og uretfærdighed være problematisk, hvilket en del af medarbejderne formodentligt har gjort erfaringer med at skulle hjælpe borgere med at håndtere. En fælles refleksion over, hvilken betydning det kan have for den enkelte person med forstyrrelse i personlighedsstrukturen, at hun/han fx ikke omfattes af reglerne om sygedagpenge, når hun/han oplever at være så svært plaget af sin forstyrrelse, at det at opretholde en tilknytning til uddannelse og/eller arbejdsmarked bliver problematisk, kan være med til at åbne medarbejdernes øjne for, hvilke mindre synlige rammer for deres arbejde med borgeren, relationsdannelsen er underlagt.

Forslag til mindfulness-øvelser som undervisningen kan starte med:

### **Mindfulness-øvelse: Siddende meditation med fokus på åndedrættet**

#### **Varighed 10 min.**

Dette er en øvelse, hvor du træner dig i at holde opmærksomheden på åndedrættet.

Naturligvis kommer der altid tanker i vores sind! Men prøv at se sådan på det: tanker er bare psykiske fænomener, der kommer og går, uden vi har den helt store indflydelse på dem. De er der bare, men vi behøver ikke følge tanken! Bare registrer den! (Ja det er sværere, end man lige regner med).

Forestil dig, at du kunne se dine tanker på et stort lærred. Forestil dig, at det så ud ligesom, når du kigger på himlen, og der er forskellige skyer, der sejler forbi. Sådan er tankerne også! Det sejler forbi på lærredet, som skyer. Kommer ind i vores opmærksomhed/bevidsthed, men glider ud igen.

Lad os træne i bare at iagttage dem uden at gå ind i tanken. Så hver gang der kommer en tanke, der tager al opmærksomheden, flytter vi opmærksomheden tilbage til åndedrættet. Det er enkelt nok, men det kræver daglig træning.

Sæt dig godt til rette på en stol. Med rank ryg, lang nakke og det øverste af issen peger op mod loftet. Lad skuldrene være afslappede. Begge fødder i gulvet, armene hviler på lårene og håndfladerne kan evt. vende opad.

Følg nu bare instruktionen og husk at første gang er altid lidt underlig.

Efter øvelsen: spørg dig selv: "hvad lagde jeg egentlig mærke til?"

**Åben lydfilen her:** [https://www.ucsyd.dk/files/inline-files/siddende%20meditation%20med%20fokus%20p%C3%A5%20%C3%A5ndedr%C3%A6ttet\\_aura.mp3](https://www.ucsyd.dk/files/inline-files/siddende%20meditation%20med%20fokus%20p%C3%A5%20%C3%A5ndedr%C3%A6ttet_aura.mp3)

### **Mindfulness-øvelse: 3-2-1**

Sæt dig godt til rette på stolen. Begge fødder på gulvet, rank ryg, afslappede skuldre, lang nakke. Du kan have åbne øjne eller lukke øjnene. Armene hviler på lårene, vend gerne håndfladerne opad, hvis muligt, og så dan et lille smil, mens øvelsen foregår.

Øvelsen har til formål at gøre/sanse én ting ad gangen og iagttage det, der sker.

**Åben lydfilen her:** [https://www.ucsyd.dk/files/inline-files/mindfulness%C3%B8velse%20321\\_aura.mp3](https://www.ucsyd.dk/files/inline-files/mindfulness%C3%B8velse%20321_aura.mp3)

### **Mindfulness-øvelse: Bodyscan-meditation (lidt lang, så måske den kan være en del af hjemmøvelsen i mellem undervisningsgang 3 og 4)**

**Varighed ca. 30 min**

En bodyscan-meditation træner dig i at fokusere på én ting ad gangen, at udvide dit fokus, give slip og flytte fokus til et andet sted.

Mange synes, at øvelsen er meget afslappende – nogen falder sågar i søvn. Det er ikke formålet med øvelsen, men naturligvis er det helt ok at falde i søvn – måske er du træt! Det handler om IKKE at bedømme og vurdere sig selv, men have en venlig, ikke-dømmende tilgang.



Du skal finde dig et roligt sted, hvor du er lidt uforstyrret (hvis der er andre i lokalet, kan du invitere dem med til at deltage i øvelsen – store børn kan sagtens være med).

Læg dig på ryggen, tag et tæppe over dig. Lad armene ligge ned langs kroppen, håndfladerne vender opad. Benene ligger let adskilte og fødderne tipper lidt væk fra hinanden. (Det er den optimale stilling, men måske har du smerter eller andet, så du er nødt til at justere på stillingen. Tag evt. en pude under knæene).

Lyt så til instruktionen nedenfor.

*OBS – øvelsen slutter med 3 klokkeslag. Det 2. klokkeslag er blevet lidt højt - men så bliver du da vågen.*

**Åben lydfilen her:** [https://www.ucsyd.dk/files/inline-files/body%20scan%20%C3%B8velse\\_aura\\_1.mp3](https://www.ucsyd.dk/files/inline-files/body%20scan%20%C3%B8velse_aura_1.mp3)

## **Forslag til øvelser til tema 1 – lovgivning og etik**

### **Gruppeøvelse i etik: Fra det generelle til det specifikke:**

I din afdeling/dit team arbejder I ud fra etiske regler om, at vise respekt for borgeren og altid tage udgangspunkt i borgerens situation.

Giv eksempler fra din praksis på, hvordan du udviser respekt og tage udgangspunkt i forskellige borgere.

Hvilke dilemmaer opstår? Hvordan forskelsbehandler du?

Hvad er du influeret af, når du beslutter, hvad der er det rigtige at gøre i situationen?

### **Gruppeøvelse i etik – 3 relationstyper:**

Hvad definerer for jer de forskellige typer af relationer?

Hvad kendetegner en servicerektion? En borgerrelation? En klientrelation?

Hvordan er jeres rolle som professionelle forskellig i de 3 relationer?

Hvordan er borgerens rolle forskellig? Er der fx forskel på, hvor meget ansvar borgeren skal tage for sin egen situation og egne valg i de 3 typer af relationer?

Hvilke etiske dilemmaer får I øje på, når I arbejder med de 3 typer af relationer?

## **Refleksionsøvelse – først individuelt derefter i grupper:**

De første 10 min. arbejder du individuelt og beskriver din egen oplevelse af tingenes tilstand jf. de fire spørgsmål:

- Hvad gør vi i dag, som vi bør blive ved med at gøre?
- Hvad gør vi i dag som vi egentlig ikke bør gøre?
- Hvad bør vi gøre, som vi faktisk ikke gør?
- Hvad gør vi ikke i dag, som vi for alt i verden heller ikke bør gøre?

## **Forslag til hjemmeøvelse mellem undervisningsgang 3 og 4:**

Som en del af hjemmeøvelsen mellem undervisningsgang 3 og 4 kan medarbejderne tage udgangspunkt i disse to podcast, som samtidig er en forberedelse til undervisningsgang 4:

### **Podcasts**

#### **“Nyt år, nye diagnoser”**

I podcastepisoden ”Nyt år, nye diagnoser” af Brinkmanns brinks på P1 stiller Svend Brinkmann skarpt på diagnosesamfundet og drøfter med sine gæster, hvad vi skal med de nye diagnoser, som er kommet til? Hvem hjælper det egentlig? Gør det ikke bare flere syge?

[Lyt til podcasten: https://www.dr.dk/lyd/p1/brinkmanns-briks/brinkmanns-briks-2022-01-12](https://www.dr.dk/lyd/p1/brinkmanns-briks/brinkmanns-briks-2022-01-12)

#### **“Fordomme og fakta: Diagnosticering”**

I denne podcastepisode “Fordomme og fakta: Diagnosticering” i serien *Lad os tale om psykisk sygdom* undersøges fordomme og fakta om diagnosticering i Psykiatrien. Podcastserien er lanceret gennem samarbejde mellem PsykInfo i Region Syddanmark og Region Sjælland.

[Lyt til podcasten: https://ladostale.podbean.com/e/17-fordomme-og-fakta-diagnosticering/](https://ladostale.podbean.com/e/17-fordomme-og-fakta-diagnosticering/)

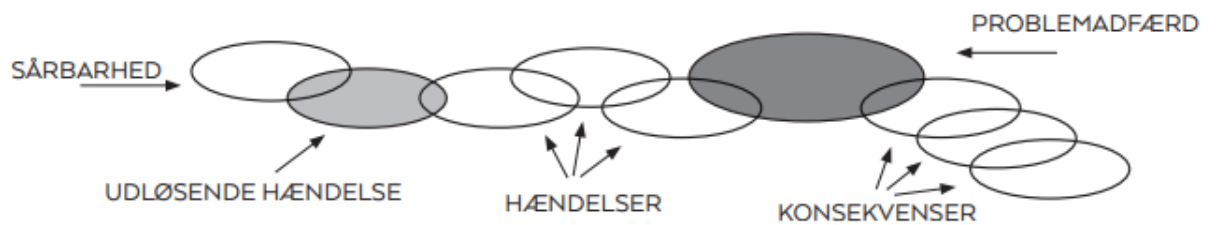
## Forslag til øvelser i tema 3 – dialektisk adfærdsterapi

Med udgangspunkt i en konkret case fra din praksis skal du udgøre først en kædeanalyse og derefter en problemanalyse.



### KÆDEANALYSE

LAV EN KÆDEANALYSE FOR AT FORSTÅ EN ADFÆRD



**Litteraturliste**

Birkler, J. (2018). Etik i psykiatrien. Munksgaards Forlag

Brinkmann, Svend (2022). Samfundet risikerer at køre os ud over kanten, hvis ikke vi sætter tempoet ned. Kan downloades fra: <https://www.altinget.dk/artikel/svend-brinkmann-samfundet-risikerer-at-koere-ud-over-kanten-hvis-ikke-vi-saetter-tempoet-ned>

Gilbert, P. (2018). Compassionfokuseret terapi. Dansk Psykologisk Forlag

Gittell, J. (2012). Effektivitet i sundhedsvæsenet: samarbejde, fleksibilitet og kvalitet. Munksgaards Forlag

Gittell, J. (2016). Relationernes betydning for høj effektivitet: styrken ved relationel koordinering. Dansk Psykologisk Forlag

Behr, Christina Prang og Svejstrup, Per: Dialektisk adfærdsterapi til personer med personlighedsforstyrrelser, s. 263-282 i Glintborg, Chalotte (red.) (2018): Rehabiliteringspsykologi. En introduktion i teori og praksis. Aarhus Universitetsforlag

Flø, Karin B. (2014). Socialrådgiveren som strategisk aktør: Diskurser, styring og selvteknologier i en voksen handicapafdeling. Kan downloades fra: [https://projekter.aau.dk/projekter/da/student-thesis/socialraadgiveren-som-strategisk-aktoer\(747e4bd1-3886-45ea-a7d6-293af1dc4daa\).html](https://projekter.aau.dk/projekter/da/student-thesis/socialraadgiveren-som-strategisk-aktoer(747e4bd1-3886-45ea-a7d6-293af1dc4daa).html)

Vind, Leif: Compassionfokuseret terapi og træning, s. 115-130 i Glintborg, Chalotte (red.) (2018): Rehabiliteringspsykologi. En introduktion i teori og praksis. Aarhus Universitetsforlag

Greenberger, D. og Padesky, C.A. (2017). Følelser med fornuft. At ændre hvad du føler ved at ændre hvad du tænker. Forlaget Klim

Guldager og Skytte (2017). Socialt arbejde – teorier og perspektiver. 2. udg. Akademisk Forlag s. 38-40

Juliussen, Finn Blickfeldt (2021): Recovery-orienteret rehabilitering. Re-orientering for mental sundhed. Hans Reitzels Forlag

Lindhardt, A. (2011). Etik og værdier i psykiatrien. PsykiatriFondens Forlag

Linehan, Marsha M. (2018) DAT – Dialektisk Adfærdsterapi. Manual og arbejdsark. Dansk Psykologisk Forlag (køb giver adgang til at printe kursusark og arbejdsark fra hjemmesiden)

Lund, Hans (udateret). Rehabilitering, recovery og empowerment – begreber i og historien bag rehabilitering. Slides kan downloades gratis på: <http://docplayer.dk/7493130-Rehabilitering-recovery-og-empowerment-begreber-i-og-historien-bag-rehabilitering.html>

Secher, Marianne (udateret): 12 metoder du kan anvende i arbejdet med borgeren. Kan downloades gratis på: <https://viden.via.dk/evu/psykiatri-12-metoder-du-kan-anvende-i-arbejdet-med-borgeren>

Petersen, K. et al. (2019). Sociologi og rehabilitering. Forlaget Munksgaard

Posborg, Nørrelykke og Antczak (2016). Socialrådgivning og socialt arbejde. 3. udg. Hans Reitzels Forlag s. 130-131.

Rasmussen, Vivian Limbrecht (2013). Nu er det mig, der har kontrollen – en kvalitativ undersøgelse af hvad mennesker, der har gennemgået dialektisk adfærdsterapi forstå ved et liv, der er værd at leve, og hvordan behandlingen bidrager hertil. Psykiatrisk Sygepleje s. 17-19, september 2013, 3. udg., 21. årg.

Rosa, Hartmut (2014). Fremmedgørelse og acceleration. Hans Reitzels Forlag

Secher, Marianne: Socialpædagogen i socialpsykiatrien – professionalisme og etik mellem subjekt- og objektpositioner. Bragt i Tidsskrift for Socialpædagogik 2017/2. Kan downloades gratis på: [https://psykosocialrehabilitering.dk/?get\\_group\\_doc=6/1567137718-Socialpdagogenisocialpsykiatrien.pdf](https://psykosocialrehabilitering.dk/?get_group_doc=6/1567137718-Socialpdagogenisocialpsykiatrien.pdf)

Online materiale:

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

<https://star.dk/media/1248/empowerment-i-den-beskaeftigelsesrettede-indsats.pdf>

<https://viden.via.dk/evu/psykiatri-12-metoder-du-kan-anvende-i-arbejdet-med-borgeren>

<https://voldsomudtryksform.dk/>