

# Socialpædagogiske og tværprofessionelle udfordringer

## i arbejdet med anbragte, børn og unge

Af: Eigil Strandbygaard Kristiansen, lektor, VIA UNIVERSITY COLLEGE

### Abstrakt

Artiklen refererer til et i marts 2015 afsluttet projekt, RESME. Undersøgelser- og udviklingsprojektet er gennemført i et samarbejde mellem 6 uddannelsesinstitutioner i 6 EU-lande. RESME havde afsættet barrierer i samarbejdet mellem anbringelsessteder og psykiatrien.

Artiklen opsummerer viden om anbragte børn og unge i Danmark med vægt på omfang, anbringelsessteder og -årsager, børnenes og de unges problemforhold, deres sårbarhed, udsathed, adfærdsmønstre og reaktionsformer. Disse indgår i baggrunden for deres anbringelse uden for eget hjem. Artiklen referer endvidere til nogle generelle udviklingstræk i børn og unges livssituation. Artiklen peger på nogle diskussionstemaer om årsager til udviklingen i det stigende antal børn og unge med udviklingsforstyrrelser og diagnoser.

Efterfølgende fremhæves og undersøges forskellige vanskeligheder i det tværprofessionelle samarbejde og nogle forslag og modeller til at fremme samarbejdet og indsatsen for målgruppen. Der peges 'overalt' på behov for en helhedsorienteret eller koordineret og tværfaglig indsats, for deling af viden osv., men der ser ud til at være vanskeligheder med at implementere initiativer og forsøgsresultater. Artiklen peger på, at det særligt vanskeligt ud, når det handler om at koble anbringelsesstederne til myndighedssamarbejdet.

Artiklen redegør for ændrede forhold i tilknytning til anbringelsesområdet og dermed det socialpædagogiske arbejde. Diagnoser, praksis for udredning og tilskrivninger af betydning til diagnoserne er særlige udfordringer ikke mindst for børn og unge, men også for pædagoger og andre professionelle.

Der lægges afslutningsvis op til refleksioner over, om den socialpædagogiske tradition eller 'filosofi' er under pres eller konstruktivt kan blive et aktiv i de forandringsprocesser, hvor bl.a. antallet af institutioner fortsat vil falde og antal sårbare børn og børn og unge med udviklingsforstyrrelse synes at tage til. Artiklen sigter efter et grundlag for at agere i profession og uddannelse til professionen og reflektere over hvordan socialpædagogikken som teori og reference for professionspraksis kan møde de forskellige udfordringer.

### Introduktion

Artiklen resumerer et EU-financieret udviklingsprojekt om forsøg med og afprøvning af tværprofessionel efteruddannelse. Det er gennemført på baggrund af dokumenterede barrierer for samarbejde og videndeling mellem *anbringelsessteder (RESidential care)* og *psykiatrien (MENTal health care)*. Forskellige forhold og udfordringer kan genfindes i deltagerlandene, men samarbejdsprojektet viste også en række forskelligheder i vilkår og muligheder for at løse samarbejdsopgaver mellem aktørerne

# Danish article in progress for publication in: VERA – tidsskrift for pædagoger (www.vera.dk) and/or: Socialpædagogisk Tidsskrift (www.socialpedagogik.dk)

---

omkring målgruppen af børn, unge og deres familier. Med anbringelsessteder taler jeg i denne kontekst primært om regionale og kommunale døgninstitutioner samt private opholdssteder.

Artiklen vil prøve at identificere, hvilke centrale udfordringer danske anbringelsessteder og den socialpædagogiske tilgang til de mest sårbare børn og unge står over for: Inklusionsstrategier, børn ser ud til at have flere mentale sundhedsproblemer, vi har fået flere diagnosticerede børn og unge, der sker reduktion i anbringelsesstedernes antal, der rejses krav om evidensbaserede foranstaltninger ...

Det ser ud til at være relevant at rejse spørgsmålet: Er børnesynet og værdigrundlaget i det socialpædagogiske arbejde under påvirkning fra andre paradigmer, end dem, man hidtil har refereret til? Er det 'svigtede' eller 'vanskelige' barn ved at blive til det 'syge' barn?

Det tværfaglige samarbejde udgør en væsentlig forudsætning for at lykkes med de socialpædagogiske mål. Anbringelsessteder er afhængige af myndighedsdelen i forhold til handleplaner, forældresamarbejdet o.a. samt en tæt kontakt til psykiatrien og evt. læge, hvor børn har en diagnose eller vurderes at have behov for en klinisk udredning og opfølgning.

Trods generelle hensigtserklæringer om det tværfaglige samarbejdes store betydning og potentiale for de mest sårbare børn og unge og trods forskellige initiativer er det øjensynligt vanskeligt at implementere og institutionalisere robuste samarbejdsformer og en sammenhængende indsats mellem de social-, pædagog- og sundhedsfaglige områder. Det gælder således i Danmark, hvilket fx understreges med 'psykiatrirapporten', fra Regeringens udvalg om psykiatri fra 2013. Her peges som i RESME-projektet på behov for forstærket tværsektorielt samarbejde og på kompetenceudvikling.

Der har i årevis været tale om den 'tavse viden' i på det pædagogiske felt, nu også om den 'urene pædagogik', men udfordringen fra omverden om at institutionerne og det anbringelsespædagogiske arbejde lider af et videnunderskud og et effektunderskud lader sig næppe affeje med den type henvisninger. Der sker meget vigtigt og solidt arbejde rundt omkring, og institutioner kan arbejde med stærk systematik og ekspliciterede erfaringer, men det er op ad bakke at identificere pædagogikkens soliditet, hvis det er vanskeligt selv for 'naboinstitutionen' at dele denne viden, fordi den er lokal og eksklusiv. Artiklen intenderer at åbne for refleksioner over om professionelle og vi, der uddanner professionelle skal gen- og gennemtænke socialpædagogikken som en teoretisk paraply og et fyrtårn for praksis. Måske i et forsvar, måske med henblik på konstruktiv opstramning?

I socialpædagogiske kontekster tales der ofte om sårbarhed, tilknytningsforstyrrelser, udsathed og marginalisering, hvor paradigmerne veksler mellem især psykologien og sociologien. Børn og unge med udviklingsforstyrrelse og diagnoser, børn med traumer og lidelser 'trænger sig' for alvor på.

## Målgruppen og 'situationen' i Danmark

Færre børn anbringes i dag end i flere forudgående år, og der peges over en bred front på, at inklusion og støtte i barnets nærmiljø skal være den vigtigste indsats i at styrke børnenes livsmuligheder, evt. gennem lokalt iværksatte støtteforanstaltninger. Undersøgelser peger på, at det samtidigt er blevet sværere at være barn og ung i Danmark, og at børns og unges mentale sundhed er blevet forringet, og

## Danish article in progress for publication in: VERA – tidsskrift for pædagoger (www.vera.dk) and/or: Socialpædagogisk Tidsskrift (www.socialpedagogik.dk)

---

endelig er antallet af diagnoser, især ADHD, steget markant. Spørgsmålet er, hvad stigningen er udtryk for og ikke mindst, om det er udtryk for en bedre hjælp til børnene og til deres personlige udviklingsprojekt.

*"Børns liv er blevet for hårdt ... Vi er ved at give børn og unge nogle livsvilkår, som de ikke kan tåle"* udtaler formanden for Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab Birgit Kryger til Danske Kommuner i 2014. Hun giver udtryk for en udbredt professionel bekymring, om inklusionsindsatserne kan være svaret på udsatte og sårbare børns vilkår og muligheder, og om de er udtryk for enten rigelig optimisme eller en budgetmæssig kalkulation.

Hvis børn og unge får det sværere i deres liv og udvikling, øges presset antageligt på det pædagogiske arbejde i skoler og dagtilbud samt i de socialpædagogiske foranstaltninger, som skal forebygge og støtte børn, unge og familier i deres bestræbelser på så godt et liv som muligt.

Vidensråd for forebyggelse skriver om ADHD i konklusionen af en undersøgelse af danske børn og unges helbred: *"Forekomsten vurderet ved diagnosticering viser en mangedobling over de seneste 15 år, og i Danmark har der været mindst en tidobling i medicinering for ADHD gennem de sidste 10 år. Det er usikkert, i hvilken grad der er sket en reel stigning i forekomsten, eller om den stigende forekomst skyldes administrative forhold af organisatorisk art, som f.eks. ændret kommunal praksis og øget kapacitet i børnepsykiatrien."* (Vidensråd for forebyggelse, 2014).

Det er vanskeligt at drage en konklusion på, hvorfor diagnosticering af børn og unge er taget til, og at det især er inden for ADHD, vi i Danmark har set det, som er kaldt en diagnose-tsunami. Det udelukkes ikke, at baggrunden kan være, at *muligheden og motivationen* er til stede for denne *typificering* af børns reaktionsmønstre.

Rapporten fastslår på en række områder nogle forringelser i børns og unges selvrapporterede helbred.

*"Forekomsten af stress er mere end fordoblet, og unge kvinder i 16-24 års alderen er den befolkningsgruppe, som er hårdest ramt. Forekomsten af søvnproblemer af alle slags er steget voldsomt blandt 10-24-årige børn og unge, og medicinforbruget, særligt forbruget af medicin mod hovedpine, har været i voldsom stigning i denne periode blandt de 11-15-årige, hvor studier af udviklingen over tid har været mulig ... Baggrunden for de voldsomme stigninger i forekomsten af psykiske lidelser blandt 10-24-årige er dels med stor sandsynlighed en egentlig negativ udvikling i børns mentale helbred"* (do.).

Nedenfor følger en oversigt over, hvordan anbringelsesområdet ser ud, og hvordan det ser ud til at udvikle sig i forhold til børne- og ungdomsgruppen.

- Der blev i 2013 iværksat 2.225 anbringelser, og der var i alt anbragt 11.614 0-17-årige børn og unge. Der var godt 13000 anbragte i 2009, og antallet er faldet hvert år siden.
- Ved udgangen af 2013 var 58 procent af de 0-17-årige børn og unge anbragt i *plejefamilie*, 21 procent på *døgninstitution* og 14 procent på et *socialpædagogisk opholdssted*.

## Danish article in progress for publication in: VERA – tidsskrift for pædagoger ([www.vera.dk](http://www.vera.dk)) and/or: Socialpædagogisk Tidsskrift ([www.socialpedagogik.dk](http://www.socialpedagogik.dk))

---

Faldet i antal anbringelser er sket inden for opholdssteder og kommunale døgntilbud og især i den ældste aldersgruppe. Med et fald i antal anbringelser og 'afgang' i toppen af aldersgruppen må antal anbragte på institution eller opholdssted derfor forventes fortsat at falde.

Den hyppigste årsag hos forældre og/eller i hjemmet til, at kommunerne traf afgørelse om anbringelse uden for hjemmet i 2013, var utilstrækkelig omsorg. De væsentligste anbringelsesårsager skal endvidere findes i misbrug og psykisk sygdom hos forældre og trusler og vold mod barnet, i et ikke opgjort omfang i kombinationer af disse.

Følgende årsager angives på 'børnenes side':

- Udad-reagerende adfærds- og/eller tilpasningsproblemer indgik i 35 procent af afgørelserne.
- I 30 procent af afgørelserne var skoleproblemer udslagsgivende årsag, mens
- I 25 procent af afgørelserne var problemer i fritid og/eller venskaber, netværk med videre udslagsgivende årsag
- I 21 procent af afgørelserne var indad-reagerende adfærds- og/eller tilpasningsproblemer udslagsgivende årsag,
- I 18 procent af afgørelserne var det selvskadende, opmærksomhedssøgende adfærd.

Også her kan oplyses, at der i et ikke opgjort antal anbringelser er tale om kombinationer af årsager 'hos forældre' og 'hos barnet'.

Hos 17 pct. af børnene angives den udslagsgivende grund til anbringelse at være en udviklingsforstyrrelse (fx ADHD) eller en sindslidelse (Ankestyrelsen, 2014). For drenge er årsager som kriminel adfærd og udviklingsforstyrrelser (autisme, ADHD mv.) markant højere end for piger, som til gengæld har mange flere tilfælde, hvor selvskadende, opmærksomhedssøgende adfærd og sindslidelser er medvirkende årsag til anbringelsen.

SFI forløbsundersøgelsen giver information om forskelle i omfang af psykiske vanskeligheder mellem anbragte børn og unge og ikke-anbragte.

*Blandt anbragte 15årige årgang 1995 har 37,6% mindst én psykiatrisk diagnose mod 7,3% for hele årgangen, især inden for 'nervøse og stressrelaterede tilstande'.*

Under børnespecifikke diagnoser er opgjort, at

- 12,2% af de anbragte har en diagnose for ADHD mod 1,7% af hele årgangen
- 6,7% blandt de anbragte har sociale forstyrrelser mod 0,3% af hele årgangen og
- 5,7% blandt de anbragte har gennemgribende udviklingsforstyrrelser mod 1,4% af hele årgangen.

Mens 7,3% af mødre til hele årgangen har en diagnose, gælder det samme for 40,5% af mødre til de anbragte 15årige, hvilket peger på at opgaven med disse børn kan rumme relativt store udfordringer i forhold til forældreinddragelsen.

Mange kommuner prioriterer anbringelse i familiepleje, hvis en anbringelse er nødvendig. Det er en praksis, som ses i mange andre lande, hvor der dog også indbyrdes er meget forskellige traditioner, bl.a. familiekulturer og opfattelser af hvordan staten eller en privat sektor skal varetage sådanne opgaver.

## Danish article in progress for publication in: VERA – tidsskrift for pædagoger ([www.vera.dk](http://www.vera.dk)) and/or: Socialpædagogisk Tidsskrift ([www.socialpedagogik.dk](http://www.socialpedagogik.dk))

---

Kommuner arbejder også på forskellige inklusionsstrategier, på at erstatte specialpædagogiske tilbud og anbringelser med andre foranstaltninger, typisk hvor barnet kan blive boende og forblive på sin skole og måske i sin klasse. Nogle af disse foranstaltninger har vægt på barnets institutionsliv og andre på inddragelsen og aktivering af familiens mulige ressourcer.

Det lyder flere steder, at man lader 'det almene og specielle område smelte sammen' for ikke at udskille og udstille dele af børnegruppen. Det lyder fra bl.a. PPR, at man gør sig store anstrengelser for at begrænse henvisninger til psykiatrien, bl.a. ved nogle steder at have tilknyttet psykiatrisk ekspertise, at man er bekymrede for stigningen i anvendelse af diagnoser (jf Fisker, s. 60ff).

Senere i artiklen vil jeg redegøre for og diskutere de særlige udfordringer, diagnosticering og diagnoser udgør i det professionelle arbejde med børn og unge. Forud vil jeg sætte fokus på det tværfaglige og –sektorielle tema.

### RESME-projektet og 'grænselandet'

Videngrundlaget i RESME er etableret gennem kilde- og litteraturreviews, afholdelse af møder og gennemførte interviews med aktører fra og samarbejdspartnere til anbringelsessteder samt inddragelse af en ekspertgruppe, som har bidraget med rådgivning, henvisninger og andre input til den danske del af RESME. Der har været afholdt møder i de enkelte lande, lokale seminarer og en europæisk konference med indbudte eksperter.

Forskellige barrierer og vanskeligheder i det tværfaglige og –sektorielle kunne ses på tværs af de 6 lande:

- statusforskelle (fx oplevet som magt),
- kommunikationsvanskeligheder (fx fagterminologi),
- manglende gensidighed og indsigt i partnernes institutionelle vilkår (fx tid og handlemuligheder) og forskellige professionsrelaterede kulturer eller referencerammer samt
- fravær af fælles grundsyn på barn og barnets livsammenhænge og udfordringer
- forskellighed i engagement, ambition eller interesse, på
- holdninger eller værdier og mål for arbejdet og deltagelsen
- fordomme og mistro til andre faggruppers indsigt og metoder.

Vanskelighederne har konsekvenser for, hvad der kan tales om, hvad der faktisk bringes frem, holdes tilbage og på hvem der taler, fx med hvem.

For et grundigere studie af projektet henviser jeg til hjemmesiden [www.resme.eu](http://www.resme.eu) og artiklerne i Timonen-Kallio m.fl (2015).

Hvis tværfagligt og tværsektorielt samarbejde skal styrkes gennem fælles uddannelse og udvikling siger erfaringen fra projektet, at det bedst kan ske via en initiering fra øverste ledelse i de relevante organisationer. Det er ikke mindst her udfordringen for at opnå effekt ligger. Samarbejde på tværs kan lykkes, når der ledelsesmæssigt skabes initiativ, opbakning, tilskyndelse og anledninger til

## Danish article in progress for publication in: VERA – tidsskrift for pædagoger ([www.vera.dk](http://www.vera.dk)) and/or: Socialpædagogisk Tidsskrift ([www.socialpedagogik.dk](http://www.socialpedagogik.dk))

---

samarbejdet. Endvidere er det vigtigt, at det fælles mål og grundlag er eksplicit og anerkendt: hvad skal der samarbejdes om, med hvilke afsæt, på hvilke vilkår, med hvilke mål ...?

Tværfaglige diplommoduler søges i begrænset omfang. Personale synes at foretrække fag-faglig efteruddannelse. Kompetenceudvikling som 'fælles skolebænk' har været afprøvet i RESME, og det har været afprøvet og fungerer i et vist omfang lokalt, fx inden for en regions institutioner.

En effektiv løsning på udfordringer med at bringe faggrupper sammen på tværs vil i mit perspektiv være arbejdspladsnære og -organiserede efteruddannelsesforløb, evt. i samarbejde med en uddannelsesinstitution (fx om diplommodulisering). Her kan man bygge på ledelsesmæssig kraft og ressourcemæssige tilskyndelser samt mulighed for at etablere fælles mål og afklaring af arbejdsdelinger o.a. De strukturelle og motivationsmæssige udfordringer kan formentlig alene overvindes ved tværgående politiske eller ledelsesmæssige initiativer.

En særlig udfordring er at få involveret anbringelsesstederne, som i hvert fald for opholdsstedernes vedkommende er meget svagt om overhovedet forankrede i forhold til kommunale og regionale systemer. Blandt samarbejdspartnerne i RESME faldt vi over eksempler på, at aktører havde valgt at træde egne stier for at sikre koordinering mellem anbringelsessted og psykiatri. En række opholdssteder har på eget initiativ skabt stabile samarbejdsaftaler for at løse det problem, man oplever med adgangen til psykiatrisk ekspertise, til back up og kontinuitet i samarbejdet og indtil fornylig også med lange ventetider på udredning. Anslået 25 pct. af de private anbringelsessteder i Danmark har samarbejdsaftale med psykiatere. Disse fungerer som rekvirerede eksperter i forbindelse med en afklaring af, om der er grundlag for henvisning til behandling i det psykiatriske system. Eksternt tilknyttet psykiater kan også fungere som supervisor eller som instruktør af det pædagogiske personale i institutionerne. I de mest formaliserede samarbejdsaftaler deltager personalet i udredningsarbejdet herunder i forældresamtaler osv. helt fra starten af et forløb og såvel socialpædagogen som psykiateren følger barnets udvikling tæt i forhold til en koordineret vurdering af barnets udvikling og behov (Hedehuset i Mariager).

Et andet positivt eksempel på brobygning mellem sektorerne trods vanskeligheder er set fra børne- og ungdomspsykiatrien i Glostrup, hvor typisk en læge og en sygeplejerske så vidt muligt kommer ud til anbringelsesstederne i forbindelse med samarbejdet om konkrete børn. Ud over den obligatoriske opfølgning på udredning og evt. medicinering har de kunnet fungere superviserende og vejledende og bidraget til at skabe en fælles forståelse mellem institutionen og den psykiatriske enhed om barnets situation.

Efterfølgende vil jeg redegøre for nogle bud på organiserede og faciliterede netværk og på understøttede og tværfaglig koordinator- eller tovholder-model. Lokalt er der tiltag og aktivitet af den karakter, men andre steder kigger man forgæves.

### Styrkelse af det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde i Danmark

Fra Regeringens psykiatriudvalg peges der på kompetenceudvikling som en del af forudsætningerne for at styrke det tværfaglige og –sektorielle samarbejde sammen med sikringen af, at der er en tovholder til at forbinde det relevante fagpersonale:

*”Da indsatsen for børn og unge med psykiske vanskeligheder tilrettelægges efter behovet for sociale foranstaltninger og ikke er baseret på diagnoser, er det centrale i relation til at understøtte det tværfaglige samarbejde ikke, om der findes sygdomsspecifikke modeller for det tværfaglige samarbejde. I stedet er det relevant, at der i de enkelte kommuner er implementeret metoder for samarbejdet, så der eksempelvis er en tovholder, der kan inddrage relevant fagpersonale i en sag eller i det forebyggende arbejde.”* (Regeringens udvalg om psykiatri, s. 147)

Der er inden for regioner og kommuner iværksat forskellige initiativer til netværk og kompetenceudvikling på tværs, uden at det kan fastslås i hvilket omfang det sker og med hvilke resultater. Evalueringer peger på, at personalet har stor glæde af deltagelse i fælles oplæg og lignende med mulighed for videndeling, og hvor det er lidt mere end ’delt skolebænk’ også for indblik i andre faggruppers vilkår og muligheder.

Der er øjensynligt ikke mange tværfaglige eller –sektorielle initiativer, der er i stand til at involvere anbringelsesområdet, hvilket formentlig ikke mindst skyldes at en del af dem er private, selvejende.

Anbefalingerne i psykiatriplanen peger på sundhedsaftalerne som mulighed for etablering af tværfaglige netværk fx i forbindelse med henvisninger til udredning eller indlæggelse, sammen med en tværfaglig efteruddannelsesindsats:

*”Kommuner og regioner styrker samarbejdet mellem socialforvaltningen, PPR og børne- og ungdomspsykiatrien. Kommuner og regioner indgår som led i sundhedsaftalen aftale om samarbejdet mellem den kommunale socialforvaltning, PPR og børne- og ungdomspsykiatrien. Hermed skabes der også større sammenhæng i indsatsen mellem de kommunale forvaltninger.”*

Det ser dog ud til, at der er et stykke vej at gå, når regionale døgninstitutioner ser ud til at have vanskeligheder ved at trække på ressourcer og viden i den regionale psykiatri - eller familierådgiveren ikke kan overbevise om, at psykiateren eller lægen bør finde tid i sin kalender til et tværfagligt møde i alvorlige børnesager. Som tidligere nævnt er anbringelsesområdet fraværende i psykiatriplanen, og hvordan samarbejdet med institutionerne og viden om institutionerne fremstår heller ikke af dette modelforslag.

Eksempelbeskrivelsen i det følgende bygger på inspiration fra rapporten *God praksis i den tværgående rehabiliteringsindsats* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011).

*Hovedprincipperne for et tværgående samarbejde bør være:*

- Barnet og barnets velfærd, trivsel og udvikling skal stå i centrum for indsatsen. Det er barnets hverdagsliv, udviklingsmuligheder og fremtid, som skal være mål og pejlemærke og hvormed succeskriterierne for samarbejdet skal måles.

## Danish article in progress for publication in: VERA – tidsskrift for pædagoger ([www.vera.dk](http://www.vera.dk)) and/or: Socialpædagogisk Tidsskrift ([www.socialpedagogik.dk](http://www.socialpedagogik.dk))

---

- Alle relevante parter skal involveres, dvs. alle de parter, som kan bidrage i barnets netværk. Involveringen skal sikres i kraft af vurderingen og skal kunne besluttes i et kerne-team.
- Fælles målsætning og dermed også inddragelse af alle i måling og vurdering af tiltag og effekter.
- Der skal foreligge dokumenter med fælles aftaler, fælles mål og klare retningslinjer for teamets arbejde og inddragelse af netværket om barnet. Dokumentet skal sikre kontinuerlig mødeaktivitet, måder og metoder til kommunikation i øvrigt, krav om og intervaller for opfølgning og status.
- Ledelsesmæssigt skal der ske sikring af en ærlig, respekterende og kontinuerlig kommunikation om viden, planlægning og målsætning. Der skal sikres regelmæssig efteruddannelse for medarbejderne.
- Kerne-teamet bør bestå af barnets/familiens kontaktperson i psykiatrien, af kontaktpersonen for området for socialpædagogiske foranstaltninger (in casu anbringelsesstedet) samt af social-/familierådgiveren (myndighedsfunktionen).

Teamets opgave er at tilrettelægge og koordinere forløbet med henblik på at tilgodese barnets krav på og behov for sammenhængende forløb på tværs af sektorerne, og med henblik på at tilrettelægge indsatsen i henholdsvis regionalt og kommunalt regi samt på anbringelsesstedet. Blandt teamets medlemmer udpeges en koordinerende person, som har det overordnede ansvar for kommunikation og opfølgning. I rapporten gives forslag til struktur og organisering af aftaler og mødeaktivitet samt opfølgning på samarbejdet.

Hvordan kan og skal der arbejdes med de mest udsatte børn og unge, og hvilke faggrupper og samarbejdsflader viser sig relevante i det socialpædagogiske felt? Psykiatriplanen fra 2013 er fx meget fåmælt vedrørende initiativer på børne- og ungdomsområdet og så vidt jeg kan se stort set tavs, når det kommer til forholdene for anbragte børn og unge.

Det må være en fordel at det er den person, som har den daglige kontakt og mulighed for tæt observation af trivsel, adfærd og udfordringer og mulighed for hurtigt vurdering og handling i hverdagen og i barnets nærmiljø. Det er anbringelsesstedet som har det kontinuerlige samarbejde med barnets forældre, daginstitution, skole og fritidsaktiviteter. Det bør måske undersøges nærmere, hvor langt man kan strække en sådan koordinerende opgave, det må undersøges om den kan styrkes med psykiatrisk konsultation, og det må undersøges, om sådanne koordinatoreer skal have nye kompetencer og altså uddannelse til opgaven.

De 3 instanser fungerer inden for forskellige lovgivningsmæssige rammer og arbejder dermed i princippet parallelt. En fælles behandlingsstrategi er derfor ikke mulig, men kalder i stedet på nødvendigheden af samstemning. Hver af parterne har formelt set mulighed for at iværksætte forskellige betydningsfulde forandringer med baggrund i lovgivningsmæssige eller faglige forpligtelser. Udfordringen er at forbedre synlighedsindsatsen de valgte strategier og at alle samarbejdsparter anerkende retten og kompetencen til at tilrettelægge indsatsen i eget regi i samarbejde med barn og forældre.

Samarbejdsform og -organisering bør understøttes af, at der på ledelsesplan eksisterer et kontaktudvalg som understøtter samarbejdet, som ikke altid er en koordinering, men som minimum en synkronisering af initiativer i arbejdet.

En række forsøg er gjort med tovholderfunktioner, men tilsyneladende ikke så det er blevet en alment formaliseret eller forankret model for samordning eller videndeling. Der er mange gode grunde gennem



## Danish article in progress for publication in: VERA – tidsskrift for pædagoger ([www.vera.dk](http://www.vera.dk)) and/or: Socialpædagogisk Tidsskrift ([www.socialpedagogik.dk](http://www.socialpedagogik.dk))

---

forskellige forsøg til at pege på etablering af funktioner som tovholder for arbejdet mellem flere faggrupper omkring et barn og en familie. Om etableringen kan ske som en forpligtende aftale mellem psykiatrien og myndighedsfunktionen og in casu et anbringelsessted, vil jeg ikke vove pelsen på at vurdere, men som nævnt ovenfor, bør lederne i region og kommuner vurdere, hvor langt man kan nå i bestræbelserne på at koble og synkronisere bedre mellem myndighederne og de, for en del private, institutioner, som har det daglige ansvar for anbragte børn og unge.

Et af de initiativer, som ser ud til at kunne bringe såvel psykiatri som socialpædagogik og anbringelsessteder tættere på hinanden er i nogle konsulent støtte-projekter. Fem projekter har været gennemført, hvor der ydes psykiatrisk konsulenttjeneste med 15 anbringelses-steder som deltagere i projekterne sammen med 10 psykiatriske konsulenter (Oxford Research, 2011).

Konsulentfunktionen består af supervision af individuelle medarbejdere og grupper, undervisning, samtaler med forældre og vurdering af de unge.

*"I forlængelse heraf, er det evaluators opfattelse, at en grundlæggende videnformidling om psykiatriske diagnoser og problemstillinger er yderst hensigtsmæssig over for personale på anbringelsessteder og at denne funktion bør være den bærende. Personalet har tydeligvis behov for denne viden og personalet er - uanset hvordan konsulentstøtten organiseres – de professionelle, som er omkring barnet i hverdagen. Fælles undervisningsforløb kan efter evaluators opfattelse med fordel anses som et basistrin forud for supervision generelt og egentlig sags-supervision.*

*Det anbefales således: At fælles undervisningsforløb udgør basis i en konsulentstøtte At supervision kan bygge ovenpå denne basis af generel videnformidling." (do., s.7-8)*

Der peges på, at det er vigtigt, at konsulentopgaven gennemføres af personer, som kan bevæge sig professionelt imellem psykiatrien og det socialpædagogiske arbejde, evt. ved at konsulentfunktionerne er tværfagligt besat og med forankring i såvel anbringelsesområdet som i psykiatrisk ekspertise. Forsøgene har givet udvidet forståelse og indsigt 'på tværs', fordomme og myter er blevet aflivet undervejs.

Det kunne se ud som en institutionalisering og tilstrækkelig udbredelse af indsatsen ville kunne bidrage væsentligt til at støtte institutionerne i deres usikkerhed over for mange spørgsmål i forhold til den voksende målgruppe af børn med nedsatte funktionsevner, med udviklingsforstyrrelser og diagnoser. Om projekterne ikke er blevet fulgt op fordi der ikke kunne dokumenteres direkte effekt på antal genindlæggelser eller anden direkte effekt for de anbragte børn med diagnoser vides ikke.

Den kommunale myndighed har i Danmark formelt hovedansvaret for handleplaner og dermed rammestyring af og bevilling til behandlingsarbejde og fx pædagogiske foranstaltninger. Den kommunale myndighed kan formelt set iværksætte tværfaglige og tværsektorielle initiativer. Man taler om en rekviert-leverandør-model, hvor den sociale myndighed i princippet inddrager og initierer leverandørerne, in casu psykiatrisk ekspertise og pædagogfaglig ekspertise fra anbringelsessted. Initiativer til forstærkning af tværfaglige organisationsformer og etablering af koordinatører peger så vidt jeg ser det på, at denne model åbenbart ikke fungerer. Hvorfor er indsatser med at finde løsninger

ikke koncentreret om den lovfæstede ansvars- og kompetencemodel, om at finde ud af hvordan den kan komme til at fungere?

Myndighedsudøvelsen giver formelt set anledning til at arbejde ud fra, at det er her tovholder- eller kontaktfunktionen er placeret. Det ser derfor ud til, at der er brug for initiativer på politisk niveau.

### Diagnoserne – en særlig udfordring

Hvor kommer især de mange som nu får diagnosen ADHD fra? Forstyrrelser og indlæringsvanskeligheder ser ud til i stigende grad at påvirke fagfolks og forældres tilskyndelse til at børnene bliver henvist til udredning for en diagnose. Er rummeligheden i skolen blevet mindre, har krav til deltagelsesformer og præstation samt adfærdsnormer ændret sig, er behovet for en 'forklaring' på børnenes reaktioner og forstyrrelser blevet stærkere? Det ser ud til at et voksende antal især piger fra hjem, hvor forholdene objektivt set er 'normale' udviser symptomer som stress og angst.

Mens psykiatere bidrager til stigningen i antal diagnoser, peger (andre?) psykiatere på nødvendigheden af en øget pædagogiske indsats, ændringer i børnene hverdagsliv og deres udviklingsvilkår. Mens nogle forældre ønsker deres barn diagnosticeret, og der peges på udviklingen af en diagnosticeringskultur, så opfordres der som 'modtræk' til initiativer som kan modvirke kategorisering og stigmatisering.

Ud over konkrete forslag til indsatser, peger psykiatriudvalgets rapport på vigtigheden af at arbejde ud fra nogle grundholdninger og tilgange til mennesker med psykiske lidelser. Mennesket med en psykisk lidelse må ikke opfattes som "værende sin lidelse", men skal først og fremmest mødes som menneske, der – som alle andre – har forskellige ressourcer, muligheder og problemer - og en psykisk lidelse. Det er væsentligt, at mennesker med psykiske lidelser ikke som udgangspunkt ses som kronisk syge.

Diagnoserne kan blive grundlag for en skrøbelig sikkerhed og en symptombehandling og i værste fald stigmatisering af et stigende antal børn og unge. Der ser ud til at være behov for at tage initiativer til at skabe ændrede livsvilkår, livskvalitet og mere selvtilfredshed hos børn og unge. Kritikere peger på, at også forældrene for en del ser ud til at svigte deres opgave som nærværende og opmærksomme medspillere i børnenes liv. Således fortæller en psykiater i projektet, at forældre, som kommer med et barn til udredning, ind imellem bliver bedt om at gå hjem og bestræbe sig på at ændre en række forhold i hjemmet, livsmønstre, søvn- og andre sundhedsvaner, hjælp til børnenes skoleopgaver, prioritering af tid til fælles aktiviteter - og så kan man komme igen, når det er afprøvet.

Eksperter peger for en del på, at diagnoser intet ændrer på barnets liv, dets vanskeligheder forsvinder ikke, dets adfærd og udviklingsrammer ændres ikke af den grund og at diagnoser intet kan sige om 'hvad der skal til'. Andre faggrupper anmoder om udredning og klarhed, så man ved, hvad man har at gøre med, hvilke behov der er, og hvilken støtte der skal til på baggrund af en udredning og en 'behandling' i psykiatrien. Psykiatere kan berette om pædagoger, som ønsker forøget medicin i vanskelige perioder med underbemanding i deres institution. Også i andre lande, viste det sig RESME-projektet, peger psykiatere på, at andre faggrupper kan have tendens til at forvente 'mirakler' fra psykiatrien.

## Danish article in progress for publication in: VERA – tidsskrift for pædagoger (www.vera.dk) and/or: Socialpædagogisk Tidsskrift (www.socialpedagogik.dk)

---

Historisk har socialpædagogikken orienteret sig mod de fortabte børn i den allertidligste historie, hvor børnesynet senere snarere var det omsorgssvigtede barn, som pga. af sine vilkår og tab blev et vanskeligt barn, adfærdsvanskelig, kriminel osv. Med det stigende antal diagnosticerede børn især på anbringelsesstederne - og hvad der kan iagttages en stærk tilskyndelse til at vurdere eller i hvert fald at få vurderet barnet som et, der kan diagnosticeres inden for de kendte kategorier - kan der være anledning til at se nærmere på, om diskursen i det socialpædagogiske felt er sådan, at 'det syge' barn er blevet en ny betegnelse for det menneske, man står over for og med ansvaret for. I så fald kan det forventes, at mål, indhold, værdi- og idegrundlag i den socialpædagogiske filosofi også kan skifte karakter.

Meget tyder på, at ikke-eksperter såvel som eksperter har stor ydmyghed over for eller forventning til at kunne skabe større sikkerhed i forståelseshorisonten som i handlinger, når der foreligger en diagnose. *Kategorisering* fungerer sådan, at den bidrager til orden, til at skabe reduktion i den mentale håndtering af komplekse forhold. Det gælder børnenes forældre, det gælder beslutningstagere, og det gælder for professionelle (jf fx Goffman). Kategoriseringer har imidlertid den svaghed, at den tenderer til fastholdelse og kan udgøre grundlag for udpegning af individualiserede 'fejl' og *selvdiagnosticering*. I stedet for børn, som har særlige vilkår og udviklingsbetingelser og hvis adfærdstræk kan berettige til en diagnose efter de definitioner, som foreligger for en sådan, så får vi tendentielt børn, som i voksende antal er syge og behandles som syge.

En psykiater peger i forlængelse heraf på risici ved at tillægge diagnosticering for stor betydning for vores forståelse af, hvad mødet og arbejdet med andre rummer og kræver.

" [...] det giver en ulempe, hvis man tror, at det lægevidenskabelige sprog kan sige ret meget om mennesker og deres liv. [...] Psykiatriens fagsprog må suppleres med andre forståelsesformer og sprog af psykologisk, sociologisk og eksistentiel art" (Formand for Psykiatrifonden og speciallæge i psykiatri, Anne Lindhardt i: Information 2013: 17).

Der er næppe tale om et enten eller, men det understreges i regeringsudvalgets rapport, at stærke kategoriseringer af borgere med forskellige psykosociale udfordringer ikke er hensigtsmæssige. Psykiske vanskeligheder og lidelser udgør en bred gruppe af tilstande, og problemfeltet bør opfattes som at der er *glidende overgange fra naturlige reaktioner på livets mange udfordringer til egentlig psykisk sygdom*. Afgrænsningen af, hvad der er henholdsvis "normalt" og "afvigende", er således både tids- og kulturbestemt. Kategoriseringer på baggrund af en aktuelt dokumenteret virkelighed og fastlåste handleplaner og behandlingsplaner kan stå i vejen for at skabe fokus på forandringsprocesser og potentialer samt på betydningen af et barns eller et ungt menneskes kulturelle og social kontekst og skift heri.

Noget tyder på, at ansatte i institutionerne kan være tilbøjelige til at afvente en udredning og evt. diagnosticering i forventning om, at dette vil bidrage afgørende til relevante pædagogiske handleformer eller til sikre metoder. Myndighedsrepræsentanter og psykiatere, jeg har talt med i RESME-projektet peger omvendt på, at det som pædagogisk set er vigtigt næppe forandres eller at en diagnose formentlig kun i begrænset omfang kan bidrage til at afgøre, hvad barnet har brug for i sin hverdag som grundlag for trivsel, mestring og udvikling.

Vurderinger og beslutninger må hele tiden tage afsæt i en handleplan og de hertil hørende anbefalinger samt det aktuelle overblik over barnets situation, vanskeligheder, reaktioner osv. Såfremt der er en klarhed over barnets stressniveau, sensitivitet og forskellige former for forstyrrelser og barrierer, er det måske mindre vigtigt, om barnet har ADHD eller autisme.

Der udkæmpes kampe på forskellige fronter, dels konkret i forhold til diagnosticeringspraksis og dels om forståelsen af diagnosernes himmelflugt. Der er kamp om diskursen om 'den lidende', og diskursen ser ud til at folde sig ud med referencer til forskellige menneskesyn og antagelser om normalitet og livskvalitet.

### Socialpædagogiske perspektiver - en opfølgning på RESME

Repræsentanter for socialarbejdere og pædagoger i Danmark giver udtryk for, at det principielt er positivt at myndighederne ønsker indsats tæt på, hvor børnene bor. Kritikere peger på, at dyre løsninger fravælges, selv om de af fagfolkene vurderes at være de bedste løsninger. Der er flere referencer, som peger på, at økonomiske hensyn kan 'overrule' juraen og de fagetiske skøn i social arbejde (fx Søren Juul).

Bekymringen gælder blandt fagfolk især børn med komplekse problemstillinger, behov for grundige udredninger, tætte opfølgninger og særligt krævende former for behandling, idet foranstaltningerne i de tilfælde naturligvis er omkostningstunge.

Der kan forventes ændrede krav til fremtidens anbringelsessteder. Udsagn peger på, at de kommunale myndigheder fortsat vil benytte anbringelse som foranstaltning på specialiserede institutioner, hvor sagerne er meget komplekse. Der er i Spanien stor opmærksomhed på en forstærket 'terapeutisering' af arbejdet (care work) og for nye interventionsformer, fx 'programmer' (se Jorge F. del Valle, Amaia Bravo, 2013). Udviklingen er båret af, at flere børn og unge på anbringelsesstederne, som i Danmark, vurderes at have voksende vanskeligheder, herunder udviklingsforstyrrelser. Også i Norge har der været en voksende interesse for evidensbaserede programmer i det pædagogiske arbejde siden midten af 90'erne. Fx er A.R.T. 'importeret' via norske interesser og indsatser. Skepsis er dog taget til, og der bliver peget på, at det er blevet mere udbredt at tale om 'evidens-informed' praksisformer (Backe-Hansen m.fl. - 2013).

Om der er brug for nye betegnelser eller om gamle betegnelser kan dække med tilføjelsen af præfikser, fx neuropædagogik får stå åbent her. Et blandt mange spørgsmål er, hvordan diagnosticeringspraksis kan blive en hjælp til børnene og de unge i deres udvikling og deres (selv)udviklingsbestrebelse. Der er forskellige opfattelser af, om løsningen er mere *evidensbaserede* praksisformer, nye eller flere pædagogiske *programmer*, mere tværfaglighed eller ...

Som medarbejder ved en uddannelsesinstitution synes jeg, der er brug for en undersøgelse i det socialpædagogiske felt i perspektiv af ændringer i anbringelsespolitik, inklusions- og familiestøttestrategier samt tendenser til ændringer i diskurser om de socialpædagogiske udfordringer og metodik. Hvilke udfordringer vil vise sig til hidtidige funderinger i psykologi, sociologi og filosofi fra et sundhedsfagligt paradigme, og hvilke udfordringer står 'relationspædagogikken' eller den humanistiske

## Danish article in progress for publication in: VERA – tidsskrift for pædagoger (www.vera.dk) and/or: Socialpædagogisk Tidsskrift (www.socialpedagogik.dk)

---

pædagogik over for med øget fordring om evidensbasering (der synes at blive oversat med 'forskningsdokumenteret effekt')?

Virkeligheden ændrer sig ikke uden videre og næppe på helt kort sigt. Det er derfor vigtigt i professionen som i uddannelserne at indarbejde grundlag for at kunne navigere i det eksisterende system og i og med de betingelser, som kendes. Der kan vise sig en udvikling med etablering af flere typer tværfaglige teams på det kommunale område og flere sammenhænge, hvor pædagoger kommer til at arbejde med sårbare og børn med udviklingsforstyrrelse. Det kan være, at der bliver tale om markante fald i antal anbringelser på institutioner og flere netværksbaserede, lokale støtteprojekter om familier, børn og dagtilbud. Fremtiden kan byde på tættere tilknytninger til tværfaglige organiseringer, hvor pædagoger fortsat vil være de udøvende i forhold til børn og unges hverdag.

Institutionerne skal levere fagligt bæredygtige løsninger og svar på de udfordringer og forpligtelser feltet står over for, herunder en kritik af anbringelseseffekten, fx at tidligere anbragte unge som 24-årige har væsentligt flere vanskeligheder og problemer end gennemsnitsgruppen: ingen uddannelse, uden beskæftigelse, hyppigere på varig overførselsindkomst, større sandsynlighed for psykiatriske diagnoser og kriminalitet. Naturligvis uagtet, at man ikke kan vide, hvordan forholdene ville være, uden at de havde været anbragte (SFI, 2013), så er der politisk opmærksomhed på forholdet mellem udgifter til anbringelse og effektnedslag af den type.

Såvel dag- som døgnforanstaltninger for målgruppen mødes med flersidige forventninger om, at kvalitet og bæredygtighed vil betyde, at aktiviteterne baseres på forskningsresultater eller anden form for evidens bag det videns- og metodegrundlag, som skal bringes i spil. Evidensbasering dukker op som et krav med fortalere og modstandere, bl.a. fordi evidens i visse udgaver ser ud til at sætte kendte socialpædagogiske vidensformer, værdier, grundsyn osv. over styr og truer med at efterlade pædagoger i feltet som en slags "socialteknologer", der er ansat til at efterleve manualer udviklede med behavioristisk tilsnit og som "laboratoriepædagogik".

Kampen om evidens i professionen må kalde på en kritiske undersøgelse og åben opmærksomhed over for de forslag og tiltag, som tilbydes og fremmes. De må optages og afprøves i udviklingsprojekter og vurderes og afvejes i forhold til den virkelighed, dansk pædagogik er rundet af, med afvejning med og mod en humanistisk, inddragende og anerkendende tilnærmelse til børn og unge i en aktuel virkelighed og en kompleks hverdag. Det socialpædagogiske dannelsesprojekt må lade sig udfordre og overveje, om der er "guld" som kan inddrages og styrke dette arbejde, give nye rammer, veje af træde osv.

Arbejdet med inklusion og øget støtte til udsatte børn, herunder formentlig flere børn med 'forstyrrelser' i nærmiljøet fx skolen peger også i retning af øget flerfaglig indsats og koordinering internt i kommunerne. Vigtigheden af tværfagligt samarbejde understreges af, at fokus er flyttet fra at se på det enkelte barns vanskeligheder til at se på den kontekst barnet eller den unge befinder sig i. Erfaringer fra de socialpædagogiske foranstaltninger, vi kender, kan vise sig vigtige og blive til produktiv viden i lokalområdernes institutioner og udfordringerne her med potentielt flere børn med vanskeligheder og særlige behov.

## Danish article in progress for publication in: VERA – tidsskrift for pædagoger ([www.vera.dk](http://www.vera.dk)) and/or: Socialpædagogisk Tidsskrift ([www.socialpedagogik.dk](http://www.socialpedagogik.dk))

---

Arbejdet med at styrke det pædagogiske personales dømmekraft og basere denne dømmekraft på en stærkere funderet viden om fx psykiatriske problemstillinger kan ske såvel i forhold til grunduddannelse som til efteruddannelse. Der er behov for en større sikkerhed i at håndtere udfordringer med sårbare, udviklingsforstyrrede og diagnosticerede børn. Det vil sige viden, teori, erfaringsbaserede kompetencer og relevant metodik.

Der er brug for, at socialpædagoger er i stand til at gennemskue de forskellige systemer, deres virksomhed, hvilke muligheder der er for back up i forhold til indsatsformer og hvordan socialpædagogisk arbejde bidrager til og fletter sig ind i social- og sundhedspolitiske dagsordener. Tab af overblik og helhedsforståelse kan bidrage til resignation over for negative oplevelser med det samarbejde og de bidrag, man regner med andre professionelle tager vare på. Denne sikkerhed i viden om 'de andre' må suppleres med en øget sikkerhed i, hvad man selv forventes at bidrage med og en sikkerhed i, hvad man faktisk kan bidrage med.

Hvis den pædagogfaglige stemme er tavs eller som det omvendt kan hævdes 'plaprer' løs, så er det for alvor tiden til enten at tale højere eller tale med tydeligere stemme og solid dømmekraft – ellers overdøves og overtages højtalerne af andre og skarpere toner, som for mange beslutningstagere oven i købet vil lyde som 'sød musik'.

De næste skridt må være at indgå i udviklingsopgaver i nye og mangfoldige kontekster og forme måder at arbejde socialpædagogisk på.

### Referencer:

Ankestyrelsen (2014): *Anbringelsesstatistik 2013* ([www.ast.dk](http://www.ast.dk))

Backe-Hansen, E. m.fl. (2013): Out of home care in Norway and Sweden – similar and different (i: *Psychosocial Intervention*, vol. 22. no. 3 – [www.elsevier.es/psi](http://www.elsevier.es/psi) – 2013)

Beier, Henning (2012): *Udviklingsforstyrrelser og psykisk sårbarhed* (Dansk psykologisk Forlag)

Dansk sundhedsinstitut (2011): *Opgaveudvikling på psykiatriområdet*. Rapport

Danske Kommuner/ no. 34, 2014

Fisker, Tine (2012): *Mere viden om diagnoser* - Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU), Aarhus Universitet

Goffman, Erving (1963): *Stigma – om afvigerens social identitet* (Samfundslitteratur, udg. 2010)

Hertz, Søren (2008): *Børne og ungdomspsykiatri – nye perspektiver og uanede muligheder* (Akademisk Forlag)

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (rapport 2011): *God praksis i den tværgående rehabiliteringsindsats*

Danish article in progress for publication in: VERA – tidsskrift for pædagoger (www.vera.dk) and/or: Socialpædagogisk Tidsskrift (www.socialpedagogik.dk)

---

Jorge F. del Valle, Amaia Bravo: Current trends, figures and challenges in out of home child care: An international comparative analysis (i: *Psychosocial Intervention*, vol. 22. no. 3 – www.elsevier.es/psi – 2013)

Juul, Søren (2010): *Solidaritet, anerkendelse, retfærdighed og god dømmekraft* (Hans Reitzels Forlag)

Oxford Research (2011): *Evaluering af konsulentstøtteprojekter* – Udarbejdet for Servicestyrelsen (Rapport Oxford Research)

Regeringens udvalg om psykiatri ( 2013): *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser*. (Rapport)

Region Hovedstadens Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center og forvaltningens Center for Socialpædagogik og Psykiatri: *"Sammenhæng i den psykiatriske og socialpædagogiske behandling af anbragte børn og unge med svære, komplicerede og komplekse sindslidelser i Københavns Kommune"* – fundet 15. nov. 2014

(<https://subsite.kk.dk/PolitikOgIndflydelse/Moedemateriale/Socialudvalget/22-01-2014/4bf0620f-b4c7-4d86-8416-8591d0ce9e96/9338bb13-6105-44e3-aff8-0b900df28582.aspx>)

SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd (Mette Laustsen m.fl.) – rapport 13:07: *Anbragte 15-åriges hverdagsliv og udfordringer - Rapport fra tredje dataindsamling af forløbsundersøgelsen af anbragte børn født i 1995* (2013)

Timonen-Kallio, Eeva m.fl (2015): *On the Borders between Residential Child Care and Mental Health Care in Europe* (Rapport, artikler fra RESME, Turku University of Applied Sciences, 2015)

Vidensråd for forebyggelse (v. Pernille Due, Finn Diderichsen, Charlotte Meilstrup, Merete Nordentoft, Carsten Obel, Anelli Sandbæk): *Børn og unges mentale helbred - Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser* (Vidensråd for Forebyggelse, 2014 - [www.vidensraad.dk](http://www.vidensraad.dk))