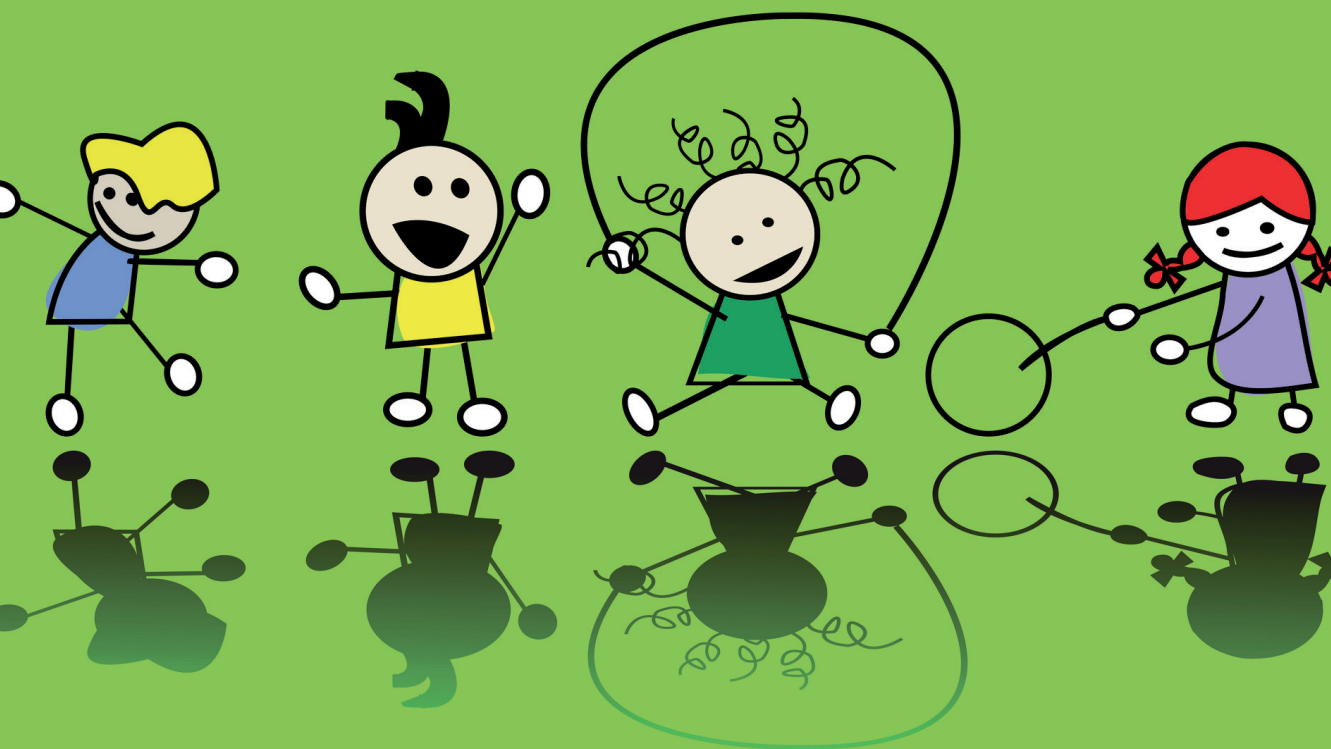


TINE BASSE FISKER

# MERE VIDEN OM DIAGNOSER



AARHUS  
UNIVERSITET  
INSTITUT FOR UDDANNELSE  
OG PÆDAGOGIK (DPU)



TINE BASSE FISKER

**MERE VIDEN OM DIAGNOSER**



Tine Basse Fisker

# **Mere viden om diagnoser**

Titel:

*Mere viden om diagnoser*

Forfatter:

Tine Basse Fisker

Udgivet af:

Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU), Aarhus Universitet, 2012

Udført for:

Forskningsprojektet er udført for BUPL med midler fra Den Strategiske Forskningsfond.

© 2012, forfatteren

1. udgave

Kopiering tilladt med tydelig kildeangivelse

Omslag og grafisk tilrettelæggelse:

Knud Holt Nielsen

Forsidefoto:

Depositphoto

ISBN:

978-87-7684-961-0

# Indhold

<b>MERE VIDEN OM DIAGNOSER</b> .....	<b>5</b>
RAMME .....	5
<b>RESUMÉ</b> .....	<b>7</b>
<b>DELRAPPORT 1: DIAGNOSEBEGREBETS UDVIKLING</b> .....	<b>10</b>
PSYKIATRISKE DIAGNOSER: HVAD ER DET? .....	10
DIAGNOSEMANUALER: ICD-10 OG DSM-IV .....	16
DIAGNOSERNES HISTORIK .....	17
ADHD .....	24
ABA .....	31
PÆDAGOGISKE REDSKABER: TRÆNING OG INTERAKTION .....	31
INTERAKTION OG INKLUSION .....	34
ADHD PÆDAGOGIK – FINDES DET? .....	35
KONKLUSIONER OG PERSPEKTIVER FOR UDVIKLINGEN AF DEN PÆDAGOGISKE PRAKSIS .....	37
<b>DELRAPPORT 2: UDVIKLING I ANTAL AF BØRN MED DIAGNOSER</b> .....	<b>38</b>
MØRKETAL .....	41
VANSKELIGHEDER VED DIAGNOSTICERING I TIDLIG ALDER .....	42
PSYKISKE FORSTYRRELSER HOS SMÅBØRN .....	44
TIDLIG DIAGNOSTICERING .....	45
SAMMENLIGNING MED BØRN I ALDEREN 5-7 ÅR OG 8-9 ÅR .....	47
STIGNING I ANTALLET AF DIAGNOSER .....	48
MEDICINERING AF BØRN .....	50
KONKLUSIONER OG PERSPEKTIVER FOR PÆDAGOGIKKEN OG BØRN I RISIKO .....	53
<b>DELRAPPORT 3: BEVÆGELSER OG UDVIKLING I DEN INKLUDERENDE PÆDAGOGISK-PSYKOLOGISKE PRAKSIS. BERETNINGER FRA PPR</b> .....	<b>56</b>
INTRODUKTION .....	56
FORSKNINGSMETODE, MÅL OG EMPIRISK MATERIALE .....	58
TEMAER OG POINTER .....	60
OPSUMMERING PÅ POINTER .....	82
<b>KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER</b> .....	<b>85</b>
<b>LITTERATUR</b> .....	<b>91</b>
RAPPORTER, DATABASER OG INTERNETHENVISNINGER:.....	96
<b>BILAG 1</b> .....	<b>98</b>
INTERVIEWGUIDE TIL INTERVIEW MED PPR LEDERE .....	98





# Mere viden om diagnoser

## Ramme

Børn med diagnoser, børn med særlige behov og gråzonebørn bliver en stadig større del af hverdagen i danske institutioner. I de seneste ca. 15 år er der sket en voldsom stigning i antallet af børn, som bliver sendt til psykolog, børn som får diagnoser og børn, der har brug for en særlig pædagogisk indsats. I disse år er der særlig stor opmærksomhed på de pædagogiske dilemmaer i forbindelse med arbejdet med disse børn, fordi der samtidig satses på en stigende grad af inklusion af børnene i almene institutionsmiljøer.

Dette er baggrunden for forskningsprojektet *"Mere viden om diagnoser"*, som skal øge vores viden om diagnoser i den pædagogiske praksis og undersøge hvilke retninger arbejdet med udviklingen af den inkluderende pædagogiske praksis peger i, i forskellige kommuner.

Dette er der forskellige vinkler på denne viden og forskellige veje til at opnå den.

1. I dette projekt er der valgt at fokusere på:
2. Diagnosebegrebets udvikling
3. Udvikling i antallet af børn med diagnoser i den pædagogiske praksis
4. Rammerne for at udføre inkluderende pædagogisk arbejde i forskellige kommuner, belyst via interviews med PPR ledere.

Hensigten med nærværende rapport er således at levere viden om en aktuell udfordring i den pædagogiske praksis og forhåbningen er, at denne viden kan bidrage konstruktivt til udviklingen og planlægningen af pædagogiske organiseringer og praksismetoder.

Rapporten er skrevet i 3 dele, som behandler hver sin vinkel på *"Mere viden om diagnoser"*, men som samtidig hænger sammen, så pointer fra én del har betydning for pointerne fra en anden del.

Metodisk består forskningsarbejdet dels af litteraturstudier, diskussioner i forskernetværk og interviews af PPR ledere.

Analyser og pointer er i særlig grad diskuteret med Maja Røn Larsen, hvis forskningsprojekt "*Diagnosetænkningens betydning for pædagogisk arbejde*" har forløbet parallelt med nærværende projekt. De to projekter har således gensidigt inspireret og beriget hinanden.

Rapportens afsnit danner udgangspunkt for forskningsartikler og mere formidlende artikler, som vil blive publiceret i løbet af det kommende år.

## Resumé

**Delrapport 1:** *Diagnosebegrebets udvikling*, tager selve begrebet 'diagnose' op til undersøgelse. I denne delrapport undersøges hvordan psykiatriske diagnoser kan og må forstås, og det konkluderes at det er en misforståelse at tale om og forstå psykiatriske diagnoser på samme måde som vi forstår fysiske / somatiske diagnoser. Psykiatriske diagnoser er snarere et arbejdsredskab for psykiatere end en anvendelig forståelsesramme for praktikere.

Den pædagogiske praksis i forhold til børn i vanskeligheder kan i grove træk deles op i en skubbende pædagogik (eksemplificeret ved ABA-pædagogik) eller en skærmende pædagogik (eksemplificeret ved TEACCH-inspireret pædagogik). Disse former for pædagogik repræsenterer forskellige grundforståelser i forhold til læring og udvikling hos børn i vanskeligheder.

Den grundforståelse, der eksisterer både i den enkelte pædagogiske praksis men også og ikke mindst hos det støtteberedskab, ex PPR, som skal træde til når en institution er bekymret for et barn, er afgørende for, hvordan det bliver muligt at arbejde inkluderende i dag- og fritidstilbud. Der peges mod delrapport 3 for en yderligere undersøgelse af dette.

**Delrapport 2:** *Udvikling i antal af børn med diagnoser*, undersøger antallet af børn i vanskeligheder eller med diagnoser i Danmark. Det konkluderes, at ca. 18,4% af børnene i 1½ års alderen er i risiko for at udvikle psykiske forstyrrelser. At 14,7% af de ældste børnehavebørn og tidlige skolebørn (5-7 år) har risikoprofiler og at 5% har egentlige mentale problemer. At 6,4% af børnene i alderen 8-9 år har symptomer på ADHD, og at 11,8% i alt har psykiske forstyrrelser. Stigningen i antallet af diagnosticerede børn over de seneste år taget i betragtning, er der ikke umiddelbart tegn på at disse tal vil ændre sig i årene fremover, og dette vil sandsynligvis få konsekvenser for den måde den pædagogiske praksis må tænkes og udvikles på. Forekomsten af psykiske forstyrrelser, eller risiko herfor, er alarmerende høj, og når der er tale om Så mange børn, er det en stor udfordring for den almene pædagogiske praksis ikke

blot at udskille børnene, men at udvikle sig, så alle typer af børn kan rummes i de almene miljøer.

Vi ved fra udviklingspsykologiske studier at interaktionen med kompetente voksne, som udviser nærvær og varme er afgørende for børns udvikling af fokuseret opmærksomhed og social forståelse. Dvs nogle af de egenskaber som kan være med til at forebygge udviklingen af de undersøgte psykiske forstyrrelser. Der må således i årene fremover fokuseres stærkt på hvordan man tilrettelægger, organiserer og leder pædagogiske rammer og praksisformer, som sikrer at ALLE børn bliver set, hørt og oplever tilstrækkeligt nærvær hver eneste dag. Pga. det stigende antal børn med risikoprofiler eller egentlige mentale forstyrrelser vil man sandsynligvis være nødt til i de kommende år, at inddrage stadig flere af de specialpædagogiske redskaber i den almene praksis, samtidig med at man må arbejde aktivt på at reflektere egen forståelse af læring og udvikling.

**Delrapport 3:** *Bevægelser og udvikling i den inkluderende pædagogisk-psykologiske praksis. Beretninger fra PPR.* I mange kommuner er PPR den nærmeste samarbejdspartner for professionelle i den pædagogiske praksis, når man oplever vanskeligheder omkring et barn. PPR er desuden næsten alle steder afgørende for de strukturelle rammer, der lægges for det inkluderende arbejde, og for indholdet i de former for støtte og vejledning, der kan tildeles de almene miljøer. Af denne grund er PPR en central (og overset) aktør i forståelsen af udviklingen af den pædagogiske praksis.

Fra undersøgelsens interviews med 8 PPR ledere fremanalyseres en række temaer og pointer, som har betydning for den retning, den inkluderende praksis fremover udvikler sig i. Her skal i særlig grad fremhæves, at tværfaglighed er et nøgleord, som går igen i og på tværs af flere af analyserne. Tværfaglighed skal forstås som samarbejdsflader, der går på tværs af traditionelle skel: almen-specialområdet, dagtilbud-skole-fritidstilbud, psykologer-pædagoger- sundhedsplejersker, tale-høre-pædagoger- psykologer-psykiatere, familie-dagtilbud. I flere PPR-afdelinger arbejdes der meget tæt sammen i tværfaglige teams hvor særligt (special)pædagoger og psykologer er afgørende for den måde den inkluderende pædagogiske praksis kan udfolde sig i kommunen.

Samtidig italesættes et grundlæggende nyt syn på børn i vanskeligheder i forhold til tidligere, og der lægges vægt på hvordan dette, mere skubbende syn

(se endvidere delrapport 1) har betydning for indsatsen i den inkluderende praksis.

**Konklusioner og anbefalinger** fra den samlede rapport peger på behov for såvel udvikling som opkvalificering af den pædagogiske praksis for at kunne varetage den store opgave med at udvikle en reelt inkluderende praksis i de kommende år, hvor opmærksomheden i stadig højere grad vil være på børn med særlige behov.

Der peges på nytænkning og udvikling af organisering, ledelse og tværfaglige samarbejdsflader. Desuden vil opkvalificering af pædagoger i forhold til såvel lærings- og udviklingsforståelser samt anvendelse af pædagogiske redskaber hentet fra specialpædagogikken være centrale elementer.

I forhold til 'huller' i den eksisterende forskning og fremtidige mulige satsninger, peges der bl.a. på behov for forskning forankret i internationale inklusionserfaringer, forskning i daginstitutioner som resiliensopbyggende faktorer i børns liv, forskning i hvorvidt PPRs konsultative støtte og vejledning rent faktisk opfylder dagtilbuddenes behov, forskning i hvilken rolle dagtilbuddene spiller i forhold til den eksklusion som foregår i løbet af de første skoleår og endelig forskning i fritidspædagogers rolle i forbindelse med skolernes inklusionsarbejde. Begge de sidstnævnte områder ligger i forlængelse af det ministerielle interesseområde, som er udstukket i og med den netop udmeldte intensive satsning på inklusion i de kommende år.

# Delrapport 1: Diagnosebegrebets udvikling

*Delprojektbeskrivelse:*

*Denne del af rapporten omhandler diagnosebegrebets udvikling. Rapportens oversigter og konklusioner er baseret på forskningslitteratur og netværksmøder i forskernetværk, hvori den nyeste forskning bliver diskuteret. Rapportens første del er tæt forbundet med anden del, og der vil være gentagne referencer frem og tilbage mellem de to dele.*

I den pædagogiske praksis opleves diagnoser og børn med særlige behov som stadig mere tilstedeværende størrelser, som kalder på såvel opmærksomhed som handling fra pædagogernes side. Som det vil fremgå af denne rapport, er det med god grund, at pædagoger oplever stadigt oftere at støde ind i diagnoser eller børn i vanskeligheder i deres daglige praksis. Det er dermed også væsentligt for arbejdet med børn og unge, at få skabt en bredere forståelse, af hvad disse diagnoser består af, for dernæst bedre at kunne agere i forhold til dem.

## **Psykiatriske diagnoser: hvad er det?**

*Forståelsesramme*

Når man taler om psykiatriske diagnoser, er der en række forhold, som det er væsentligt at gøre sig klart. Ganske ofte omtales psykiatriske diagnoser på samme måde, og ud fra samme sygdomsforståelse som somatiske diagnoser. Men der er afgørende forskelle i konstruktionen af psykiatriske og somatiske diagnoser, og disse forskelle er vigtige i denne sammenhæng, fordi de får betydning for de pædagogiske handlemuligheder, som forekommer i praksis.

For at forklare forskellen på psykiatriske og somatiske diagnoser, kan det være nyttigt at introducere forskellen på en positivistisk virkelighedsforståelse og en socialkonstruktionistisk forståelse af virkeligheden.

I den positivistiske forståelse er verden konkret og stabil. Alt i verden kan afgrænses, observeres og beskrives faktuel. Når verden anskues på denne måde, har man et godt udgangspunkt for at studere naturvidenskab, fysik, kemi, biologi, medicin m.m. Man kan kategorisere fænomener i verden, opstille regler for hvornår fænomener hører til i en given kategori, lave test, udarbejde manualer og beskrive præcise årsagssammenhænge. Man kan opstille klare kriterier for, hvornår man har halsbetændelse; der skal være hvide belægninger på mandlerne, hævede kirtler og streptokok bakterier til stede. Desuden kan man i mange tilfælde planlægge præcise, målrettede og validerede behandlinger: ved en halsbetændelse med streptokokker udskrives penicillin, og behandlingen er effektiv i langt de fleste tilfælde.

I en socialkonstruktionistisk forståelse af verden anses menneskelige forhold, som psykisk sygdom eller sundhed, for at være overvejende socialt konstruerede og dermed relative. Der er tale om nuancerede og komplekse forbindelser og årsagssammenhænge, som kun vanskeligt lader sig afdække helt. I denne forståelse giver det ikke mening at reducere menneskelig adfærd og reaktioner til afgrænsede kategorier og rubrikker. Fremfor f.eks. at tale om, at børn er født med bestemte karaktertræk, som er bestemmende for den måde, de udvikler sig på, vil man i denne forståelse pege på, at nok findes der særlige medfødte karaktertræk, men udviklingen af personligheden er bestemt af en lang række faktorer. Disse faktorer, som har betydning for hvordan barnet udvikler sig, kan f.eks. være opvækstvilkår, opdragelsesstil, tilknytning til forældrene, oplevelser i barndommen, historiske og kulturelle faktorer, venskaber og fjendskaber gennem barndommen, succes- og fiaskooplevelser m.m. Det vil sige, at man vil interessere sig for hvordan et barn bliver til som anderledes – hvilke sociale dynamikker er med til at skabe og fastholde en sådan anderledeshed?

Desuden har man som menneske ikke én fast og uforanderlig personlighed, men i forskellige sammenhænge får man mulighed for at agere og blive til på forskellige måder. Personligheden kan dermed fremstå som flydende, foranderlig og påvirkelig i forhold til de mennesker, man omgiver sig med og de sociale situationer, man befinder sig i.

Begge anskuelser har sin berettigelse, men netop i forståelsen af de psykiatriske diagnoser støder de to anskuelser imod hinanden, fordi de forstår og forklarer psykiatriske lidelser på forskellige måder. Det betyder også, at de vil pege på forskellige behandlingsmuligheder, og af denne grund er en

diskussion af, hvad psykiatriske diagnoser egentlig er, af stor vigtighed for det pædagogiske felt.

### *Historiske forståelser*

Vi har talrige historiske beskrivelser og sagn om mennesker med aparte adfærd, som viser, at man op igennem historien har forsøgt at forklare abnorm adfærd indenfor rammerne af den givne kulturelle kontekst. I nogle tidsperioder og i bestemte kulturer har man således forklaret det, vi i dag kunne kalde autistisk adfærd, som forårsaget af trolde og andet overnaturligt, i andre tidsmæssige og kulturelle kontekster har forklaringen kunnet være baseret på kristne værdier, og en ekstrem adfærd kunne ligefrem anses for hellig. Flere af disse historier beskriver mennesker, som man i dag sandsynligvis ville diagnosticere som tilhørende det autistiske spektrum

De meget tidlige historier indbefatter folkesagn om "skiftinger", som var børn, der blev forbyttet med elverbørn eller troldebørn. Nogle af disse børn kunne ifølge sagnene være overjordisk smukke, men ganske aparte i deres adfærd, udviklede sig langsomt og lærte eventuelt aldrig at tale (Frith 2003, Wing 1997, Nazeer 2006). Fra 12-1300 tallet findes nogle vidunderlige beskrivelser af den franciskanske munk, broder Enebær, som havde en ganske besynderlig adfærd, blottet for hensyn til sociale spilleregler, og som man i dag kan læse som fuldstændig meningsfulde, hvis man går ud fra at broder Enebær var et menneske med autisme.

Der findes flere beskrivelser af børn fundet i skove, som tilsyneladende har levet der alene, og som udviser aparte adfærd. Den franske læge Jean-Marc-Gaspard Itard beskrev f.eks. i 1801, hvordan han fik en såkaldt "ulvedreng" i sin varetægt. Drengen, som Itard kaldte Viktor, havde en ganske påfaldende adfærd og var stum. Itard giver mange eksempler på denne adfærd, men her skal kun gengives en smule efter Wings fremstilling:

*...når han ville have en køretur i trillebøren, trak han en tilstedeværende i armen og lagde vedkommendes hænder på trillebørens håndtag, hvorpå han steg op og ventede på at blive trillet af sted. Itard brugte timer på at prøve at lære Viktor at lege med alle mulige slags legetøj, men opnåede kun at gøre drengen så utålmodig i forbindelse med disse aktiviteter, at han ødelagde legesagerne, hvis han blev ladet alene med dem. Itard hæftede sig ved, at Viktor havde en "udpræget hang til*



*orden"; fjernede man en genstand fra dens vante plads, var han ulykkelig, indtil han fik den stillet tilbage. (Wing 1997:16)*

Denne adfærd vil være genkendelig hos mange børn, som i dag får en diagnose indenfor det autistiske spektrum.

Pointen med denne historie er, at der i dag er konsensus om, at autisme er en medfødt dysfunktion. Men samtidig ved vi også fra hjerteskrærende tilfælde af depriverede børn, fortællinger om børn der er opvokset alene i skove, eller fortællinger fra rumænske børnehjem, at børn som berøves mellemmenneskelig emotionel interaktion, kan udvikle autisme lignende symptomer. De samme symptomer på dysfunktioner kan altså fremkaldes af såvel indre dispositioner som social deprivation.

#### *Nutidige forståelser*

I mange år har man arbejdet med og forstået psykiatriske diagnoser ud fra den positivistiske og medicinske forståelsesramme. Men denne forståelse er siden 1970'erne blevet udfordret, bl.a. af den antipsykiatriske bevægelse, som psykiateren R. D. Laing startede, da han hævdede, at forstyrret adfærd ikke skal ses som et symptom hos den enkelte, men derimod som en reaktion på familie- og samfundsmæssige påvirkninger (Laing 1969: 86). Han var én af de første, der stillede spørgsmål ved vores traditionelle sygdomsforståelse, og selv til så alvorlige sindslidelser som skizofreni stillede han spørgsmålet: "Er det en del af samfundets individer, der er sindssyge, eller er det selve samfundet, der er sindssygt?" (Laing, 1975:13).

Fra andre sider fortsætter denne kritik af den traditionelle forståelse af psykisk afvigelse. Etnopsykologen Gretty Mirdal skriver således om det at opstille sygdomskategorier for psykisk sygdom:

*Implicit i denne fremgangsmåde ligger ideen, at hver eneste af disse kategorier er en entitet med egne veldefinerede grænser, på linie med de traditionelle medicinske sygdomme. I princippet er skizofreni og bulimi, ifølge denne tankegang, sygdomme af samme beskaffenhed som mæslinger og tuberkulose (Millon, 1991). Problemet er, at de fleste psykiske lidelser ikke er veldefinerede medicinske sygdomme. Der findes ikke blodprøver, der kan måle graden af en tvangspræget personlighedsforstyrrelse eller en depression. Mæslinger er*

*mæslinger, uanset om det er japanske eller nigerianske børn, der bliver smittet. Men om depression i Japan er den samme sygdom som depression i Nigeria er et tvivlsomt spørgsmål (Kleinmann, 1988) .(Mirdal 2001:43)*

Mirdal retter hermed fokus mod den kulturelle og historiske konteksts betydning for opfattelsen af psykiske lidelser og placerer dermed sit perspektiv i den socialkonstruktivistiske forståelsesramme, som nævnt ovenfor.

I 1984 introducerede Scoufe & Rutter (1984) en tværfaglig disciplin som de benævnte udviklingspsykopatologi og markerede hermed et brud i forhold til den traditionelle psykiatriske sygdomsforståelse, som er baseret på det medicinske paradigmes sygdomsmodel. Den nye tværfaglige disciplin bygger på en mere udviklingsorienteret og kontekstuel tilgang til en forståelse af lidelserne, som forstås som individuelle mønstre af tilpasningsvanskeligheder. Samspillet mellem psykologiske, biologiske og sociale aspekter forstås som afgørende for lidelsens udvikling. I dette perspektiv kan psykiske forstyrrelser ses som et resultat af en lang række faktorer, som indbefatter personinterne og kontekstuelle risikofaktorer og beskyttende faktorer (Trillingsgaard 2007).

Når psykiatrien har anset det for at være nødvendigt og frugtbart at videreudvikle den medicinske sygdomsmodel, er det fordi man i denne model diagnosticerer på baggrund af en række sameksisterende dysfunktioner og adfærdssymptomer, så man via en manual kan kategorisere og administrere sygdomssymptomerne i afgrænsede rubrikker. Dette er et praktisk arbejdsredskab for psykologer og psykiatere, men den diagnostiske praksis har alligevel haft store problemer med en alt for lav reliabilitet<sup>1</sup> (Trillingsgaard 2007). Dette har sandsynligvis flere årsager: dels mangler der præcise retningslinier for, hvornår et kriterium er opfyldt, og for hvordan informationer fra forskellige kilder skal vægtes (direkte observation, information fra forældre, skole, barnet selv, diverse tests m.m.), dels viser symptomerne på samme lidelse sig forskelligt på forskellige udviklingstrin, og dels gør komorbiditeten<sup>2</sup> diagnosticeringen vanskelig, idet et barn kan have flere symptomer, som opfylder forskellige diagnosekriterier. Barnet kan altså have flere forskellige lidelser på samme tid, hvilket kan gøre arbejdet med at gennemskue

---

<sup>1</sup> Reliabilitet betyder målenøjagtighed. I dette tilfælde vil det sige, at forskellige psykiatere når frem til at stille den samme diagnose for den samme patient.

<sup>2</sup> Det at flere lidelser optræder samtidigt hos det samme menneske.

symptomerne og tolkningen heraf særdeles vanskelig. Endelig kan det hævdes at:

*...komorbiditet kan også være en 'bivirkning' ved at anvende et kategorielt klassifikationssystem på fænomener som af natur ikke er kategoriale.*  
(Trillingsgaard 2007:22)

Med denne konstatering af at de psykiske fænomener ikke er kategoriale, åbner Trillingsgaard for en diskussion af selve den kategoriale tænkning i forhold til psykisk diagnosticering.

Selve diagnoserne (altså ikke de psykiske fænomener) kan betragtes som kategorier, vi konstruerer, fordi de giver en anvendelig tolkning af virkeligheden.

*Diagnosen er en ideel type, dvs. den er en abstraktion, som har til formål at forenkle og at sikre den intersubjektive kommunikation. Den skal skabe et videnskabeligt sprog, som er konsekvent og sparsommeligt i den forstand, at det kan meddele et kompliceret meningsindhold med anvendelse af færrest mulige ord.*  
(Østergaard 1992:96)

Det at tale om psykiske lidelser på denne måde tjener altså et praktisk formål: kommunikation. Men det siger sig selv, at forenklingen altid rummer faren for at miste nuancer. I de psykiatriske diagnosekategorier risikerer man at afskære nuancer og individuelle forhold, som er yderst relevante i forhold til en psykisk forstyrrelse. Østergaard hævder, på linie med denne opfattelse, at: *Diagnosen er en arbejdshypotese for den professionelle, ikke en egenskab hos patienten.*(Østergaard 1992:97)

Der ser altså ud til indenfor nogle psykologiske og psykiatriske kredse at være en erkendelse af, at diagnoserne ikke er nagelfaste kategorier, men samtidig har man brug for disse kategorier som et redskab, der kan håndtere en ellers uoverskuelig række af individuelle informationer om hver enkelt patient.

Samtidig skal det understreges, at denne nuancering af diagnosebegrebet ikke nødvendigvis eksisterer blandt praktikere. "Lægmandsversionen" af diagnoseforståelsen er ofte simplificeret – af den enkle grund, at der er tale om komplicerede faglige begreber. I forhold til en faglig opkvalificering af pædagoger i forhold til det at arbejde med børn i vanskeligheder, er det derfor

min vurdering at en nuancering af diagnoseforståelsen er en væsentlig faktor (se endvidere pointer i delrapport 3, og anbefalingerne i rapportens afslutning)

### **Diagnosemanualer: ICD-10 og DSM-IV**

I Danmark har man siden 1995 anvendt verdenssundhedsorganisationens, WHO's diagnosesystem: International Classification of Diseases (ICD), som er et diagnosesystem, hvor de psykiatriske lidelser er defineret ud fra symptomer og forløb. Den version, der anvendes i dag, er den 10. version og kaldes derfor ICD-10. I manualen har hver sygdom et bogstav og en talkode. De psykiske sygdomme er alle indordnet under bogstavet F og derunder opdelt i 10 hovedgrupper. Autisme spektrum forstyrrelser ligger f.eks. under F8: Psykiske udviklingsforstyrrelser.

Bestræbelsen i at arbejde ud fra en diagnosemanual er, at forsøge at skabe en standard på tværs af kulturer og diagnostiske traditioner.

I den engelsktalende del af verden anvendes den amerikanske diagnosemanual DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition), som bliver publiceret af "The American Psychiatric Association"<sup>3</sup>.

På samme måde som man i den medicinske historie i årenes løb har revideret somatiske sygdommes beskrivelser, arbejder man løbende på at skærpe og præcisere de diagnostiske redskaber for de psykiske forstyrrelses vedkommende.

Begge manualer revideres således med års mellemrum og sygdomme kommer til og stemmes ud igen. I 1952 indbefattede DSM-II således 112 psykiske forstyrrelser. I dag er antallet 374. Med de nye revisioner, som er på trapperne: ICD-11 og DSM-V, vil et antal diagnoser forsvinde og andre komme til, og samtidig introduceres en udbygning af det autistiske spektrum ([www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)).

Hvilke diagnoser der skal indgå vedtages i høj grad ved afstemning og et eksempel på hvor politisk styret sådanne afstemninger kan være er diagnosen 'homoseksualitet'. I 1968 blev homoseksualitet optaget som en psykisk forstyrrelse i DSM, og i 1973 blev den stemt ud igen efter politisk pres fra diverse organisationer. Larsen skriver:

---

<sup>3</sup> <http://allpsych.com/disorders/dsm.html>

*mange har derfor sat spørgsmålstegn ved, om der egentlig er tale om veldokumenterede psykiske forstyrrelser eller der blot er tale om kynisk markedsførelse af lidelser til glæde for medicinalindustrien. (Larsen 2008: 451).*

Den diskussion er bl.a. yderst aktuell i den verserende debat om medicinering af symptomer på ADHD, som vil blive introduceret senere.

ICD-10 og DSM-IV er over årene kommet til at ligne hinanden stadig mere, men i forhold til én af de diagnoser, som vi hyppigst ser i den pædagogiske praksis: ADHD, er der en afgørende forskel.

ADHD findes nemlig ikke som diagnose i ICD-10, som vi ellers benytter i Danmark. Når man skal stille diagnosen ADHD, må man altså anvende DSM-IV.

## **Diagnosernes historik**

De diagnoser vi oftest ser i pædagogiske sammenhænge i dag, er den gennemgribende udviklingsforstyrrelse autisme og ADHD. Der findes forskellige undertyper til disse diagnoser, som jeg i det følgende vil nævne.

Bortset fra børn som er født stærkt fysisk og psykisk udviklingshæmmede, er der kun få egentlige diagnoser til stede i børnehvealderen og næsten ingen i vuggestuen. Psykiske vanskeligheder hos børn bliver ofte først tydelige efter 3-årsalderen, hvor bl.a. den sproglige udvikling og udviklingen i forhold til f.eks. opmærksomhed kan være mere iøjnefaldende. Børnehvealderen er derfor en periode, hvor et barns adfærd kan vække bekymring og barnet kan evt. henvises til psykiatrisk udredning. Da det kan tage en rum tid før et udredningsforløb er afsluttet, vil barnet typisk først få en diagnose i slutningen af sin børnehavetid eller i begyndelsen af sin skolegang. Men for mange børn er det først i skolen deres vanskeligheder bliver så synlige, at de bliver henvist til udredning.

Autisme (og varianter af diagnosen) er en af de diagnoser, som stilles tidligst, i nogle tilfælde allerede i 2-3 års alderen (Stone et al. 1999), og kan derfor være synlig som diagnose allerede før skolealderen. Mens ADHD kan være til stede som adfærd, der betragtes som afvigende i forskellig grad i børnehaven, men først bliver stillet som egentlig diagnose i skolealderen.

Da det er disse to diagnoser, der oftest fylder mest i den pædagogiske praksis, skal jeg her behandle dem begge, mens andre diagnoser, kun bliver nævnt ganske kort.

### *Autisme*

Autisme er en "gennemgribende udviklingsforstyrrelse", som i ICD-10 ligger i gruppen F84. I denne gruppe er der flere forskellige diagnoser; infantil autisme, atypisk autisme, Retts syndrom, anden barndoms disintegrativ forstyrrelse, overaktiv forstyrrelse associeret med mental retardering, Aspergers syndrom, GUA (anden gennemgribende udviklingsforstyrrelse) og GUU (uspecificeret gennemgribende udviklingsforstyrrelse).

Autisme er den børnepsykiatriske diagnose, som har den længste historie idet den første gang blev beskrevet af børnepsykiateren Leo Kanner, i en artikel i 1943: *Autistisk forstyrrelse af den følelsesmæssige kontakt*. Her blev en gruppe børns symptomer beskrevet som en sammenhængende række adfærdstræk, som kunne betegnes diagnostisk, idet deres symptomer var forholdsvis ensartede.

De særlige adfærdstræk, som Kanner identificerede hos 11 børn, var følgende:

- dyb autistisk kontaktløshed
- tvangsmæssig insisteren på uforanderlighed
- god mekanisk hukommelse og visiospatiale færdigheder
- et intelligent og tankefuldt udseende
- mutisme, eller et sprog uden egentlig kommunikativ hensigt
- oversensitivitet i forhold til sansepåvirkninger
- gode færdigheder i forhold til håndtering af genstande
- (Wing 1997)

Alle børnene i Kanners gruppe havde alvorlige problemer med sociale relationer, repetitiv adfærd, ritualer og et usædvanligt intellektuelt mønster med usædvanlige evner indenfor få, specifikke områder.

Kanner vedblev i løbet af sin levetid at udvide symptomlisten, og efterhånden, som den blev mere og mere omfattende, blev det tydeligt, at forskellige patienter kunne have symptomerne i mere eller mindre udpræget

grad og udvide så varierende symptomsammenfald, at én patient ikke nødvendigvis havde meget tilfælles med en anden. At denne problematik fortsat lever i psykiatrien ses i problemerne med lav reliabilitet, som omtalt i tidligere afsnit.

Året efter Kanners publicering offentliggjorde Hans Asperger i 1944 en afhandling om en gruppe børn og unge, han havde studeret, som havde et adfærdsmønster, som vi i dag kalder Aspergers syndrom. I dag bliver Aspergers syndrom betragtet som en del af det autistiske spektrum.

De træk, der blev identificeret hos Aspergers patienter, var:

- naivitet og akavethed mht. socialt samspil
- intens, ensopret optagethed af bestemte emner, som f.eks. togkøreplaner
- veludviklet ordforråd og syntaks, men monotont talesprog
- monologisk snare end dialogisk samtalestil
- dårlig motorisk koordination
- alderssvarende funktionsniveau, men ofte med specifikke indlæringsvanskeligheder på et eller to afgrænsede områder
- en slående mangel på almindelig sund fornuft

(Cumine et al. 2002, Wing, 1997)

Desuden mente Asperger, det var væsentligt, at forældrene intet unormalt havde observeret før 3-års alderen og mente bl.a. af denne grund, at der var tale om et andet syndrom end Kanners infantile autisme (Wing 1997). Asperger forblev imidlertid uopdaget i den internationale psykiatriske verden indtil 1990'erne, hvilket muligvis kan forklares med, at han publicerede i Østrig under krigen, og naturligvis på tysk.

Forskellige psykiatere har i årenes løb anvendt meget forskelligartede betegnelser for børn, som syntes at passe på Kanners beskrivelse, f.eks.: *børnepsykose, atypisk udvikling, pseudodefekt, infantil autisme, barne-skizofreni, primær og sekundær autisme, symbiotisk syndrom, pseudopsykopati, pseudoneurose* og andre betegnelser.

I Danmark opstod et behov for at kunne udpege og behandle de såkaldt psykotiske børn, som var under åndssvageforsorgen, og i 1973-74 foretog psykolog Demetri Haracopos og læge Anders Kelstrup derfor en omfattende kortlægning af disse børn. Undersøgelsens formål var dels af definerende og

beskrivende art, dels af behandlingsorienteret art. Denne undersøgelse fik stor betydning i Danmark for udredningen af børn med autisme<sup>4</sup>, idet undersøgelsen gav en række eksempler på adfærd og foretog en grundig afprøvning af en række psykologiske test, som førte til en mere klar afgrænsning af diagnosen. Desuden pegede undersøgelsen på muligheder for pædagogisk intervention i forhold til disse børn (Haracopos 1975). Et egentligt pædagogisk tilbud specifikt rettet mod børn med autisme opstod dog først mange år senere (se afsnittet "Og pædagogikken")

Den autismeforståelse, man arbejder med i dag, kan primært dateres tilbage til 1970'erne og 1980'erne hvor forskere, som bl.a. Lorna Wing og Christoffer Gillberg begyndte at diskutere muligheden af, at der var tale om et bredere kontinuum af autistiske forstyrrelser og betegnelsen *spektrum* blev introduceret i forbindelse med autismebeskrivelser. Den opmærksomhed, der hermed kom på, at der er tale om et spektrum, hvor symptomerne er mere eller mindre udtalte, er helt afgørende i dag i forhold til såvel det pædagogiske arbejde som det diagnostiske.

I dag tales der stadig oftere om netop skala- eller spektrumforståelsen i forhold til psykiatriske forstyrrelser. Det understreges at psykiatriske lidelser ikke kan forstås på samme måde som nogle somatiske sygdomme, f.eks. mæslinger, tuberkulose eller malaria, med klare diagnostiske kriterier og påviselige årsager. For disse lidelser kan man enten have sygdommen eller ikke have den: enten /eller. Men psykiatriske lidelser skal forstås som skalaer, hvor grænsen ikke er fastlagt, og afgrænsningen til et såkaldt normalområde er flydende. Hvis man skal sammenligne med somatiske fænomener kan psykiatriske lidelser mere sammenlignes med forhøjet blodtryk eller fedme, som ikke entydigt kan beskrives i enten/eller-terminologi (Bilenberg 2007)

Når der i dag stilles en diagnose indenfor det autistiske spektrum, bliver det gjort ud fra en diagnosemanual, som opregner de forskellige mulige symptomer, som skal eller kan være til stede for at diagnosen kan stilles. Disse symptomer kan man, som Bo Hejlskov Jørgensen (2008) kalde afgrænsende symptomer, idet der er tale om en række symptomer, som, når de optræder sammen, er unikke for autisme som psykiatrisk diagnose. Derudover kan man tale om forskellige beskrivende symptomer, som ligeledes optræder hyppigt hos børn med autisme, men som ikke er enestående for disse børn. Mange af de

---

<sup>4</sup> På dette tidspunkt anvendtes betegnelsen psykose.



beskrivende symptomer, som f.eks. svag affektregulering, sansemæssige og motoriske vanskeligheder er helt centrale problemstillinger i livet for et barn med autisme, men deles også med mange børn, der er diagnosticeret med f.eks. ADHD, udviklingshæmning eller Tourettes syndrom.

Manualsekretet opregner derfor kun de *afgrænsende* symptomer, som kan anvendes i diagnostisk øjemed.

De diagnostiske kriterier for infantil autisme, som er den centrale diagnosebetegnelse i det autistiske spektrum, omfatter dels en aldersparameter og dels en adfærdsbeskrivelse:

- 1. For at stille diagnosen infantil autisme, som er den centrale, skal der således før 3-årsalderen ses abnormalitet i**
  - a. sprog anvendt som social kommunikation, og
  - b. forstyrrelser i social tilknytning eller gensidig interaktion og
  - c. fravær af symbolsk leg
  
- 2. Mindst seks af følgende symptomer, hvoraf mindst to fra (1) og mindst et fra både (2) og (3):**
  - 1) *Afvigende socialt samspil med hensyn til:***
    - a. Blikkontakt, mimik, kropsholdning og gestik.
    - b. Udvikling af fælles interesser, aktiviteter og emotioner med jævnaldrende
    - c. Emotionel respons, situationsfornemmelse eller integration af social, emotionel og kommunikativ adfærd
    - d. Spontan delagtiggørelse af andre i fornøjelser, interesser eller aktiviteter
  
  - 2) *Forstyrrelser i kommunikationen med hensyn til:***
    - a. Talesprog, som mangler eller er tilbagestående, uden forsøg på at kompensere herfor ved mimik eller gestikulation
    - b. Evne til spontan samtale
    - c. Brug af ord og sætninger, som er stereotype, repetitive eller idiosynkratiske
    - d. Spontan deltagelse i varieret "so-om"-leg eller for de yngste imitationsleg
  
  - 3) *Indsnævrede, repetitive og stereotype adfærdsmønstre og interesser i mindst én af følgende:***

- a. Udtalt optagethed af en eller flere stereotype, indsnævrede interesser, afvigende med hensyn til indhold eller fokus eller optagethed af en eller flere interesser, afvigende med hensyn til intensitet og afgrænsning, men ikke indhold eller fokus.
- b. Tvangspræget fastholden ved specifikke formålsløse rutiner eller ritualer
- c. Stereotype, repetetive motoriske manerer, omfattende hånd- eller finger-basken eller -vriden, eller komplekse kropsbevægelser.
- d. Optagethed af delelementer eller detaljer uden funktionel betydning (så som legetøjets lugt, konsistens, berøringsfornemmelse eller lyde)  
*(The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research).*

Diagnosen 'atypisk autisme' stilles, når barnet kun opfylder nogle af de diagnostiske kriterier. Diagnosen *Aspergers syndrom* har i litteraturen været meget omdiskuteret, men de fleste mener i dag, at er en del af det autistiske spektrum, om end symptomerne oftest er mere diskrete end hos et barn med infantil autisme og samtidig har alle børn med denne diagnose alderssvarende kognitive evner, hvilket ikke er tilfældet for alle børn med infantil autisme. Den eneste reelle forskel på de to diagnoser ligger i det tidspunkt, barnet udvikler sprog.

Sammen med autismen kan optræde en række andre udviklingsforstyrrelser, som ikke er en del af autismediagnosen, men som med større eller mindre hyppighed ses sammenfaldende med denne diagnose, og den diagnostiske udredning kan derfor være ganske kompleks og langvarig. Den forstyrrelse, der optræder hyppigst komorbid med autisme, er en kognitiv forstyrrelse, kendetegnet ved lav IQ og generelle indlæringsvanskeligheder<sup>5</sup>.

I dag anvendes hyppigt forkortelsen ASF (autismespektrumforstyrrelse) for at understrege, at der er tale om en spektrumforstyrrelse, og at spektret er bredt.

---

<sup>5</sup> Tidligere anvendte man betegnelsen "mental retardering", hvor man i dag, som følge af den sproglige udvikling i mere politisk korrekt retning, primært anvender betegnelsen "generelle indlæringsvanskeligheder". De to betegnelser skal dog opfattes som synonyme.

## GUU/GUA

Gennemgribende udviklingsforstyrrelse, uspecificeret (GUU) og anden gennemgribende udviklingsforstyrrelse (GUA), er to diagnostiske kategorier, som jeg vil nævne her, fordi de er glimrende eksempler på hvor vanskeligt det er at forstå og tale om psykiske forstyrrelser på præcise måder. GUU/GUA er ligesom ASF en del af ICD-10 klassifikationen som kaldes F84; "Gennemgribende udviklingsforstyrrelse".

GUU er en 'arbejdsdiagnose' som anvendes indtil den mere præcise diagnose, som altså ligger indenfor F84; "gennemgribende udviklingsforstyrrelse", kan stilles. GUA er derimod en egentlig diagnose, som dog først stilles når en mistanke om ASF kan udelukkes:

### ***F84.9 Pervasive developmental disorder, unspecified***

*This is a residual diagnostic category that should be used for disorders which fit the general description for pervasive developmental disorders but in which a lack of adequate information, or contradictory findings, means that the criteria for any of the other F84 codes cannot be met.*

(WHO, ICD-10, p. 203).

Et eksempel på at psykiatriske diagnoser alligevel er vanskelige entydigt klassificere er netop denne diagnose, fordi den, på trods af beskrivelsen i diagnosemanualen i talrige sammenhænge fremstilles som, og omtales som en del af autismspektret ([www.guu-gua.dk](http://www.guu-gua.dk), <http://www.guu-gua.dk/content/Fagkursus23april2012.pdf>).

Børn med GUA kan i nogle tilfælde være vanskelige at få øje på i den pædagogiske praksis, og jo højere intelligens børnene har, jo mere kan de være i stand til at 'skjule' deres handicap, som først bliver synligt i hjemmet.

Disse børn har mange lighedstræk med børn med autisme og kan have svært ved at håndtere forandringer. De bliver let frustrerede og er ofte følelsesmæssigt meget svingende. Af den grund misforstår de ofte andres handlinger og kan evt. have svært ved at skelne virkelighed og fantasi.

Dette har naturligvis nogle sociale konsekvenser, idet det giver problemer med det sociale samspil og kan evt. nedsætte indlæringssevnen.

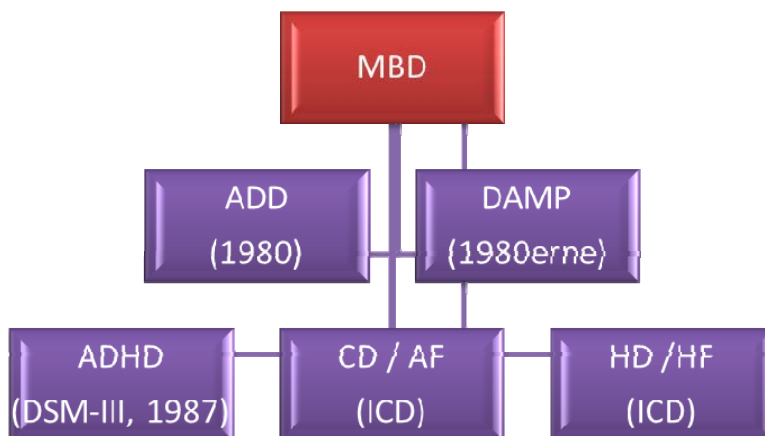
Børn med GUA kan være præget af impulsivitet og angst og være hypersensitive overfor både indre og ydre påvirkninger.

## ADHD

ADHD er den diagnose, som vi i dag ser i stærkest stigning (se delprojekt 2). Det er en meget omdiskuteret diagnose med en relativt kort og broget historie. Samtidig er den genstand for hede diskussioner i behandlingsmæssig og pædagogisk henseende.

Selve ADHD diagnosen er kun 24 år gammel, og blev således først i 1987 indført i den amerikanske DSM-IV manual. Før dette havde man imidlertid opereret med diagnosen ADD (attention Deficit Hyperactivity, fra 1980), og før dette anvendte man diagnosen MBD (Minimal Brain Damage/dysfunction).

I Skandinavien anvendte man imidlertid fra 1980'erne betegnelsen DAMP (Deficit in Attention Motor Control and Perception) som afløser for MBD. DAMP er, i modsætning hvad mange tror, ikke en officiel diagnose, idet den ikke er optaget i hverken ICD-10 eller i DSM-IV, men derimod en beskrivelse af en række funktionsvanskeligheder, som i forvejen var beskrevet i ICD (Larsen, 2008).



Man hører i dag stadig betegnelsen DAMP brugt, nogle gange ligefrem; DAMP/ADHD.

Diagnosen MBD var frem til 1980 den mest anvendte betegnelse for børn med indlæringsmæssige og adfærdsmæssige forstyrrelser i USA. Diagnosen var imidlertid så anvendt, at der opstod problemer med overdiagnosticering og udvanding af diagnosen, idet børnene var yderst forskellige indenfor denne diagnostiske kategori.

ADHD som diagnose findes kun i den amerikanske diagnosemanual DSM-IV, hvor den har eksisteret siden 1987. I 1994 blev diagnosen opdelt i tre hovedundergrupper, som kan optræde adskilt og i forskellig kombination. AD (opmærksomhedsproblemer), HD (hyperaktivitet) eller en kombination (ADHD).

Diagnosekriterierne er som følger:

***A1: Opmærksomhedsforstyrrelse (AD)***

Det kræves, at seks eller færre af følgende symptomer på uopmærksomhed har været ved i mindst seks måneder og i en grad, som er utilpasset situationen, og som ikke svarer til barnets udviklingsniveau:

- a. Er ofte ikke opmærksom på detaljer eller laver mange sjuskefejl i skolearbejdet, job eller aktiviteter
- b. Har ofte vanskeligt med at fastholde opmærksomheden i opgaver eller legeaktiviteter
- c. Synes ofte ikke at høre efter ved direkte tiltale
- d. Følger ofte ikke instrukser til ende eller gør ikke skolearbejde, hjemlige pligter eller arbejdsopgaver færdige. Det skyldes ikke modstand eller manglende forståelse af instruktionen.
- e. Har ofte svært ved at organisere opgaver og aktiviteter
- f. Undgår ofte, bryder sig ikke om eller viser modstand mod at engagere sig i opgaver, som kræver vedvarende mental anstrengelse som skolearbejde eller lektielæsning
- g. Mister ofte ting, som er nødvendige for opgaver eller aktiviteter som fx legetøj, bøger eller skriveredskaber
- h. Bliver ofte let distraheret af uvedkommende stimuli
- i. Er ofte glemsom i daglige aktiviteter

***A2: hyperaktivitet-impulsivitet (HD)***

Det kræves, at seks eller flere af følgende symptomer på hyperaktivitet og impulsivitet har været ved i mindst seks måneder i en grad, som er utilpasset den konkrete situation og ude af trit med udviklingsniveauet:

- a. Febrilsk pillende fingre, rastløst trippende med fødderne eller roterer rundt på stolen.
- b. Forlader ofte sin plads i klassen eller i andre situationer, hvor det forventes, at man liver siddende på sin plads.

- c. Kravler ofte op eller løber omkring i situationer, hvor det ikke er passende. Hos unge og voksne kan det reduceres til en subjektiv følelse af rastløshed.
- d. Har ofte svært ved at lege eller engagere sig i fritidsaktiviteter på en rolig måde
- e. Er ofte "i gang hele tiden", eller handler som "drevet af en indre motor"
- f. Er ofte meget snakkende

### ***Impulsivitet***

- a. Buser ofte ud med svar, før spørgsmålet er formuleret til ende.
- b. Har ofte svært ved at vente på sin tur
- c. Afbryder ofte andre eller overskrider deres grænser, fx ved at mase sig ind i andres konversationer, lege eller spil

**B:** nogle af hyperaktivitets- og impulsivitets- eller opmærksomhedssymptomerne har været til stede før syvårsalderen

**C:** Nogle af symptomerne er til stede i to eller flere sammenhænge (fx både i skolen og hjemme)

**D:** der må være klinisk bevis for signifikant forringet social, akademisk eller beskæftigelsesmæssig funktion

**E:** symptomerne må ikke blot være et udslag af gennemgribende udviklingsforstyrrelse, skizofreni eller andre psykotiske forstyrrelser, og det skal udelukkes at symptomerne på bedre måde kan forklares ud fra fx angst- eller personlighedsforstyrrelse.

### **De tre undertyper:**

- a. ADHD, kombineret type – opfylder kriterierne for A1 og A2 de sidste seks måneder
- b. ADHD, hovedsagligt opmærksomhedsproblemer – opfylder kriterierne for A1, men ikke for A2 de sidste seks måneder
- c. ADHD, hovedsagelig hyperaktivitets- impulsivitetstypen – opfylder kriterierne for A2, men ikke for A1 de sidste seks måneder.

ADHD diagnosen er ganske omdiskuteret, fordi kriterierne for at stille den er forholdsvist uklare, hvilket fører til forskellige diagnostiske traditioner forskellige steder. Når et barn skal scores på de forskellige test, som anvendes

til at stille diagnosen, er der fx usikkerhed omkring, hvorvidt det er kvantitative eller kvalitative kriterier, der vægtes tungest; skal der være meget af en let afvigende adfærd, eller skal der blot være en smule af meget anderledes adfærd, for at diagnosen kan stilles? Vi ser derfor alene i Danmark store geografiske forskelle i andelen af stillede diagnoser (se delprojekt 2).

I øjeblikket (forår 2012) arbejder en ministerielt udpeget arbejdsgruppe på at ensrette vejledningen for den diagnostiske praksis i Danmark.

Endelig skal det nævnes, at ADHD, i modsætning til autisme, er en diagnose, som mange vokser sig fra. Det har således vist sig, at mellem 1/2 og 2/3 af børnene vokser sig fra deres symptomer hen over puberteten og ind i voksenalderen (Larsen 2008, Antshel 2011).

Dette er et faktum, som giver anledning til en del debat, hvad angår årsagerne til forstyrrelsen; er forstyrrelsen arvelig og dermed konstant livet igennem? Eller er symptomerne et resultat af opdragelse i hjemmet og i skolen? (Hertz 2008, Larsen 2008, Brinkmann 2011)

Børne-ungepsykiater professor Niels Bilenberg siger således:

*de to diagnoser [ADHD og CD / adfærdsforstyrrelse] har et stort overlap, men årsagerne er meget forskellige. ADHD har primært en genetisk årsag. Adfærdsforstyrrelse skyldes, hvad man på godt gammel dansk kalder uopdragne eller uartige børn. Og jeg sidder selv dagligt i overvejelser om, hvorvidt årsagen er den ene eller den anden. (Dørge 2010).*

I den forbindelse er det værd at bemærke det påfaldende i, at diagnosen ADHD er den diagnose, som er steget kraftigst indenfor de senere år, mens diagnosen adfærdsforstyrrelse knap er registreret. Man må derfor formode, at der er større tradition i behandlersystemet for at diagnosticere med ADHD fremfor adfærdsforstyrrelse, selv om en række af symptomerne er de samme, og de to diagnoser er vanskelige at skelne fra hinanden.

Men det har naturligvis store konsekvenser om børn får den ene eller den anden diagnose: med en ADHD diagnose peges der uvilkårligt på medicinering som behandlingsform, mens en adfærdsforstyrrelse peger på pædagogisk, evt familiefokuseret intervention, som i parentes at bemærke er langt vanskeligere at give og langt mere ressourcetrækkende.

### *Og i en pædagogisk kontekst?*

I forhold til det pædagogiske arbejde, anvender man nogle af de samme redskaber i forhold til børn med autisme og ADHD; små miljøer, overskuelighed, tydelighed, klare regler, faste rutiner, orden og forudsigelighed.

Særligt i forhold til autisme er der i årenes løb blevet arbejdet intensivt med forskellige former for pædagogik, og jeg skal her nævne to pædagogiske arbejdsmetoder, som har været dels dominerende, dels debatterede.

### *TEACCH*

Indtil midten af 1980'erne havde man i Danmark ingen fælles pædagogiske metoder at arbejde ud fra i forbindelse med børn med autisme og andre udviklingsforstyrrelser. Men i 1986 blev den TEACCH<sup>6</sup> inspirerede pædagogik introduceret i to forelæsninger af Theo Peeters, som var koordinator af speciallæreruddannelsen i Antwerpen.

TEACCH kom på mange måder som en lettelse for det pædagogiske miljø, fordi her endelig var en samlet pædagogisk arbejdsmodel, som rettede sig specifikt mod de vanskeligheder, som mange børn i specialmiljøerne havde.

TEACCH blev udviklet i North Carolina, USA, og kunne tilbyde veludviklede programmer til såvel uddannelse af forældre og pædagoger, samt materiale til vurdering og beskrivelse af børnene. I sin oprindelige form, dvs. den form som blev introduceret i Danmark i 1986, byggede TEACCH på 4 elementer:

- Forældre medinddrages, så de får indflydelse i alle faser af undervisningen og behandling.
- Elever og forældre tilbydes en kontinuerlig støtte livet igennem. Autismen er en livslang problematik, derfor må en meningsfuld støtte også være livslang.
- Tilbud gives som en helhed – man søger af forholde sig ens til eleven i alle miljøer.

---

<sup>6</sup> Training and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children. Se evt. [www.teacch.com](http://www.teacch.com) for en udførlig beskrivelse af pædagogikken, som den anvendes i dag i USA.



- Ekspertter er reelle eksperter. Læger, psykologer, socialrådgivere, pædagogiske etc. arbejder en så stor del af deres tid med problematikker vedrørende autisme, at de får en reel viden (Beyer 1998)

TEACCH har siden denne introduktion udviklet sig til en særlig dansk variant og dermed væk fra det oprindelige amerikanske udgangspunkt, og i hvert fald to af punkterne: forældreinddragelse og tilbuddet som helhed, har ikke plads i den danske pædagogiske praksis (Fisker 2010).

Da der ikke i Danmark arbejdes konsekvent med TEACCH metode, må den danske variant betegnes som TEACCH-inspireret. I denne for er fænomenerne struktur og skærmning helt centrale pædagogiske redskaber og del af et gennemgående tanke sæt, og skal derfor beskrives her.

#### *Pædagogiske redskaber: Skærmning og struktur<sup>7</sup>*

I en TEACCH inspireret pædagogik i Danmark er handicapsynet kendetegnet ved en udbredt accepterende indstilling til handicappet. Man anerkender barnets behov for fysisk og social struktur og bestræber sig på at systematisere omgivelserne, så barnet udsættes for så få forstyrrende stimuli som muligt. Denne opfattelse af, at omgivelserne skal tilpasses barnet og ikke omvendt, er et helt centralt element i pædagogikken.

Den omfattende skærmning af børnene, som dette medfører er af såvel fysisk som social karakter.

Den fysiske skærmning kan bestå af mange elementer, som f.eks. lukkede døre til andre rum, lavt støjniveau, aktivitetsopdeling af stuen og visuel skærmning.

Visuel skærmning forekommer hyppigt i form af afskærmning af vinduer, så udefra kommende stimuli ikke forstyrrer, afdækning af spejle og reoler, hvidmaling af vægge.

Fysisk skærmning kan endvidere ses i indretningen af arbejdsbordene. Hvis det er muligt, er de placeret i et separat rum og under alle omstændigheder er bordet afskærmet vha. reoler, som er placeret, så barnet kun sidder med ryggen fri ud mod rummet.

---

<sup>7</sup> I det følgende henvises der til ph.d. afhandlingen: Fisker, 2010

Nogle steder er der indrettet en særlig legekrog vha. faststående eller flytbare skærme, som når op i voksnes øjenhøjde, som kan lukkes, og som benyttes, når det vurderes at et barn har brug fred til at koncentrere sig om en leg eller arbejdsopgave.

Den psykiske eller sociale skærmning af børnene er ofte ganske omfattende i den TEACCH-inspirerede pædagogik. I varierende omfang skærmes børnene mod forstyrrelser, som kan opfattes som kaos-skabende for børnene. Det kan være besøg udefra, fremmede vikarer, for meget snak under spisningen eller på stuen i det hele taget og støj. Man bestræber sig således nogen steder på at mindske disse forstyrrelser ved kun at tale dæmpet og mindst muligt sammen, ved at forsøge kun at have de samme vikarer ved pædagogers sygdom m.m.

Den sociale og psykiske skærmning kommer endvidere til udtryk i måden, konflikter håndteres på. Da meget af pædagogernes arbejde går ud på at mindske stress og stress relaterede reaktioner hos børnene, bliver de krav, der bliver stillet til børnene også afvejet nøje, så der bliver udløst færrest mulige konflikter med børnene. Mange børn med autisme reagerer voldsomt på krav og nye udfordringer, og for nogle børns vedkommende minimeres disse derfor.

Den stramme struktur i hverdagen er et led i skærmningen af børnene. Rutiner og systemer har stor betydning for barnets håndtering af hverdagen, og det er typisk for en TEACCH inspireret pædagogik, at man tilstræber at følge den samme ugestruktur, går f.eks. de samme steder hen, når man går tur, følger den samme rute, er svømmehallen de samme ugedage, bager på de samme ugedage m.m. Man har dagsskemaer, hvor børnene kan se på billeder af, hvad de skal lave i løbet af dagen, og dagsskemaerne indeholder ofte de samme elementer dag for dag.

De mål, der opstilles for barnets udvikling, er naturligvis meget individuelle og justeres løbende i barnets børnehavetid. Målet for den pædagogiske indsats, som det fremgår i Fisker (2010) er at give børnene en god barndom, at hjælpe dem til at udvikle sig vha. struktur i hverdagen, som skaber overskuelighed og mindsker stress niveauet. Men en helbredelse vil aldrig komme på tale, i de fleste tilfælde end ikke en normalisering af barnets færdigheder, så det kan begå sig i en almindelig skole f.eks.

## **ABA**

Den pædagogiske metode ABA (applied behavior analysis) skal nævnes her, fordi den har fået ganske meget omtale de senere år.

ABA er en særlig pædagogisk træningsform, som nogle forældre vælger, at deres børn skal have. Der er tale om intensiv pædagogisk træning, og i de fleste kommuner i landet er forældrene nødt til at betale den omfattende udgift til træning og supervision selv. Der er tale om en pædagogisk og organisatorisk ganske stram model, så alle tilbud er ens på en række parametre.

Strukturelt er tilbuddet placeret i et almindeligt børnehavemiljø fordi barnet skal have mulighed for interaktion med børnehavens øvrige børn, og der skal derudover stilles et træningsrum til rådighed for den intensive 1-1 træning, som finder sted i meget varierende timetal, afhængig af barnets individuelle behov.

Den primære træner er ansat 37,5 timer ugentligt, hvoraf de 7,5 anvendes til forberedelse af træningsopgaver m.m. De 30 timer er således timer, som anvendes på intensiv træning af barnet, supervision, møder m.m.. Desuden er der ansat en hjælpetræner, som dækker den ene dag om ugen, hvor den primære træner er beskæftiget med andre opgaver.

Forældrene træner derudover barnet 10 timer om ugen i varierende grader af intensitet.

Samlet skulle barnet altså i dette tilbud ideelt set, have intensiv og personlig træning omkring 40-50 timer om ugen.

Trænerne (og forældrene) får ugentlig supervision og begynder ikke på nye arbejdsopgaver uden at rådføre sig med supervisor først. Det er i praksis oftest supervisor, der kommer med nye opgaver til pædagogerne og tager initiativer i forhold til træningen.

### **Pædagogiske redskaber: træning og interaktion**

ABA er en pædagogik, som er karakteriseret af en målrettet træning af barnets færdigheder. Pædagogikken består således dels af en analyse af barnets færdigheder og en nøje tilrettelagt og superviseret pædagogisk træning af færdigheder.

I modsætning til TEACCH inspireret pædagogik er arbejdet med minimering af skærmningen et centralt element i ABA arbejdet. Man arbejder ud fra den filosofi, at det er barnet, der skal tilpasse sig verden, ikke omvendt.

Argumentet er, at det ikke hjælper barnet at tilpasse omgivelserne, fordi det ikke kan lade sig gøre at anbringe barnet i eksklusive og tilpassede omgivelser resten af livet, og det derfor er bedre, at barnet vænner sig til verden i så tidlig en alder som muligt.

Et af de overordnede mål med ABA-træningen er en normalisering af barnets færdigheder.

Det understreges, at "normalisering" ikke indebærer en antagelse om, at barnet kan "gøres normalt" eller helbredes, men at målet med træningen er, at barnet skal kunne indgå i så normale sammenhænge som muligt på så normal måde som muligt.

Der er således tale om en tilpasning eller normalisering af barnets færdigheder, f.eks. legefærdigheder og selvhjælpsfærdigheder, frem for en normalisering af barnet selv.

Det er derfor også af afgørende betydning, at barnet indgår i et helt almindeligt børnehavemiljø, hvor der er mulighed for interaktion med andre børn, i det omfang barnet med autisme magter det. Det er væsentligt for trænerne, at barnet bliver så lidt "særligt" som muligt. Ofte er det nødvendigt at tage specielle hensyn, men målet er, at barnet skal kunne indgå i børnehavens liv på samme vilkår som de øvrige børn, indrette sig under samme regler m.m.

Dette princip resulterer endvidere i den opfattelse, at man hjælper barnet bedst til at udvikle sit fulde potentiale ved at stille forholdsvist store krav til det og ikke vige tilbage for de konflikter, det uvægerligt giver.

ABA kan i forhold til TEACCH fremstå som en konfronterende pædagogik, som vha. udfordring af børnenes grænser og færdigheder konstant arbejder for at øge disse børns færdigheder. Det er helt afgørende i denne forbindelse, at det er forældre, træner og i højeste grad supervisor, som styrer hvilke krav der skal stilles, og ikke barnet selv. For at nå målet med træningen; at gøre barnet i stand til at indgå i så normal interaktion og så normale omgivelser som muligt, bliver der stillet store og ofte grænseoverskridende krav til barnet, idet filosofien bag dette er, at barnet oftest selv vil vælge at forblive introvert, hvis det får mulighed for selv at bestemme. Synet på barnet med autisme er, at det har en mængde potentialer, som skal have mulighed for at udfoldes, og for at nå dertil kan det være nødvendigt med en ganske konfronterende og kravstillende pædagogik, som ikke styrer udenom

konflikter, som kan give voldsomme emotionelle reaktioner. På dette punkt er der er afgørende forskel i forhold til den strukturerede og skærmende pædagogik, som netop søger at mindske alle emotionelle belastninger for barnet.

Fra ph.d. afhandlingen "*Småbørn i interaktion*" (Fisker 2010) bringes følgende citat, hvor en ABA træner beskriver ABA-pædagogikkens formål således:

*Hanne beskriver ABA på flere forskellige måder: dels skal træningen højne barnets livskvalitet, hvilket bl.a. opnås ved at styrke barnets selvtillid og selvverd, så det tør bruge de evner, det har, dels er det "almindelig opdragelse", og endelig er det vigtigt at pointere, at ABA ikke helbreder barnet.*

*Hun lægger vægt på, at ABA tør tage stilling til, hvad der er acceptabel adfærd, og hvad der ikke er, og at man tør gøre noget ved det.*

(Fisker, 2010, p.179)

Træningen fokuserer på alle de områder af barnets udvikling, hvor en intensiv indsats kan bidrage til at integrere barnet i et almindeligt børnemiljø, og interaktionen bliver i sig selv et mål for træningens succes som normaliseringsproces.

Træningen tilrettelægges efter nøje gennemførte (af supervisor) adfærdsanalyser, som skal afdække barnets zone for nærmeste udvikling (et Vygotsky inspireret udviklingsbegreb).

Det bærende element i træning er 1-1 træning i et særligt træningsrum, som må betegnes som en form for midlertidig skærmning, som der arbejdes målrettet med at frigøre sig fra. Lokalet anvendes til at få arbejdsro, og som tilbagetrækningssted, hvis barnet ikke magter at være ret meget sammen med de øvrige børn i børnehaven.

Her bliver barnet trænet i forskellige konkrete færdigheder, som efterhånden generaliseres, både ved variation i træningsrummet og senere i andre miljøer. Det skal bemærkes, at hele dagligdagen i børnehaven bliver betragtet som træning, fordi træneren følger barnet rundt i børnehaven hele dagen og selv i de tilfælde, hvor barnet leger godt med de øvrige børn, holder træneren sig i nærheden, parat til at gribe ind ved konflikter, eller hvis barnet begynder at selvstimulere og har, hvad trænerne definerer som, *autistisk adfærd*.

Alle situationer opfattes som potentiel træning og kan være med til at udvikle barnet, blot træneren er til stede til at guide, gribe ind og på anden vis dreje situationen, så barnet dels bliver udfordret, men også bliver tryk og får selvtillid ved at kunne magte situationen.

I modsætning til TEACCH pædagogik, så arbejdes der i ABA pædagogik kun midlertidigt med struktur som pædagogisk redskab.

Strukturen betragtes som et arbejdsredskab, som man skal arbejde med at frigøre sig fra, ud fra en opfattelse af, at barnet skal blive i stand til at håndtere uventede og kaotiske begivenheder.

### **Interaktion og inklusion**

Et væsentligt element i træningen er at lære barnet at lege. Helt fra bunden skal færdigheder optrænes, og målet er (oftest), at barnet skal kunne indgå i interaktion med andre børn i spontane lege aktiviteter.

I de tilfælde, hvor barnet magter interaktion med andre børn, arbejdes der målrettet med dette. Det foregår i første omgang vha. omvendt integration, hvor et eller flere af de øvrige børn i institutionen inviteres ind i træningslokalet for at lege. Oftest sætter træneren en leg i gang, som hun/han har øvet med det pågældende barn. Legen er altså velkendt for barnet, og barnet har dermed et bedre udgangspunkt for at opnå succes i situationen. Når barnet mestrer legen i træningslokalet med andre børn, tages denne leg med ind i børnehavens øvrige lokaler, hvor den bliver leget med de børn, som barnet tidligere har leget med i træningslokalet.

I praksis kan der arbejdes på en måde, som illustreres af dette citat:

*Inde i børnehaven holder hun sig nu (i modsætning til for et år siden) så vidt muligt i baggrunden. Herinde er målet, at Morten skal have så meget uforstyrret interaktion med andre børn som muligt. Filosofien er, at al interaktion er godt. Hun overlader til de andre pædagoger at sætte grænser for børnenes udfoldelser. Dette gør hun bl.a., fordi Morten skal vænne sig til også at høre efter, hvad andre siger, og ikke kun acceptere korrektiver fra Jette. Dette mål er ved at være nået, men Jette beskriver problemer med at få de øvrige ansatte til at være konsekvente nok i deres krav til Morten. Hvis de ikke er konsekvente, hver gang de stiller et krav, vil Morten blot ignorere dem. Jette afviser at påtage sig andres krav og fortæller det øvrige personale, at de selv må følge deres krav til dørs. Det lader dog*

*til, at de stadig ofte forventer af Jette, at hun overtager, når de har fremsat et krav eller en anmodning.*

(Fisker, 2010, p. 181)

Det primære mål med træningen er altså at gøre træneren selv overflødig – at få barnet til, via interaktion at udvikle sine potentialer, så det kan blive fuldt ud inkluderet i det almene børnefællesskab.

### **ADHD pædagogik – findes det?**

Som beskrevet ovenfor er ADHD en langt nyere og mere usikker diagnostisk kategori end autismspektrum forstyrrelser. Børn med ADHD har tidligere enten hedder noget andet, eller er slet og ret blevet betragtet som 'vilde drenge', 'uartige børn' og andre typer af kategoriseringer. Der har af den grund ikke været udviklet, og har måske heller ikke været behov for at udvikle en egentlig samlet pædagogisk metode specifikt til arbejdet med børn med ADHD.

I de tilfælde hvor børnene er blevet henvist til specialinstitutioner, er de ofte blevet placeret sammen med børn med autisme, og af den grund har de indgået i de samme pædagogiske rammer som disse børn, dvs. en TEACCH inspireret ramme.

De former for pædagogiske redskaber (for egentlig samlede metoder findes ikke specifikt i forhold til børn med ADHD) er orienterede imod at afhjælpe de symptomer, som giver vanskeligheder i hverdagen for barnet.

Det er typisk redskaber som sætter ind i forhold til manglende overblik, hyperaktivitet, impulsivitet, uopmærksomhed og eventuelt manglende emotionel regulering. På den måde er det ofte redskaber fra det der nogle steder kaldes en 'struktureret pædagogik', og som kan spores tilbage til et TEACCH orienteret udgangspunkt.

Ofte anvendes således forskellige grader af visualisering, for at hjælpe barnet med at skabe overblik. Der kan arbejdes f.eks. med dagsskemaer, som består af billeder eller symboler af alle dagens aktiviteter.

Der arbejdes typisk med struktur som pædagogisk redskab, dvs. klarhed omkring hvad barnet skal hvornår, med hvem og hvordan. Det kan være en bestemt plads barnet skal sidde på i klassen/i garderoben/ til samling/til frokost, så forvirring og uro omkring hvor barnet skal sidde elimineres. Det kan være markeringer i bøgerne, så barnet kan se, hvor læsningen skal begynde og slutte.

Der kan arbejdes med tydelige skift ved overgange mellem aktiviteter, så det er klart for barnet, at nu stopper én aktivitet og en anden begynder.

Disse eksempler på overbliksskabende redskaber nævnes for at fremhæve elementer, som sandsynligvis er inspireret af den strukturerede type pædagogik, som ofte også anvendes i forhold til børn med autisme.

Der foregår en ganske kreativ udøvelse af tips, tricks og blandede pædagogiske redskaber, når der er tale om børn med ADHD, og mange af disse er hentet fra den mere traditionelle specialpædagogik, men tilpasset en inkluderende ramme.

Der kan således ikke éntydigt peges på en pædagogisk model i forhold til børn med ADHD, men snarer en 'alt godt' fra den strukturerede pædagogik, efter præmissen: 'hvad virker i forhold til det enkelte barn særlige behov?'

Selve arbejdet med børn med ADHD kan således pege på, at der foregår ganske meget kreativ, innovativ udvikling på det pædagogiske felt i disse år.

Desuden skal det nævnes, at der ses flere og flere tiltag i forhold til at få forældrene inddraget rent pædagogisk i forhold til børn med ADHD, f.eks. i ADHD foreningens regi. Strategien for dette ser ud til at lægge sig i forlængelse af den formodning i nogle kredse om, at ADHD ikke udelukkende har biologiske årsager, men at der er en betydelig social komponent i mønstret af vanskeligheder.

Den sociale komponent kan enten bestå af dysfunktionelle familiemønstre, eller kan ses som et samspil mellem barnets biologiske dispositioner og det psyko-socialt opvækstmiljø.

I sådanne tilbud vil årsagen til vanskelighederne være underordnet; det primære er, at familierne hjælpes til at klare hverdagen og at forældrene sættes i stand til at håndtere deres forældreskab på en bedre måde.

Fra de danske kurser er det generelle indtryk, at familierne er glade for vejledningen og synes, den hjælper (Myglegaard, blog på ADHD foreningens hjemmeside: [www.adhd.dk](http://www.adhd.dk)).

Fra forskningens side tegner der sig endvidere positive resultater idet en netop udkommet Campbell rapport peger på forældre træning som meget lovende psykosociale tiltag, som giver forældrene redskaber til at håndtere deres barns adfærd. Forældretræning kan muligvis både forbedre adfærden hos børn med ADHD og gøre forældrene mindre stressede (Zwi et al. 2011).



Det er således forskningsresultater som viser at den pædagogiske indsats i skoler og daginstitutioner ikke kan stå alene, men må suppleres med målrettet forældretræning.

### **Konklusioner og perspektiver for udviklingen af den pædagogiske praksis**

Det må, på baggrund af denne gennemgang fastslås, at diagnoser ikke er anvendelige som arbejdsredskaber i den pædagogiske praksis. Når der tales om diagnoser i den pædagogiske praksis, er der risiko for simplificeringer og stigmatiseringer af børn, fremfor konstruktive blikke på de udfordringer, børn har i deres hverdag. Dette står naturligvis i kontrast til det stadigt stigende antal af diagnoser, som påkalder sig opmærksomhed, og behov for forståelse hos de professionelle.

Fremfor at beskæftige sig med diagnoser i den pædagogiske praksis, vil det være mere konstruktivt i den enkelte praksis at reflektere over hvilket lærings- og udviklingssyn man vil arbejde ud fra. Det påpeges, at der, i grove træk, kan skelnes mellem et skubbende (eksemplificeret med ABA-pædagogik) og et skærmende (eksemplificeret med TEACCH-inspireret pædagogik) syn på børn i vanskeligheder, og at grundforståelsen af børns læringspotentiale og udviklingsmuligheder er afgørende for hvilken pædagogisk praksis man tilrettelægger.

Denne grundforståelse er igen afgørende for, hvordan det bliver muligt at arbejde inkluderende i dag- og fritidstilbud, og det skal i delrapport 3 undersøges, hvilken grundforståelse der kan findes i forskellige kommuners PPR-afdelinger. Når det netop er PPR, der peges på, er det fordi, PPR er den nærmeste samarbejdspartner i mange kommuner for dag- og fritidstilbud, når man oplever vanskeligheder omkring et barn, som søges inkluderet i det almene miljø.

Det skal i delrapport 3 undersøges på hvilke måder PPR understøtter den inkluderende pædagogiske praksis, og om grundforståelsen af børns læring og udvikling har betydning for de rammer, der opstilles for det inkluderende pædagogiske arbejde.

## Delrapport 2: Udvikling i antal af børn med diagnoser

### *Delprojektbeskrivelse:*

*Denne del af rapporten vil bestå af analyser af eksisterende statistiske opgørelser. Der vil således blive trukket på empirisk materiale, som udtrækkes fra databaser, og der vil blive refereret til allerede eksisterende forskning. Analyserne i denne del af rapporten får hermed karakter af en state-of-the-art, dvs. en sammenfatning af den nyeste forskning på området.*

*Den eksisterende forskning omhandler kun sporadisk småbørnsområdet, mens skoleområdet er rigere repræsenteret. En væsentlig del af arbejdet bliver derfor at sammenkoble forskellige analyser, så de samlet set giver et billede af udviklingen på småbørnsområdet. I dette arbejde er det en udfordring, at diagnoser ikke altid indberettes til det centrale diagnoseregister, og der bliver derfor tale om estimater frem for præcise angivelser.*

At antallet af børn med psykiatriske diagnoser, både i danske og i internationale sammenhænge, er stærkt stigende, hersker der ingen tvivl om. Der er heller ikke tvivl om, hvilke diagnoser der er i stærkest stigning. Derimod hersker der stor uenighed om, hvor stor denne stigning egentlig er, og der hersker stor uenighed om, hvor høj forekomsten af de forskellige diagnoser er i dag. Samtidig er der en verserende international debat om årsagerne til de stigninger vi ser i disse år (Brinkmann 2011, Newschaffer 2006, Shattuck 2006, Polanczyk et al. 2007).

En særlig udfordring for opgørelser er småbørnsområdet, idet kun ganske få forskere indtil nu har arbejdet med diagnosticering af spæd- og småbørn. Indtil for relativt få år siden var diagnosticering af små børn et ganske kontroversielt emne, men nyere undersøgelser peger på, at det er muligt at

foretage diagnostiske undersøgelser i denne tidlige alder (Egger & Angold 2006).

For BUPL er det væsentligt at være orienteret om udviklingen på området, fordi børn med diagnoser fylder stadig mere i den pædagogiske praksis og fordi et overblik og en pejling på den fremtidige udvikling er et væsentligt redskab i arbejdet med at udvikle og planlægge den fremtidige pædagogiske praksis. Qua BUPLs interesseområde er 0-6 års området et primært fokus i denne rapport, men da SFO/fritidspædagoger i endnu højere grad end daginstitutionspædagoger oplever stigningen i antallet af diagnoser, vil såvel forskning inden for småbørnsområdet som forskning i forhold til større børn blive inddraget.

Internationalt set findes der langt flere undersøgelser for børn fra 5 år og op, end for børn under 5 år. I flere internationale studier deles aldersgrupperne ofte op i 0-4 år og 5-9 år, hvilket skyldes, at man i de fleste andre lande begynder i skole som 5 årig. Studierne er således anlagt så de bliver internationalt sammenlignelige, og det er derfor vanskeligt at tale om 'børnehavebørn' og 'skolebørn' som vi ofte gør i Danmark. I denne rapport vil det derfor undervejs blive præciseret, hvilke aldersgrupper der er tale om.

Når man undersøger antallet af børn med diagnoser, er der flere veje at gå. Man kan få dataudtræk fra en national psykiatrisk registreringsdatabase, og her er

- **BupBasen** relevant fordi den i princippet registrerer alle diagnoser, som stilles på børne- og ungepsykiatriske afdelinger på de psykiatriske hospitaler i hele landet og registrerer også antallet af henvisninger hertil. BupBasen har imidlertid den begrænsning, at antallet af indrapporteringer er meget svingende for de forskellige børne- og ungepsykiatriske afdelinger i forskellige dele af landet. På basens egen hjemmeside konkluderes det således, at tallene for ADHD diagnosen er for usikre pga mangelfuld indrapportering. Et andet problem med BupBasen er, at den kun registrer henvisninger til hospitalsafdelinger og diagnoser stillet her, mens de børn, som bliver henvist til eller får en diagnose fra en privatpraktiserende psykiater, ikke bliver registreret ([www.bupnet.dk](http://www.bupnet.dk)).
- **Medstat** er en lægemiddeldatabase, hvor alle recepter registreres på landsplan. Det er således muligt herfra at udtrække data om medicinsk

behandling af psykiske lidelser hos børn i enten 0-4 års alderen eller 5-9 års alderen, og det er muligt at få oplysninger om køn og geografisk forekomst. Her er medicinering mod ADHD symptomer, samt antidepressive midler og psykofarmaka (antipsykotiske, angstdæmpende, sovemidler og beroligende midler) interessant i denne sammenhæng. Medicinering siger naturligvis intet om det reelle antal af børn med specifikke problemer, men det siger noget om minimum antallet af børn med så massive vanskeligheder, at der er behov for medicinering ([www.medstat.dk](http://www.medstat.dk)).

Information om antal af børn med psykiske forstyrrelser kan man også få ved at gennemgå internationale og nationale screenings undersøgelser. Særligt for småbørn er en dansk undersøgelse interessant:

- **CCC2000** er en dansk undersøgelse, som inkluderer 6090 børn født i år 2000 (9% af alle børn født i Danmark i 2000). Denne undersøgelse screener børnene for forskellige psykiske helbredsproblemer (undersøgelsens terminologi), og styrken i denne undersøgelse er, at det ikke udelukkende er henviste børn, der undersøges, men en hel population. Børnene er blevet fulgt tæt med undersøgelser i alderen 0-10 mdr, ved 1½ år og i 5-7 års alderen. Undersøgelsen sammenligner endvidere hele populationen med en gruppe børn som er blevet henvist til børnepsykiatrisk udredning i en meget tidlig alder (1½ år) ([www.ccc2000.dk](http://www.ccc2000.dk)).
- **Internationale** undersøgelser kan sige noget om, hvorvidt de danske undersøgelser tegner et billede af antallet af børn med psykiske forstyrrelser, som kan sammenlignes internationalt (Lavigne et al. 2009, Polanczyk et al 2007, Fulton et al. 2009, Ravens-Sieberer et al. 2008). Her er nordiske studier af særlig interesse fordi vi på mange andre parametre kan sammenligne os med nordiske lande (Heiervang et al. 2007, Köhler & Jakobsen 1987, Heiervang et al. 2008, Obel et al. 2004)

Denne rapport bygger således på disse 3 kildetyper: 1: tal fra registreringsdatabaserne BupBasen og medstat, 2: danske forskningsresultater og 3: internationale studier.

## Mørketal

Når man taler om diagnosticering af børn, er der flere måder at tale om det på, og det er væsentligt at gøre sig flere forhold klart.

For det første er det at stille en psykiatrisk diagnose ikke en eksakt videnskab, forstået på den måde at der hører en del skøn med til det at stille en psykiatrisk diagnose. Der kan være forskellige tolkninger af diagnosemanualer, og der kan være forskellige procedurer og traditioner på de forskellige børne-ungepsykiatriske afdelinger<sup>8</sup>.

Når vi i pædagogiske sammenhænge taler om psykiske forstyrrelser hos børn, kan vi både tale om:

- børn med diagnoser, der er stillet i officielt regi på en børne- og unguepsykiatrisk afdeling
- børn med diagnoser, som er stillet hos en privat praktiserende psykiater og
- problembeskrivelser (ofte kaldet PPV: pædagogisk psykologisk vurdering), som er foretaget af f.eks. en psykolog hos PPR i barnets kommune.

Sidstnævnte bliver ofte i den pædagogiske praksis og af forældre omtalt i diagnostiske vendinger, på trods af, at der ikke er tale om en diagnose.

Der er forskellige veje at gå, når et barns adfærd vækker bekymring hos forældre og pædagoger. Man kan henvende sig til egen læge eller til PPR. Fra PPR kan der komme en PPV<sup>9</sup>, som i nogle kommuner er tilstrækkelig til at udløse ekstra ressourcer. Men der kan også henvises til en psykiatrisk udredning. Denne kan foretages hos en privatpraktiserende psykiater eller i

---

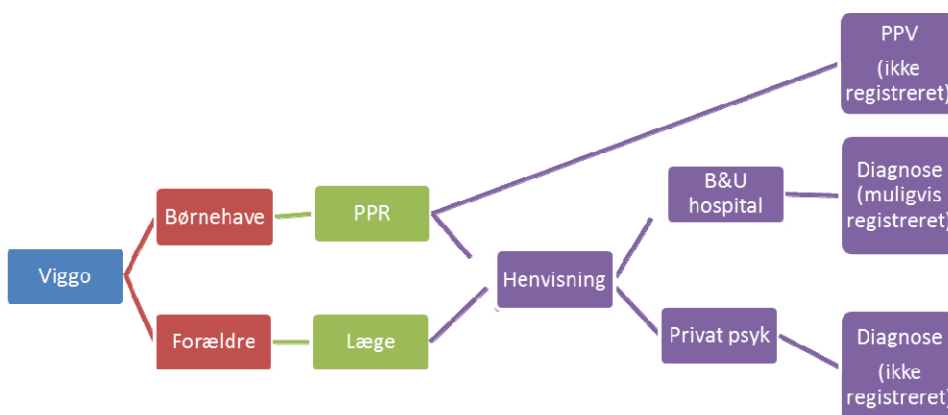
<sup>8</sup> Autisme er her sandsynligvis én af de mest valide diagnoser, idet den har eksisteret længst, er ganske udførligt beskrevet, og der findes et grundigt testapparat i forhold til de vanskeligheder børn med autisme udviser. Se delrapport 1 for en uddybning af dette.

<sup>9</sup> Pædagogisk psykologisk vurdering

offentlig regi på en børne- ungepsykiatrisk afdeling. Det er kun sidstnævnte diagnoser, som optræder i de offentlige registre, som f.eks. BupBasen.

Diagnoserne fra privatpraktiserende psykiatere og PPV'erne fra PPR-psykologerne registreres ikke i noget centralt register, og kan således ikke finde vej til de officielle statistikker.

Figur 5: Veje til en diagnose eller problembeskrivelse



Vi har derfor kun tal på en mindre del af de børn, der har psykiske vanskeligheder, og som på forskellig vis tages vare på i den pædagogiske praksis. Det kan derfor med sikkerhed siges, at vi har et mørketal i forhold til børn i vanskeligheder, og at vi ikke aner, hvor stort dette tal er.

Af denne grund er screeningsundersøgelser interessante, fordi de giver os en nogenlunde sikker måde at estimere antallet af børn i forskellige typer af vanskeligheder på.

### Vanskeligheder ved diagnosticering i tidlig alder

I ganske mange år har der været foretaget epidemiologiske<sup>10</sup> undersøgelser af skolebørn med det formål at afdække forekomsten af psykiatiske forstyrrelser i en befolkningsgruppe. Men på småbørnsområdet har der hidtil kun været

<sup>10</sup> Dvs. befolkningsundersøgelser hvor f.eks. en stor del af en årgang undersøges.

meget få undersøgelser ( som fx Carter et al. 2004; Egger & Angold 2006; Skovgaard et al. 2008).

Indtil slutningen af 1990'erne var det kontroversielt at diskutere psykisk sygdom og psykopatologi for børn under 2-3 år, og psykiske problemer hos små børn blev oftest behandlet som psykosociale problematikker hos f.eks. børn af psykisk syge mødre (Landorph og Skovgaard 2008). I midten af 1990'erne påpegedes det imidlertid i Handbook of Infant Mental Health (Zeanah et al. 1993), at det var nødvendigt at anerkende eksistensen af psykiske vanskeligheder hos spæd- og småbørn, fordi manglende erkendelse af problemerne førte til, at mange små børn ikke fik tilbudt relevant hjælp (Zeanah et al 1997a + b). Når vi i dag i den pædagogiske praksis mange steder er optaget af tidlig indsats, kan interessen herfor således spores tilbage til midten af 1990'erne, hvor man fik øjnene op for betydningen af at sætte ind tidligt i forhold til børnenes udvikling.

Det er først indenfor de seneste 8-9 år (siden ca. 2004) internationale studier er dukket op i forskningslitteraturen, hvor man har appliceret systematiske, standardiserede målingsstrategier til småbørn. Årsagerne til manglen på studier af småbørn er både teoretiske og metodiske.

Metodisk er undersøgelser af småbørn problematiske, fordi man skal finde måder at måle psykiske problemer på, som er udviklingssensitive (Egger & Angold 2006). Der skal i måleinstrumenterne være taget højde for barnets alder, for barnets udvikling, for at børn udvikler sig forskelligt og i de tidlige år særdeles hurtigt. Der kan være meget stor forskel på, hvad børn kan med få måneders mellemrum i en periode af deres liv med meget hurtig kognitiv, social, adfærdsmæssig og emotionel udvikling. Der skal tages højde for individuelle forskelle, temperamentsforskelle og klinisk signifikante adfærd- og emotionelle symptomer.

Det er blevet problematiseret, at de diagnostiske manualer DSM og ICD ikke tager højde for udviklingsmæssig variation, og der har været (og er) bekymring for, at småbørn skal blive forsynet med en diagnose, som vil forme barnets egen selvforståelse og forældrenes forståelse af barnet, og dermed påvirke udviklingen. Samtidig har der været og er fortsat, diskussioner om hvorvidt problematisk adfærd hos små børn er lokaliseret 'i barnet' eller i det psykosociale miljø, dvs. i relationen til forældrene og andre omsorgsgivere (Egger & Angold 2006, Hertz, 2008, Storebø & Damm 2010).

Tilsvarende bekymringer blev diskuteret 1970'erne, da forskere begyndte at undersøge skolebørn for psykiatriske forstyrrelser. Arbejdet med dette område har imidlertid ført til omfattende udvikling af valide målemetoder, som inddrager fysiologiske, neurale, genetiske og miljømæssige faktorer i forhold til forstyrrelserne, og det har været muligt at udvikle behandlingsmetoder, som tager højde for disse faktorer. Et eksempel er depression, som i 1960'erne blev afvist at eksistere hos skolebørn. Her er der nu udviklet undersøgelsesmetoder, og der er udviklet både medicinske og kognitive-adfærdsbehandlinger, som har effekt (Egger & Angold 2006).

Der er i dag international enighed om eksistensen af meget tidlige symptomer på nogle former for psykopatologi hos spæd- og småbørn, og det erkendes, at dette spiller en afgørende rolle for barnets udvikling. Det er i undersøgelser vist, at psykiatriske forstyrrelser ofte begynder tidligt i livet og kan være livslange og kroniske (Egger & Angold 2006). Det er derfor afgørende at udvikle gode undersøgelsesinstrumenter, så børnene kan identificeres og hjælpes tidligt.

### **Psykiske forstyrrelser hos småbørn**

I internationale sammenhænge er der som nævnt ovenfor kun publiceret få forskningsstudier som beskæftiger sig med småbørn og psykiske forstyrrelser. Men de studier, der findes, viser en relativt høj forekomst af psykiske forstyrrelser hos små børn mellem 2-5 år (Egger & Angold 2006).

De symptomer, der er blevet screenet for i 4 forskellige studier (i alt 1021 personer, 2-5 år) (Angold & Egger 2007, Lavigne et al 1996, Keenan et al 1997, Keenan & Wakschlag 2000, Earls 1980) er:

- ADHD
- ODD (oppositional defiant disorder)
- CD (conduct disorder / adfærdsforstyrrelse)
- depression
- SAD (separation anxiety disorder)
- GAD (generalized anxiety disorder)
- social fobi
- specifik fobi
- PTSD (post traumatisk stress disorder)



Derimod er

- GUU/GUA (uspecificeret og anden gennemgribende udviklingsforstyrrelse)
- ASF (autisme spektrum forstyrrelse)
- **ikke** inkluderet i disse studier.

For de nævnte diagnoser viser studierne, at mellem 14 - 26,4 % af børnene har en eller flere psykiske forstyrrelser. Af disse er adfærdsforstyrrelser (ADHD, ODD og CD) de hyppigste, og beregnes til at udgøre 6 - 18,8%, mens angst i et enkelt studie ligeledes forekommer hyppigt: 6,5% (Angold & Egger 2007)

Det konstateres, at disse tal er ret stabile op gennem opvæksten - ikke sådan at forstå, at det er de samme forstyrrelser, der går igen, men at den samlede sum af psykiske forstyrrelser er ret konstant. Lidelser som SAD, CD og ODD falder således i hyppighed med alderen, mens angst, depression og fobier stiger. Særligt er det værd at bemærke, at reviewet påpeger, at ADHD symptomerne ser ud til at være konstant forekommende hos 2-5 årige, 5-17 årige og voksne.

For at finde forekomst af ASF og GUA/GUU skal der kikkes på andre studier, og for disse forstyrrelser er der meget forskellige prævalenstal<sup>11</sup>. En af årsagerne til de meget forskellige tal er forskellige diagnosticeringstraditioner og forskellige diagnosemanualer. Prævalensen for denne gruppe svinger i de forskellige undersøgelser fra 10 til 110 pr. 10.000, men generelt ses en stigende tendens i de publicerede studier over årene (Volkmar et al. 2004, Matson & Kozlowski 2011).

### **Tidlig diagnosticering**

På dansk grund ser vi et enestående epidemiologisk studie af en årgang af børn født i 2000: CCC2000, Copenhagen Child Cohort 2000 ([www.ccc2000.dk](http://www.ccc2000.dk)). I studiet indgår 6090 børn, hvilket er 9% af en årgang. I Danmark har vi gode forudsætninger for at foretage epidemiologiske undersøgelser, fordi det er muligt via CPR registret at følge individer over tid, eventuelt livslangt. Det

---

<sup>11</sup> Dvs. forekomsten af forstyrrelserne. Dette opgøres ofte i antal pr. 1000 eller i et procenttal.

bliver dermed muligt at lave omfattende kohorte<sup>12</sup> undersøgelser. Den særlige styrke i denne kohorte undersøgelse er, at den gør det muligt dels at undersøge en generel befolkningsgruppe, og dels at sammenligne med en gruppe af børn, som meget tidligt er blevet henvist til behandling på en børnepsykiatrisk afdeling. Det bliver herfra muligt at udlede en række risikofaktorer i forhold til udvikling af psykiske forstyrrelser.

Kohorte undersøgelsen CCC2000, har affødt en række understudier, som er interessante i denne forbindelse. I studiet CC 1½, konkluderes det således, at det er muligt at diagnosticere mange børn allerede når de er 1½ år, og studiet finder at 18,4% af børnene på 1½ år har symptomer på en eller flere ICD-10 diagnoser for psykiske helbredsproblemer (Landorph & Skovgaard, 2008, Skovgaard et al. 2008).

De undersøgte forstyrrelser inkluderer: psykisk udviklingsforstyrrelse, hyperaktivitet/opmærksomhedsforstyrrelser, adfærds- og emotionelle forstyrrelser, tilknytningsforstyrrelse, spiseforstyrrelse, søvnforstyrrelse, tilpasningsforstyrrelse.

Undersøgelsen peger på en række risikofaktorer, som giver nogle børn en særlig høj risikoprofil i forhold til at udvikle psykiske forstyrrelser. Blandt risikofaktorerne er såvel biologiske som psykosociale faktorer.

De biologiske faktorer er: lav fødselsvægt (<2500g), fødsels komplikationer, præmaturitet (GA < 37 uger) som gav øget risiko for neuro-udviklingsforstyrrelse (incl mental retardering, autismelignende tilstande og ADHD (Landorph & Skovgaard 2008).

Psykosociale risikofaktorer: psykisk sygdom hos forældre, arbejdsløshed, ingen/lav uddannelse, forældrekonflikter, uønsket graviditet. Dette var især associeret med emotionelle, adfærdsmæssige, spise og søvnforstyrrelser.

For de små børn viser de danske og de internationale studier således:

Internationale småbørnsstudier <sup>13</sup>	<b>14 – 26,4 %</b>
CC 1½ <sup>14</sup>	<b>18,4 %</b>

---

<sup>12</sup> En kohorte undersøgelse vil sige en undersøgelse (ofte en spørgeskemaundersøgelse), der følger en gruppe individer over en bestemt periode, ofte flere år.

<sup>13</sup> Carter et al. 2004, Egger & Angold 2006, Lavigne et al. 1996, Keenan & Wakschlag 2000, Keenan et al. 1997, Heiervang et al 2008, Angold & Egger 2007, Earls 1980.

<sup>14</sup> Landorph & Skovgaard 2008, Skovgaard et al. 2008.

### Sammenligning med børn i alderen 5-7 år og 8-9 år

Årgang 2000 er blevet fulgt videre af forskerne bag kohorteundersøgelsen (Elberling et al 2010), og i en undersøgelse foretaget i 5-7 års alderen blandt 3501 børn, fandt man at:

- 5 % havde mentale problemer, mens
- 14,7 % blev klassificeret som havende risikoprofiler.

Når disse tal er så anderledes end de tal, der fremkom ved undersøgelsen af børn på 1½ år, kan det tilskrives det metodisk vanskelige i at vurdere ganske små børn, og at det for de små børn snarer er muligt at vurdere risikoprofiler end egentlige diagnoser. Børnene er i en intensiv udviklingsperiode og det vil være ganske vanskeligt at forudsige, hvordan forskellige psykiske vanskeligheder udvikler sig de kommende år. Nogle vil så at sige vokse sig fra den bekymrende adfærd, mens andres (oplevede) symptomer øges.

Det særligt interessante i denne sammenhæng ved undersøgelsen af de **5-7 årige** er, at det her metodisk er muligt at finde ud af, hvordan henholdsvis forældrene og pædagogerne vurderer børnene. Og her fremkommer nogle interessante forskelle. Målt for 2442 børn vurderer

- **Forældre** at 3,6% har abnormal score
- **Pædagoger** at 5,9% har abnormal score

På alle parametre rapporterer pædagogerne om større problemer end forældrene, med undtagelse af emotionelle problemer og problemer med venner. Dette er jo ganske en ganske iøjnefaldende og interessant point ifht BUPLs interesser, men i artiklen uddybes besvarelsen ikke, og der gættes ikke på hvorfor denne forskel opstår (Elberling et al. 2010).

De tal, som dette studie kommer frem til (5% har mentale helbredsproblemer), svarer til de resultater man har fået i studier i øvrige nordiske lande (Heiervang et al. 2008, Obel et al. 2004, Heiervang et al. 2007), hvorimod studier i andre europæiske lande finder højere prævalens opgørelser (fra 6,3% til 9,8%) (Kaptein et al. 2008, Ravens-Sieberer et al. 2008, Shojaei et al. 2008).

Særligt i forhold til hyperaktivitet og uopmærksomhed var der ganske stor forskel på danske og internationale studier. I dette danske studie er andelen af børn med abnormale symptomer 5,6% (forældre rapporter) til 9,0% (pædagog rapporter), mens de tilsvarende tal i England viste 16% (forældre rapporter) til 13,8% (pædagog rapporter) (Goodman et al 2000).

For børn i **8-9 års alderen** har vi et andet dansk studie, som inkluderer 373 børn født i 1991 (Petersen et al. 2006). Både børn i almene skoler og i specialskoler er inkluderet i studiet, mens børn i særlige klasser for børn med dansk som andetsprog er ekskluderet fra studier, da sprogvanskeligheder kan give bias i undersøgelsen.

Undersøgelsen konkluderer, at 11.8% af børnene har psykiske forstyrrelser (dobbelte så mange drenge som piger). Af disse er den hyppigst forekommende diagnose ADHD som 6,4% af samtlige børn viser symptomer på.

Disse tal harmonerer med internationale studier, som viser, at forskellige studier opnår forekomster på mellem 6,8% og 12,4% for psykiske forstyrrelser i denne aldersgruppe (Petersen et al. 2006).

## **Stigning i antallet af diagnoser**

I forhold til stigningen i antallet af diagnoser, må man skelne mellem stigning i antallet af diagnoser, og stigning i antallet af henvisninger til udredning, da det jo ikke er alle henviste børn, der ender med at få en diagnose.

### *Antallet af henvisninger:*

Siden BupBasen blev etableret i 2004 er antallet af henvisninger til børne- unge-psykiatriske hospitalsafdelinger (dvs. henvisning til udredning) steget for hvert år, hvilket vidner om øget opmærksomhed på afvigende adfærd og øget grad af bekymring for afvigende adfærd. I 2004 blev der registreret 6800 henvisninger i basen, mens tallet for 2009 var på 15.000 henvisninger. Andelen af henvisninger fra egen læge er ca 50%, mens andelen fra PPR er vokset fra 16 til 23% i den nævnte årrække.

Den voldsomste stigning i henvisningsmønsteret tegnes af børn som er henvist til udredning for ADHD. Her har stigningen været på 264% i antallet af henvisninger til udredning for denne tilstand. Fra 2009 til 2010 er antallet af henvisninger for første gang ikke steget (BupBasens årsrapport 2010). Da 2010

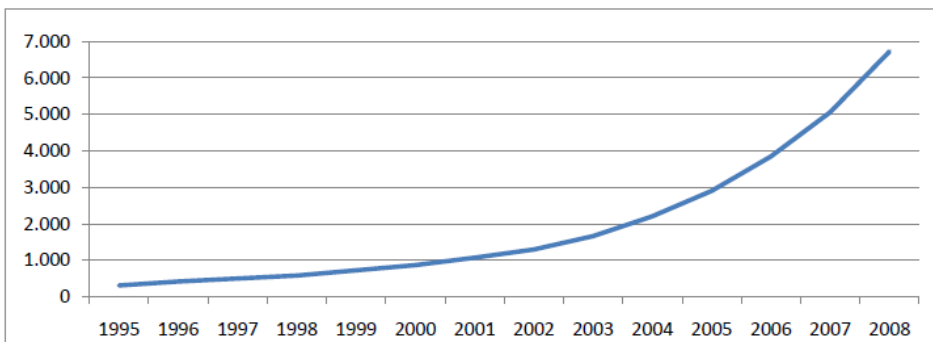
er den seneste opgørelse, henvises der til delrapport 3 for prognoser for årene fremover.

#### *Stigning i antallet af diagnoser*

Det er jo imidlertid ikke alle henvisninger, der ender med en diagnose. Således bliver 22% af de henviste børn afvist og får dermed aldrig undersøgelser eller behandlingsforløb. Der vil altså være en forskel mellem antallet af henviste børn og antallet af diagnoser.

Vi ved, at ADHD og autisme er de to diagnoser, som er i stærkest stigning, men hvor stor stigningen er, kan være ganske vanskeligt at få et overblik over. Center for Psykiatrisk Forskning ved Aarhus Universitetshospital har foretaget denne opgørelse, hvor beregningerne viser, at stigningen er på mere end 2000 pct mellem 1995 og 2008. Dog vides det ikke om stigningen er fortsat siden 2008.

*Figur 1: Antal heldøgnspatienter og ambulante kontakter med DF-90 (hyperkinetiske forstyrrelser herunder ADHD) som seneste diagnose. (Bengtsson 2011<sup>15</sup>)*



Kilde: Center for Psykiatrisk Forskning ved Aarhus Universitetshospital.

ADHD diagnosen er karakteriseret ved en udpræget svaghed i diagnosemanualen (se delrapport 1), og den stilles derfor på ganske forskelligt grundlag i landets forskellige regioner. I december 2011 er der fra ministeriel side nedsat en arbejdsgruppe, som skal udarbejde enslydende vejledninger for udredningen af ADHD i Danmark, og det er forhåbningen, at der med en sådan

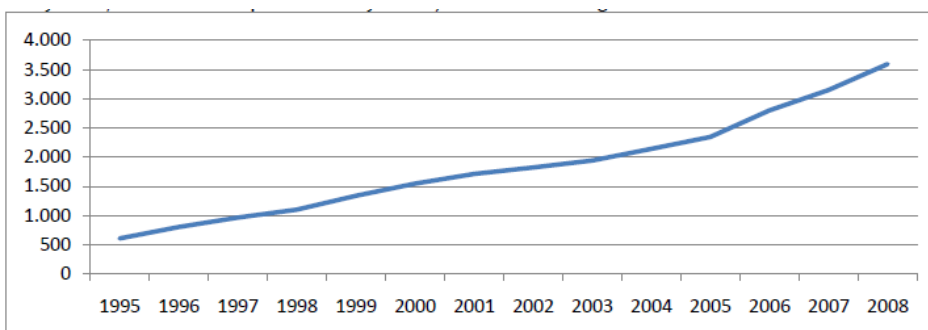
<sup>15</sup> Bemærk at dette er ICD-10 diagnoser, og at ADHD alligevel er medtaget som hyperkinetisk forstyrrelse, om end ADHD stilles efter DSM diagnosemanualen.

vejledning skulle kunne blive bedre sammenfald i forståelsen af de diagnostiske kriterier.

Autisme er en af de psykiske forstyrrelser, som med størst sikkerhed kan diagnosticeres tidligst, og bliver i nogle tilfælde diagnosticeret i 1½ års alderen. Dette er især tilfældet i USA, hvor fokus på tidlig diagnosticering har været til stede i flere år.

I Danmark ses en stigning i antallet af personer med en gennemgribende udviklingsforstyrrelse (F-84-diagnoser, herunder autisme), som illustreres på nedenstående graf. I årene fra 1995-2008 var der også her tale om en ganske markant stigning på 800% i antallet af stillede diagnoser.

Figur 2: Antal heldøgnspatienter og ambulante kontakter med DF-84 (gennemgribende udviklingsforstyrrelse herunder autismespektrumforstyrrelser) som seneste diagnose. (Bengtsson 2011<sup>16</sup>)



Kilde: Center for Psykiatrisk Forskning ved Aarhus Universitetshospital.

ADHD og autisme er de to diagnoser som fylder mest i daginstitutioner og fritidsordninger, og kræver begge en særlig pædagogisk indsats. De er derfor særligt relevante i denne rapport, da det netop er indsatsen i forhold til disse to områder, som fylder meget i pædagogers dagligdag.

## Medicinering af børn

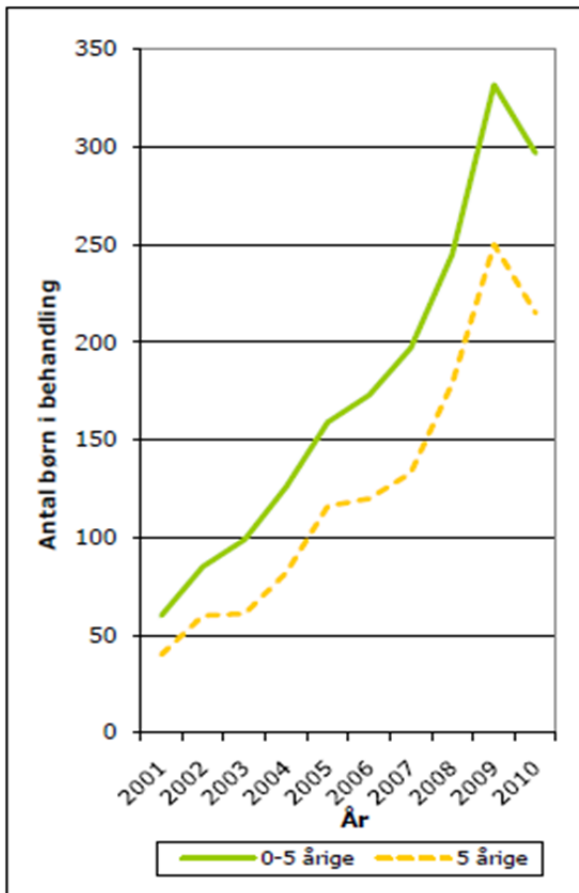
Oftest er der tale om en pædagogisk indsats i behandlingen af psykiske forstyrrelser hos børn. Men netop for ADHD er medicinering en ofte anvendt behandlingsmulighed, og desværre ses det ofte, at medicineringen står alene

<sup>16</sup> Bemærk at ADHD og autisme ikke findes i de samme opgørelser, da de stilles ud fra 2 forskellige diagnose manualer. I figur 2 er stigningen i ADHD således ikke med regnet.

som behandlingsmulighed. Pædagoger kommer indimellem i kontakt med dilemmaerne omkring medicinering, idet det ikke er sjældent at børn skal medicineres i deres dagtilbud.

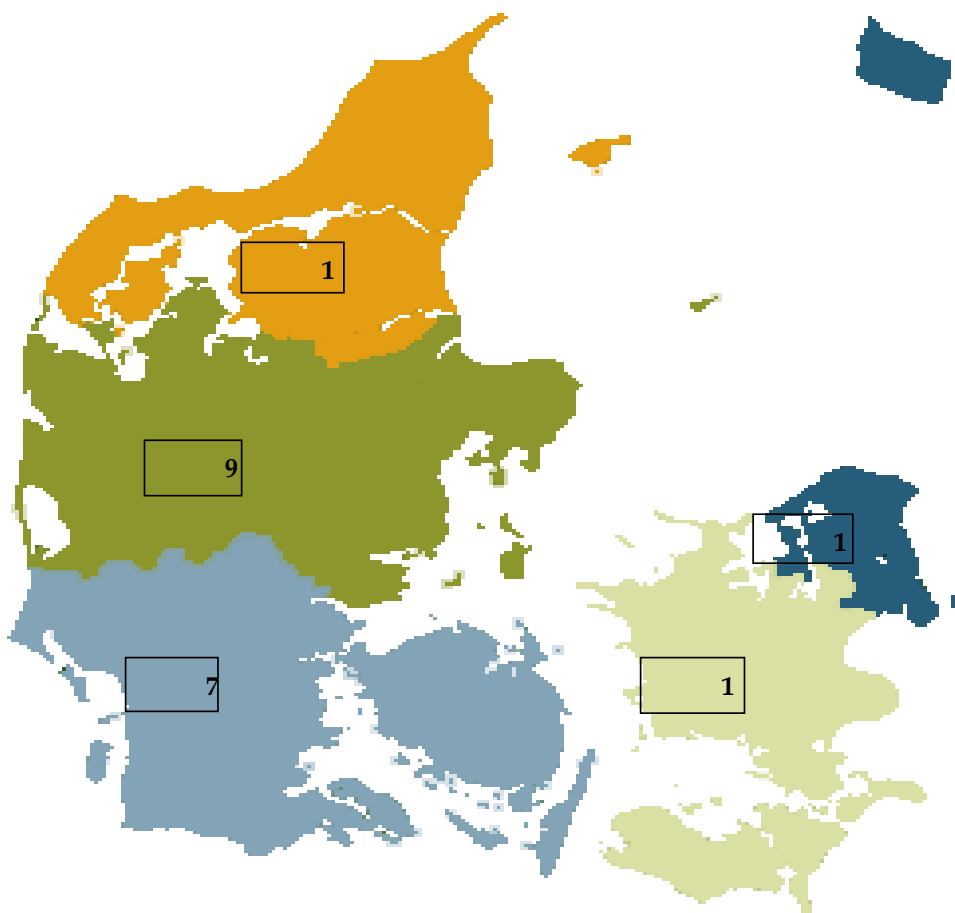
Stigningen i antallet af stillede diagnoser afspejles i antallet af personer, som får medicin mod ADHD. Selv for de helt små børn udskrives der i dag medicin mod ADHD. I dag er der således omkring 300 0-5-årige, som får medicin mod ADHD. Heraf er de fleste 4-5 år.

Figur 3: Antallet af børn under 6 år, som er i behandling med ADHD medicin. Fra 60 børn i år 2001 til 297 børn i 2010. Ca.  $\frac{3}{4}$  er 5 år. (Kilde: Lægemiddelstyrelsen, juni 2011)



Der ses store geografiske forskelle på udskrivningen af medicin mod ADHD, og i nogle egne af landet udskrives der således næsten dobbelt så hyppigt medicin som i andre.

Figur 4: udskrivning af ADHD-medicin i Danmark 2011. Antal af 5-9 årige pr. 1000 i medicinsk behandling.



I databasen Medstat kan hentes tal for solgt medicin i Danmark, og ovenstående opgørelser er hentet herfra ([www.medstat.dk](http://www.medstat.dk)). I Medstat fremgår det desuden at en meget lille del af børnene får medicin mod depression, angst og søvnløshed.

Den medicinske behandling mod ADHD (primært Ritalin) består af et stof (methylphenidat), som er en videreudvikling af amfetamin, og som har samme afhængighedsprofil som andre stoffer af denne type.



Der er endnu ikke foretaget valide studier af langtidsbivirkningerne ved stoffet, men dyreforsøg antyder at stoffet muligvis kan forårsage varige forandringer i hjernecellernes struktur og funktion.

Kritikerne hæfter sig ved risikomomentet i forhold til det at give et narkotisk præparat til børn, hvis hjerner er under udvikling, og det diskuteres heftigt hvorvidt ikke blot medicineringen men selve diagnosen er et smart markedsføringstrick fra medicinalindustriens side. Der tjenes enorme summer på disse typer medicin. I Danmark koster medicinering af et barn i et år ca. 6500-8000 kr, og med ca. 5000 børn i behandling giver det en omsætning på 35 millioner kr alene i Danmark om året. I USA bliver næsten fem millioner børn medicineret (Larsen 2009).

### **Konklusioner og perspektiver for pædagogikken og børn i risiko**

Når man forholder sig til disse undersøgelser og den kommende ændring i diagnosemanualerne, tegner der sig et billede af en fortsat stigning i antallet af socio-emotionelle diagnoser i årene fremover. I oplægget til de nye versioner af diagnosemanualen DSM-5, som udgives i maj 2013, bliver kriterierne for f.eks. ADHD ændret: Alderskriteriet blive rykket fra 7 til 12 år, der vil blive tilføjet en underkategori og der vil blive udarbejdet kriterier for graden af forstyrrelse. Disse ændringer vil sandsynligvis bidrage til en yderligere stigning i antallet af stillede diagnoser<sup>i</sup>. Autismekategorien bliver ligeledes ændret og gjort bredere. Betegnelsen "autisme spektrum forstyrrelse" vil fremover dække såvel det, vi i dag kalder infantil autisme, atypisk autisme, aspergers syndrom, GUU, disintegrativ disorder. Samtidig vil der være en gradbøjning af symptomernes alvorlighed, som fremover kan angives i 3 niveauer. Det er sandsynligt, at disse ændringer også kan medføre en øget forekomst. Både ADHD og autisme vil fremover tilhøre overkategorien "neuro-udviklingsforstyrrelse", og med denne kategorielle placering, øges understregningen af det biologisk-organiske blik på diagnosen<sup>ii</sup>.

Fordi det er muligt at medicinere ADHD symptomer, kan denne placering få den konsekvens, at der i de kommende år vil være et øget fokus på ADHD som neurologisk forstyrrelse, og man vil se en stigning i antallet af børn der medicineres. Dette er bekymrende for så vidt, at et sådant fokus kan føre til en negligering af sociale og kontekstuelle faktorer, som har betydning for barnets udvikling.

Når både skole og dagtilbud er under forandring i disse år, som følge af den politiske prioritering af inklusion er det oplagt at bevægelser i antallet af børn med diagnoser får betydning i praksis. Det ses i kvalitative studier (Larsen 2011, Fisker 2012c, 2012e), at det pædagogisk-psykologiske felt arbejder med at bevæge sig væk fra at fokusere på diagnoser og til at fokusere på adfærd og adfærdsbeskrivelser. Denne proces står i modsætning til konsekvensen af de ændringer i diagnosemanualerne, der er på trapperne, og det vil stille nye krav til PPR, dagtilbud og skoler at skulle navigere i dette felt med modsatte kræfter.

Det er vanskeligt at sige, hvad det kommer til at betyde for det pædagogiske felt, men det er ganske sandsynligt, at der bliver et øget fokus på børn med særlige pædagogiske behov i årene fremover.

Dermed vil der givetvis også blive en øget efterspørgsmål efter viden og efteruddannelse i forhold til at håndtere de problemstillinger, som nok har været der altid, men som nu og i fremtiden bliver mere og mere italesat og problematiseret, og ikke mindst: skal rummes i de almene pædagogiske miljøer.

I gennemgangen i denne delrapport fremgik det, at 18,4 % af de danske børn på 1½ år er i risiko for at udvikle psykiske forstyrrelser. Dette er jo næsten 1/5 af de danske vuggestuebørn, og det bør mane til eftertanke, at denne periode af børnenes liv er afgørende for udvikling af resiliens, dvs. modstandskraft, i forhold til livets udfordringer, og ikke mindst er dette en afgørende fase i forhold til børnenes udvikling af fokuseret opmærksomhed og social forståelse. Vi ved fra udviklingspsykologien, at netop interaktionen med kompetente, nærværende og varme voksne er afgørende for børnenes udvikling i denne fase af deres liv.

Når 6,4% af børnene senere udviser symptomer på bla. uopmærksomhed og manglende koncentration, må det overvejes, hvordan den pædagogiske praksis kan være med til at løfte opgaven med at sende disse børn videre i livet med robusthed og solid lærings- og udviklingsmæssig ballast.

Den store udfordring for det pædagogiske felt er derfor, hvordan man kan foretage en praksisudvikling, som tager hånd om disse særlige problematikker, når man ikke længere kan sende børnene ud af de almene miljøer, men skal rumme børnenes forskellige behov i det almene. Hvordan tilrettelægger, organiserer og leder man en pædagogisk praksis, som sikrer, at ALLE børn bliver set, hørt og oplever tilstrækkeligt nærvær hver eneste dag.

Pga. det stigende antal børn med risikoprofiler eller egentlige mentale forstyrrelser vil man sandsynligvis samtidig være nødt til i de kommende år, at inddrage stadig flere af de specialpædagogiske redskaber i den almene praksis, samtidig med at man må arbejde aktivt på at reflektere egen forståelse af læring og udvikling.

Denne praksisudvikling må bygge videre på de kreative, frie, fællesskabende, legene, udviklende og kompetencegivende miljøer for alle børn, som danske daginstitutioner er så kendte for (Johansson et al. 2012).

# **Delrapport 3: Bevægelser og udvikling i den inkluderende pædagogisk- psykologiske praksis. Beretninger fra PPR.**

*Delprojektbeskrivelse:*

*Se afsnittene 'introduktion' og 'forskningsmetode, mål og empirisk materiale'.*

## **Introduktion**

I disse år er den pædagogiske praksis under forvandling. Det sker som følge af det øgede krav om inklusion, som sammen med stadigt strammere budgetter tvinger ledere og pædagoger til at nytænke den pædagogiske praksis og finde nye måder at organisere det pædagogiske arbejde på. Samtidig findes der ikke en officiel 'inklusions-vejledning', som sigter mod at ensrette det inkluderende pædagogiske arbejde, og af den grund foregår dette meget forskelligt i de forskellige kommuner, og meget forskelligt fra institution til institution.

Da feltet er i en spændende udviklingsfase, findes der intet overblik over arbejdet med udviklingen af inkluderende strategier og organiseringsformer i den pædagogiske og psykologiske praksis. Det kan dette projekt ikke råde bod på, men der skal gives et lille indblik ind i hvordan 8 forskellige kommuner arbejder med udviklingen af den inkluderende pædagogiske praksis.

PPR er den instans i kommunerne, der har overblikket over de forskellige pædagogiske tilbud og er tillige den nærmeste samarbejdspartner for daginstitutioner, skoler og fritidsordninger når man bekymrer sig om et barn.

Samtidig er PPR en central aktør hvad angår udstikning af rammerne for det inkluderende arbejde i mange kommuner. For den pædagogiske praksis har PPR således en afgørende indflydelse på en række områder:

- Udvikling af strategier for det inkluderende pædagogiske arbejde i forhold til børn med særlige behov
- Tilgængelighed for støtte og rådgivning i det inkluderende pædagogiske arbejde
- Indhold i støtte og rådgivning i det inkluderende arbejde
- Er 'gatekeeper' på henvisning til specialtilbud
- I flere kommuner er PPR aktivt involveret i, og bidrager til den pædagogiske faglige opkvalificering, særligt i forhold til støtte- og specialpædagoger.

Af den grund er det relevant og interessant at undersøge PPRs rolle i udviklingen af den pædagogiske praksis, som i disse år er under forandring som følge af det øgede fokus på inklusion af børn med særlige behov.

PPR lederne har naturligvis opsamlet en række erfaringer og iagttagelser i og med PPR har mulighed for at sammenligne mange forskellige institutioner i kommunen. Det er intentionen, at indfange disse erfaringer, iagttagelser og refleksioner i interviews med 8 PPR-ledere fra 8 forskellige kommuner.

Samtidig skal det understreges, at interviewene her repræsenterer PPR-ledernes overordnede perspektiv på udviklingen af den inkluderende pædagogiske praksis og ikke oplevelsen af den inkluderende praksis i det enkelte tilbud.

Ud af de 8 PPR-ledere var de 3 uddannede pædagoger, og derudover deltog en leder af et støttepædagogkorps i interviewene. Ud af 10 informanter var altså 4 pædagoger, eller formuleret på en anden måde: i halvdelen af interviewene var mindst én informant pædagog uddannet. I interviewene står den pædagogiske faglighed således langt fremme som tema og særlig interessefelt.

PPR har, i lighed med mange andre kommunale instanser undergået store forandringer indenfor det seneste årti, og særligt siden strukturreformen i 2007 er der sket forandringer i såvel organisering som arbejdsopgaver. Den forskning, der findes i dansk regi om PPR, har primært været foretaget før

struktur reformen (f.eks. Højholt 2003, Juul 2002, Pedersen & Elmholdt 2006). Siden da er der foretaget mange interessant beskrivelser, oplæg til diskussioner m.m. (f.eks. Bonde 2010, Schaarup & Kehlet 2011, Schaarup et al. 2009, Bro et al. 2009, Nielsen 2011, Nielsen 2010) men ganske få egentlige forskningsprojekter<sup>17</sup>, som favner PPR afdelinger fra flere forskellige kommuner. Dog ses at en afdækning af PPRs funktion inddrages i f.eks. følgeforskning hos Zobbe et al. (Zobbe et al. 2010), i Berliners resiliensforskning (Berliner 2011), i Røn Larsens ph.d. afhandling (Røn Larsen 2011), i Staunæs mini-undersøgelse (Staunæs 2011) ligesom PPR indgår som led i analysen af specialundervisning i folkeskolen, iværksat af regeringen og KL (Rapporten: Specialundervisning i folkeskolen – veje til en bedre organisering og styring, 2010).

### **Forskningsmetode, mål og empirisk materiale**

Formålet med dette delprojekt er således at tage pulsen på de aktuelle bevægelser i det pædagogiske landskab i forhold til inklusionsarbejdet og desuden at afdække PPRs rolle i udviklingen af den pædagogiske praksis.

Det blev vurderet, at semi-strukturerede interviews med PPR-ledere fra forskellige kommuner ville være den bedst egnede metode til at afdække PPRs praksis, indflydelse og samarbejde med den pædagogiske praksis.

Det empiriske materiale i delundersøgelsen skulle være omfattende nok til at skabe en bredde i repræsenteringen af forskellige kommuner, og samtidig skulle det kunne indsamles, transskriberes og analyseres over en forholdsvis kort tidsperiode. Som udgangspunkt blev det derfor besluttet, at der skulle foretages 5-7 interviews, og det endelige antal skulle afgøres af, hvornår der forekom en høj saturation i materialet, dvs. en høj mætningsgrad i forhold til, at indhold og temaer begyndte at blive genkendelige fra interview til interview.

Det endelige antal interviews blev 8, fordelt på 4 jyske kommuner og 4 sjællandske. I valget af kommuner er tilstræbt, at der indgår såvel by- som landkommuner, større som mindre kommuner, og fælles for kommunerne er, at de i flere år bevidst har arbejdet med inkluderende pædagogiske strategier.

---

<sup>17</sup> Når der søges på forskningsbiblioteker og universiteter dukker ingen forskningsprojekter om PPR op, så den forskning der kan lokaliseres findes ved tilfældige søgninger på rapporter om inklusionspraksis, visitationspraksis, organisering og styring af skoler og dagtilbud. I den type rapporter kan interviews med eller omtale af PPR indgå som led i det overordnede forskningsfokus.

PPR-lederne blev kontaktet pr mail og de fleste skrev hurtigt tilbage, at de var interesserede i at deltage. 2 af lederne fik en mail med påmindelse en uge efter, og skrev straks tilbage at de gerne ville deltage. Alle PPR-lederne var meget interesserede og viste stor velvilje og fleksibilitet i forhold til at få interviewet i stand. 7 af interviewene foregik i PPRs lokaler, og et enkelt foregik i PPR-lederens hjem.

I 2 af kommunerne deltog mere end én informant i interviewet, som således fik karakter af fokusgruppeinterview, idet de to informanter havde forskellige funktioner i forhold til PPR arbejdet og således bidrog med forskellige vinkler på spørgsmålene.

I rapporten her bliver alle interviews og alle informanter behandlet strengt fortroligt. Der vil således indgå talrige citater i rapporten, men i anonymiseret form.

Da modtagergruppen for denne delundersøgelses konklusioner er BUPL, vægtes det, at de kvalitative interviews har PPRs relation til den pædagogiske praksis som centralt omdrejningspunkt. Der blev udarbejdet en interviewguide (se bilag 1), som skulle sikre, at fokus blev fastholdt i alle interviewene, og samtidig var interviewguiden udarbejdet med en vis åbenhed, så det var muligt at forfølge overraskende temaer og nye vinkler, når disse opstod i løbet af interviewet.

Tematisk er interviewguiden organiseret omkring hvilke erfaringer PPR har gjort sig i arbejdet med inklusion i kommunen, organiseringen af de pædagogiske tilbud i kommunen, hvilken rolle PPR spiller i forhold til børn i vanskeligheder i daginstitutioner, skoler og fritidstilbud, på hvilke måder PPR bistår pædagoger med vejledning, støtte, rådgivning, supervision eller andet, hvilke handicap- og udviklingssyn PPR-lederen taler frem, på hvilke måder PPR-lederen vurderer de økonomiske aspekter i inklusionsarbejdet, tværfagligt samarbejde og faglig opdatering.

Da det var vigtigt både at komme omkring de på forhånd planlagte temaer og samtidig at kunne forfølge temaer, tendenser og perspektiver, som opstod i løbet af interviewet, er alle interviewene relativt lange; mellem 50-75 minutter.

Alle interviews er transskriberet og derefter bearbejdet ud fra en indholdsanalytisk tilgang, hvor temaer og gentagne diskursive markeringer er blevet kodet og analyseret.

I interviewene fremgik det tydeligt hvilke temaer, dilemmaer, udfordringer og udviklingsretninger PPR-lederne fandt særligt interessante og aktuelle, og det er disse elementer resten af rapporten vil behandle.

Det tilstræbes i rapporten at kondensere pointer ved hjælp af de mange velformulerede og præcise citater fra interviewene.

Afslutningsvist i hvert afsnit og til slut i rapporten, vil pointerne blive opsummeret og til sidst transformeret til anbefalinger.

## Temaer og pointer

### *Organisering og tværfaglighed i det pædagogisk-psykologiske felt*

I alle interviews fremgår, at PPR har undergået en række forandringer i løbet af de seneste år. Dette har stået på siden strukturreformen i 2007, men særligt inden for det sidste år eller to er der sket meget, og i det kommende år, 2012, er der planlagt yderligere ændringer.

Ændringerne er såvel af **organisatorisk** som **indholdsmæssig** karakter, og begge typer af ændringer har betydning for den pædagogiske praksis i kommunens dagtilbud. Særligt i nogle af mindre kommuner er der ifølge PPR-lederne foregået omfattende ændringer, mens de større kommuner har været fastere forankret i deres eksisterende strukturelle opbygning, og ændringerne har primært været på indholdssiden og i forståelsen af børn i vanskeligheder.

Ændringerne i de mindre kommuner kan rent **organisatorisk** beskrives som en tættere sammenknytning mellem PPR-psykologerne og andre faggrupper, herunder specialkorpsets støttepædagoger. Der arbejdes således i dag i disse kommuner i tætte tværfaglige teams på tværs af faggrupperne. Der kan både være tale om (special)pædagoger, psykologer, sundhedsplejesker og tale-høre-pædagoger i samme team, og alle steder italesættes denne tværfaglighed som det, der får inklusionsarbejdet til at fungere, og ikke mindst: det der gør at indkomne sager behandles meget hurtigt.

I en af de mindre kommuner beskrives dette sådan:

*Grunden til at det lykkes, for vi synes jo at det lykkes, er dels, at der er et rigtig godt samspil mellem faggrupperne. At de kender hinanden, de bruger hinanden, de sidder til fælles møder, man koordinerer indsatsen også i forhold til og med forældrene. Og de kender hinanden og ved hvordan de kan bruge hinanden. Så de SPILLER godt sammen som team, mini team omkring en sag. (Interview 2)*



Og en anden PPR leder siger:

*Vi ved ALTID hvad hinanden har af sager, for alle sager bliver jo vendt i teamet af dem der har dem, så de er jo knyttet sammen, og de mødes fysisk en gang om ugen og drøfter sager. Tager sager op og deler med hinanden i forhold til hvem skal ind her, og hvad skal vi få øje på her og for at få den tværfaglige vinkel. På den måde foregår sparringen. (Interview 8)*

Disse tværfaglige teams betyder, at perspektivet på og arbejdet med børn i vanskeligheder tager afsæt i forskellige fagligheder hvor pædagogik og psykologi står centralt, og derved sikrer en høj grad af nuancering af problematikker, udfordringer og løsninger.

Indenfor de seneste 3-4 år er tværfaglighed stadig oftere sat på dagsordenen i artikler i faglige tidsskrifter (fx Nielsen 2010, Rasmussen 2010). At det er et felt i bevægelse ses bl.a. hos en af de mindre kommuner, som først nu er ved at introducere tværfagligheden:

*MEN vi er i gang med at dele støttepædagoger, talepædagoger og psykologer op i teams, og vi taler kulturrevolution her, vi taler virkelig forandringer! (Interview 6)*

I interviewene ses et mønster i forhold til kommunestørrelse, idet der ses en klar tendens til at jo større kommunen er, jo mere adskilt arbejder PPR og specialkorps<sup>18</sup>. I nogle kommuner foregår det tværfaglige samarbejde næsten udelukkende på ledelsesniveau, hvilket fører til en række italesatte problematikker i forhold til den kontinuerlige sagsbehandling og gennemsigtighed i hvem der gør hvad i forhold til det enkelte barn. Dette bliver særligt italesat som en udfordring, fordi der samtidig ikke findes nogen koordinerende instans; ingen tovholder på det enkelte barns sag. Når en institution har behov for at henvende sig og få hjælp i forbindelse med et barn, skal de således vurdere, om de vil henvende sig til PPR eller til støttekorps<sup>18</sup>. I fald sagen går videre fra den ene instans til den anden, vil det være

---

<sup>18</sup> nogle steder kaldet ressource teamet, støttekorps<sup>18</sup>, specialpædagogerne eller lign. Her vil jeg anvende den fælles betegnelse 'specialkorps<sup>18</sup>'

daginstitutionen, der har tovholder funktionen i forhold til sagen, idet PPR ikke nødvendigvis ved, hvad støttekorpsset har arbejdet med.

I en af de større kommuner beskrives udfordringen på denne måde:

*...vi har jo hver vores afdeling, vi har jo ikke fælles systemer, så vi er helt afhængige af, at der sidder en tovholder, som siger, ja vi har jo i øvrigt spurgt støttekorpsset om det samme i sidste uge, og det er jo ikke altid de lige husker at orientere om, at der faktisk er andre parter inde, og DET er en udfordring. At prøve at lave en overordnet styring på nogen af de her forløb. For der kan lige pludselig være ufattelig mange mennesker involveret i et forløb, særligt hvis børnepsykiatrien også er involveret, og der kan være socialforvaltning, og så kan der være RIGTIG RIGTIG mange professionelle inde, og der kan man sige, at selve det at få koordineret indsatsen og få den doseret på en eller anden måde i den rigtige rækkefølge og i det rigtige omfang, det kan være en rigtig stor udfordring. Det er vigtigt, sådan som VI ser det, at det er dagtilbuddet der er tovholder i det der, for de er de eneste, der kan holde snor i, hvad er det er der foregår. (Interview 1)*

Om daginstitutionerne er klar over, at de har denne opgave er uklart, og det er uklart hvordan daginstitutionerne er rustet til at håndtere denne overblik- og koordineringsopgave. At daginstitutionerne opfatter denne opsplnitning som problematisk ses i en anden større kommune, hvor den samme udfordring gør sig gældende:

*Der er et ønske ude i børnehaverne, at man ikke selv skal vælge, om man skal gå gennem PPR eller specialkorpsset, men at der er en ens vej igennem, og at man kan trække på begge dele, og man ikke selv skal sidde og spekulere, skal jeg nu gå til det ene eller det andet. (Interview 5)*

I samme kommune beskrives det, at en af de afgørende barrierer for samarbejde på tværs af PPR og specialkorps er personbåret:

*De vil gerne arbejde tættere sammen med os,- det handler om at de har fået en ny leder der giver plads til nye samarbejdsrelationer. (Interview 5)*

I de større kommuner ses det således, at afdelingernes størrelse i sig selv kan skabe utydelige samarbejdsfaldere, og vanskeliggøre indholdet i arbejdet, hvilket selvsagt kan skabe nogle vanskeligheder for barnet, familien og institutionerne.

I alle kommuner berettes det, at psykologerne i langt højere grad i dag arbejder konsultativt end tidligere. Hvad der præcist menes med denne funktion ser ud til at være lidt forskelligt, og det er ikke alle PPR ledere, der taler funktionen tydeligt frem.

I forhold til den pædagogiske praksis er der særligt to dilemmaer, der bliver sat i spil:

- I de store kommuner kan daginstitutionerne være i tvivl om, hvilken af afdelingerne de skal henvende sig til, ved bekymringer for et barn, og det vil være sandsynligt, at der bliver taget forskellige skridt afhængigt af hvilket sted institutionen henvender sig først.
- dagtilbuddene har tilsyneladende tovholderfunktionen i forhold til barnets sag, men er ikke altid klar over at de har den, eller ved hvordan de skal håndtere den. Det forekommer, at dette er en arbejdsfunktion, som ligger ud over den almindelige pædagogiske praksis, og en opgave, der på den måde er usædvanlig i den pædagogiske praksis, må skulle italesættes ganske eksplicit for at det bliver muligt at håndtere den.

#### *Fra individ til kontekst i den pædagogiske praksis*

De ændringer der er sket i forhold til den **indholdsmæssige** side af PPRs arbejde, hænger sammen med såvel de organisatoriske ændringer (i de mindre kommuner) og det faglige indhold i inklusionsarbejdet.

Tidligere var PPRs rolle generelt mere individuelt orienteret idet man i højere grad testede og vurderede børnene. Nu har de fleste PPR afdelinger i højere grad rådgivning og konsultative funktioner som en større del af deres daglige arbejdsområde.

Særligt i de mindre kommuner, hvor der arbejdes i tværfaglige teams italesættes disse funktioner med begejstring og engagement af disse PPR-ledere og særligt fremhæves det, at man fra tidligere at tage udgangspunkt i det individuelle barns vanskeligheder, nu først og fremmest arbejder med konteksten.

I de større kommuner italesættes ligeledes det kontekstuelle perspektiv, men sprogligt nuanceres det på måder, så det er tydeligt, at blikket går fra det enkelte barn og derefter ud til konteksten. Dette kan føre til nogle sproglige paradokser, som når en PPR-leder f.eks. forklare, at man gerne vil have en fremtidig samarbejdsform, hvor man bringer psykologiske test ind tidligere: *så ved vi hvad det er*, for derefter at kunne arbejde konsultativt. Samtidig påpeges det, at det er uheldigt at der forekommer *en diskurs som ikke er så heldig, som faktisk støtter lidt op omkring at det er individet vi fokuserer på* (interview 3) Paradokset opstår, fordi PPR-lederen beskriver, at man skal tænke barnets omgivelser meget mere ind og man skal væk fra at tænke 'inde' i barnet, men samtidig siger han, at psykologerne skal teste mere og tidligere.

I de mindre kommuner med tværfaglige teams arbejdes der langt mere fokuseret på konteksten, og først, når alt andet er forsøgt, kikkedes der på barnet. Dette kan eksemplificeres med følgende citat:

*Det handler ikke om barnet. Det handler om de voksne, den kontekst man sætter i stand ifht barnet. Så vi er inde og tilbyde konsultativ bistand til lærere og daginstitutionspersonale (...) Det vi som PPR er optaget af er, hvis vi får en henvendelse som er på individniveau, som handler om et barn, så går vi ind og kikker på gruppeplan og organisationsplan. (Interview 8)*

Der tales i det hele taget stærkt i de mindre kommuner om betydningen af *det tværfaglige samarbejde* for at få øje på kontekst, relationer og udviklingsmuligheder for barnet.

*Fordi det er KONTEKSTEN, der er interessant. Vi har i PPR et MEGET klart værdigrundlag, der handler om, at vi tror på, at barnet dannes i samspil med dets omverden. Dvs. hele individ og mangelsynet, som er det, der tidligere har været bærende, også i den psykologiske verden, det har vi ligesom været inde at arbejde RIGTIG meget med de sidste 3½ år. Hvor det handler om at barnet skabes i samspil med omverden og vi skabes i relationer. (Interview 8)*

Citatet stammer fra en af de kommuner der tydeligst italesætter fokus på barnets kontekst, og i dette citat ses en tendens, som gør sig gældende i samtlige kommuner: bevægelsen fra det individuelle perspektiv til det

kontekstuelle. At feltet stadig er under udvikling og at forandringsprocessen ikke er slut illustreres af, at denne PPR-leder, som meget klart formidler sit syn på kontekstens betydning, også i interviewet understreger, at man bør tale om 'børn I vanskeligheder', og ikke 'børn MED vanskeligheder'. Samtidig omtales børnene igennem hele interviewet som 'børn med vanskeligheder'.

At fremhæve dette er ikke ment som en kritik af den pågældende leder, men tværtimod en påmindelse om at det er en lang og vanskelig proces at ændre det faglige fokus, som både det psykologiske og det pædagogiske personale arbejder intensivt med i kommunerne i disse år, og man må forvente at det er en proces, som vil være under løbende udvikling i den pædagogiske praksis.

*I forhold til den pædagogiske praksis så betyder dette:*

- at pædagogerne, ligesom psykologerne, radikalt skal ændre syn på børn, vanskeligheder, årsager og løsninger
- at den pædagogiske praksis vil være i kontinuerlig bevægelse i mange år: der er tale om lange og udfordrende processer
- At der vil være behov for opkvalificering af det pædagogiske personale, hvad angår såvel metoder som teoretiske forståelse af børn i vanskeligheder

#### *Almen eller speciel?*

I interviewene fremtræder særligt et bestemt tema, som peger mod den retning den pædagogiske praksis bevæger sig i, eller er nødt til at bevæge sig i. Der ses således, i de mest progressive kommuner en gryende sammenfletning mellem det almene og det specialpædagogiske felt. Der udpeges behov for en sammensmeltning af de to felter og gives en række eksempler og argumenter i interviewene for, at dette er nødvendigt.

Da dette tema kan være af særlig relevans for den pædagogiske praksisudvikling, vil jeg her lade citaterne fylde og tale sit eget sprog.

Først et af argumenterne for at nedlægge eller ophæve det særlige ved det specielle felt:

*Jeg har tænkt på: hvorfor er det vi giver særlig løn til dem, der arbejder i specialområdet og ikke til dem der arbejder inkluderende? Hvorfor kan vi ikke*

*ændre den logik? Jo mere specielt det er, jo flere penge skal man have for det, jo mere supervision skal man have, jo mere tid tager det. Det tager tid fra opgaven. Jeg har selv været med til at starte støttekorpsset i sin tid (..) og da der var gået 1½ år havde de fået deres egen supervision, og uddannelse i det. Så havde de også brug for en afdelingsleder. Så havde de brug for mere tid til at være sammen. Det endte med, at oplevelsen blev jo lidt, at de var nogen meget dyre personer at have gående, som var meget glade for at være SAMMEN og havde behov for hinanden og følte sig ensomme derude og dermed kom til at stå lidt i modsætningsforhold til de institutioner, de skulle arbejde med de her børn i. Hvor det blev meget sådan: jamen så tag dig af ham, det er jo dig, der er støttepædagog, du får også flere penge for det.*

*Plus at de ku få den der forståelse selv, at det her, det er svært. Derfor var jeg også med til også at nedlægge dem. Vi sagde: det duer jo ikke, at vi laver et system, der handler om, at barnet skal ekskluderes, pakkes ind af en voksen, og i praksis ekskluderes på den måde. (Interview 4)*

I stedet fremhæves det, at der skal arbejdes meget med specialpædagogers måder at være til stede i de almene institutioner på. Det er tydeligt, at tilstedeværelsen som specialpædagog ikke altid er let, og der arbejdes med at justere forventninger og afklare arbejdsfordeling mellem stuepædagerne og specialpædagerne.

*Vi arbejder rigtig meget med, at ressourcepædagogernes position er en rigtig svær position at stå i, og hvis ikke de selv er rigtig klar på, hvad det er de gør, så kan ingen andre heller positionere sig i forhold til dem. Så de får noget uddannelse de kommende år i, hvad de har af kontekst og positionering, og hvornår man er hvad (...) vi skal kunne klare at sige: " det er jo lige som at tisse i bukserne, hvis vi bare kommer og lægger nogen timer i en periode. Vi er nødt til at kikke på, om der er nogen andre måder at organisere jeres samarbejde på, så vi kan skabe nogen andre synergier, så det her kan lykkes.(Interview 7)*

Hermed introduceres special- /ressourcepædagogen således som slags pædagogisk konsulent, fremfor som praktiserende pædagog i forhold til et enkelt barn. Den tendens ses i alle kommuner. Samtidig fungerer specialkorpsset også mange steder som et sted, hvor daginstitutionerne kan købe egentlige specialpædagogiske timer. Men disse timer går ikke nødvendigvis til det

enkelte barn. Specialpædagogen kan fungere som konsulent, relationsarbejder og afløser på én gang:

*Det er lige så tit, at støttepædagogen går ind og afløser pædagogen på stuen, fordi vi snakker relationer. Det er pædagogen på stuen, der skal have relationen til Frederik, det er ikke støttepædagogen, for hvis det bliver det, så kommer støttepædagogen aldrig ud igen. Det er også væsentligt: hvornår er det her slut? Det skal vi snakke om tidligt. (Interview 6)*

Først og fremmest fremhæves det flere steder, at det er i mødet mellem almen- og specialpædagogikken, den nye pædagogik kan opstå: *Det der var udfordringen, som vi skulle lære vores folk var, at det ikke var den kloge der skulle lære den mindre kloge, men at det var synergien mellem to kompetente mennesker. (Interview 4)*

Og i en anden kommune: *Jeg tænker, at når specialpædagogikken og almenpædagogikken mødes, så vil der være masser af ting, man kan lære af hinanden. (Interview 3)*

Hermed slås et andet tema op, som er væsentligt i inklusionsdiskussionen og i arbejdet med at udvikle den pædagogiske praksis: læring og barrierer for faglig udvikling. I en kommune beskrives dette på følgende måde:

*Jeg tænker faktisk, at nøglen er det, at hvis BEGGE systemer skal reflektere sin egen praksis, så BLIVER man en hjælp til hinanden, fordi så kan man bruge hinanden som det udefra-blik, som kan komme på. Men det skal bare være en ligeværdig relation. Jeg kan godt forstå almenområdet slår sig lidt i tøjret, for traditionen har været, at så kommer der nogen med lidt bedre pædagogisk uddannelse og er sådan lidt pegefinger-agtig, eller i hvert fald bestemmende ind på et område, som man egentlig synes, man har meget godt styr på.*

*Faghierarkierne er en barriere for inklusionen, for der SKAL viden til, og der SKAL forandring til. Hvis man bruger sin tid på at værge sig på at tage imod den, fordi man af alle mulige andre grunde ikke synes, det er betimeligt, at folk stiller sig an lidt bedrevidende eller hvad det er, de får skudt i skoene. Åh, så bliver jeg bare så træt. (Interview 7)*

Med dette citat sættes der fokus på den faglige udvikling og den viden der er tilgængelig i det pædagog-faglige miljø. Dette er interessant, fordi det i nogle af kommunerne italesættes, at barrierer mod inklusion kan være faglige og vidensbårne. Og omvendt: at det der fremmer inklusionen er viden. Det bliver fremhævet, at man hellere vil tale om SPECIALVIDEN fremfor SPECIALPÆDGOGIK, hvilket er en interessant skelnen i forhold til den pædagogiske praksis. I samme kommune uddybes dette sådan:

*Jeg er meget optaget af, hvis vi skal have inklusionen til at lykkes, ikke at tale om specialtilbud, men om specialVIDEN, og hvordan opretholdes og fastholdes den i almenviden. Vi har meget viden om hvordan det hurtigt kan forsvinde, hvis ikke man kærer sig om det. Så hvordan kan man gå på to ben i det her: inklusion handler også om at have viden om, hvad det er for nogen behov, de her børn har. Hvordan skal man indrette sit system, så vi kan HAVE de her børn, så vi REELT kan inkludere dem. (Interview 7)*

Der er altså en optagethed af, at almenpædagogerne også skal have specialviden,- eller som det siges i en kommune: *et minimum af specialviden, og så skal der være nogen, som har det som sit særlige felt (Interview 8)*

I hvert interview bliver der spurgt, om der kan gives eksempler på steder, hvor inklusionen i særlig grad ser ud til at lykkes, og der gives bl.a. følgende eksempel, som lægger sig i forlængelse af ovenstående citat:

*Vi har en specialgruppe, som ligger i en almindelig daginstitution, og de startede for 1 år siden med at børnene kommer ud i almenmiljøet om formiddagen. Så specialpædagogerne også kommer ud i almenmiljøet om formiddag. Og det har været til SÅ stor effekt og stor glæde både for børn og voksne, hele vejen rundt. Så gruppen åbner op, og hvis enkelte er for sårbare en dag, så kan man trække lidt tilbage. Man gjorde det, at man lavede et projekt for at se, hvordan vil det være for de her børn, som er blevet sat ind i en lidt mindre ramme, kan man arbejde målrettet med det. Og det KAN man faktisk, og til glæde for dem og både børn og voksne vil RIGTIG gerne. Og så spreder de jo de specialpædagogiske kompetencer. De bliver jo spredt i daginstitutionen fremfor, at de ligger på en lille gruppe.*

*I praksis ophæver vi grænserne mellem det almene og det specielle. Det udfordrer fagligheden hos pædagogerne, det udfordrer det specielle, fordi det er jo sådan, vi har været vant til at gøre det. Det er sådan vi har været vant til at se,*



*men nu skal vi lige pludselig transformere vores viden i almen miljø. Og det er jo det, der er så fantastisk, når de så ser børnene profitere af det, lige pludselig får nogle kompetencer, lige pludselig ser et barn med kontaktmæssige vanskeligheder sidde og lege sammen med et andet barn og imitere..... det er jo fantastisk. Det giver jo en glæde, for der kan man se, at det rykker.(Interview 8)*

Der tales i det hele taget i flere af interviewene om behovet for at nedbryde organisatoriske barrierer (dagtilbud / skole, skole / SFO) og faglige barrierer (special- / almenpædagogik, psykologi/pædagogik)- I følgende citat er PPR-lederen optaget af at røkke ved disse faglige skel:

*Da jeg arbejdede med støttepædagogerne, så havde jeg håbet på, at på et eller andet tidspunkt, så var vores organisation gået i opløsning. Fordi hver gang jeg har overskud, så deler jeg pengene ud til institutionerne og beder dem bruge dem til noget mere inkluderende. Og hvis jeg gør det hver gang jeg har overskud, så har jeg mindre og mindre personale, for så har jeg ikke mere brug for dem.*

*Det er der er farligt er, hvis man sidder og værner sit område, så der opstår fagegoisme, at vi tror vi skal beskytte vores område. Det er derfor, der opstår ramaskrig, når vi nedlægger en specialgruppe, fordi folk har bestemt sig for, at den pædagogik de udviser overfor det multihandicappede barn, er egentlig det eneste rigtige. Vi har bestemt os for at autistiske børn KUN han behandles på én måde. Og hvis vi gør noget andet, så gør vi skade på dem. Og det er jo langt fra rigtigt. (Interview 6)*

I flere kommuner er det således et mål at sammenflette det almene og specialområdet, til gavn og udvikling for begge områder.

*I forhold til den pædagogiske praksis, er det således interessant at:*

- flere ledere italesætter, at de arbejder hen imod en nedsmeltning af barriererne mellem det almene og det specialpædagogiske felt
- at lederne taler om specialVIDEN fremfor specialpædagogik som et særlig, adskilt felt
- at lederne taler om at opkvalificere almenpædagogerne, så de i højere grad bliver i stand til at reflektere over og forholde sig analytisk til egen praksis.

- at dagtilbudslederne fremhæves, som dem der skal insistere på, at personalet arbejder analytisk og reflekterende med udviklingen af egen og andres praksis (se endvidere afsnittet 'lederne')

Samtidig skal det understreges, at dette fremstår tydeligst i de kommuner, der arbejder tværfagligt, og hvor lederen i en af kommunerne meget rammende siger, at de *arbejder pædagogisk-psykologisk*. I de større kommuner i dette projekt, hvor PPR og specialkorpset er mere adskilt, forekommer denne italesættelse ikke helt så tydeligt.

I interviewene står det tydeligt frem, at den største forandring har fundet sted i de mindre kommuner, hvor man i højere grad har udviklet såvel den pædagogiske som den psykologiske praksis, og nu arbejder på helt andre præmisser end før.

Det er forståelsen, ud fra disse interviews, som jo vel at mærke er et begrænset materiale, at mindre kommuners måder at løse inklusionsudfordringerne på er banebrydende, og at deres udvikling er værd at følge nøje, idet den formentlig kommer til at danne forbillede for det pædagogiske og psykologiske praksis felt i årene, der kommer.

#### *Organisering af den pædagogiske praksis i forhold til inklusion*

Som det er fremgået af ovenstående, findes der et væld af måder at organisere den pædagogiske praksis på. Alle kommunerne i denne undersøgelse stadig råder stadig over, eller køber sig til et antal segregerede dagtilbudspladser for de allerdårligste børn. Der er tale om *multihandicappede børn, syndrom børn, eller voldsomt forstyrrede børn*. Det berettes, at man bruger stadig færre af disse pladser og arbejder aktivt med at inkludere mange af de børn, som man før ekskluderede til specialinstitutionerne. Desuden findes et antal pladser i specialgrupper i almeninstitutioner, men der bliver også færre af disse pladser. I stedet satser man på enkelt inklusion af børnene, hvilket gøres på mange forskellige måder.

Det kan ikke i materialet direkte udpeges, hvilke praksis- og organiseringsformer, der virker mest inkluderende, men de fleste PPR-ledere understreger dilemmaerne i at skærme børnene i specialiserede miljøer.

De organiseringsformer, som fremhæves som virkningsfulde i forhold til inklusionen, er som eksemplet ovenfor, hvor en specialgruppe i en

almenbørnehave åbner ud til almenmiljøet og lader børnene blande sig med de øvrige børn i børnehaven, med mulighed for tilbagetrækning og afskærmning ved behov.

Desuden fremhæves det, at inklusionen fremmes og barnets udvikling bedres de steder, hvor den ekstra støtte til et barn eller en gruppe er uddannede specialpædagoger, og ikke lokalt ansat personale, som i princippet lige så godt kan være uddannede studentermedhjælpere.

*Og så har vi også nogen meget gode specialpædagoger, og der hvor det lykkes bedst, er der hvor vi sætter vores specialpædagoger ud. Der, hvor det lykkes dårligst, er, når vi giver timer ud. Nogen gange lykkes det udmærket, det er da ikke det, men vi kan nogen gange få os en overraskelse ved skolestart. Selv om vi har vores vejledere ude, så er det ikke helt kvalificeret altid, på samme måde. (Interview 2)*

Det understreges også, at det samme mønster ses på skoleområdet, og man håber at det vil lykkes at få ansat flere specialpædagoger på skolen, fordi man har erfaret, at inklusionen lykkes rigtig godt de steder, hvor der er pædagoger ansat på skolerne.

Og endelig understreges det flere steder, at der hvor inklusionen lykkes, er der hvor specialpædagogen kommer ud og er en del af det faglige fællesskab i dagtilbuddet, og ikke en fremmed der kommer for at tage barnet ud af sammenhængen.

*For at inklusionen kan lykkes, er det jo vigtigt, at man HAR samme udgangspunkt, at specialpædagogen er en DEL af noget og ikke bare kommer og tager barnet og går for sig selv. (Interview 2)*

Denne pointe hænger tæt sammen med det tværfaglige perspektiv, hvor PPR-lederne fremhæver, at fælles pædagogisk refleksion og udvikling er afgørende:

*Det er en af mine kæpheste: man er simpelthen nødt til at kunne reflektere sin egen praksis, og man er nødt til at kunne gøre det fordomsfrit på den måde, at man må også kikke på det, der ikke virker, og man må kikke på det, der virker... ligeværdigt på en eller anden måde. Så den der med at kunne kikke på det vi GØR*

*i et lærings perspektiv hele tiden, i stedet for i et moralsk perspektiv eller fejlfindingsperspektiv. (Interview 7)*

I forhold til den pædagogiske praksis er der altså 3 pointer, der træder frem, når interviewspørgsmålet lyder "kan du pege på bestemte pædagogiske praksisformer der i særlig grad virker inkluderende?":

- sammensmeltningen af det almene og det specialpædagogiske felt, som fx specialgrupper, som åbner ud til og strømmer ud i almenmiljøet, så både børn og voksne bliver inkluderet i det almene miljø.
- at støttefunktioner skal varetages af pædagoger med særlige viden om behovene hos børn i vanskeligheder, og ikke af tilfældige pædagogmedhjælpere
- det fremhæves i en kommune, at inklusion på skoleområdet lykkes særlig godt, når specialpædagoger også er ansat i skoleregi, og tilmed kan gå på tværs af skole og fritidsordning.
- en specialpædagog skal være en del af det faglige fællesskab i dagtilbuddet: hvis specialpædagogen er udenfor fællesskabet, så er barnet det også.

Med dette citat rækkes der igen ud mod pædagogernes faglighed, kvalificering af egen faglighed og ikke mindst: tværfaglighed på mange niveauer. I forlængelse af dette er det oplagt at forsætte tråden med ledernes rolle i inklusionsarbejdet.

#### *Ledelse og inklusion*

Kun i en enkelt kommune italesættes betydningen af ledelsens rolle i inklusionsarbejdet. Her var det til gengæld et påtrængende og velargumenteret tema og skal derfor fremhæves her som betydningsfuldt.

PPR-lederen i denne kommune understregede, at de steder, hvor inklusionen lykkes er der hvor lederen forstår at lede inklusionsprocessen, hvor lederen er klædt på til det, og hvor vedkommende er enig i den lagte strategi.

*Og det kan jeg ikke sige nok. Hvis ikke man har ledere, der ved, hvordan man skal lede inklusionsprocessen, så har man ikke inklusion. Hvis ikke lederne er med på, hvad er det for nogen processer, jeg skal lede her, så har man INGEN inklusion. (Interview 7)*

Samme PPR-leder påpeger også, at de har oplevet, at specialpædagoger sendes ud i en institution og arbejder med personalet og barnet. Men hvis lederen ikke er enig i de pædagogiske ændringer som specialpædagogen (som i dette tilfælde har en konsulterende funktion) foreslår, er indsatsen spild af tid.

*Lederen skal være med inde over hver gang, for det er lederen, der står med ansvaret hver gang vi gå ud igen. Lederen er NØGLEN, og man skal ikke gå ind og rode med de der tilbud uden at have kontrakten med lederen på plads. Det er afgørende for at de indsatser kommer til at virke. (Interview 7)*

Dette er det eneste sted ledelsens betydning italesættes, men PPR-lederen var meget optaget af emnet, og nødvendigheden af at sætte særligt ind på videreuddannelse af lederne. Det blev påpeget i interviewet, at de store områdeledelser har skabt en ny ledelsesstruktur med en områdeleder, som ikke er tæt på den pædagogiske praksis, og at det derfor primært er de pædagogiske ledere i institutionerne, der skal have viden om, og være interesserede i inklusionsprocessen, for at den kan lykkes.

Der peges således her på såvel et behov for mere viden om børn med særlige behov og større faglig refleksion hos stuepædagogerne OG ikke mindst: hos de pædagogiske ledere i institutionerne.

Dette tema er reflekteret i en artikel af Staunæs (2011) i forhold til ledelse af forandringsprocessen for PPR-personalet i forbindelse med inklusionsarbejdet. I interviewene i denne undersøgelse ser det ud til at procesledelsen af PPR-personalet er kommet langt, og at der nu fokuseres et led længere ude: ledelsen af dagtilbuddene.

*I forhold til den pædagogiske praksis betyder dette at<sup>19</sup>*

---

<sup>19</sup> Bemærk at dette er baseret på et enkelt interview, men understøttes af undersøgelser på skoleområdet, som understreger betydningen af ledelsens engagement i inklusionsprocesser, se fx Zobbe et al. 2010, Egelund & Tetler 2009.

- der er behov for tydelig ledelse, omkring selve processen i at ændre fagligt fokus fra segregering til inklusion er vigtig.
- at inklusionsprocessen er en særlig proces, som både kræver metodisk, teoretisk og praktisk udvikling, og at lederen må gå forrest for at omstillingen skal lykkes
- de pædagogiske ledere skal klædes på til både at håndtere det faglige og det ledelsesmæssige i forhold til lede en udviklingsproces

#### *Behov for diagnoser?*

Samtlige PPR-ledere rapporterer, at de arbejder aktivt for at nedbringe antallet af henvisninger til psykiatrisk udredning. De beretter, at de gør det, fordi de også er alarmerede over den voldsomme stigning i antallet af diagnoser. I en enkelt kommune har de ligefrem tilknyttet en børne-unge-psykiater i en konsulent funktion, med det formål at diskutere enkeltsager før barnet bliver indstillet til udredning, så man så vidt mulig kun sender de børn til udredning, som har brug for psykiatrisk behandling, f.eks. i form af medicinering.

*Så alle de sager, hvor vi har en mistanke, der får vi vejledning. Vi sidder de psykologer, der har sager på, så vi også lærer af hinanden og så sidder psykiateren og vejleder. Og det er RIGTIG giotigt. Vores psykologer siger, det er SIMPELTHEN så giotigt, fordi psykiateren har blik for nogen andre ting, og det er OVERHOVEDET ikke sådan, at så skal børnene til børnepsyk. Psykiateren siger lige så tit: prøv noget andet, kunne man gøre noget rent pædagogisk? Eller hvordan ser det ud der, har du prøvet at undersøge den del af barnets anamnese? Så blikket bliver skærpet ifht om vi er ude i noget, som vi skal være opmærksomme på er psykiatrisk. Hele formålet med undersøgelsen er jo at nedbringe diagnoser, så vi ikke får sendt alle de her gråzonebørn af sted, men vi får sendt de børn af sted, der har BRUG for psykiatrien. Så det er for at gøre OS skarpere på, hvor går grænserne henne, og børnepsyk har jo ligesom os en interesse i at få nedbragt antallet, for barnets vanskeligheder forsvinder jo ikke fordi det får en diagnose.*

*Vi oplever jo ofte, at forældrene bliver så fortviede, for der skete jo ikke noget ved at de fik en diagnose! Nej. Du har fået et navn, men det ændrer jo ikke på, at dit barn har de vanskeligheder. Vi skal stadigvæk ind og arbejde pædagogisk. (Interview 8)*

Denne kommune er en af de mest progressive kommuner i forhold til det tværfaglige samarbejde, og benytter sig af muligheden for læring i alle samarbejdsflader – her altså også i en tværfaglig samarbejdsflade med psykiatrien.

At diagnosen ikke ændrer noget, og ikke betyder noget, fordi løsningen stadig er, at der skal arbejdes pædagogisk, er et af de punkter, hvor PPR-lederne stiller sig lidt forskelligt. Enkelte PPR-ledere mener stadig, der kan være brug for en diagnose fordi *så ved vi hvad det er (Interview 3)* og påpeger, at de kan arbejde mere specifikt, hvis de har en nærmere beskrivelse af barnets udfordringer. I de fleste interviews fremstår forståelserne af og behovet for diagnoser dog som følger:

*Jeg er ikke så optaget af at finde ud af hvem der fejler noget, men mere optaget af at sige, hvis bare det her lykkes, så er det sådan set ikke nogen, der fejler noget. (Interview 4)*

Og i en anden kommune:

*Vi opererer meget sjældent med diagnoser, forstået på den måde, at diagnoser er en fortælling omkring en adfærd. Det er et øjebliksbillede, som har SÅ STORE konsekvenser for barnet, når barnet bliver voksen, så det skal man være MEGET påpasselig og varsom med. Det har konsekvenser, hvis man skal tegne forsikringer, hvis man skal tage kørekort for nogen, og det er noget af det vi har været ude og undersøge. Der er desværre ikke lavet nogen undersøgelser omkring det, men det kunne være RIGTIG interessant, hvis der var nogen der gad at lave en undersøgelse omkring: hvad betyder det faktisk at få en diagnose? (Interview 8)*

Samtidig med at der udtrykkes bekymring for hvilke konsekvenser en diagnose har, arbejder man også flere steder med at kunne tildele støtte til enten barnet, gruppen eller institutionen uden hverken en diagnose eller en PPV<sup>20</sup>. Enkelte steder skal barnet have en psykiatrisk diagnose for at få tildelt plads på en specialskole, med den begrundelse at vurderingen bliver mere "objektiv" og man undgår at diskutere med forældrene, når man kan henvise til diagnosen

---

<sup>20</sup> Pædagogisk psykologisk vurdering (se delrapport 2)

som begrundelse for enten tildeling eller afslag. Diagnosen betragtes her som et bolværk mod segregering af børn.

I de fleste kommuner (undtagen én) er det nødvendigt med en diagnose, hvis familien har behov for støtte ud fra serviceloven, f.eks., ved kompensation for tabt arbejdsfortjeneste. Men også her er diagnosebehovet på retræte, og man diskuterer hvorvidt man kan tildele denne form for støtte uden en psykiatrisk vurdering.

Følgende udtalelse kan således generaliseres til at gælde for de fleste kommuner:

*I vores system prøver vi så vidt muligt at nedtone fokus på diagnoser. Diagnoser udløser ingenting her i sig selv. Vi kikker på barnets funktionsniveau, som jo kan være relativt uafhængigt af hvorvidt der er en diagnose. Et barn uden en diagnose kan have et funktionsniveau svarende til en diagnose og så har de selvfølgelig adgang til de samme muligheder, som hvis de havde en diagnose. Altså der skal de ikke ha en diagnose for ligesom at have stempler for at udløse en bevilling. Og omvendt: et barn med en diagnose men med et funktionsniveau der er bedre end mange andres, skal jo ikke bare fordi de har diagnosen ha adgang til noget, som ikke svarer til niveauet i kommunen i øvrigt. Der er jo i branchen opmærksomhed på om vi skaber nogle systemer som skaber et behov for de her diagnoser, ved at man kun giver adgang til ydelser i kraft af en diagnose, og på den måde fodrer den der tendens med flere og flere diagnoser. Det er vi meget opmærksom på, og jeg mener faktisk vi kan sige 100% i VORES del af systemet, der er der ikke NOGEN sammenhæng OVERHOVEDET i forhold til diagnose og hvad man har adgang til. (Interview 1)*

Diagnoserne forstås som noget der begrænser børnene og lukker mulighedsrummene omkring dem. Nogle af PPR-lederne er bekymrede for om man ligefrem skaber særlige behov ved at oprette segregerede tilbud til børnene.

*Det er IKKE noget livsvarigt stempel man får, fordi man som 5-årig får en ADHD diagnose. Men det bliver det meget let, især hvis man hele tiden opretter særlige tilbud, hvor man laver klynger af de her børn. Jeg tænker, at i det omfang et lille barn, der får de her diagnoser, er ude blandt mere almindelige børn, så vil man ikke tolke al deres adfærd, hele deres væren til stede IND i diagnosen, men*



*bare ind i en hel almindelig kontekst, hvor vi simpelthen giver de børn nogen chancer for at få nogen andre liv. Jeg tror vi skaber vores identitet i de relationer vi er i, så hvis man hele tiden er i et specialiseret miljø, så vil man også hele tiden få en speciel identitet. (Interview 7)*

Dette fremstår som en stærkt motiverende faktor for flere af PPR-lederne, som håber, at de i fremtiden via deres ændrede organiseringer kan være med til at forebygge udskillelse af børnene.

Den beskrevne opdæmning af tilgangen til diagnoser er interessant i lyset af delprojekt 2. Her sås det, at antallet af diagnoser er steget år for år, men fra 2009 til 2010 stagnerede tallet for første gang. Da 2010 er det sidste år, der er opgjort, bliver det ganske interessant at se, om denne opbremsning fra PPR side i antal henvisninger har en effekt, der får antallet til at dale, eller om det blot vil betyde en stagnation på nuværende niveau.

Samtidig ser det ud til, de kommende ændringer af diagnosemanualerne vil få den betydning, at flere børn vil kunne blive forsynet med en diagnose (se: [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)) og det bliver interessant, og sandsynligvis betydningsfuldt for den pædagogiske praksis, hvis denne bevægelse modarbejder PPRs bestræbelser på at mindske antallet af diagnoser, til det absolut nødvendige.

*I forhold til den pædagogiske praksis betyder dette, at:*

- diagnosernes betydning opløses, og transformeres til forståelser af børn i vanskeligheder generelt. Det vil sige; fra at tænke at børn skal passe ind i bestemte kategorier for at få bestemte former for støtte, tænkes der fremover langt mere fleksibelt i forhold til, at børnene godt kan støttes pædagogisk, selv om man ikke har en psykiatrisk udredning af dem
- almenpædagoger skal kunne rumme, forstå og arbejde med flere typer af børn, end de gør i dag.
- der efterlyses viden om / undersøgelser af hvilken betydning det har på lang sigt at få en diagnose.

### *Inklusion og økonomi*

I samtlige kommuner svares der prompte "Nej" på spørgsmålet om, hvorvidt de har sparet på udgifterne til specialområdet. De svarer, at de har omlagt

området, og at alle midler er blevet kanaliseret tilbage til området, enten i form af støtteordninger til flere børn eller i form af uddannelse af personale. Særligt peges der på behov for at videreuddanne det almene personale.

For PPR-lederne er det afgørende, at de økonomiske ressourcer i nogen grad decentraliseres, fordi de derved regner med at der skabes øget incitament for særligt skoledere til at beholde flere børn i egne skoler. Decentraliseringsprocessen er stadig ny, og i år (2012) sker endnu flere nye tiltag. Det er derfor ikke muligt at få svar på, hvorvidt det virker reelt inkluderende, og hvorvidt børnene så faktisk får den støtte de skal have.

Ingen af PPR-lederne peger på økonomien som det primære argument for at arbejde med inklusion, men siger tværtimod, at de tror denne ændring, som flere kalder et ideologisk skift, var på vej før de store nedskæringer i de kommunale budgetter satte ind. Det er muligt at processen er gået hurtigere pga. den stramme økonomi, men den var kommet under alle omstændigheder. Et par steder går PPR-lederne så vidt som til at sige, at de mener at den stramme økonomi i et langt perspektiv har været til gavn for den pædagogiske praksis, fordi man er blevet tvunget til at tænke nyt, organisere sig på nye måder og tilmed at forstå børn på andre måder.

Dette står i kontrast til en mindre rundspørge, som Staunæs (2011) foretog i vinteren 2010 blandt PPR-ledere, altså 2 år før nærværende undersøgelse. Ifølge Staunæs var PPR-lederne frustrerede og bekymrede over nedskæringer og stramme budgetter. De oplevede at inklusionsarbejdet var økonomisk og politisk begrundet fremfor fagligt begrundet, og de var bekymrede på børnenes vegne. Det er imidlertid ikke et tema der er fremtrædende i nærværende undersøgelse – tværtimod: alle taler om inklusionsarbejdet som begrundet i hensynet til børnenes muligheder i et læringsperspektiv, som fx i dette citat:

*Jeg kan stå inde for fagligt at arbejde for det her, for mig har agendaen ikke været, at det havde noget med økonomi at gøre. Men jeg tænker, at det ER økonomien, der har banet vejen for det, på den måde har den økonomiske krise måske på langt sigt været god for den pædagogiske udvikling. (Interview 5)*

Samtidig beretter flere PPR-ledere om overskud på deres budget, som dels anvendes på videreuddannelse af deres personale og dels sendes tilbage i institutionerne til brug for inklusionsarbejdet.

Forskellen mellem Staunæs' konklusioner og nærværende undersøgelses resultater viser, hvor meget feltet har bevæget sig på 2 år, og det er forståeligt at bevægelserne foregår i forskellige tempi og på forskellige niveauer, i de forskellige kommuner.

Som det ser ud nu, er man nogen steder lykkes med at vende en negativ spiral, som beskrives i to kommuner på denne måde: PPR arbejdede før langt mere individuelt med tests og vurderinger af de enkelte børn. Det gav lange ventelister for de henviste børn, med den konsekvens, at de i ventetiden blev stadig mere dysfunktionelle. Nu har man omlagt praksis til at være langt mere konsultativ og kontekst orienteret. Resultatet er, at ventelisterne er næsten ikke-eksisterende. Når man derfor kommer ind tidligere i et forløb, udvikler barnets vanskeligheder sig ikke så voldsomt, og der bliver færre af de lange, tunge sager. Herved genereres overskud på PPRs budget, som kan sendes ud i institutionerne:

*Vi har godt med ressourcer fordi vi har overskud. Noget af det overskud vi har haft har vi også delt ud til institutionerne og sagt: prøv at lave noget selv.*

*Vi har fået overskud ved at vi har færre af de der lange og tunge sager, fordi vi får fat i Frederik FØR han bliver et monster. (Interview 6)*

Det bliver også påpeget, at det bliver en udfordring for PPR-lederne, når der tales om økonomi og inklusion på samme tid, fordi det dermed bliver umuligt at arbejde fagligt og konstruktivt udviklende. Følgende citat illustrerer denne pointe:

*Og inklusionsarbejdet er jo ikke let,- det er da smadder svært, men jeg oplever også at for RIGTIG RIGTIG mange giver det god mening. Men der hvor det er svært, det er når den økonomiske diskurs hele tiden kommer ind og blander sig, dvs hele den der med at spare. Hvis det er den der bliver italesat på et møde, så er det rigtig svært at arbejde med. Fordi den faglige og den økonomiske diskurs spiller bare ikke sammen, man kan ikke kommunikere om begge dele på en gang. For alle bliver bekymrede i systemet, for får børnene nu ikke det de skal ha? Og de SKAL ha det, de skal ha! Vi sikrer os det, de skal have. Men man kan også sige; de skal have det de skal have, men man kan lægge fokus,- skal de have det specielt, eller skal de have det alment? Vi lægger fokus og siger de skal have det de skal have ALMENT, før vi vil vælge at ekskludere dem.*

(...)

*Så jeg håber på, at menneskesynet vil være mere bærende, fremfor den økonomiske ting. For det er sådan set uinteressant i det her. Børnene skal have det, børnene skal have, og den skal man slet ikke være i tvivl om. Men jeg vælger at lægge et perspektiv der hedder; i stedet for de skal have det de skal have i special, så skal de have det de skal have i almenområdet, inden vi tager dem væk. Det er jo en anden måde at kikke på børnene på. (Interview 8)*

Af samme grund italesætter lederne en optagethed af børnenes udvikling fremfor af økonomi. Det kan jo være det her og nu vil være rart for barnet og for forældrene at få tilbudt en specialplads, men i et livsperspektiv kan det være, at det ikke er den bedste løsning. En af PPR-lederne formulerer denne refleksion således:

*Vores virkelighed er, at når jeg kikker på et barn og vi taler inklusion, så taler vi ikke kun om barnet lige her og nu. Vi tænker langsigtet ifht hvordan bliver virkeligheden for de her børn, når de bliver 18 år og skal ud og klare sig selv. Og der kan vi jo se, når vi kikker på undersøgelser, jamen tidligere var det sådan, at børn der kommer i specialklasser osv de fik IKKE nogen uddannelse. De sad der og sad. Effekten er udeblevet. Videnskabelige undersøgelser viser jo, at børn der ikke har så mange ressourcer, de bliver hevet op, når de er sammen med nogen, der har nogen flere ressourcer og rent faktisk så får dem der HAR ressourcer, også noget ud af det. (Interview 8)*

Selve inklusionen italesættes ikke i nogen af interviewene som en besparelse, men tværtimod som en proces man arbejder med ud fra et udviklingspsykologisk og læringsteoretisk perspektiv. I en enkelt kommune kobles besparelserne på børneområdet generelt dog med dårligere forebyggende arbejde i forhold til udsatte børn:

*Jeg synes faktisk, at den udhulning af dagtilbudsområdet, som SKER i de her år, den har en KONKRET betydning, både fagligt men desværre også at man misser muligheden for at lave noget SINDSSYGT VIGTIGT forebyggende arbejde her. Der må man forvente fagligt, at vi kommer til at få flere diagnosebørn på baggrund af den her nedskæring, hvor jeg tænker vi taler om det sådan, der kan være børn, som bliver velstimuleret derhjemme og kommer over i et dagtilbud, der*

*er lidt sølle, og de skal nok klare det. Og der kan være børn, hvor det hele er lidt sølle derhjemme måske og de ikke er allerbedst stimuleret. Så kommer de over i et SUPER dagtilbud, de skal nok også klare det. Men hvis du BÅDE IKKE får det hele derhjemme og så kommer du over i et dagtilbud, der også er udsultet, det er jo DE børn, hvor man må sige, at de beskyttende faktorer omkring sådan et barn, er jo reducerede på en måde, hvor der virkelig er grund til bekymring. Vi ser jo*

*fagligt, som psykologer mange af de her diagnoser som tegn på en eller anden form for*

*reguleringsforstyrrelse, og hvor man kan sige, at hvis den regulering hverken kan finde sted, for de helt små børn derhjemme og heller ikke at dagtilbuddet kompenserer i en eller anden grad, jamen så er det en RIGTIG stor belastning, som bare vil gøre, at vi får flere og flere af de her børn i fremtiden. Det er bekymrende. (Interview 1)*

Hermed slås et nyt, og aktuelt tema an: dagtilbud som resiliensopbyggende faktor i udsatte børns liv. Det er ikke et emne, der tages fat på i andre interviews, men det er inkluderet her, fordi det peger på en afgørende funktion i dagtilbuddenes virke.

*I forhold til den pædagogiske praksis er det væsentligt at bemærke at*

- PPR-lederne påpeger, at der IKKE er sparet i forbindelse med arbejdet med at introducere mere inkluderende pædagogiske praksis former
- At det skader den faglige udvikling at blande den økonomiske diskurs og den pædagogiske diskurs sammen
- At PPR-lederne ser inklusionsarbejdet som en SÅ vigtig og tiltrængt ideologisk ændring, nogle ligefrem siger, at "takket være" den stramme økonomi har man været nødt til at tænke nyt og udvikle nye praksisformer.
- Samtidig udtrykkes det (i et enkelt interview) at den generelle nedskæring på børneområdet har stor og negativ betydning for det forebyggende, resiliensfremmende arbejde som dagtilbud af høj kvalitet kan være med til at sikre for udsatte børn.

## Opsummering på pointer

I forbindelse med *den organisatoriske struktur* i de store kommuner, hvor PPR og specialkorpset arbejder adskilt er der særligt to dilemmaer, der bliver sat i spil:

- I de store kommuner kan daginstitutionerne være i tvivl om, hvilken af afdelingerne de skal henvende sig til, ved bekymringer for et barn, og det vil være sandsynligt, at der bliver taget forskellige skridt afhængigt af hvilket sted, institutionen henvender sig først.
- dagtilbuddene har tilsyneladende tovholderfunktionen i forhold til barnets sag, men er ikke altid klar over, at de har den, eller ved hvordan de skal håndtere den. Det forekommer, at dette er en arbejdsfunktion, som ligger ud over den almindelige pædagogiske praksis, og en opgave, der på den måde er usædvanlig i den pædagogiske praksis, må skulle italesættes ganske eksplicit for at det bliver muligt at håndtere den.

Når fokus ændres *fra individ til kontekst*, skal man regne med lange, udfordrende processer, som fører til:

- at pædagogerne, ligesom psykologerne, radikalt skal ændre syn på børn, vanskeligheder, årsager og løsninger.
- at den pædagogiske praksis vil være i kontinuerlig bevægelse i mange år: der er tale om lange og udfordrende processer.
- At der vil være behov for opkvalificering af det pædagogiske personale, hvad angår såvel metoder som teoretiske forståelse af børn i vanskeligheder.

I de progressive kommuner, hvor det *tværfaglige samarbejde* er intensivt, tales der om en sammensmeltning af det almene og det specialpædagogiske felt:

- flere ledere italesætter, at de arbejder hen imod en nedsmeltning af barriererne mellem det almene og det specialpædagogiske felt.
- at lederne taler om specialVIDEN fremfor specialpædagogik som et særlig, adskilt felt

- at lederne taler om at opkvalificere almenpædagogerne, så de i højere grad bliver i stand til at reflektere over og forholde sig analytisk til egen praksis.
- at dagtilbudslederne fremhæves, som dem der skal insistere på at personalet arbejder analytisk og reflekterende med udviklingen af egen og andres praksis (se endvidere afsnittet 'lederne').

Når PPR-lederne skal pege på *praksis- og organiseringsformer, som i særlig grad virker inkluderende*, peger de på:

- sammensmeltningen af det almene og det specialpædagogiske felt, som fx specialgrupper, som åbner ud til og strømmer ud i almenmiljøet, så både børn og voksne bliver inkluderet i det almene miljø.
- at støttefunktioner skal varetages af pædagoger med særlige viden om behovene hos børn i vanskeligheder, og ikke af tilfældige pædagogmedhjælpere.
- det fremhæves i en kommune at inklusion på skoleområdet lykkes særlig godt, når specialpædagoger også er ansat i skoleregi, og tilmed kan gå på tværs af skole og fritidsordning.
- en specialpædagog skal være en del af det faglige fællesskab i dagtilbuddet: hvis specialpædagogen er udenfor fællesskabet, så er barnet det også.

*Pædagogisk ledelse og inklusion:*

- der er behov for tydelig ledelse, omkring selve processen i at ændre fagligt fokus fra segregering til inklusion.
- at inklusionsprocessen er en særlig proces, som både kræver metodisk, teoretisk og praktisk udvikling, og at lederen må gå forrest for at omstillingen skal lykkes.
- de pædagogiske ledere skal klædes på til både at håndtere det faglige og det ledelsesmæssige i forhold til lede en udviklingsproces.

Betydningen af *diagnoser og forståelsen af børn i vanskeligheder:*

- diagnosernes betydning opløses, og transformeres til forståelser af børn i vanskeligheder generelt. Det vil sige; fra at tænke at børn skal passe ind i bestemte kategorier for at få bestemte former for støtte, tænkes der fremover langt mere fleksibelt i forhold til, at børnene godt kan støttes pædagogisk, selv om man ikke har en psykiatrisk udredning af dem.
- almenpædagoger skal kunne rumme, forstå og arbejde med flere typer af børn, end de gør i dag.
- der efterlyses viden om / undersøgelser af hvilken betydning det har på lang sigt at få en diagnose.

#### *Inklusion og økonomi:*

- PPR-lederne påpeger, at der IKKE er sparet i forbindelse med arbejdet med at introducere mere inkluderende pædagogiske praksis former.
- At det skader den faglige udvikling at blande den økonomiske diskurs og den pædagogiske diskurs sammen.
- At PPR-lederne ser inklusionsarbejdet som en SÅ vigtig og tiltrængt ideologisk ændring, nogle ligefrem siger, at "*takket være*" den stramme økonomi har man været nødt til at tænke nyt og udvikle nye praksisformer.
- Samtidig udtrykkes det (i et enkelt interview) at den generelle nedskæring på børneområdet har stor og negativ betydning for det forebyggende, resiliensfremmende arbejde som dagtilbud af høj kvalitet kan være med til at sikre for udsatte børn.



## Konklusioner og anbefalinger

Sammenfattende på disse 3 rapporter kan konkluderes, at vi i disse år står overfor et større antal børn med diagnoser end nogensinde tidligere i historien. Over de seneste år har stigningen i antallet af diagnoser været eksplosiv, og i forhold til hvordan det vil se ud fremover, så er der forskellige kræfter, der arbejder i forskellige retninger: kommende diagnosemanualer peger i retning af stigende antal diagnoser, og PPRs arbejde peger i retningen af færre diagnoser.

Hvorom alting er, så må man forvente, at opmærksomheden på børn i vanskeligheder bliver stadig større, hvilket også vil være en konsekvens af indførelsen af en stadig mere omfattende inkluderende praksis.

Dette kalder på flere typer af udvikling for det almene pædagogiske felt:

Dels vil der være behov for en opkvalificering af forståelsen af børn i vanskeligheder. Hvordan skal vi forstå disse børn? Skal de skubbes eller skærmes? Hvordan skal vi forstå, tale om og kvalificere børnenes læring og udvikling?

Dels vil der være et behov for rent pragmatisk at inkludere stadigt flere pædagogiske redskaber fra den gren af pædagogikken, som vi traditionelt kender som specialpædagogikken, i almenpædagogikken.

Dels vil der være behov for at åbne mange slags faglige miljøer for nye, ligeværdige samarbejdsflader. For at inklusionsarbejdet skal lykkes så smidigt som muligt for både børn, forældre og professionelle, må det tværfaglige samarbejde nytænkes, styrkes og løftes på mange plan,- lokalt i den enkelte pædagogiske praksis såvel som administrativt og i PPR/støtte-regi.

I flere kommuner er denne bevægelse allerede i gang, og starter sandsynligvis hos PPR og støtte/specialkorpset i den enkelte kommune, hvorfra den bevæger sig ud i de enkelte dag- og fritidstilbud. Denne bevægelse vil foregå på mange forskellige plan, og vil handle om såvel strukturel organisering, ledelse som faglighed blandt pædagogerne.

I det følgende vil en række anbefalinger blive oplistet, alle kondenseret ud fra rapportens 3 dele, og opstået som produkt af sammenfletningen af viden om

forekomst og forståelse af vanskeligheder, og de mange informationer fra de indsamlede interviews.

Følgende anbefalinger er søgt tænkt ind i den sammenhæng, som BUPL kan agere i, i forhold til temaet: inklusion af børn i vanskeligheder i dagtilbud. Det må således konkluderes, at der bør sættes på:

- Intensiv videre- og efteruddannelse af særligt almenpædagogerne
- Øget fokus på den rolle, som den pædagogiske leder spiller for inklusionsarbejdet, samt faglig og ledelsesmæssig opkvalificering af denne funktion
- Udvikling af den inkluderende faglighed, så den i højere grad virker både foregribende og forebyggende. Så vel i dette materiale, som i et andet forskningsprojekt (Fisker 2012, in prep) efterlyses der en funktion i dagtilbuddene, som ligner AKT funktionen i skolen. I Fisker (2012, in prep) påtænkes f.eks. i et eksempel at oprette en særlig "trivselsagent" i en daginstitution, som har særligt blik for børnenes indbyrdes relationer samt mulige tilfælde af mobning og eksklusion.
- Arbejde på at fremme det tværfaglige samarbejde i det pædagogisk-psykologiske og specialpædagogiske felt. I de kommuner, hvor der ses en opsplitning mellem PPR og støttekorpsset, italesættes vanskeligheder i samarbejdet omkring det enkelte barn, og arbejdsgangene fremstår som mere ufleksible og langsommelige end i de mindre kommuner. Alle lederne udtrykker, at denne organisering, som skyldes kommunestørrelse, er en forhindring for, at arbejdet med at støtte børnene kan forløbe så smidigt som muligt. I de mindre kommuner bliver værdien af det tværfaglige samarbejde italesat som helt afgørende for inklusionens succes, familiernes trivsel og børnenes udvikling, fordi man i de mindre enheder kan arbejde meget hurtigt og smidigt i forhold til det enkelte barn. Det kan derfor anbefales rent politisk at fremme disse tværfaglige arbejdsstrukturer. Der vil således være tale om at åbne de faglige miljøer mellem almen-specialområdet, tale-hørepædagoger-almenpædagoger-specialpædagoger, psykologer-pædagoger, dag-, fritidstilbud – skole.
- I ingen af interviewene nævnes forældrene som en ressource i forbindelse med inklusionsarbejdet. Vi ved imidlertid i forbindelse med forskning i mobning og eksklusion af de sociale fællesskaber, at

forældrene kan spille en aktiv og betydningsfuld rolle i inklusionsarbejdet, og det må derfor anbefales, at der arbejdes på at udvikle en praksis omkring forældre inddragelse i dagtilbud.

- I en enkelt kommune bemærkes det, at arbejdstidsreglerne omkring pædagoger i konsultative funktioner er ude af trit med den virkelighed, som nu er opstået i det tværfaglige samarbejde, hvor specialpædagoger i langt højere grad har konsultative funktioner end tidligere. Det er muligt at en opdatering af reglerne kunne øge kommunernes mulighed for at pædagogerne kan arbejde fleksibelt, tværfagligt og konsultativt.
- At indhente inspiration fra lande omkring os, som arbejder langt mere intensivt med inklusion end vi gør. Her må det anbefales at undersøge lande, hvis strukturelle opbygning vi kan sammenligne os med, og særligt må Sverige, Island og Canada fremhæves som steder at hente yderligere inspiration til såvel organisering som faglig udvikling.
- At indsamle gode eksempler på hvordan sammensmeltningen mellem almen og specialområdet kan fungere, og hvordan synergien mellem de to områder højner den faglige kvalitet i tilbuddene.
- Fra Sverige ved vi, at det at inklusionsprojekter følges nøje af forskning, såkaldt følgeforskning, har stor betydning for at fastholde praktikerne i motivationen. Det er afgørende for den kontinuerlige motivation at man hele tiden dokumenterer hvilken vej det går, og giver praktikerne mulighed for at få spejlet egen praksis i andres blik.

I forhold til fremtidige forskningsbehov, må der peges på, at der generelt mangler forskning på småbørnsområdet. Følgende skal læses som et stikordsagtigt idé katalog i forhold til fremtidige satsninger på det forskningsmæssige område.

Som konklusion på ovenstående refleksioner angående tværfagligheden, må det anbefales

- at der forskes i betydningen af det tværfaglige samarbejde på alle plan.

- at der forskes i hvordan fagligheden kan udbygges, og hvordan almen- og specialområdet gensidigt kan inspirere hinanden.
- at der forskes i hvordan og om den tilbudte vejledning og rådgivning fra PPR til dagtilbuddene opleves som relevant for pædagoger og institutionsledere. Det må undersøges hvilke former for støtte, vejledning og konsultativ bistand, der giver mest mening for den pædagogiske praksis. Det er i denne rapport kortlagt, at PPR netop tilbyder dette, men i denne undersøgelse kan der ikke siges noget om, hvorvidt denne form for hjælp faktisk opleves som relevant og understøttende for den inkluderende pædagogiske praksis.

Der findes flere internationale miljøer, som arbejder langt mere inkluderende end vi gør i Danmark, og som det vil være relevant at lade sig inspirere af. Et forskningsprojekt, som undersøger dette, vil derfor være yderst relevant, idet den internationale sammenlignelige viden i Danmark er ganske lav. Et forskningsprojekt som undersøger dette, bør være forbundet til et konkret praksisudviklende projekt. Dette ville give særlig mening eftersom erfaringer fra Sverige (Essunga kommune) viser os, at følgeforskning er en af de faktorer, som sikrer, at inklusionsprojekter bliver til vedvarende praksisforandring og ikke løber ud i sandet efter et stykke tid.

Et sådant projekt kunne således bestå af:

- Studier af miljøer i udlandet, f.eks. Island, Sverige, Canada.
- Indsamling af eksempler på vellykket inklusion i Danmark.
- Design af et inklusionsprojekt for en hel kommune.
- Udførelse af inklusionsprojektet med tilhørende følgeforskning.

Et sådant projekt skulle naturligvis udføres tværfagligt, i samarbejde mellem forskere, pædagoger, institutionsledere, PPR-ledere og forvaltningschefer. Berettigelse af sådan et projekt vil ligge i, at de nuværende inkluderende praksisformer i høj grad er baseret på lokale, tilfældige og (i bedste fald) erfaringsbaserede udviklinger, men ikke på forskningsbaserede studier af hvad der virker hvordan.

I en netop offentliggjort ministeriel udmelding er inklusion en særlig, vigtig satsning i de kommende år på skoleområdet. Men det er absolut

underbelyst hvilken betydning børnehavetiden har for den senere skolegang, så et yderst relevant forskningsprojekt kunne gå ud på at:

- Følge en række børn over tid; det seneste år i børnehaven og begyndelsen af skoletiden, for at undersøge, hvilken betydning forskellige typer af dagtilbud har for skolegangen senere hen. F.eks. kunne forskellige typer af pædagogiske organiseringer have betydning for børnenes skoleparathed: meget ustrukturerede (nogle skovbørnehaver eks) overfor nogle mere traditionelle og strukturerede børnemiljøer. Forskellige typer af grundforståelser i forhold til læring og udvikling kunne have en betydning. Forskellig normering. Forskellig ledelse. m.m.
- Målet skulle være at afdække om disse mange forskellige pædagogiske praksisformer har nogen effekt i forhold til hvor mange børn, der ekskluderes af den almene skole senere i livet.

Daginstitutionernes betydning for børn i vanskeligheder er endvidere et underbelyst område. Det ville være relevant at undersøge:

- Om daginstitutionerne kan være med til at opbygge resiliens overfor vanskelige vilkår. Dvs. er nogle børnehaver bedre end andre i stand til at sende sårbare børn videre i børnehave og skole, på en måde, så de bedre er i stand til at modstå 'livets vanskelige vilkår', og dermed få en succesfuld skolegang.

Desuden mangler der forskning i fritidspædagogers rolle for inklusionsarbejdet. Generelt er fritidspædagoger en underbelyst gruppe i forskningssammenhænge.

- I forhold til inklusionsarbejdet kan der være store muligheder forbundet med fritidspædagoger, som deltager i skolens undervisning som støtte / undervisningsassistenter. Der er her en unik mulighed for at skabe bro mellem dag/fritidstilbud og skole,- en bro som mangler i høj grad for at vores inklusionsbestrebelse kan lykkes. Men hvordan gør man det bedst? Hvilke erfaringer er der

med dette? Og på hvilke måder kan det virke fremmende for inklusionen?

- Denne forskningsvinkel lægger sig ligesom én af de ovennævnte forskningsideer sig op ad den netop udmeldte ministerielle satsning på inklusion i folkeskolen i de kommende år.

Ovenstående er tænkt som ideer som kunne forfølges i årene fremover, hvor vi med sikkerhed vil se megen nyskabende, kreativ, spændende og engageret udvikling i det pædagogiske felt.

## Litteratur

- Angold, A. & Egger, H. L. (2007) Preschool psychopathology: lessons for a lifespan. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48; 961-966
- Antshel, K. M. et al. (2011) Advances in understanding and treating ADHD. *BMC Medicine*, 9:72
- Bengtsson, S. (2011) *Vækstfaktorer på det specialiserede socialområde*. Rapport SFI
- Berliner, P. (2011) Inklusion i foranderlige fællesskaber. *Pædagogisk psykologisk tidsskrift*, årg. 48, nr 3
- Beyer, J. (1998) TEACCH Programmet – humanisme eller behaviorisme? *Kognition & Pædagogik*, 27
- Bilenberg, N. (2007) *Hvad er ADHD?* Foredrag på DSAM konference i Vejle
- Bonde, K. H. (2010) Tester vi stadig i PPR? *Psykolog Nyt*, Årg 64, nr. 10
- Brinkmann S. (red.) (2011) *Det diagnosticerede liv. Sygdom uden grænser*. Forlaget Klim.
- Bro, K. et al.(2009) *Psykologiske perspektiver på intervention – i pædagogiske kontekster*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Carter, A., Briggs-Gowan M.J. & Davis, N.O. (2004): Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology; recent advances and recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1): 109-134
- Cumine, V., Leach, J. & Stevenson, G (2002) *Autisme i førskolealderen – en praktisk pædagogisk vejledning*. Videnscenter for Autisme.
- Dørge, H. (2010) Geografiske diagnose. In: *Weekendavisen*, 3. September 2010
- Earls, F. (1980) Prevalence of behavior problems in 3-year-old children: A cross-national replication. *Archives of general Psychiatry*, 37; 1153-1157
- Egelund, N. & Tetler, S. (2009) *Effekter af specialundervisningen*. Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag.
- Egger, H. L. & Angold, A. (2006): Common emotional and behavioural disorders in preschool children: presentation, nosology and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3): 313-317

- Elberling, H. et al. (2010) The prevalence of SDQ-measured mental health problems at 5-7 years and identification of predictors from birth to preschool age in a Danish birth cohort: The Copenhagen Child Cohort 2000. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 19: 725-735
- Fisker, T. B. (2010) *Småbørn i interaktion. En undersøgelse af socialt udviklingspotentiale og muligheder for interaktion for småbørn med autisme i forskellige pædagogiske og organisatoriske miljøer*. Ph.d. afhandling, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, Århus Universitet
- Fisker, T. B. (in prep) (2012) Vidensbevægelser i screenings- og forebyggelsesarbejde.
- Frith, U. (2003). *Autisme. En gades afklaring*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Fulton, B. D. et al. (2009) National Variation of ADHD Diagnostic Prevalence and Medication Use: Health Care Providers and Education Policies. *Ps. Psychiatryonline.org*, august 2009 vol. 60, no. 8
- Goodman, R. et al. (2000) Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 177, 534-539
- Haracopos, D. & Kelstrup, A. (1975). *Psykotisk adfærd: en analyse af psykotisk adfærd hos børn under åndssvageforsorg*. København
- Heiervang, E. et al. (2007) Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors and service use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46: 438-447
- Heiervang, E., Goodman, A. & Goodman, R. (2008) The Nordic advantage on child mental health: separating health differences from reporting style in a cross-cultural comparison of psycho-pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49: 678-685
- Hertz, S. (2008) *Børne- og ungdomspsykiatri. Nye perspektiver og uanede muligheder*. Akademisk forlag, København
- Højholt, C. (2003) Brugere og PPR. Eller hvordan fællesskab om børn kan skabe fællesskaber mellem børn. *Pædagogisk Psykologisk Rådgivning*, vol 40, nr 6.
- Johansson, I. (in prep) (2012) Preschool teacher's view on learning in preschool in Sweden and Denmark. *European Early Childhood Education Research Journal*
- Juul, N. C. (2002) Digital data-integration og analysekerneelementerne i PPR. I: Andersen, K. V. (red) *Digital genopbygning af den offentlige sektor – brugere og borgere i centrum*. Danmarks forvaltningshøjskoles forlag. København



- Jørgensen, B. H. (2008). Beskrivende og afgrænsende symptomer ved autisme. I: *Autismebladet*, 4
- Johansson, I. et al. (2012) (in Prep) Preschool teacher's view on learning in preschool in Sweden and Denmark. *European Early Childhood Education Research Journal (EECERJ)*
- Kaptein, S., Jansen, D. E. & Vogels, A. G. (2008) Mental health problems in children with intellectual disability: use of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *J Intellect Disabil Res* 52:125-131
- Keenan, K. et al. (1997) DSM-III-R disorders in preschool children from low-income families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 620-627
- Keenan, K. & Wakschlag, L. S. (2000) More than the terrible twos. The nature and severity of behavior problems in clinic referred preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychiatry*, 28, 33-46
- Kleinmann, A. (1988). *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. New York: Frec.
- Köhler, L. & Jakobsen, G. (1987) *Children's Health and Well-being in the Nordic Countries*. (First ed.) London: Mac Keith Press
- Laing, R. D. (1969) *Oplevelsens politik og paradisfuglen*. Rhodos
- Laing, R. D. (1975) *Det spaltede selv*. Jørgen Paludans forlag
- Landorph, S. & Skovgaard, A. M. (2008) Psykiske helbredsproblemer hos spæde og småbørn – epidemiologiske aspekter. *Psyke & Logos*, 29; 628-646
- Larsen, I. H. (2008) Diagnosemarkedet. *Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift*, 45, nr. 5/6
- Larsen, I. H. (2009) *Barnet bag diagnosen*. Dafolo
- Lavigne, J. V. et al. (1996) Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35; 204-214
- Lavigne, J. V. et al. (2009) The Prevalence of ADHD, ODD, Depression and Anxiety in a Community Sample of 4-Year-Olds. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(3), 315-328
- Matson, J. L. & Kozlowski, A. M. (2011) The increasing prevalence of autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*; 418-425
- Millon, T. (1991): Classification in psychopathology: Rationale, alternatives, and standards. *Journal of Abnormal Psychology*. 100, (s. 245-261).

- Mirdal, G. M. (2001). Om oplevelsen af de andres lidelser. Tiltrædelsesforelæsning. *Psyke og logos*, 22 (1)
- Nazeer, K. (2006). *Send in the Idiots*. Bloomsbury Publishing, New York
- Newschaffer, C. J. (2006) Investigating Diagnostic Substitution and Autism Prevalence Trends. *Pediatrics*, 2006;117;1436-1437
- Nielsen, H. W. (2011) PPR og den inkluderende skole. *Pædagogisk psykologisk tidsskrift*, årg. 28, nr. 3
- Nielsen, E. (2010) Samarbejde, læring og udvikling i PPR. *Pædagogisk psykologisk tidsskrift*, årg. 47, nr. 1
- Obel, C. et al. (2004) The Strengths and Difficulties Questionnaire in the Nordic countries. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (Suppl 2): II32-II39
- Pedersen, L. T. & Elmholdt, C. (2006) Bevægelsen mod konsultative praksisformer i PPR: problemer og dilemmaer belyst gennem empiriske studier. *Pædagogisk Psykologisk Rådgivning*, nr. 5
- Petersen, D. J. et al. (2006) The population prevalence of child psychiatric disorders in Danish 8- to 9-year-old children. : *Eur Child Adolesc Psychiatry* 15:71-78
- Polanczyk, G. et al. (2007) The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164; 942-948
- Rasmussen, O. V. (2010) PPR – tværfagligt samarbejde – og jazz. *Pædagogisk psykologisk tidsskrift*, årg. 47, nr. 6
- Røn Larsen, M. (2011) *Samarbejde og strid om børn i vanskeligheder*. Ph.D afhandling, RUC
- Ravens-Sieberer, U. et al. (2008) prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interviews and Examination Survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (Suppl 1): 22-33
- Schaarup, T. & Kehlet, K. (2011) Den pædagogisk psykologiske vurdering i en inklusionstid. *Pædagogisk psykologisk tidsskrift*, nr. 3
- Schaarup, T. et al. (2009) Den pædagogiske psykologiske vurdering – hvordan anvendes den og i hvilken grad? *Pædagogisk psykologisk tidsskrift*, nr. 6
- Schojaei, T. et al. (2008) The strengths and difficulties questionnaire: validation study in French school-aged children and cross-cultural comparisons. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*

- Scoufe, L. A. & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29
- Shattuck, P. T. (2006) The contribution of diagnostic substitution to the growing administrative prevalence of autism in US Special Education data. *Pediatrics*; 2006;117;1028-1037
- Skovgaard, A. M. et al. (2008): Can general health surveillance between birth and 10 months identify children with mental disorder at 1½ year? A case-control study nested in cohort ccc 2000. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19:725-735
- Staunæs, D. (2011) En følsom metier – ledelse i PPR i en inklusionstid. *Pædagogisk psykologisk tidsskrift*, årg. 48, nr. 6
- Stone, W.L. et.al. (1999) "Can autism be diagnosed accurately in children under three years?" *J. Child Psychol Psychiatry*. 40: 219-226, 1999
- Storebø, O. J. & Damm, D. (2019) Evidensbaseret praksis og ADHD. *Psykolog Nyt*, 10, s. 15-18
- Trillingsgaard, A. (2007). Diagnosticering og case. *Psykolog Nyt*, 17.
- Volkmar, F. R., Lord, C. & Bailey, A. (2004) Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 135-170
- Wing, L. (1997). *Det autistiske spektrum*. Hans Reitzels Forlag, København
- Zeanah, C. H. (1993) *Handbook of infant mental health*. The Guildford Press, NY
- Zeanah, C. H., Boris, N. W., Larrieu, J. A. (1997a) Infant development and development risk: a review of the past 10 years. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36; 165-178
- Zeanah, C. H., Boris, N., W., Scheeringa, M. S. (1997b) Psychopathology in Infancy. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(1); 81-99
- Zobbe, K. et al. (2010) *De mange veje. Følgeforskning til skoleudvikling vedrørende "Mindre specialundervisning, styrket faglighed og øget rummelighed"*. Teori og metodecentret, UCC, Hillerød.
- Zwi, M. et al. (2011) *Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 Years (Review)*. The Cochrane Collaboration, Wiley.
- Østergaard, L. (1992). Testteori og metode. I: Østergaard, L. (red.) *Undersøgelsesmetoder i klinisk psykologi*. København: Munksgaard.

## Rapporter, databaser og internethenvisninger:

ADHD foreningens hjemmeside:

[www.adhd.dk](http://www.adhd.dk)

The american psychiatric association

<http://allpsych.com/disorders/dsm.htm>

BupBasen:

[www.bupnet.dk](http://www.bupnet.dk)

BupBasens årsrapport 2009:

<http://www.bupnet.dk/ref.aspx?id=401>

BupBasens årsrapport 2010:

[https://www.sundhed.dk/content/cms/55/1855\\_aarsrapport-2010-boerne-unge-psykiatri.pdf](https://www.sundhed.dk/content/cms/55/1855_aarsrapport-2010-boerne-unge-psykiatri.pdf)

Copenhagen Child Cohort 2000:

<http://www.CCC2000.dk>

Data for det årlige salg af lægemidler i Danmark:

[www.medstat.dk](http://www.medstat.dk)

DSM-5:

[www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)

GUU-GUA foreningens hjemmeside:

[www.guu-gua.dk](http://www.guu-gua.dk)

<http://www.guu-gua.dk/content/Fagkursus23april2012.pdf>

W.H.O.: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, Geneva 1992:

<http://www.who.int/classifications/icd/ICDRevision.pdf>

*Specialundervisning i folkeskolen – veje til en bedre organisering og styring* (2010)  
Finansministeriet.

[http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id\\_42941/ImageVaultHandler.aspx](http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_42941/ImageVaultHandler.aspx)

TEACCH:

[www.teacch.com](http://www.teacch.com)

# Bilag 1

## Interviewguide til interview med PPR ledere

Hovedspørgsmål	Støttespørgsmål
<b>Tidsperspektiv</b>	Hvornår begyndte I at arbejde med inklusion her i kommunen?
<b>Område</b>	Arbejder I lige meget med inklusion på daginstitutions- og på skoleområde?
	Hvad var den primære motivation for at begynde at arbejde med inklusion?
<b>Organisering</b>	Hvordan gjorde I det?
	Har I selv udviklet inklusion, eller fået faglig bistand? (fra hvem?)
	Arbejder I nu målrettet med inklusion?
	På hvilke måder arbejdes der?
	<b>Hvem beslutter om børnene skal inkluderes eller i en specialBH/skole?</b>
	Hvilke kriterier vurderes det efter?
	Kan I tildele støtte ud fra PPR problembeskrivelse eller skal I have en psykiatrisk diagnose?
	Har du nogen fornemmelse af hvor mange der får en diagnose hos en privatpraktiserende psykiater og hvor mange der får på en B&U afdeling?
	Satser I primært på specialpladser, enkeltinklusion eller grupper med flere børn med særlige behov i alm BH?
	Eller har I andre mellemformer?, som H-institutioner?

Hvilke erfaringer har I gjort jer omkring de forskellige tilbud?	Hvilke organiseringsformer fungerer godt?
	For hvem fungerer de godt? Personalet? børnene? forældrene?
	Hvad er det der gør at de fungerer godt?
	Hvilke fungerer ikke så godt?
	Hvad er det der gør at de ikke fungerer så godt?
Har du erfaringer med hvilke organiseringsformer:	Forældrene foretrækker?
	Pædagogerne foretrækker?
Hvilken type organisering tænker du virker bedst for hvilke børn?	Typer af vanskeligheder?
	Har I fået flere børn med vanskeligheder? Eller diagnoser?
Handicap og udviklingssyn	Hvad tænker du er afgørende faktorer for børnenes udvikling? (interaktion / støttet pædagogik)
	Er alle psykologerne af den samme opfattelse?
Hvem rådgiver daginstitutionerne og skolerne om organisering af den inkluderende pædagogik?	Personaleledelse; almenpæd og med støttepæd? Pædagogik? Handicapsyn?
Hvilken rolle spiller PPR for daginstitutionerne og skolerne?	Støtter I dem pædagogisk?
	Hvem gør det?
	Hvor meget kontakt har I til børnehaverne i det daglige?
	Har PPR sin daglige gang i børnehaverne, eller hvordan få de et overblik og en fornemmelse for hvad der foregår?
	Har PPR en superviserende (ifht

	pædagogikken), vejledende, rådgivende funktion? Eller hvem har det?
	Hvem kan børnehaverne henvende sig til i jeres kommune (udover jer) hvis de har brug for pædagogisk bistand eller vejledning?
<b>Holistisk instans?</b>	Findes der nogen 'holistisk' instans i kommunen der har overblik over hele familiens situation? (vi ved fra en ny SFI rapport at familier til børn med særlige behov oftere bliver skilt, sygemeldt m.m.)
<b>Økonomi</b>	Tror du der er blevet sparet på børneområdet som følge af inklusionen?
	Er der ansat eller fyret personale som følge af inklusionen?
<b>Faglig opdatering</b>	Hvor og hvordan får I faglig opdatering, når I trænger til det?
<b>Hvad tænker du om børnenes fremtid? Hvilken type skole vil de kunne klare sig på?</b>	Børnene der får støtte i al BH?
	Børnene i special BH?
<b>Andet?</b>	

<sup>i</sup> <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=383#>

<sup>ii</sup> Det skal bemærkes, at disse ændringer stammer fra DSM manualen. I Danmark stilles autisme diagnosen ud fra WHO's ICD manual. ICD er også løbende under revision, men der er endnu ingen offentliggjorte forslag til ændringer i den næste revision som er planlagt til 2015. Det er dog sandsynligt at ICD vil følge de samme ændringer som i DSM på dette område.





