

# Fælles mål for indsatserne til unge med dobbelt belastning/-diagnose

Af Peter Jensen, chefkonsulent i SPUK



## Indledning

Bender et al (2006) beskrev efter gennemgang af en lang række systematiske randomiserede tiltag og interventioner ift. unge med dobbeltdiagnoser 10 foreløbige anbefalinger i forhold til at arbejde med og behandle unge med dobbeltdiagnose. Disse anbefalinger er beskrevet i vidensopsamlingen 'Unge med dobbeltdiagnose/dobbelt belastning - Afdækning af viden og erfaringer på området' (Hansen og Jensen, 2016.) Den ene af disse anbefalinger var, at *'Behandlingen skal være målstyret, her-og-nu-fokuseret og tage udgangspunkt i ressourcer'*.

Der er imidlertid, når det handler om unge med dobbeltdiagnose, oftest adskillige aktører, der har kontakt med den unge samtidig, og det er langt fra altid, at disse aktører har de samme mål, som de arbejder frem imod sammen med den unge. Ofte kommer målene i de forskellige sektorer til at være usammenhængende, og i nogle tilfælde bliver de direkte kontraproduktive, som når det f.eks. kræves, at den unge frekventerer en produktionsskole, hvor mange unge har et dagligt forbrug af hash, samtidig med at den kommunale rusmiddelbehandling arbejder på at etablere den unge i fællesskaber, hvor hashen ikke er et omdrejningspunkt for fællesskabet.

En anden af Bender et al's retningslinjer var, at behandlingens skal være 'integreret', hvilket betyder, at behandlingsindsatserne i forhold til rusmidlerne og i forhold til psykiatrien varetages af personer, der er tilknyttet samme organisatoriske enhed. Det betyder, at der organisatorisk bl.a. er mulighed for en langt større samordning af målene i forhold til psykiatri og rusmiddelbehandling, men hvor det ikke nødvendigvis bliver en større samordning mellem målene mellem f.eks. den integrerede behandling og jobcenter eller integreret behandling og døgnanbringelsessted som f.eks. familiepleje.

Hvis der skal arbejdes med opstilling af fælles mål for alle de professionelle indsatser, som den unge er kontakt med, kræver det dels, at der arbejdes tværsektorielt og dels, at der arbejdes med den samme forståelse af, hvordan mål opstilles og hvilke typer af mål, der skal arbejdes med.

På baggrund af bl.a. anbefalingen fra Bender blev nogle af paneldeltager i fag-ekspertpanelet bedt om at holde et mindre oplæg d. 7/9 18 om, hvordan de arbejder med mål. Oplæggene blev holdt med udgangspunkt i virkelighederne i psykiatrien, i koordinationen mellem psykiatri og social misbrugsbehandling og i den kommunale sociale virkelighed indenfor myndighed og udfører. Derudover blev der holdt et perspektiverende oplæg fra en forsker med særligt fokus på, hvilken betydning det har for visse grupper af unge, at de konstant bliver mødt med krav om at skulle leve op til mål, som giver meget lidt mening for dem i deres hverdag, eller hvor de adskillige gange ikke har været i stand til at leve op til målene. Ambitionen med indlæggene var at blive klogere på i hvilken udstrækning, der faktisk blev arbejdet med koordinering og opstilling af fælles mål. Fremlæggelserne indikerede, at fælles mål for indsatserne kun undtagelsesvis var til stede og samtidig, at nogle mål primært var 'produktionsmål' for at måle sags-/patientflowet.

## Om mål

Der er i mange år blevet arbejdet med at sætte mål for menneskers udvikling. Der arbejdes i socialektoren med handleplaner og i sundhedssektoren bl.a. med koordinerende indsatsplaner. Udover disse typer af mål, som går på den enkelte unges funktion, er alle sektorer underlagt mål omkring produktivitet, økonomi og budgetoverholdelse m.v. Vi vil i dette bidrag holde os til mål i forhold til de unge, fordi det er der, fokus ligger i Benders anbefalinger. Benders anbefaling er, at vi alle (ung, familie, behandlere m.v.) arbejder mod det/de samme mål.

Mål for menneskers udvikling er en vanskelig størrelse. De fleste håndbøger, vejledning osv. fra styrelser og andre anbefaler, at man kikker mod SMART<sup>1</sup> modellen, når der skal udarbejdes mål. Eller at målene i hvert fald 'SMART-sikres'. Imidlertid viser det sig ofte i praksis, at SMART i forhold til (unge) menneskers udvikling er meget vanskeligt at anvende, hvilket kan hænge sammen med, at SMART oprindeligt blev udviklet til produktionsvirksomheder, og som – med al respekt for produktionsvirksomheder – er knapt så komplicerede størrelser som menneskelig udvikling.

## Mål og koordination

Mennesker med dobbeltdiagnose er oftest i forbindelse med en række offentlige og private (støtte-)indsatser. Hver af sådanne indsatser arbejder med mål for deres indsatser (måske lige med undtagelse af indsatser drevet af frivillige), og der vil være en tendens til, at indsatserne vil være mest fokuseret på det område, som netop er deres speciale. Nogle af de indsatser, der lovgivningsmæssigt er forpligtet til at arbejde med mål, er:

- ⇒ Voksne (over 18 år), der har betydelig nedsat fysisk og psykisk funktionsevne eller alvorlige sociale problemer, skal tilbydes en handleplan, når det vurderes, at de har behov for en socialfaglig indsats (SEL § 141). Undersøgelsen af behovet bygger ofte på VUM (Voksenedringsmetoden). Handleplanen udarbejdes af den kommunale myndighed og har til formål at beskrive de kort- og langsigtede mål for borgeren, herunder påtænkte indsatser.
- ⇒ Borgere med et stofmisbrug, der visiteres til et behandlingstilbud efter lov om social service § 101 eller sundhedslovens § 142 skal have udarbejdet en behandlingsplan. Social behandling for stofmisbrug efter § 101 hviler på en beslutning om et individuelt tilrettelagt forløb, hvor borgere med et stofmisbrug på baggrund af en faglig vurdering visiteres til et konkret behandlingstilbud. Behandlingsplanen skal sikre sammenhæng mellem både den sundhedsfaglige og den socialfaglige del af stofbehandlingen og de sociale problemstillinger i øvrigt.
- ⇒ I den kommunale alkoholbehandling er der oftest mulighed for at få udarbejdet en behandlingsplan. Udarbejdelsen af behandlingsplaner i alkoholbehandlingen er bl.a. nævnt i rådgivningsmateriale fra Sundhedsstyrelsen og KL. Behandlingsplanen er en faglig vurdering af borgerens aktuelle behov og kan indeholde en beskrivelse af konkrete indsatser, målsætninger, behandlingsmetoder mv.
- ⇒ For børn og unge, skal der foreligge en handleplan (SEL §140), inden der kan iværksætte støtte efter SEL §52. Handleplanen hviler på den børnefaglige undersøgelse (der ofte udarbejdes efter ICS), der er gennemført. Når indsatsen/foranstaltningen iværksættes, udarbejdes en behandlingsplan af indsatsen/foranstaltningen.
- ⇒ I psykiatrien skal der udarbejdes en behandlingsplan for indlagte patienter jf. psykiatriloven § 3 stk. 3. Behandlingsplanen udarbejdes i samarbejde med patienten og angiver mål og indsatser, herunder behovet for sociale tiltag.

---

<sup>1</sup> SMART står for at et mål skal være: Specifikt, målbart, accepteret, realistisk og tidsafgrænset

- ⇒ Inden for den psykiatriske behandling kan der træffes beslutning om at lave en udskrivningsaftale i forbindelse med udskrivning, hvis det antages, at patienten ikke selv opsøger den nødvendige behandling, herunder de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred (psykiatrilovens § 13a). Det er den behandlingsansvarlige psykiatriske overlæge, der træffer beslutning om en udskrivningsaftale. De øvrige aktører i denne aftale er borgeren, den psykiatriske afdeling samt de sociale myndigheder i kommunen, praktiserende læger og praktiserende speciallæger m.fl.
- ⇒ I de tilfælde, hvor patienten ikke vil medvirke til at indgå en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og de sociale tilbud til patienten, jf. psykiatrilovens § 13b.

Udover disse handle- og behandlingsplaner er der også en række andre instanser, der arbejder med de samme mennesker (fx hjemløseindsatser og praktiserende læge), ligesom mange af disse mennesker har private netværk, som også er optagede af at medvirke til, at den unge får den bedst mulige 'behandling'. Derudover vil en del også have planer på f.eks. jobcenteret i forhold til uddannelse og arbejde.

### Handleplaner, behandlingsplaner og indsatsplan

Handleplaner anvendes af myndighed, når de f.eks. har gennemført en undersøgelse af en voksen (VUM) eller en ung (ICS/SoS). Handleplanerne opstiller mål for de indsatser/foranstaltninger, som myndighed bestiller hos foranstaltninger/indsatser. For voksne over 18 år gælder, at handleplanen skal tilbydes, mens det for børn og unge under 18 år er et lovkrav, at der opstilles en handleplan.

Behandlingsplaner opstilles af de foranstaltninger og indsatser, som har behandlingskompetencen. Det betyder, at handleplanen definerer målet for indsatsen, mens behandlingsplanen definerer, hvordan der konkret skal arbejdes for at nå målet – og evt. hvilke delmål der skal arbejdes mod undervejs.

Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen har til koordination af de mange indsatser, der kan være i spil, udarbejdet de koordinerende indsatsplaner.

*Disse indsatsplaner "skal – med støtte fra koordinatorfunktionen - i udgangspunktet udarbejdes af borgerens centrale kontaktpersoner, dvs. behandlere i den ambulante psykiatri, stof- og/eller alkoholbehandlingstilbud, den praktiserende læge og med borgeren og pårørende (ved forudgående tilsagn fra borgeren) som aktive deltagere. Derudover kan der efter behov indkaldes kommunale støtte- og kontaktpersoner, bostøtte-medarbejdere til borgere med psykiske lidelser, aktører fra PSP- samarbejdet (Politiet, Sociale myndigheder og Psykiatri), samt medarbejdere fra jobcenter og uddannelsesvejledning. (...) Formålet med udarbejdelsen af en koordinerende indsatsplan er at skabe overblik over de indsatser, som borgeren modtager, og dermed være en samlende plan for koordination af den psykiatriske behandling og misbrugsbehandling. På baggrund heraf foretager de inddragede parter en fælles prioritering af, hvilke indsatser, der skal iværksættes, og i hvilken rækkefølge de skal tilbydes. Indholdet af den koordinerede indsatsplan skal afstemmes i forhold til borgerens præferencer. Målet er altså at samle de mange planer i en samlet plan med alle de aktører, som er relevante i forhold til give borgeren den bedst mulige støtte." (Sundhedsstyrelsen, 2014)*

Hvordan der skal arbejdes med de koordinerende indsatsplaner (opgave og ansvarsfordeling) aftales lokalt mellem kommuner og region, ligesom det også anbefales (af Sundhedsstyrelsen/Socialstyrelsen), at koordinatorfunktionens placering aftales af de regional/lokale parter. Koordinatorens funktion er "at indkalde til møde(r) og sikre, at fagpersoner og evt. pårørende har de nødvendige informationer for at kunne udarbejde en indsatsplan" (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Indsatsplanerne sigter på voksne – altså borgere over 18 år.

## Unge under 18 år

Med vores fokus på unge er der også unge under 18 år, der er dobbeltdiagnosticerede/dobbeltbelastede. Det betyder, at koordinationen for disse unges forløb og indsats er primært placeret i de kommunale børne- og familieafdelinger (myndighedsafsnit) i samarbejde med forældrene. Dog er behandlingsindsatsen for stofmisbrug hjemlet i SEL §101 stk. 3, så der ikke skal ventes på resultatet af en børnefaglig undersøgelse (der skal være færdiggjort indenfor 4 måneder).

I forhold til disse unge er der en lang række samarbejdspartnere, der adskiller sig fra samarbejdspartnere på voksenområdet. Det handler f.eks. om skoler, ungdomsuddannelser, mestre fra lærepladser, uddannelsesinstitutioner, kommunale kontaktpersoner, pædagogiske medarbejdere i almenområdet. Mange af disse samarbejdspartnere afspejler, at der er tale om unge, der er i en bevægelse mod voksentilværelsen.

Lovgivningen sætter med myndighedsalderen en grænse for, hvornår en ung bliver voksen, men de aller fleste unge lever en ungdomsliv, hvor det 18. år ikke spiller en afgørende rolle. Livet går videre efter det 18 år uden de store forandringer (udover berettigelsen til SU samt kontakthjælp/uddannelseshjælp). For unge, der er i kontakt med de offentlige systemer, er situationen imidlertid en anden. De går ofte fra behandling i børne- og ungdomspsykiatrien til behandling i voksenpsykiatrien (i en region har man besluttet, at skiftet først sker efter det 19. år), de går fra støtte efter Servicelovens børnebestemmelser til støtte efter voksenbestemmelserne, medmindre de er berettiget til efterværn efter SEL §76. Voksenbestemmelserne betragtes af de unge oftest som langt mere restriktive og mere kontrollerende. For nogle unge betyder det 18. år også, at de ikke længere kan få støtte til deres problematiske forbrug af rusmidler i den indsats, som har støttet dem til det 18. år. De må skifte til behandlingsindsatser til voksne. Og det betyder noget, om indsatserne har et udviklingsperspektiv og en viden om ungegruppens særlige udfordringer. Og det betyder noget, for de mål, der skal sættes. I forhold til en evt. kontakt med behandlingspsykiatrien kan skiftet fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien tilsvarende betyde et skift væk fra et unge- og udviklingsperspektiv og over til et perspektiv med større fokus på symptomer og behandling. En indlæggelse i voksenpsykiatrien vil typisk også være sammen med patienter med nogle andre typer af diagnoser – primært sammen med patienter med psykoselidelser.

Når vi taler om mål i forhold til unge, er der en række temaer, der ofte bliver diskuteret, når der tales om, hvordan der sættes mål netop i forhold til børn og unge, og som det derfor også er værd at være opmærksom på i denne sammenhæng.

## Løsningsfokuserede mål

Når Bender anbefaler, at målene skal tage udgangspunkt i den unges funktionsniveau, kræver dette dels, at vi sammen med den unge har mulighed for at finde ud af, hvad den unges funktionsniveau er, og derudover at målene i forhold til dette er med til at løse nogle af de vanskeligheder den unge (og det professionelle og private netværk) oplever. Løsningsfokuserede mål er samtidig mål, der er formuleret positivt i forhold til en ønsket tilstand. Denne tilstand skal – hvis det overhovedet skal give mening – også være en ønsket tilstand for den unge. Det betyder ikke, at den skal være direkte opnåelig, men den skal være ønsket, og det er denne tilstand de forskellige indsats sammen med den unge arbejder hen imod.

Det er ikke muligt altid at arbejde med løsningsfokuserede mål. I arbejdet med unge med dobbeltbelastning vil der være unge, der anvender rusmidler på en måde i en periode af deres liv, der er direkte livstruende. I sådanne situationer skal rusmiddelforbruget under kontrol, og det handler derfor om,

på den korte bane, at sørge for at sikre den unge. Eller hvis et ungt menneskes spiseforstyrrelse betyder, at personen er i fare for at dø eller tage varig fysisk og/eller psykisk skade, så skal gribes ind for at sikre den unge. Men når denne 'sikring' er gennemført, skal der arbejdes med de løsningsfokuserede mål, fordi løsningsfokuserede mål oftest trækker på den unges 'egen dagsorden', og derfor er mere motiverende for den unge at arbejde hen imod.

### Døde mål, levende mål og mål på forventelig adfærd

Døde mål er ikke løsningsfokuserede, men de fagprofessionelle er særdeles gode til at bruge dem alligevel. Døde mål betyder, at det er mål et dødt menneske kan leve op til. Sådanne mål kan f.eks. være, at 'Bent må ikke ryge hash' eller 'Benny skal ikke slå andre patienter på afdelingen'. Både Bent og Benny kunne leve op til målene, hvis de var døde. Døde mål er forbud (Hansen, 2017).

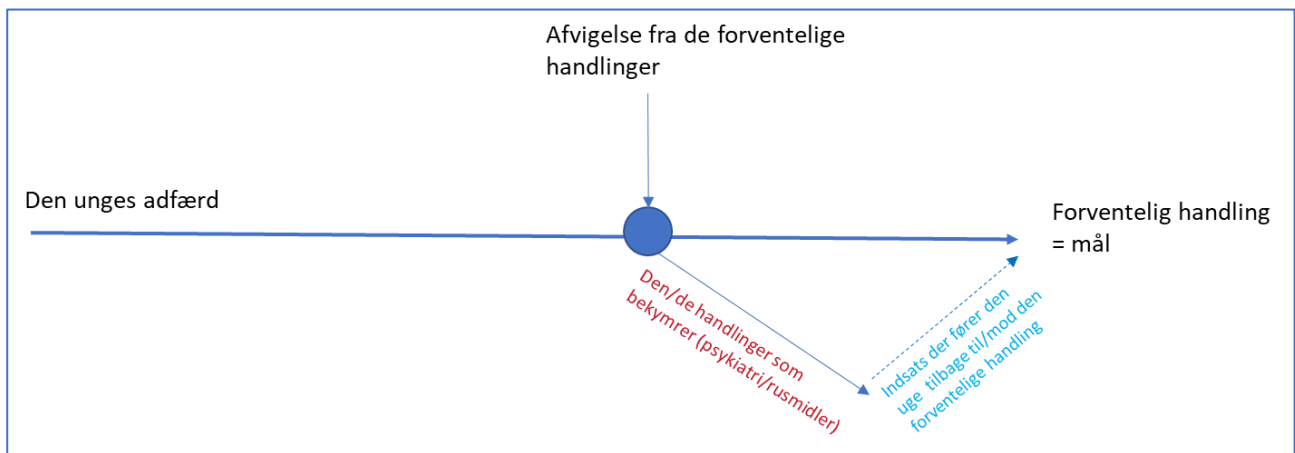
I modsætning hertil står levende mål, og her vil vi i Bent's situation fokusere på, hvad det er Bent's hashforbrug betyder for hans hverdag, og hans ønsker til fremtiden. Hvis Bent er 15 år, kan det være, at hashforbruget betyder, at han får vanskeligt ved at få sin 9. klasses afgangseksamen, som han egentlig gerne vil have. Og så er det på hans skolegang, målet skal formuleres. I forhold til Benny vil vi f.eks. blive optagede af, hvad det betyder for Bennys samvær med andre på afdelingen, at han slår, og så vil vi formulere mål på samværet (hvis Benny vel at mærke synes, det er et problem, han gerne vil løse).

Levende mål kan til tider være vanskelige at opstille, hvilket kan skyldes, at vi som fagprofessionelle ser alle de vanskeligheder, som den unge slås med i hverdagen eller har med i bagagen, og derfor næsten ikke engang tænker i, hvad andre på f.eks. 15 år gør i forhold til skolegang. I disse situationer kan det være formålstjenligt at tænke i, hvad der er den forventelige adfærd for den konkrete unge, vi har med at gøre. Begrebet 'forventelig adfærd' skal ses som et justeret alternativ til 'normaladfærd'. De fleste på 15 år går i skole og skal afslutte deres 9. klasse, og det vil derfor kunne betragtes som normaladfærd for 15-årige, men det er ikke en målestok, alle kan måles på. Derfor er forventelig adfærd et begreb, der justerer adfærden i forhold til de særlige udfordringer og behov netop denne ung har. Således kan man sige, at hvis Bent, udover sit forbrug af hash, også har en alvorlig tilknytningsforstyrrelse eller opmærksomhedsforstyrrelse kan den forventelige adfærd hos ham betyde, at der skal arbejdes med mål, der ikke er en fuld 9. klasse. Samtidig vil midlerne til at nå dette mål også være anderledes, end hvis det alene var hash, der var problemet (hvad det jo aldrig er, når vi taler om unge med dobbeltbelastning).

### Mål og midler i arbejdet

Mål og midler giver ofte vanskeligheder, når vi sammen med den unge skal sætte mål, blandt andet fordi mål i en sammenhæng, kan være midler i en anden sammenhæng. F.eks. vil gennemførelse af en 9. klasse ofte anses som et mål for en 15-årig, men det kan lige så vel anses som et middel til at komme ind på en ungdomsuddannelse.

Når vi sammen med den unge sætter løsningsfokuserede levende udviklingsmål for den unge i forhold til hans/hendes forventelige adfærd, betyder det, at behandlingsinstitutionerne (f.eks. psykiatrien og rusmiddelbehandlingen for unge) vil være midlerne til at nå disse mål. Dette kan skitseres i nedenstående figur 1:



Figur 1

Hvis vi holder fast i eksemplet med Bent, der både har et problematisk forbrug af hash og samtidig har en opmærksomhedsforstyrrelse, vil det betyde, at vi – med det kendskab vi har til Bents funktionsniveau, og som Bent selv mener er opnåeligt – skal sætte mål efter det forventelige. Det kunne være en 9. klasse i fagene dansk, matematik og engelsk. Og så er det det, arbejdet i indsatserne retter sig imod. Således skal psykiatrien være opmærksom på og arbejde med, hvad Bents opmærksomhedsforstyrrelse betyder for hans mulighed for at få den 9. klasse, der skal arbejdes mod. Det kan være medicinsk behandling, samtaler mv. og den sociale misbrugsbehandling skal arbejde med, at Bents forbrug af rusmidler ikke forhindrer ham i at møde op til undervisning og få lavet de nødvendige lektier. Derudover kan medicinering selvfølgelig overvejes i samarbejdet mellem psykiatri og rusmiddelbehandling.

Overordnet betyder det, at der ikke arbejdes mod behandlingsmålene (som kunne være stoffrihed og rask), men at der arbejdes mod et udviklingsmål, hvor behandlingsmålene skal sikre, at dette mål kan opfyldes. Behandlingsmålene er midlerne til, at Bent kan få sin 9. klasse i tre fag.

## Perspektivering

Den beskrevne tilgang til mål (i handleplaner og behandlingsplaner), differentieringen mellem mål og midler, løsningsfokus m.v. betyder, at det ikke er tilstrækkeligt at koordinere de forskellige indsatser, men at det er betydningsfuldt, at alle er enige om, hvad det er for et eller flere mål, indsatserne skal bidrage til. Indsatserne bliver på den måde de særlige faglige bidrag til at nå de opstillede mål – mål som trækker på den unges livsambitioner og ikke på mere enstrengede mål som stoffrihed eller rask. Ikke fordi disse mål ikke er ønskværdige. Det er de – især set udefra. Men disse mål vil meget ofte af de unge enten ikke blive betragtet som problemområder, eller de vil blive betragtet som uopnåelige, og dermed har vi taget første skridt væk fra den unges motivation om at skabe forandringer i sit liv.

De unge, der har været en del af de offentlige specialsystemer, har oplevet at få stillet rigtig mange mål for sit liv, og ofte uden helt at forstå, hvorfor disse mål blev opstillet. En del har oplevet, at disse mål blev opstillet af andre, og at det ikke var deres egne mål. Ofte har målene været meget diffuse som f.eks., at 'Benny skal have prosoziale venner' eller 'Camilla skal bringes i en alderssvarende udvikling'. Mål som kan omfatte alt i hele barnets/den unges liv, og som det stort set er umuligt at finde ud af, hvornår man har nået. Og mange unge har oplevet, at der ikke blev fulgt op på målene. Alt i alt betyder det, at der er en gruppe unge, der er rigtigt trætte af mål, og som ofte bare har lyst til at leve et liv, hvor man ikke bliver

målt og vejet af offentlige myndigheder. Fordi det aldrig rigtig tidligere har gjort noget godt for dem, eller har givet mening for dem.

Disse unge vil ofte fremstå som umotiverede i forhold til at skabe positive ændringer i deres liv. Men motivation er ikke en statisk størrelse i menneskers liv. På nogle tidspunkter vil man være motiveret for at skabe disse forandringer og på andre tidspunkter, vil det ikke være tilfældet. Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at mennesket altid vil være motiveret for at skabe disse positive forandringer, men at motivationen indimellem er latent og til andre tider manifest (Revstedt, 2005). Er motivationen manifest er den unge direkte motiveret for at indgå i forløb og indsatser, som kan bringe ham nærmere på udviklingsmålet. Er motivationen derimod latent, vil der oftest skulle arbejdes mod at skabe mål, der kan medvirke til at gå fra latent til manifest motivation.

Men hvem skal sammen med den unge definere den unges udviklingsmål?

For unge under 18 år ligger det i lovgivning (SEL §140), at det er de kommunale myndighedsafsnit, der sætter disse mål (børne-/familieafdelingerne) sammen med forældre og ung, men når det handler om unge over 18 år, er ansvaret mere diffust. Hvis de er i kontakt med de kommunale sociale voksenafsnit, skal de tilbydes en handleplan. Hvis de er i kontakt med Jobcentret, vil der oftest foreligge en uddannelses-/beskæftigelsesplan, men det sikrer ikke nødvendigvis, at det er den unges egne udviklingsmål, disse mål trækker på. Det vil være oplagt at placere ansvaret hos koordinatoren for de koordinerede indsatsplan, men dennes opgave er i øjeblikket defineret som en koordination mellem forskellige fagpersoner og en opgave uden borgerkontakt. Og uden borgerkontakt kan udviklingsmål ikke formuleres.

#### Alliancen – Unge med dobbeltdiagnose

Unge ramt af både psykiske vanskeligheder og et problematisk brug af rusmidler falder ofte mellem flere stole, når de har brug for hjælp.

Derfor har **Alliancen – Unge med dobbeltdiagnose** i 2018-19 undersøgt, hvordan vi kan styrke og kvalificere hjælpen til de unge og deres familier. Alliancen er igangsat og støttet af Helsefonden, og består af unge og forældre med personlige erfaringer samt af forskere og fagpersoner med viden og praktisk erfaring fra området.

Denne artikel er én blandt flere baggrundsartikler, der er skrevet som opsamling på Alliancens arbejde. Essensen af baggrundsartiklerne er samlet i Alliancens Grønbog, der er udgivet som oplæg til høringen *Unge med dobbeltdiagnose* på Christiansborg den 20. november 2019.

Grønbog og baggrundsartikler kan frit downloades her:

- [www.dobeltdiagnose.net](http://www.dobeltdiagnose.net)
- [www.spuk.dk](http://www.spuk.dk)
- [www.pihl-inklusive.dk](http://www.pihl-inklusive.dk)

#### Litteraturliste:

Bach Hansen, Steen (2019): *Fælles Sprog- det levende sprog*, Scripta

Hansen, Susanne Pihl og Jensen, Peter (2016): *Unge med dobbeltdiagnose/dobbelt belastning - Afdækning af viden og erfaringer på området* (kan frit downloades på hjemmesiderne: [www.spuk.dk](http://www.spuk.dk) og [www.pihl-inklusive.dk](http://www.pihl-inklusive.dk))

Revstedt, Pär (1995): *Ingen er håbløs, motivationsarbejde i teori og praksis*, Hans Reitzel

Sundhedsstyrelsen (2014): *Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerede indsatsplaner*, Sundhedsstyrelsen.