

Lovprisning af pårørende

– inddragelse og ansvarsforskydning i
psykiatrisk behandling

Af Jeppe Oute



Patienters og pårørendes frivillighed, aktivitet og personlige ansvar er afgørende forudsætninger for de måder professionelle inddrager dem i den psykiatriske behandling i Danmark. Fremkomsten af denne forståelse og praksis må ses som en effekt af, at patient- og pårørendeinddragelse i psykiatrien hviler på nogle vidtrækkende politiske idealer og dominerende forestillinger om psykisk lidelse, som også har virket afgørende for forståelsen af begrebet recovery. Recovery, der mere eller mindre parallelt med inddragelse har fået væsentlig politisk medvind indenfor det psykiatriske område over det seneste dekade, har historisk set været et udfordret begreb, hvis indhold og betydning ikke har været stabilt og endeligt fastlagt (Ness, Borg, & Davidson, 2014; Udvalget, 2013). Ifølge psykologen David Harper og sociologen Ewen Speed (2014) hviler den herskende forestilling om recovery imidlertid på et nyliberalt ideal om (1) individualisering og (2) en deficit-forståelse af psykisk lidelse.

(1) I denne individualiserede forståelse kan recovery og inddragelse, ifølge Harper og Speed, ses som nyliberale begreber, der: *“invite people to see certain problems as the responsibility of the individual rather than, for example, the state”* (Harper & Speed, 2014: p. 45).

(2) Ved at kombinere idealet om individualisering med deficitmodellen, forudsættes forståelsen af recovery, såvel som inddragelse, af en forestilling om, at psykisk lidelse må ses som udtryk for en række essentielle mangler i personen. I en skandinavisk sammenhæng bruges ordet svaghed dog ofte som samlebetegnelse til at karakterisere sådanne mangeltilstande. Det indebærer, at svaghed dækker over mange forskellige former for mangler som fx evnen til selvkontrol, mangel på livsduelighed, arbejdsevne, uddannelsesmuligheder og muligheder for at danne venskabelige – og kærlighedsrelati-

oner (Oute et al., 2015; 2016). Med Harpers og Speeds ord forstås disse mangler som forskellige former for 'negativer', der alle rummer et potentiale til at blive transformeret til 'positive' (Harper & Speed, 2014). Det vil sige, at 'positive' kan ses som tegn på en (ofte uudtalt) kollektiv eller samfundsmæssig forestilling om de træk, der karakteriserer en stærk person. Denne forståelse implicerer således, at den psykiske lidelse betragtes som en negation; altså det modsatte af det, der karakteriserer en positiv, normal eller god samfundsborger.

I sammenhæng med hinanden legitimerer det nyliberale ideal om individualisering og forståelsen af psykisk lidelse som en mangeltilstand tilsammen det, at den plagede person og vedkommendes pårørende frivilligt bør tage ansvar for at forandre og lære den plagede person at være en stærk person. I den individualiserede forstand indebærer det, at den plagede bør erkende og forene sig med sine personlige mangler mens pårørende bidrager hertil. Derfor bliver psykisk lidelse et personligt anliggende, som den enkelte nødvendigvis må bære ansvaret for, fordi opmærksomheden på de psykiske problemers sociale kontekst nedtones til fordel for et relativt ensidigt fokus på den enkelte eller, i bedste fald, vedkommendes interpersonelle kontekst (Oute og Ringer, 2014; Oute et al., 2015; Harper and Speed, 2014). Ved at anskueliggøre hvordan denne fremherskende forståelse af patient- og pårørendeinddragelse kommer til udtryk i sundhedsfaglige politikker og daglig psykiatrisk praksis, er det artiklens ærinde at anspore en langt mere åben diskussion om, hvad inddragelse bør være.

Baggrund

Som det for eksempel fremgår af Danske Patienters hjemmeside skal patientinddragelse bidrage til at flytte "*behandlingen hjem i dagligstuen*" (www.danskepatienter.dk). Denne og mange beslægtede måder at italesætte inddragelse af patienter og pårørende har i de senere år betydet, at inddragelse er blevet fremstillet som "det nye sort" på tværs af hele sundhedsvæsenet; en tendens, som reflekteres i en mangfoldighed af ofte ensrettede tiltag i daglig klinisk praksis, kvalitetsudviklingsprojekter, sundhedsfaglige politik-

ker og videnskabelige undersøgelser (Hansen, 2016; Hansen, 2014). Imidlertid tager disse forskellige projekter og indsatsformer meget ofte udgangspunkt i spørgsmålet om, *hvordan* inddragelse af patienter og pårørende bedst kan fremmes eller opnås ved hjælp af forskellige teknologiske og sociale tiltag (Karlsson, 2015). De spørgsmål, der derfor forbliver skjulte og implicite, handler modsat om, *hvad* inddragelse er for en størrelse, og *hvorfor* inddragelse så ofte ses som et nærmest ubetinget gode (Hansen, 2016; Hansen, 2014). Derfor er det helt logisk, at DR's artikel "*Forsker: Positivt at inddrage de pårørende mere*" (<http://www.dr.dk/nyheder/regionale/syd/forsker-positivt-inddrage-de-paaroeerende-mere>) ukritisk betoner denne fremherskende kliniske og forskningsmæssige lovprisning af pårørendeinddragelse, fordi artiklen forudsætter det samme sundhedsideologiske udgangspunkt for inddragelse som vældet af kliniske og politiske inddragelsesindsatser. Ved at forudsætte disse politiske idealer, overses de grundlæggende social- og sundhedsfaglige fagidealer om at basere praksis på et reflekteret, etisk og interesseløst grundlag, hvor patienter og pårørende ikke ses som instrumenter for behandlingen. Problemet med dette valoriserede syn på inddragelse implicerer således, at der ofte ikke stilles spørgsmål ved, hvilke politiske krav, idealer og målsætninger der kommer til udtryk gennem forståelsen af og måden at praktisere patient- og pårørendeinddragelse, fordi inddragelsesforskningen og – praksis, måske ikke intentionelt, kommer til at abonnere på individualiseringens idealer om frivillighed og individuelt ansvar samt en politisk målsætning om omkostnings-effektivitet snarere end fagprofessionelle idealer.

Undersøgelse af inddragelse i praksis

Et ph.d. projekt om den sociale konstruktion af pårørendeinddragelse tog for nyligt udgangspunkt i den daglige måde at arbejde med inddragelse i behandlingspsykiatrisk praksis (Hansen, 2016). Undersøgelsen anskueliggjorde, at den nok dominerende forestilling om inddragelse, der fremgår af centrale politikker fra Regeringens psykiatriudvalg (Udvalget, 2013) og sundhedskampagner (Oute, Huniche, Nielsen, & Petersen, 2015), kan ses som udtryk for en sund-

hedspolitisk målsætning om at effektivisere og reformere det traditionelle behandlingssystem. I praksis var det imidlertid meningsfuldt at forvalte denne politiske målsætning sådan, at patientinddragelse ofte baseres på idealet om, at patienter skal lære at påtage sig et betragteligt øget personligt ansvar for frivilligt at forene sig med diagnosen og behandling, fordi patienten ofte ses som en svagelig og umyndig person, der reelt ikke kan gennemskue beskaffenheden af sine problemer. Som sådan forventes pårørende også at påtage sig ansvaret for at sikre, at patientens identifikation med diagnosen og behandlingen er omkostningseffektiv (Oute, 2016). Undersøgelsen synliggjorde, at de grundlæggende politiske idealer om personligt ansvar og effektivitet, i kombinationen med et fremherskende menneskesyn i psykiatrien, virkede som afgørende forudsætninger for professionelles forståelse og praktisering af inddragelse af patienter og pårørende i det daglige. Denne nært beslægtede, og ofte nærmest identiske, politiske og professionelle forståelse af inddragelse indebar, at professionelle på en legitim måde ikke bare kunne, men reelt set burde, sørge for, at patienter og pårørende påtog sig store dele af ansvaret for en behandling, som tidligere lå hos de professionelle i velfærdsstatens institutioner (ibid.). De professionelle fokus på, hvordan patienter og pårørende frivilligt tager personligt ansvar for behandlingen foranstalter således det paradoks, at den nuværende forståelse og praktisering af patient- og pårørendeinddragelse reelt fraskriver dem muligheden for at få indflydelse på, hvad de skal inddrages i; nemlig fortolkningen af problemerne og den tilbudte behandling og hjælp. Og denne politiske forståelse af inddragelse kræver lidt mere forklaring:

Patienter gøres ansvarlige

Det at inddragelse må ses som et grundlæggende sundhedspolitisk forehavende kommer for eksempel til syne i de to søsterkampagner ”En af Os” og ”Psykiisk sårbar” (Oute et al., 2015). Disse højt profilerede sundhedskampagner, hvis formelle fokus er antistigmatisering og social inklusion, er rammesættende i psykiatrien: Kampagnerne understøttes ifølge kam-

pagnernes hjemmesider af en række governmentale og non-governmentale organisationer som PsykiatriFonden, Social- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Sind og Bedre Psykiatri. Desuden fremhæves kampagnerne af Danske Regioner på psykiatriske afdelinger landet over. Kampagnernes officielle agenda fremgår af webbaserede præsentationer af deres målsætninger og illustrative klummer og personlige historier. Her portrætteres en forestilling om, hvordan borgere med psykiske problemer og deres pårørende i stigende grad bør påtage sig ansvar for tidlig sygdomsopsporing, hurtig diagnosticering og effektiv behandling. På Det Sociale Netværks hjemmeside, som er Psykiisk Sårbar kampagnens hjemmeside, fremgår det for eksempel: *“Når man lider, er man selv nødt til at åbne ballet – ved at turde erkende, at man er svag.”* Kampagnernes gennemgående måde at skildre en patient eller plaget borger som svag eller sårbar tegner samlet set et billede af, at personer med psykiske problemer karakteriseres af en lang række personlige og sociale mangler, som alt i alt omfatter forestillingen om, at personen kendetegnes af manglende selverkendelse, motivation, selvstændighed, ansvarlighed, målrettethed, økonomisk og emotionel kontrol og handlekraft (ibid.). I den forstand er det paradoksalt, at offentlige antistigmatiseringskampagner fremmaner et billede af, at borgere med psykiske problemer karakteriseres af det præcist omvendte af de idealer, der i tiden ofte bruges til at betegne en god, normal samfundsborger og en passende livsførelse (Brinkmann, 2010; Oute et al., 2015). Paradokset indebærer, at kampagnerne reelt reproducerer en temmelig miskrediterende forståelse af, at personer med psykiske problemer er *grundlæggende* svage eller sårbare personer, der både bør lære at tage aktivt ansvar for at erkende deres svagheder, personlige mangler, og som på stigmatiserende vis bør identificere sig med diagnosen og den tilbudte behandling *”ved at turde erkende, at man er svag”*. Og her kommer pårørende ind i billedet.

Pårørende skal bidrage til ansvarliggørelse

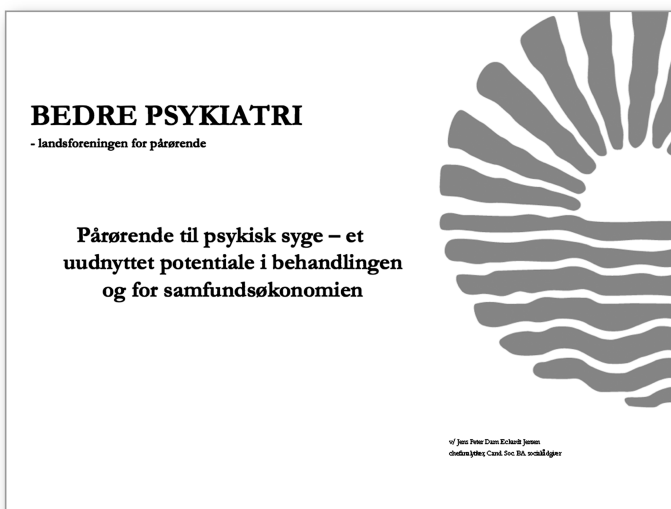
Den logiske følge af denne forståelse er, at kampagnerne portrætterer borgere med psykiske

problemer som fundamentalt uduelige og afvigende individer, der bør blive overvåget af deres pårørende med henblik på at forene sig med deres diagnose og til at følge en anvist behandling. Disse antistigmatiserings- og inklusionskampagner giver derved indtryk af, at man som pårørende skal forstå sig selv som en person, der aktivt fremmer tidlig opsporing af psykisk lidelse, diagnosticering og optimering af den ”svages” erkendelse af sin sygdom og behov for at forene sig med behandlingen. På ”En af Os” hjemmesiden illustrerer et citat fra den tidligere sundhedsminister og medlem af folketinget Astrid Kragh dette ansvarsfordrende rationale: ”Vi har som samfund – måske af bekvemmelighed – bygget en mur op om psykisk sygdom, der forhindrer os i at se, erkende og hjælpe de mennesker, vi kender, med psykiske problemer.” Som sådan kan man sige, at kampagnerne repræsenterer en forebyggelses- og effektiviseringsorienteret forståelse af inddragelse, som retfærdiggør, at alle samfundsborgere er pårørende, der bør bidrage til at opspore personer med psykiske problemer samt diagnosticere og behandle dem. Paradoksalt nok betegnes det, at den plagede person bør identificeres, kategoriseres og behandles som afvigende og sygelig som en måde at modvirke

det, at en person identificerer sig som afviger og psykisk syg, der har brug for overvågning og støtte. Dermed bliver problemet, at disse vidtrækkende sundhedspolitiske kampagner reproducerer den forståelse og de problemer, de er sat i verden for at gøre op med. Derfor er det oplagt at spørge, om det paradoks, der er forbundet med den sundhedspolitiske fremstilling af inddragelse, også gør sig gældende i daglig psykiatrisk praksis?

Patientinddragelse i psykiatrisk behandling

I ph.d. projektet viste interview med et bredt udvalg af professionelle og i alt fem ugers observationer fra to behandlingspsykiatriske institutioner, at de professionelle ofte brugte ordet ”patienten” som en generel betegnelse for diagnosticerede personer såvel som for ikke-diagnosticerede personer med psykiske problemer. Igen og igen beskrev de professionelle patienten som en ”kaotisk”, ”svag” eller ”sårbar” person (Hansen & Randwijk, 2013; Hansen, 2016). De professionelle fremstillinger af patienten forudsatte gennemgående, at patientens sygelige tilstand og afvigende adfærd skyldtes en grundlæggende mangeltilstand *i patienten*. Ligesom i de politiske kampagner og i beslægtet lærebogslitteratur indikerede de professionelle, ofte uformelle, synonyme brug af ord som svag, sårbar og kaotisk, at patienten også i daglig praksis karakteriseres af det præcist modsatte af de tidstypiske idealer, der ofte bruges til at betegne en god samfundsborger og vedkommendes livsførelse (Oute, 2016). Det indebar, at den svage, sårbare eller kaotiske patient blev karakteriseret af det omvendte af selvstændighed, målrettethed, økonomisk og emotionel kontrol og handlekraft. Under den forudsætning blev det ikke alene meningsfuldt, men faktisk moralsk, at professionelle måtte tage vare på patientens sundhed, sikkerhed og velbefindende ved at kompensere for vedkommendes manglende indsigt, formåen eller vilje. I den forstand var det også logisk for professionelle, at patientinddragelse måtte indebære, at patienten skulle vejledes og undervises i, hvordan han eller hun selv kunne tage ansvar for at overvåge sig selv og sine mangler og korrigere sin afvigende tilstand og adfærd med henblik på at effektivisere behandlingen og mini-



mere de økonomiske omkostninger forbundet med indlæggelse (ibid.).

Denne forståelse kom til udtryk på mange forskellige måder; fx som her, hvor en læge fortæller, at patienten ”*selv kan gøre meget for, at der sker en forandring*”. Som sådan forudsatte de psykiatriske professionelle ofte, at patienten bør og vil påtage sig øget ansvar for at forene sig med behandlingen og de professionelles anvisninger til, hvordan vedkommende kan ”*tackle*” sin situation. Da patienten sås som grundlæggende ude af stand til selv at træffe holdbare beslutninger om sin sundhed og behov for hjælp på grund af antagelsen om vedkommendes svagelige karakter, arbejdede de professionelle ofte hårdt på at sætte patienten i stand til at udvikle adfærd og forene sig med former for respons, som de professionelle netop anså som gode og hensigtsmæssige; fx ved at tilbyde undervisning (psykoedukation) eller kognitiv adfærdstræning. Derfor rettes den daglige måde at inddrage patienten i behandlingen ikke direkte mod at forbedre patientens indflydelse på definitionen af vedkommendes problemer og medbestemmelse på behandlingen men mod at sørge for, at patienten tager ansvar for at erkende sin tilstand, samtykker til behandlingen og frivilligt følger de professionelle anvisninger; det der ofte betegnes med det paternalistiske begreb compliance (Hansen, 2016). Og netop her kom de professionelle måder at inddrage pårørende ind i billedet.

Pårørendeinddragelse i psykiatrisk behandling

Undersøgelsen viste også, at ordet ”pårørende” ofte blev brugt som betegnelse for partnere, ægtefæller, venner, familiemedlemmer, kolleger og indimellem de professionelle selv.

Ofte blev pårørende italesat som instrumenter i behandlingen, når de som denne sygeplejerske redegjorde for den psykiatriske afdelings måde at inddrage pårørende: ”[På vores afdeling er pårørende] *en kæmpe, kæmpe ressource, for at vi kan få den vi holder af til at få det godt igen*”. Denne italesættelse henviste ofte til en forestilling om, at pårørende – stik modsat patienten – antages at være selvstændige, målrettede og handlekraftige i forhold til håndteringen af pati-



Iflg. ordbogen betyder 'compliance' (dansk: komplians) føjelighed, en patients efterlevelse af lægens anvisninger typisk vedr. medicinindtagelse, diæt eller livsstilændringer.

entens problemer og tilstand. Ved at sige, at ”*man er jo ikke født som pårørende, man skal lære at være det*”, gav en erfaren psykiatrisk sygeplejerske for eksempel udtryk for, at pårørende gerne vil lære at agere som frivillige medbehandlere (Oute, Petersen, & Huniche, 2016). Som så mange andre professionelle i undersøgelsen, antog sygeplejersken her, at pårørende ikke alene bør påtage sig ansvar for at overvåge og ”*motivere*” patienten men endda kan modsvare det, patienten formodes ikke selv at være i stand til at forstå eller gøre. I det perspektiv er det meningsfuldt, når de professionelle arbejder aktivt for at lære pårørende at kunne tage ansvar for at overtage behandlingsansvar gennem psykoedukation i, hvordan de kan levere observationer af patienten til de professionelle samt sikre medicintagning, faste døgnrytmer og sengetider for patienten i det daglige i familiens hjem. Netop i forbindelse med psykoedukation sagde en sygeplejerske for eksempel, at ”*vi ved jo, at et godt pårørendesamarbejde forebygger tilbagefald. Og I har jo også timerne derhjemme, så det er jo jer, der virkelig har nogle gode muligheder*”. På den måde orienteres professionelle forståelse af pårørendeinddragelse mod at insti-

tutionalisere det, at pårørende bærer et stort medansvar for at understøtte og effektivisere plejen og behandlingen i familiens private liv. Denne betoning af pårørendes eget ansvar, selvstændighed og handlekraft indebærer, at pårørende selv forventes at bære ansvaret for at håndtere deres egne og familiens problemer samtidig med, at de bærer behandlingsansvaret: Et ansvarsforflyttende og individualiserende aspekt af den politiske og professionelle forståelse af pårørendeinddragelse, som blev synlig, da de undervisende professionelle gennemgående henviste de ofte frustrerede og emotionelt udslidte pårørende til at læse selvhjælpslitteratur fra PsykiatriFonden, Depressionsforeningen, PsykInfo og Bedre Psykiatri. I undersøgelsen var et tilbagevendende eksempel på anvist selvhjælpslitteratur den toneangivende vejledning til pårørende fra PsykiatriFonden, som fremhæver overskrifter som ”*Hvad kan du gøre som pårørende*”, ”*Se faresignalerne, og få stillet en diagnose*” eller ”*Pårørende som en aktiv del af behandlingsforløbet*” (Gerlach, 2008). Overskrifterne er eksempler på den måde det ofte forudsættes, at pårørende forventes at bære ansvaret for at få deres pårørende eller samlever diagnosticeret og herefter overvåge vedkommendes mentale sundhedstilstand og behandling (Hansen, 2014). Ligesom i de sundhedspolitiske kampagner og i de professionelle måder at tale om og praktisere pårørendeundervisning, underforstås det samtidig også i pårørendelitteraturen, at pårørende selv må håndtere deres egne, familiens krise og emotionelle problemer. Trods det at pårørende ofte påtager sig en enorm byrde, som tidligere lå hos velfærdsstaten, viste ph.d. projektet, at det var ganske udbredt at pårørendes perspektiver og oplevelser marginaliseres og, at pårørende efterlades med deres egne problemer. Dette er netop velbeskrevet i en række undersøgelser af pårørendes erfaringer med deres samarbejde med behandlingspsykiatrien, der er foretaget internationalt over de sidste 20 år (Hansen, 2016; Hansen, Jakobsen, Rossen, & Buus, 2011; Skundberg-Kletthagen, Wangensteen, Hall-Lord, & Hedelin, 2014a; Skundberg-Kletthagen, Wangensteen, Hall-Lord, & Hedelin, 2014b). Virkningen af denne samlede forståelse og måde at

praktisere pårørendeinddragelse er, at pårørende bliver et instrument i den psykiatriske behandling og forebyggelse af sociale problemer, der på forhånd defineres af de professionelle. Denne muligvis implicite forståelse, der gør sig gældende i psykiatrien i Danmark og andre beslægtede lande, indebærer, at pårørende både leverer information om patienten til professionelle og understøtter den anviste behandling, selvom pårørendes egne og deres families problemer, ligesom patientens oplevelser, ofte ikke ses som en naturlig del af forståelsen af pårørendeinddragelse i praksis (Oute et al., 2016; Oute & Ringer, 2014).

Faglige, juridiske og demokratiske problemer

Med artiklen har jeg villet anskueliggøre, hvordan forhold mellem idealet om individualisering, som er et centralt aspekt af strukturforandringen af det psykiatriske system, og en fremtrædende måde at italesætte patienten kan virke afgørende for en dominerende forståelse af patient- og pårørendeinddragelse i dansk behandlingspsykiatri i dag. Artiklens ærinde er *ikke* at forlænge tidligere kritikker af de herskende forståelser af diagnoser og psykisk lidelse (Brinkmann & Petersen, 2015; Oute & Ringer, 2014). I stedet fremhæves det, hvordan politiske idealer som frivillighed, aktivitet, ansvarlighed og effektivitet fungerer som forudsætninger for, at sundhedspolitiske kampagner og professionelle kan retfærdiggøre, at patienter og pårørende praktisk talt overdrages ansvaret for at øge overvågningen og den medicinske kontrol af diagnosticerede og borgere med psykiske problemer og socialt afvigende adfærd (Oute, 2016).

Selvom denne forståelse måske kan ses som helt forventelig ud fra et sundhedsøkonomisk og -socialpolitisk perspektiv, så er det påtrængende at spørge, om ministerierne, Sundhedsstyrelsen og bruger- og pårørendeorganisationerne, som er ansvarlige for de storstilede, kampagnebaserede inddragelsesindsatser, havde forudset denne måde, hvor inddragelse reelt gør patienter og pårørende til instrumenter for behandlingen? I så fald kan det forbløffe, at en pårørendeorganisation som Bedre Psykiatri har spillet en

central rolle i at fremme denne sundhedspolitiske forståelse af pårørendeinddragelse og dens udbredelse i psykiatrisk praksis, idet organisationen ifølge deres hjemmeside arbejder for at tale pårørendes sag overfor politikere og fagfolk i psykiatrien. Endvidere rejser der sig også et spørgsmål om, hvordan professionelles fremstilling af inddragelse reelt kan siges at være kvalificeret og legitim trods det, at professionelle er underlagt et massivt arbejdspress som følge af strenge politiske krav om at øge effektiviteten af diagnosticering og behandling af et stigende antal diagnosticerede personer i praksis? Og hvis der findes konsensus om legitimiteten af denne sundhedspolitiske forståelse af inddragelse, er det så ikke *også* rimeligt at forvente, at politikere, embedsfolk, psykiatriske professionelle og brugerorganisationer (m.fl.) gør det politisk og praktisk muligt at inddrage patienter og pårørende på en måde, hvor frivilligheden og det øgede ansvar automatisk medfører øget indflydelse på fastlæggelsen af karakteren af borgernes problemer og den form for hjælp, der kan tilbydes i det psykiatriske system?

Jeppé Oute er adjunkt ved Center for Rusmiddelforskning, Psykologisk Institut ved Aarhus Universitet.

REFERENCER:

- Brinkmann, S. (2010). *Det diagnosticerede liv: sygdom uden grænser*. Århus: Klim.
- Brinkmann, S. & Petersen, A. (2015). *Diagnoser: perspektiver, kritik og diskussion*. Aarhus: Klim.
- Gerlach, J. (2008). *Pårørende: råd og vejledning til pårørende til mennesker med psykisk sygdom*. Kbh.: Psykiatrifonden.
- Hansen, J. O. (2014). Pårørendeinddragelse. In D.B.Danbjørg & N. Tvistholm (Eds.), *Patient - en grundbog i sygepleje* (first ed., pp. 355-372). København: Munksgaard.
- Hansen, J. O. (2016). Den sociale konstruktion af pårørendeinddragelse i behandlingspsykiatrien: et flerstedsetnografisk feltstudie af politiske, kliniske og depressionsramte familiers diskurser om inddragelse og deres effekter. [No. 1.], 220. Odense, Research Unit of User Perspectives, University of Southern Denmark. PhD-series. 2016.
- Hansen, J., Jakobsen, T., Rossen, C., & Buus, N. (2011). Pårørendes oplevelser af samlivet med deprimerede mennesker: en kvalitativ metasyntese. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 31, 32-37.
- Hansen, J. O. & Randwijk, C. v. (2013). "Nu tager vi over": en diskursanalyse af subjektpositioner i psykiatrisk sygepleje. *Nordiske Udkast*, 41, 22-37, 82.
- Harper, D. & Speed, E. (2014). Uncovering recovery: The Resistible Rise of Recovery and Resilience. In E.Speed, J. Moncrieff, & M. Rapley (Eds.), *De-medicalizing misery II* (First ed., pp. 40-57). London: Palgrave Macmillan.
- Karlsson, B. (2015). New Public Management, psykisk sundhed, faglig styring og personlig faglighed. In B. Lihme (Ed.), *Det sociale betydning for mennesker med sindslidelse* (1 ed., pp. 282-302). København: Akademisk Forlag.
- Ness, O., Borg, M., & Davidson, L. (2014). Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives. *Advances in Dual Diagnosis*, 7, 107-117.
- Oute, J. (2016). Patient- og pårørendeinddragelse i psykiatrisk behandling. In S.Glasdam & J. W. Jørgensen (Eds.), *Det nære sundhedsvæsen. Perspektiver på samfundsudvikling og møder mellem mennesker* (1. ed., pp. 138-151). København: Munksgaard, In Press.
- Oute, J., Huniche, L., Nielsen, C. T., & Petersen, A. (2015). The politics of mental illness and involvement – a discourse analysis of Danish anti-stigma and social inclusion campaigns. *Advances in Applied Sociology*, 5, 273-285.
- Oute, J., Petersen, A., & Huniche, L. (2016). Who and what does involvement involve? A multi-sited field study of involvement of relatives in Danish psychiatry. *Issues in Mental Health Nursing*, 36, 953-962.
- Oute, J. & Ringer, A. (2014). Psykiatrien i krise - en kamp om definitioner. *Sygeplejersken*, 114, 78-82.
- Skundberg-Kletthagen, H., Wangensteen, S., Hall-Lord, M. L., & Hedelin, B. (2014a). Experiences of the psychiatric specialist health services - The perspective of relatives of inpatients with severe depression. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5, 117.
- Skundberg-Kletthagen, H., Wangensteen, S., Hall-Lord, M. L., & Hedelin, B. (2014b). Experiences of the psychiatric specialist health services GÇö The perspective of relatives of inpatients with severe depression. 5, 117.
- Udvalget, o. P. t. t. D. g. p. c. (2013). *En moderne, Aaben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser: rapport fra Regeringens Udvalg om Psykiatri*. S.I.: Regeringens Udvalg om Psykiatri.