



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
INST FÖR PEDAGOGIK OCH SPECIALPEDAGOGIK

# ”De osynliga barnen – om elevhälsoarbetet kring barn och unga med psykisk ohälsa”

**Liselotte Hultin och Mia Victor**

---

Uppsats/Examensarbete: 15 hp  
Program och/eller kurs: Specialpedagogiska programmet, SPP600  
Nivå: Avancerad nivå  
Termin/år: Vt/2013  
Handledare: Ingela Andreasson  
Examinator: Lars Gunnarsson  
Rapport nr: VT13-IPS-32 SPP600

# Abstract

Uppsats/Examensarbete: 15 hp  
Program och/eller kurs: Specialpedagogiska programmet, SPP600  
Nivå: Avancerad nivå  
Termin/år: Vt/2013  
Handledare: Ingela Andreasson  
Examinator: Lars Gunnarsson  
Rapport nr: VT13-IPS-32 SPP600  
Nyckelord: Specialpedagogik, psykisk ohälsa, elevhälsa

---

## Syfte:

Syftet med vår studie är att utifrån ett diskursivt perspektiv undersöka hur professionerna i två barnhälsoteam och två elevhälsoteam talar kring arbetet i att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga. Vi har utgått från följande frågeställningar:

- Hur beskriver teamet det förebyggande och hälsofrämjande arbetet kring psykisk ohälsa?
- Hur talar teamet om arbetet kring barn med psykisk ohälsa?
- Hur framställs samarbetet mellan de olika professionerna i teamet, övriga personalgrupper samt med hälso- och sjukvård och socialtjänsten?

## Teori och metod:

Studien tar sin teoretiska och metodologiska utgångspunkt i ett diskursanalytiskt perspektiv där metod och teori är sammanflätade. Det empiriska materialet består av transkriberade texter från fyra fokusgruppsintervjuer i två barnhälsoteam och två elevhälsoteam. I utsagorna har vi identifierat olika diskurser och analyserat språkliga mönster.

## Resultat:

I vår studie har vi uppmärksammat att teamen sällan talar om barn med psykisk ohälsa. Det är de neuropsykiatriska diagnoserna som får företräde vilket medför att barn med psykisk ohälsa inte blir identifierade och därmed riskerar att bli utan adekvat hjälp. Inom teamen finns en medvetenhet och önskan att arbeta efter styrdokumentens riktlinjer för elevhälsan. I talet kring det hälsofrämjande och förebyggande arbetet ser vi dock att gemensamma definitioner och arbetssätt inte har befasts i teamen. I verksamheten är det de akuta åtgärderna som får företräde trots att professionerna talar för ett proaktivt arbetssätt. De uttrycker att samverkan fungerar bra i teamen och att de kompletterar varandra men påpekar att det individuella arbetet får större utrymme på grund av tidsbrist. I samverkan med yttre instanser ser vi att ansvarsfrågan inte är klargjord, att tillgängligheten och dialogen brister vilket kan resultera i att utsatta barn inte får den hjälp de behöver. Studien visar också att den medicinska individinriktade diskursen är rådande vilket medför att problematiken främst förläggs till individen och familjen.

## **Förord**

I vårt yrke inom förskola och grundskola har vi kommit i kontakt med ett antal barn som upplever psykisk ohälsa. Detta är möten som både berört och inspirerat oss att genomföra denna studie. Genomförandet av undersökningen har engagerat oss på djupet och det har många gånger varit svårt att avgränsa sig. Vi har båda en förhoppning om att studien kan vara en början på ett mer fördjupat arbete i detta viktiga ämne. Vi har haft ett tätt samarbete i allt arbete kring studien men Mia har haft huvudansvar för bakgrund och litteraturgenomgång medan Liselotte har haft huvudansvar för metod och teoridelen. Vi vill tacka de elevhälsoteam och barnhälsoteam som har möjliggjort vår studie och bidragit med sin tid, erfarenhet och sina tankar kring detta viktiga ämne. Vi vill också tacka våra anhöriga för den förståelse de har visat oss under studiens gång.

# Innehållsförteckning

<b>Abstract</b> .....	
<b>Förord</b> .....	
<b>Innehållsförteckning</b> .....	
<b>1. Inledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Styrdokument .....	1
<b>2. Syfte</b> .....	<b>3</b>
<b>3. Litteraturgenomgång</b> .....	<b>4</b>
3.1 Hälsöfrämjande och förebyggande arbete .....	4
3.2 Mångprofessionella team.....	5
3.3 Föreställningar kring de olika professionernas uppdrag .....	6
3.4 Samverkan med övriga personalgrupper samt hälso- och sjukvård .....	7
3.5 Psykisk ohälsa .....	7
3.6 Specialpedagogik.....	9
3.6.1 Specialpedagogisk historik .....	10
3.6.2 Ett medicinskt och psykologiskt perspektiv .....	10
3.6.3 Ett tvärvetenskapligt perspektiv.....	11
3.6.4 Det kategoriska och relationella perspektivet.....	11
3.6.5 Barn i behov av särskilt stöd.....	12
<b>4. Teoretiska utgångspunkter</b> .....	<b>12</b>
4.1 Socialkonstruktionism .....	12
4.2 Diskursanalys .....	13
<b>5. Genomförande</b> .....	<b>14</b>
5.1 Fokusgruppsintervju .....	14
5.2 Urval .....	16
5.3 Generaliserbarhet och trovärdighet .....	16
5.4 Empiri .....	17
5.5 Analys och bearbetning .....	18
5.6 Tolkningsprocessen .....	19
5.7 Etiska aspekter.....	19
<b>6. Resultat</b> .....	<b>19</b>
6.1 Den (o)tydliga hälsodiskursen .....	20
6.1.1 De osäkra definitionerna .....	20
6.1.2 Akutåtgärder .....	21
6.1.3 Den goda undervisningsmiljön .....	22
6.2 Den tydliga medicinska/individriktade diskursen .....	24
6.2.1 Identifikationsfrågan .....	24
6.2.2 Omgivande relationer samt miljöns betydelse.....	27
6.2.3 Genus .....	28
6.3 Den (o)tydliga inre samverkansdiskursen .....	29

6.3.1 Styrkor i samverkan inom teamet .....	29
6.3.2 Förbättringsområden .....	31
6.3.3 Individfixeringen .....	31
6.4 Den (o)tydliga yttre samverkansdiskursen .....	33
6.4.1 Den bristande dialogen .....	33
6.4.2 Tillgänglighet – närhet .....	34
<b>7. Avslutande diskussion.....</b>	<b>35</b>
7.1 Den (o)tydliga hälsodiskursen .....	35
7.2 Den tydliga medicinska/individriktade diskursen .....	36
7.3 Den (o)tydliga inre samverkansdiskursen .....	37
7.4 Den (o)tydliga yttre samverkansdiskursen .....	38
7.5 Angelägen fortsatt forskning .....	38
<b>Referenslista.....</b>	<b>39</b>
<b>Bilagor .....</b>	<b>44</b>

# 1. Inledning

Flera rapporter påvisar att den psykiska ohälsan bland barn och unga har ökat de senaste åren (SOU, 2006:77). Socialstyrelsen (2005) befarar att psykisk ohälsa kommer utgöra det största folkhälsoproblemet inom några år. Särskilt oroande är ökningen av psykisk ohälsa bland unga (Kostenius & Öhrling, 2008). Barn och unga som söker psykiatrisk hjälp för ångest och depression ökar (SOU, 2006:77). Statens folkhälsoinstitut (2011) påvisar en ökning av självskaðebeteende samt suicid bland barn och unga. Varje år gör 1500-2000 ungdomar självmordsförsök och 10 procent av dessa suiciderar.

Socialstyrelsen framhåller vikten av att barn som riskerar att utveckla psykisk ohälsa uppmärksammas tidigt. Det går ofta att se tecken tidigare i förskolan och skolan än i andra miljöer. Förskolans och skolans personal är därför mycket betydelsefull för att i ett tidigt skede upptäcka och stödja barn och unga med denna problematik. En god lärandemiljö ger de här barnen ökade möjligheter till en god utveckling (Socialstyrelsen, 2005). I en nationell granskning påvisar Socialstyrelsen att det finns brister i arbetet kring att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga. Man menar att bristerna är så stora att det finns risk att barn blir utan vård vilket i sin tur kan få livsavgörande konsekvenser. Anledningen till bristerna beror på att kommuner och landsting inte ger tydliga uppdrag eller inga uppdrag alls till verksamheterna och att ansvarsfördelningen är oklar. På många platser är det oklart vem som ansvarar för barn och unga med psykisk ohälsa i åldrarna 6-18 år. Detta ser socialstyrelsen som mycket allvarligt då tidiga insatser kan förebygga framtida psykisk sjukdom (Socialstyrelsen, 2010).

Under hösten 2011 genomförde skolinspektionen en inspektion då man ställde frågor gällande elevhälsa till närmare 800 skolor för att ta reda på om rektorerna bedömde elevhälsans resurser tillräckliga. Rapporten visade stora skillnader mellan olika skolor när det gäller elevhälsans resurser. Många rektorer ansåg att resurserna inte är tillräckliga. Över trettio procent ansåg att skolpsykologens tid inte räckte till elevernas behov och många påtalade även ett större behov av kurator. Väntetiden för att träffa psykolog noterades som hög, mellan 10 och 22 veckor. Rapporten framhåller att elever i behov av särskilt stöd inte blir tillräckligt utredda samt att många unga med oro och ångest inte får det stöd de behöver. Av alla unga som sjukskrivs under en längre tid har 80 procent psykiska diagnoser. Rekommendationen är att öka skolhälsovårdens resurser, knyta psykologiska ungdomsmottagningar till skolorna samt att utbilda lärare i ungas psykologiska ohälsa (Skolinspektionen, 2011b).

## 1.1 Styrdokument

I den nya skollagen (2010:800) som trädde i kraft den 1 juli 2011 beslutades det om att införa den nya elevhälsan vilken omfattar eleverna från förskoleklass till och med gymnasieskolan och motsvarande skolformer. Tidigare fokuserades insatser på fysisk hälsovård, men nu ska även det psykosociala arbetet inbegripas. Förutom krav på tillgång till skolläkare och skolsköterskor ska det nu även finnas tillgång till psykolog, kurator och personal med specialpedagogisk kompetens i teamet. Detta framgår i 2 kap. 25 § i Skollagen:

Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande. Elevernas utveckling mot utbildningen

mål ska stödjas. För medicinska, psykologiska och psykosociala insatser ska det finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator. Vidare ska det finnas tillgång till personal med sådan kompetens att elevernas behov av specialpedagogiska insatser kan tillgodoses.

Förskolan omfattas av de icke medicinska delarna av elevhälsan men är inte ålagd att upprätta elevhälsoteam (Skolverket, 2010). Skollagen (2010:800, 9§) anger följande riktlinjer för förskolan:

Barn som av fysiska, psykiska eller andra skäl behöver särskilt stöd i sin utveckling ska ges det stöd som deras speciella behov kräver. Om det genom uppgifter från förskolans personal, ett barn eller ett barns vårdnadshavare eller på annat sätt framkommer att ett barn är i behov av särskilt stöd, ska förskolechefen se till att barnet ges sådant stöd. Barnets vårdnadshavare ska ges möjlighet att delta vid utformningen av de särskilda stödinsatserna.

Begreppet elevhälsa är ett nytt i skollagen och ersätter den verksamhet som tidigare kallades elevhälsovård eller skolhälsovård. Genom att ta bort begreppet elevvård ville utredarna komma bort från att framställa skolan som en behandlingsinstitution och istället satsa på att främja hälsan (Gustavsson, 2009). De olika professionerna ska främst arbeta för att stödja och främja elevernas lärande genom förebyggande och hälsofrämjande arbete. Införandet av en elevhälsa innebär därmed en ny syn på lärande och hälsa som överensstämmer med WHO:s hälsobegrepp där hälsa definieras som "ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande" (Guvå, 2011).

## 2. Syfte

Uppsatsens syfte är att studera hur två barnhälsoteam och två elevhälsoteam talar om arbetet kring barn och unga med psykisk ohälsa.

### Frågeställningar:

1. Hur beskriver teamet det förebyggande och hälsofrämjande arbetet kring psykisk ohälsa?
2. Hur talar teamet om arbetet kring barn med psykisk ohälsa?
3. Hur framställs samarbetet mellan de olika professionerna i teamet, övriga personalgrupper samt med hälso- och sjukvård och socialtjänsten?



## 3. Litteraturgenomgång

### 3.1 Hälsöfrämjande och förebyggande arbete

Den nya elevhälsan ska främst arbeta hälsöfrämjande och förebyggande vilket innebär att elevhälsan ska bidra till att skapa miljöer som främjar elevernas lärande, utveckling och hälsa (Skolverket, 2010). Begreppen hälsa, lärande och trygghet sammanfattar stora delar av elevhälsans nya uppgifter. Främjande insatser betyder att man arbetar med friskfaktorer för att uppnå allmänna hälsovinster. Genom att de riktar sig till samtliga elever kan de ha goda effekter på ett antal hälsoproblem. Att skapa ett gott skolklimat och goda relationer kan bidra till ökad trivsel, förbättrade skolresultat samt minska stress. Det förebyggande arbetet kan riktas mot alla men fokuserar på särskilda problemområden (Skolverket, 2012). Ett hälsöfrämjande perspektiv fokuserar eleven och ser lärandet som en sammansatt process där elevhälsa inbegriper skolans lärmiljö och individens psykiska och fysiska hälsa. Skolmiljön har stor betydelse för hur barn och ungdomar mår fysiskt och psykiskt vilket i sin tur påverkar deras förutsättningar för lärande. Elevhälsans olika kompetenser ska samarbeta utifrån en helhetssyn på barns utveckling och lärande för att skapa goda förutsättningar för eleverna att lyckas nå skolans kunskapsmål (Guvå, 2009). Antonovsky (1991) betonar vikten av att ha en gemensam uppfattning kring vad hälsa är och hur den ska uppnås. Han skiljer på begreppen förebyggande och hälsöfrämjande arbete och sätter likhetstecken mellan förebyggande arbete och sjukdomstänkande det vill säga ett problem man vill undvika.

Guvå (2011) framhåller att det hälsöfrämjande arbetet inbegriper ett utvecklingsarbete kring de vuxnas förhållningssätt och kompetens att möta elever i behov av stöd på ett stödjande sätt. På skol- och grupp-nivå handlar insatser om lärande- och omvårdnadsmiljö, ledningsstöd och värdegrundsfrågor. På individnivå handlar det om stöd till pedagoger och arbetslag genom handledning samt att undanröja hinder i elevens lärande och utveckling samt vara behjälplig i att utforma åtgärdsprogram. Det förebyggande arbetet handlar på grupp- och skolnivå om tidig identifiering samt insatser då eleven uppvisar svårigheter i sin skolsituation. Det kan handla om normbrytande beteende, sen ankomst eller frånvaro, relationsproblem eller bristande motivation. På individnivå görs en utredning och om den visar på att eleven är i behov av särskilt stöd upprättas ett åtgärdsprogram. Det kan även handla om anmälan till socialtjänsten vid ogiltig frånvaro eller misstanke om att ett barn far illa (Guvå, 2011/2012).

Enligt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL, 2008) finns det många hälsöfrämjande insatser för att främja elevers psykiska hälsa. Hälsöfrämjande insatser för psykisk ohälsa bör vara en naturlig del i verksamheter som riktar sig mot barn och unga. Skolmiljön är av stor betydelse i det här avseendet och genom skolan kan generella insatser däribland föräldrastöd och hälsosamtal erbjudas.

Utbildningsdepartementet (2010) påvisar att även om det finns en ambition och önskan av att arbeta hälsöfrämjande och förebyggande så räcker inte tiden till i en önskvärd utsträckning. Den största delen av elevhälsans arbete handlar istället om akuta insatser. Enligt Guvå (2009) finns det en samstämmighet mellan elevhälsans yrkesgrupper kring att de förebyggande och hälsöfrämjande insatserna borde prioriteras men att man i praktiken arbetar mer med enskilda individärenden.

## 3.2 Mångprofessionella team

Inom skolan har det under en lång period funnits mångprofessionella team under olika namn så som elevvårdsteam, stödteam eller resursteam med uppgift att hantera elever i behov av stöd. Den nyaste gruppen inom skolans elevhälsa är specialpedagogerna vilken också är den grupp som ökat mest och nu utgör den största gruppen inom elevhälsan (SKL, 2008). Skolans specialpedagogiska kompetens ska omfatta ”särskilda kunskaper om barns och ungas lärande utifrån olika forskningsfält” (SOU 2002:121, s. 324). På den lokala skolan är rektorn verksamhetsansvarig. Rektorn är ansvarig för utredningar och beslut när det gäller elever i behov av särskilt stöd (Hylander, 2011).

Mångprofessionella team uppvisar ett stort antal svårigheter när det gäller teamsamverkan just på grund av mångprofessionaliteten. De olika professionerna ser sin egen teori och praktik som överlägsen de andras och samarbetet kan även försvåras på grund av skillnader i terminologi. När det finns en okunnighet kring de övriga professionernas kompetensområden bidrar det till oklarheter kring yrkesrollerna (SKL, 2008). Hylander (2011) framhåller att det saknas forskning kring vilka faktorer som påverkar arbetet i en välfungerande, sammanhållen elevhälsa och vilka förutsättningar som gynnar eleverna och att det därför är angeläget att inhämta kunskap kring professionernas föreställningar om sitt eget och andras uppdrag samt hur ett gott samarbete dem emellan kan gestaltas.

Hjörne & Säljö (2008) menar att de olika professionerna i elevhälsan utgör en god arena i det komplexa uppdraget att möta alla barns olikheter och arbeta för ”en skola för alla”. För detta krävs att de olika professionerna är kunniga inom sina områden och kritiskt reflektera över den verksamhet som de är en del av. Författarna framhåller vikten av att kunna bryta diskurser som domineras av att kategorisera och ge snabba förklaringar av elevers beteenden och att istället utveckla en diskurs där man riktar in sig på att objektivt beskriva och analysera hur problem uppträder i skolmiljön. Diskussionen ska vara konkret så att inte problematiken omedelbart förläggs till individen. Det gäller att inta ett barnperspektiv genom att någon får företräda barnet och för fram barnets tankar. Vidare påpekar författarna att professionerna inom elevhälsan måste ta ansvar över hur de talar och beskriver eleverna. Det måste vara en rimlig diskurs som kan användas i offentliga sammanhang och inför barn och deras föräldrar. Neuropsykiatriska klassifikationer används enligt författarna för lättvindigt och av personer som inte har en klinisk utbildning för att kunna sätta diagnoser. Diagnoser kan utgöra en konflikt mellan skola och föräldrar genom att skolan förmedlar att de inte kan ge eleven tillräcklig hjälp utan en diagnos. Författarna framhåller att vi alla är olika och till våra olikheter hör att vi har skilda förmågor att hantera kraven i skolan. Det är skolan som behöver utvecklas för att kunna möta de här olikheterna. Skolan behöver kunskap kring hur man organiserar undervisningen för att på bästa sätt kunna möta olikheten och leva upp till ”en skola för alla” (Hjörn & Säljö, 2008).

Hjörne och Säljö (2004) uppmärksammade i sin studie av ett elevhälsoteam att elevernas svårigheter i stor utsträckning förklarades i olika diagnoser. Eleverna blev kategoriserade under diagnoser som ADHD och andra neuropsykiatriska funktionshinder. Studien visade tydligt på att problematiken tilldelades barnet och i en förlängning även familjen. Även om professionerna i teamen diskuterade och beskrev barnens olika svårigheter och i vissa fall styrkor blev slutsatsen ändå att barnets problematik var ett resultat av ett neuropsykiatriskt funktionshinder. Författarna påpekar att det är ett stort fokus på neuropsykiatriska

funktionshinder i dagens samhälle. De framhåller även att barn tilldelas diagnoser på vaga grunder.

At present, biomedical, psychiatric, and neuropsychological categories offering neuropsychiatric diagnoses play an important role in school in many countries, including Sweden (s.2).

Författarna menar att skolan är påverkad av den medicinska- och neuropsykiatriska diskursen som råder i Sverige. Dessa kategoriseringar har etablerats starkt i skolan och de blir lättillgängliga förklaringar till elevernas svårigheter. När inte dessa kategoriseringar utmanas i teamen och/eller diskuteras på vaga grunder får det konsekvenser inte bara för elevens undervisning utan även för dess identitet.

Dyscalculia, and so on, are used widely in schools as categories for classifying children, for organizing teaching and learning opportunities, and for the distribution of economic and other kinds of resources (s.3).

När de olika professionerna i elevhälsoteam förlitar sig på och tänker i termer inom dessa kategoriseringar riskerar barnet att tilldelas en förklaring till dess svårigheter som inte alls stämmer. Författarna varnar för de beslut som följer en felaktig analys av problematiken, de insatser som sätts in blir inte de rätta för barnet.

I skolan tillskrivs elevens svårigheter fortfarande individnivå och resonemang kring möjligheten att problematiken kan finnas i skolans miljö diskuteras fortfarande inte i lika stor utsträckning. I studien framkom att teamen inte diskuterade möjligheten att skolan kunde vara bärare av barnets svårigheter. Det framkom också att pojkar diskuterades i större utsträckning än flickor. Fler pojkar än flickor hade eller misstänktes ha en diagnos.

Hjärne och Säljö (2004) menar att fördelen i ett mångprofessionellt team är att barns svårigheter kan belysas utifrån teamets olika kompetenser. Studien visade att det föreligger hög konsensus i teamet och en avsaknad för att argumentera för olika förklaringar till barnets svårigheter. Författarna menar att variationen av professionalitet i elevhälsoteamet inte alltid togs till vara.

...it is interesting to note that even though the team is multidisciplinary, and the members represent different competencies, this does not result in any apparent variations in the manner in which the problems experienced are presented and discussed (s.19).

### **3.3 Föreställningar kring de olika professionernas uppdrag**

I Hylanders (2011) studie kring föreställningar om sitt eget och andras uppdrag i elevhälsan framkom att samtliga professioner menade att de själva har en helhetssyn som är unik för den egna professionen. Specialpedagogerna ansåg att de har en pedagogisk helhetssyn och ett barn- eller elevperspektiv där de såg barnet interagera med sin omgivning i ett socialt sammanhang. Psykologerna beskrev en helhetssyn utifrån att de arbetade med eleverna på individ-, grupp- och organisationsnivå. Kuratorerna menade att de hade en helhetssyn hela tiden och att de fungerade som en länk mellan olika individer och organisationer. Läkarna framhöll att de hade en överblick över alla åldrar. När de olika yrkeskategorierna berörde någon annans profession som arbetade inom många områden menade man ofta att personen

var inne på någon annans område exempelvis att sjuksköterskan hade kurativa uppgifter eller att specialpedagogen var inne på det psykosociala området. Rektorer talade inte om helhetssyn i samband med den egna rollen utan framhöll att diskussionerna i elevhälsoteamet bidrog till en helhetssyn, vilket även övriga professioner menade.

De professioner som ska finnas i elevhälsan är skolläkare, skolsköterska, psykolog, kurator samt personal med specialpedagogisk kompetens (Skollagen, 2010:800). Elevhälsan ska omfatta de yrkesgrupper som har specifik kompetens inom de medicinska, psykologiska och specialpedagogiska områdena. De olika professionerna arbetar både enskilt och tillsammans med teamet på skolan. I de specialpedagogiska insatserna innefattas att bedöma och planera hur eleven ska mötas i undervisningen utifrån en helhetsbild av elevens situation (Skolverket, 2011). Professionerna ska finnas tillgängliga för elever, föräldrar, pedagoger, arbetslag och skolledning (SOU 2000:19). Guvå (2009) betonar vikten av helhetstänkande inom elevhälsan. De olika professionerna ska komplettera varandra utifrån en samsyn kring hälsa, lärande och trygghet. Enligt Backlund (2007) kan de olika professionerna i elevhälsan uppleva samverkan som svår på grund av att det inte finns några tydliga gränser mellan professionernas funktioner. För att möjliggöra en inkluderande skola krävs att pedagogisk samstämmighet råder på skolan. Om de olika professionerna har ett gott samarbete och tillvaratar varandras kunskaper och kompetenser kan det leda till ökad kompetens så att de komplettera varandra på ett gynnsamt sätt så att varje elev får en meningsfull skolgång (Guvå, 2010).

### **3.4 Samverkan med övriga personalgrupper samt hälso- och sjukvård**

För att kunna tillgodose alla elevers behov behöver elevhälsan också samverka med olika professioner och myndigheter inom kommun och landsting (Berhanu & Gustavsson, 2009). Historien påvisar att det finns en risk att elevernas välbefinnande och hälsa hamnar mellan olika ansvarsområden inom kommun och landsting. Det är ofta otydligt vem som har ansvar för vad, vilket kan leda till otillräckliga insatser för barn som inte mår bra. De mest utsatta barnen riskerar att inte få den hjälp de behöver (Skolinspektionen, 2011). Sveriges kommuner och landsting (SKL, 2008) har tagit fram en rapport som påvisar brister vad gäller samarbete mellan olika instanser såsom skola, sjukvård och socialtjänst. Elevhälsan behöver ökad kompetens kring hur psykisk hälsa kan främjas, hur riskfaktorer kan motverkas samt hur man kan upptäcka psykisk ohälsa.

### **3.5 Psykisk ohälsa**

Psykisk ohälsa är en av de främsta orsakerna till ohälsa i befolkningen som helhet. Regeringens bedömning i folkhälsopropositionen är att barn och ungdomar är en av de viktigaste målgrupperna inom folkhälsoarbetet (Socialstyrelsen, 2009). Flera studier påvisar att den psykiska ohälsan har ökat bland barn och unga. Forskning anger olika orsaker till denna ökning däribland kraven från samhället och negativ stress. Tidiga insatser anses vara avgörande för att avhjälpa problematiken och förskolan, skolan och fritidshem anses vara goda arenor i det förebyggande arbetet samt uppväga icke stödjande hemförhållanden. Forskare poängterar att tidiga insatser är nyckeln till att bryta den psykiska ohälsan (Socialstyrelsen, 2010).

Skolan och skolmiljön påverkar barn och ungas hälsa och flera faktorer i skolan och dess krav kan fungera som stressorer. Det är viktigt att barn lär sig att hantera sin stress (Brobeck, Marklund, Haraldsson, & Berntsson, 2007). Det finns faktorer i skolmiljön som är förknippade med psykisk ohälsa och psykosomatisk smärta. Dessa faktorer kan exempelvis vara trakasserier från andra barn, att bli illa behandlad av lärare och skolarbetets krav (Hjern, Alfven, & Östberg, 2007). Det finns ett tydligt samband mellan psykisk hälsa och skolresultat. Att eleverna uppnår skolans mål bidrar till en god hälsa samtidigt som psykisk ohälsa ofta leder till dåligt skolresultat (Skolverket, 2011). Enligt Sellström & Bremberg (2006) har ett gott skolklimat positiv effekt på ungas välbefinnande och ökar deras skolprestationer. Författarna framhåller höga förväntningar på eleverna, goda relationer med lärare och ett starkt pedagogiskt ledarskap som viktiga faktorer för psykiskt välbefinnande.

Folkhälsorapport (Socialstyrelsen, 2009) redovisar hur hälsan utvecklats inom olika befolkningsgrupper i Sverige och vad som kan vara bakomliggande orsaker. Rapporten visar att hälsan generellt förbättrats under de senaste decennierna vilket visar sig i att medellivslängden ökar bland både män och kvinnor. En ogynnsam utveckling har däremot varit att det psykiska välbefinnandet försämrats kraftigt under 1990-talet förutom bland den äldsta åldersgruppen. Den negativa utvecklingen har brutits under 2000-talet med undantag av ungdomar där man påvisar en markant ökning av psykisk ohälsa som ökar i takt med åldern. Under de första levnadsåren går det inte att urskilja någon större skillnad mellan könen men under de tidiga tonåren är det framförallt flickornas psykiska hälsa som försämras. Symptom som nedstämdhet, nervositet och huvudvärk uppges hos något fler flickor än pojkar i årskurs 5. I årskurs 9 uppges ett större antal av båda könen dessa symptom men hos flickor är ökningen markant större. Närmare tre gånger fler flickor än pojkar uppges att de känner sig nedstämda. När ungdomarna skattar sina problem framhålls oro för skolprestationer som en stor bidragande orsak. Rapporten framhåller att ängslan, oro och ångest har blivit vanligare bland ungdomar och att fler unga söker sjukhusvård för ångest, depression och självmordsförsök. Ungdomar som uppvisar oro, ängslan och ångest har ofta även andra hälsobesvär så som sömnsvårigheter och värk i nacke och skuldror. Bland de viktigaste faktorerna för ungas välbefinnande nämns hemmiljön, förskolan och skolan. Det moderna samhällets krav på individualisering uppges som en bidragande orsak till ökningen av psykiska besvär. En annan förklaring är att vi idag utsätts för mer psykosocial stress. Något samband mellan den försämrade psykiska ohälsan bland unga och social bakgrund, etnicitet, familjeförhållanden eller socioekonomi framkommer inte i rapporten (Socialstyrelsen, 2009).

I en forskarrapport som ingår i en serie från DEJA (Delegationen för jämställdhet i skolan) sammanfattas forskningen kring sambandet mellan skolan och ungas psykosociala hälsa med utgångspunkt från CHES (Center for Health Equity Studies). Rapporten påvisar att den psykiska ohälsan bland barn och unga har ökat drastiskt under de senaste årtiondena. Symptomen skiljer sig åt mellan könen. Flickorna oroar sig mer för skolarbetet och relationer än vad pojkarna gör. Hos pojkar kan man se ett samband mellan låga skolprestationer och utveckling av kriminalitet och antisocialt beteende. Att flickor mår sämre än pojkar kan ha biologiska förklaringar men kan även hänga samman med könsroller. Flickor har ett sämre självförtroende när det gäller utseende, vikt och kroppsform än pojkar. De oroar sig även mer om relationer till andra. Vidare framhåller rapporten skolmiljöns betydelse för barn och ungas välbefinnande. En god kvalitet på undervisningen, tydliga mål samt möjlighet att påverka sitt lärande är viktiga faktorer för mående, utveckling och skolprestation. Andra viktiga faktorer som påverkar den psykosociala hälsan är vänner, relationer, kost, sömn och motion. Barn och ungdomar har skolplikt och kan därför inte själva välja sin vardag. Det är skolans ansvar att

erbjuda eleverna en miljö där de känner sig trygga. För att stödja goda vanor är det betydelsefullt med god kvalitet på skollunchen, fysisk aktivitet och tillgång till god skolhälsovård. Detta är särskilt viktigt för barn och unga som kommer från resurssvaga hem. Det ska finnas tillgång till daglig skolhälsovård och ett nära samarbete mellan skolsköterska, skolläkare och kurator eller psykolog. Det finns ett stort behov av åtgärder som stödjer de unga att hitta meningsfulla aktiviteter. Skolan måste bli bättre på att se varje elevs behov. Elever som mår dåligt måste uppmärksammas i tid för att få rätt hjälp. De slutsatser som tagits fram i rapporten bygger på ett stort antal rapporter och forskning inom området. Författaren påvisar att det är anmärkningsvärt att få av de rekommendationer som tidigare getts fått något genomslag (Ahrén, 2010).

Genom ett regeringsbeslut den 19 maj 2005 tillsattes en utredning med uppdrag att analysera ungdomars livssituation kopplat till stress och dess påverkan för den psykiska hälsan. Utredningen påvisar en kraftig ökning av psykisk ohälsa bland barn och unga de senaste tjugo åren. Utredarna beskriver utvecklingen som paradoxal eftersom att välfärdssystemen för barn och unga i Sverige hör till de bästa i världen. Ökningen skulle kunna bero på den ökade stressen i samhället samt det moderna samhällets individualisering. Livet är mindre förutsägbart på grund av alla valmöjligheter som individer ställs inför dagligen. Författarna menar att på samma gång som detta är något positivt ställer det samtidigt krav på individen att hantera alla val. Ungdomar kanske inte har utvecklat förmågan att kunna hantera dessa valmöjligheter (Bremberg, Haeggman & Lager, 2006).

Kungliga Vetenskapsakademiens Hälsoutskott tillsatte år 2008 en arbetsgrupp för att bland annat ta reda på om barn och ungas psykiska hälsa har förändrats över tid i Sverige. Rapporten påvisar att den psykiska ohälsan hos ungdomar försämrats från mitten av 1980-talet till mitten av 2000-talet framförallt när det gäller nedstämdhet och oro. I vissa avseenden har andelen flickor med psykiska problem tredubblats och fler flickor vårdas på sjukhus för självmordsförsök. Skolan har en stor betydelse för barns psykiska välbefinnande. Särskilt viktigt är att de första skolåren blir en positiv upplevelse och att barnet lär sig läsa. En dålig skolprestation leder till dålig självkänsla vilket i sin tur kan leda till ett utagerande beteende. Barn som är lågpresterande i skolan får ett sämre självförtroende och en sämre psykisk hälsa än andra barn. Detta samband är större när det gäller flickor än pojkar (Kungliga vetenskapsakademien, 2010).

### **3.6 Specialpedagogik**

Även om specialpedagogiken har vuxit fram ur ett antal teorier och perspektiv har den två betydande huvudspår, ett med förankring inom psykologin och ett i utbildningssociologi (Nilholm, 2007). Den teoretiska utgångspunkten som pedagoger väljer styr uppfattningen av vad som är ett problem och hur problemet ska lösas. Vid en teoribildning som har sin utgångspunkt ifrån Piaget uppmärksammas barnets mognad utifrån stadieindelningar medan Vygotsky opponerade sig mot traditionell psykologi och behaviorism och menar att individen måste ses i sitt sammanhang. Den ömsesidiga påverkan mellan tanke och språk liksom samspel och interaktion är avgörande för lärande. Det är inte genom de individuella processerna utan genom ett aktivt samarbete i en kontext som kunskap konstrueras (Dysthe, 2003).

En av de främsta representanterna för det sociokulturella perspektivet i Sverige är Roger Säljö, professor i pedagogik, vilken på liknande sätt menar att lärande sker genom deltagande i en social praktik, alltså i ett sammanhang (Säljö, 2000). ”Att förstå kopplingen mellan sammanhang och individuella handlingar är något av kärnpunkten i ett sociokulturellt perspektiv” (Säljö, 2000, s.130). Kärnan inom specialpedagogisk forskning är att studera samspel mellan individen och miljön och att utveckla specialpedagogiska teorier (Ahlberg, 2007).

### **3.6.1 Specialpedagogisk historik**

I stora delar av världen är specialpedagogiken en relativt ny företeelse. Begreppet började först användas under 1960-talet i Sverige, Norge och Danmark samt i den engelskspråkiga världen. År 1982 fick skolöverstyrelsen i uppdrag att kartlägga orsaken till att ett stort antal ungdomar lämnade grundskolan utan en fullständig utbildning. I rapporten framkom att specialundervisning ofta var ofruktbar vilket ledde till att speciallärare ersattes med specialpedagoger som en markering på förändrade arbetsuppgifter. Specialpedagogens uppdrag var att minska det enskilda stödet och fokusera på att påverka pedagogerna och den ordinarie undervisningen (Persson, 2007).

### **3.6.2 Ett medicinskt och psykologiskt perspektiv**

Kunskapssynen kring barn i svårigheter har sitt ursprung i ett psykologiskt och medicinskt perspektiv ur vilket man såg barnet som problembärare och gjorde kompensatoriska åtgärder. Rosenqvist (2007) framhåller att den tidigare vetenskapliga disciplinen inom forskning kopplat till specialpedagogiken var avgränsad och snäv och hade en påtaglig anknytning till medicinska och psykologiska traditioner. Under 1900-talet hade psykologin högre status än pedagogiken vilket märktes tydligt när psykologin blev ett eget ämne och professorerna fick välja mellan pedagogik och psykologi. Professorerna valde då den mer statusfyllda psykologin framför pedagogiken (Fischbein 2007).

Jeff Bailey (1998) menar att en förklaring till fokuseringen på det ”sjuka” istället för det ”friska” är härstamningen från det medicinska perspektivet eftersom att läkarnas uppgift var, och är, att hitta och undersöka det sjuka och inte det friska. Bailey menar att detta är en läkares främsta uppgift, vilken är viktig men framhåller samtidigt risken i att bara titta på det medicinska och utesluta andra orsaker till ett barns svårigheter.

På liknande sätt är det med det psykologiska perspektivet där ett barn blir bedömd utifrån ett enda test. Dessa två perspektiv utelämnade andra förklaringar och gav inte en rättvis och riktig bild av ett barns svårigheter enligt Bailey (1998). Ahlberg (2010) framhåller också betydelsen av att ha med flera olika förklaringsmodeller för att få en helhetssyn på barnet. Medicinska/neurologiska, psykologiska, sociologiska liksom pedagogiska granskningar är nödvändiga.

### 3.6.3 Ett tvärvetenskapligt perspektiv

Det specialpedagogiska området är omfattande och tvärvetenskapligt (Fischbein, 2007). Det har inte några egna stora teorier utan består av teorier från andra vetenskaper – medicinska, psykologiska, sociologiska och pedagogiska (Ahlberg, 2007). Det finns alltså inte enbart en kärna inom specialpedagogiken utan flera vilka dessutom varierar över tid. Under vissa perioder har det individuella fokuserats och under andra har tonvikten lagts på samhällsliga och organisatoriska ramar (Nilholm & Björk-Åkesson, 2007). Fischbein (2007) framhåller vikten av att specialpedagogiken utvecklas som ett eget kunskapsområde för att den ska vara mer förebyggande. När det individuella fokuseras hamnar betoningen på att kompensera svårigheter som redan uppkommit. Fokus borde istället vara samspelet mellan det individuella och det omgivande och de förebyggande insatserna borde få större plats enligt Fischbein.

### 3.6.4 Det kategoriska och relationella perspektivet

Den specialpedagogiska forskningen beskriver vikten av att studera samspel mellan individ och dess miljö och utifrån detta finns olika perspektiv och kategoriseringar. Från 1970-talet har ett perspektivskifte skett när det gäller begreppen *handikapp* respektive *funktionshinder*. Tidigare ansågs ett funktionshinder vara en begränsning av individens förmåga men perspektivet har förskjutits mot att innefatta hinder i miljön, den kontext som gör att ett handikapp uppstår för en enskild individ (Skolverket, 2005). Det här slaget av perspektivskifte i sättet att tänka och möta barn i behov av särskilt stöd kan beskrivas utifrån två perspektiv. Det *kategoriska* perspektivet, vilket ligger nära de medicinska och psykologiska förklaringsmodellerna, är inriktat på eleven som bärare av problematiken. Förskolans och skolans insatser riktas då mot eleven med grund i begåvning, funktionshinder eller hemförhållanden. I det andra perspektivet, det *relationella*, hamnar fokus inte på individnivå utan på de omgivande faktorernas påverkan på individen. I förskolan och skolan ses individen i det sammanhang han eller hon befinner sig och det som fokuseras är hur verksamheten utformas och anpassas (Skolverket, 2005). Den specialpedagogiska forskningen har dominerats av ett kategoriskt perspektiv och varit individinriktad, eleven har setts som bärare av problemet (Clark, Dyson & Milward, 1998). Det paradig som tidigare dominerat inom specialpedagogiken har kännetecknats av isolering och åtskillnad. Ahlberg (2007) påvisar att de senaste årens specialpedagogiska forskning till största delen istället knyter an till ett relationellt perspektiv och inkludering.

Dyson (2006) menar att inklusionsbegreppet har fått ett slags herravälde i England och många andra länder på så vis att det utger sig för att så gott som omfatta hela problematiken kring elever i behov av stöd. Rosenqvist (2007) anser att det relationella perspektivet behöver fördjupas om förskolan och skolan ska klara av att möta alla olika elever. Bailey (1998) framhåller riskerna kring att en inkluderande skola skulle kunna övergeneraliseras och användas som en ursäkt för besparingar. Clark, Dyson & Milward (1998) menar att både det kategoriska och det relationella perspektivet ofta förenklar problematiken och att de saknar förankring i praktiken.

Skolans oförmåga att hantera den stora variationen av elever kan leda till segregering vilket i sin tur kan medföra en sämre självkänsla för eleven (Fischbein, 2007). Clark, Dyson och Milward (1998) framhåller risken med att diagnoser kan leda till ett ökat fokus på



problematiken. Alla elever har starka sidor som bör fokuseras och som kan användas konstruktivt i skolsituationen.

### **3.6.5 Barn i behov av särskilt stöd**

Under stora delar av 1900-talet har enskilda elever särskilts ur gruppen och ansetts vara bärare av problem i skolsituationen. Många olika varianter av grupperingar har uppkommit för elever som inte betraktas som normalbegåvade. Syftet har varit att stökiga elever skulle *behandlas* och sedan flyttas tillbaka till den vanliga klassen, vilket nästan aldrig inträffade (Emanuelsson, 2006).

Begreppen *barn med behov av särskilt stöd* och *barn med särskilda behov* lanserades 1968 och vidareutvecklades 1991 till *barn i behov av särskilt stöd*. Genom detta betonades att barns eventuella problem inte bara beror på egenskaper hos barnet utan även mötet mellan barnet och de människor och den miljö som omger barnet (Skolverket, 2005). Vilka barn som bedöms vara i behov av olika former av stöd hänger alltså till stor del samman med hur samhället och skolan identifierar begrepp som *normalitet* och *avvikelse* (Emanuelsson, I, Persson, B och Rosenqvist, J 2001).

I skollagen (2010:800) påvisas att skolan ska ta hänsyn till barns olika behov och ge alla barn och elever den hjälp de behöver utifrån sina egna förutsättningar och behov. Även i förskolan ska barn som av olika skäl behöver särskilt stöd i sin utveckling få det stöd på det sätt och i den omfattning som behövs för att kunna utvecklas och lära enligt läroplanen. Det särskilda stödet ska främst ges inom den elevgrupp som barnet eller eleven tillhör men om det finns särskilda skäl får det ges enskilt eller i en annan undervisningsgrupp.

## **4. Teoretiska utgångspunkter**

### **4.1 Socialkonstruktionism**

Socialkonstruktionismen har flera olika angreppssätt och sina rötter i den poststrukturalistiska teorin. Den huvudsakliga ideologin är att språket är centralt för vår förståelse av verkligheten och att det är genom språket som vi formar verkligheten och tilldelar den dess betydelse (Winter Jørgensen & Phillips, 2000). Socialkonstruktionismen menar att vår syn och förståelse av kunskap och världen är kontingent, det vill säga att sättet på vilket vi kategoriserar och uppfattar vår tillvaro är styrt av kulturella och historiska specifika föreställningar av vår tillvaro. Dessa föreställningar är inte bestående och förändras med tiden. Winter Jørgensen och Phillips (2000) förklarar att sambandet mellan kunskap och sociala processer är grundläggande inom socialkonstruktionismen. Det är genom social interaktion mellan människor som vi skapar och förstår vår värld och omgivning. Gemensamt för samtliga metoder inom socialkonstruktionistiska studier är att de är kritiska vilket betyder att kunskap inte är en objektiv sanning.

Vivien Burr (i Winter Jørgensen & Phillips, 2000) förklarar att den kritiska inställningen till självklar kunskap inte kan betraktas som objektiv av den anledning att det är vi själva som kategoriserar våra föreställningar om världen utifrån vår kunskap. Burr påpekar att det finns många och varierande angreppssätt inom socialkonstruktionismen och beskriver fyra grundläggande gemensamma premisser. Förutom en *kritisk inställning till självklar kunskap* där kunskap inte ses som en objektiv sanning beskriver hon en *historisk och kulturell specificitet* – att kultur och historia präglar vår kunskap om världen och att den är kontingent. *Samband mellan kunskap och sociala processer* – kunskap formas i sociala processer och social interaktion. Gemensamma sanningar byggs upp samtidigt med en pågående strid om vad som är sant och osant. *Samband mellan kunskap och social handling* – bunden till skilda bestämda världsbilder blir människans agerande naturlig medan andra blir absurda. Sociala handlingar skiljer sig åt utifrån olika sociala världsbilder vilket ger påtagliga samhällsliga konsekvenser utifrån den sociala konstruktionen av kunskap och sanning.

## 4.2 Diskursanalys

Vår studie har en diskursanalytisk ansats vilket betyder att den utgår från ett ontologiskt antagande att diskurser formas i den sociala verklighet runt omkring oss.

Diskursanalys är en metod vars funktion är att identifiera och beskriva diskurser. Det är en allt vanligare metod inom samhällsvetenskaplig forskning och är ett av flera angreppssätt som socialkonstruktionister använder. Metoden handlar bland annat om att identifiera och klassificera skilda fenomen i samhället till någon form av överordnad diskurs. Teori och metod är sammanflätade. Med stöd i analysen söker forskaren ta reda på vad som sägs och vilken påverkan diskurserna som upptäcks har i olika sammanhang. En definition av diskursbegreppet kan förklaras som ett bestämt sätt att uppfatta, prata om samt göra världen, eller delar av den, begriplig (Winther Jørgensen & Phillips, 2000).

Målet med en diskursanalys är inte att hitta de bakomliggande orsakerna till diskursen, att förklara vad människor egentligen menar i sina uttalanden eller på vilket sätt saker och ting egentligen är. Det är språket som är föremålet för att undersöka vilka mönster som existerar i en kontext och vilka sociala konsekvenser som följer med de varierande diskursiva formuleringarna (Winther Jørgensen & Phillips, 2000). För vår studie handlar det om att ta reda på vad och hur professionerna talar om arbetet kring barn och unga med psykisk ohälsa. Börjesson och Palmblad (2007) säger att en verklighet har konstruerats så fort språk används, språket frammanar och konstituerar vår verklighet. Diskurser utformar världar, sociala relationer, förståelser och företeelser.

Det finns skilda sätt att förhålla sig till diskursanalys. De olika tillvägagångssätten skiljer sig främst åt i synen på diskursernas räckvidd. En del omfattar endast språket medan andra inkluderar även alla sociala fenomen. Det finns även skillnader i analysen. En del är mer inriktade på vardagskommunikation medan andra är mer abstrakta och fokuserar på diskurser på samhällsnivå (Winter Jørgensen & Phillips, 2000).

Den franske historikern och filosofen Michael Foucault är en av diskursanalysens förgrundspersoner. Han anses vara den som främst utvecklat teori och begrepp genom flera empiriska undersökningar inom diskursanalys. Foucault utgår från de generella

socialkonstruktionistiska antagandena att kunskap följaktligen inte bara är en avspegling av vår verklighet.

Foucault menar att diskurser i stort sätt är regelbundna och gränssättande i vad som skapar mening (Winter Jörgensen & Philips, 2000). Foucault påvisar att man måste ta hänsyn till andra processer förutom språket. Diskurser behöver kopplas och förankras i ett historiskt och kulturellt sammanhang (Bergström & Boréus, 2012). Foucault sätter makten i fokus och menar att kunskap och makt är sammanlänkande. Han ser inte makten som ett sätt som förtrycker och begränsar oss utan ser den även som produktiv. Makt kan ge förutsättningar till positiva möjligheter för att skapa vår sociala värld (Winter Jörgensen & Philips, 2000).

Ernesto Laclau och Chantal Mouffe är två politiska teoretiker som anses vara centralfigurer inom diskursteori. Deras teorier bygger även på Foucaults antaganden om diskurser och diskursanalyser. De båda teoretikerna vidgar diskursbegreppet och inkluderar alla sociala fenomen. De anser även att omvärlden och sociala fenomen är i ständig förändring. Diskurser står i ständig kamp med varandra i frågan om mening och meningsskapande i syfte att erövra hegemoni. Dominerande samhällsuppfattningar utmanas inte och får tolkningsföreträde. Hegemonin förändras först när den utmanas av andra diskurser som ger andra möjliga tolkningar av verkligheten (Bergström & Boréus, 2012). Ett diskursteoretiskt analytiskt angreppssätt har fokus på att kartlägga diskurser som råder i samhället vid ett visst tillfälle eller runt ett bestämt socialt område. I vår studie rör det sig om två barnhälsoteam och två elevhälsoteam.

## 5. Genomförande

Studiens syfte är att kartlägga hur två barnhälsoteam och två elevhälsoteam talar om arbetet runt barn och unga med psykisk ohälsa. Vi har valt den diskursiva ansatsen för att få svar på våra frågor. I en kvantitativ metod är det svårt att få ett djup i resultatet i motsats till en kvalitativ menar Staffan Stukat (2005). Vid kvalitativa metoder är forskaren på olika sätt deltagande i den sociala verkligheten som ska undersökas och analyseras och i en diskursiv studie kan man säga att forskaren är medskapare till berättelsen (Winter Jörgensen & Phillips, 2000). Vi har valt att använda oss av fokusgruppsintervjuer. Wilkinson (i Wibeck, 2000) framhåller att fokusgruppsintervju är en lämplig metod när forskare ska undersöka hur en grupp personer diskuterar och skapar en mening i ett ämne. Ann Ahlberg (2007) menar att tal och handling inte går att skilja åt och att intervjuer ger forskaren information både på djup och bredd i motsats till observationer och enkäter. Vi använder oss av en diskursanalytisk ansats vilken utgår från antagandet att vi får och skapar kunskap om vår värld genom olika diskurser.

### 5.1 Fokusgruppsintervju

Fokusgruppsintervju är en lämplig metod för att intervjua en grupp personer och samtala runt ett förbestämt ämne. Olika former av gruppintervjuer har använts av samhällsvetenskapliga forskare sedan 1920-talet. Strax innan andra världskriget började Robert Morton och Paul Lazarsfield som arbetad vid sociologiska institutionen på Columbia University analysera en gruppintervju och de reagerade då på att samtalsledaren styrde konversationen med ledande frågor. För att motverka detta ville Lazarsfield att Morton skulle agera som en moderator för

att få deltagarna mer aktiva. Detta blev början på dagens fokusgruppsintervjuer och sedan 1980-talet har intresset ökat för denna form av intervju (Wibeck, 2000).

Valet av fokusgruppsintervjuer faller sig naturligt i vår studie då vi ska intervjua barn- och elevhälsoteam där flera professioner samarbetar. Wibeck (2000) klargör att termen fokus syftar till att denna form av gruppintervju har ett förbestämt ämne som ska diskuteras. En fokusgruppsintervju handlar om att rekrytera lämpliga personer till en grupp som leds av en moderator och initieras av ett stimulimaterial. Intervjun spelas in, transkriberas och avslutningsvis analyseras (Wibeck, 2000). I jämförelse med andra intervjuer, där forskaren får en maktposition, menar Wibeck (2000) att fokusgruppsintervjuer minskar makten hos forskaren i relation till deltagarna. Fördelen med metoden är att gruppen får ställa frågor till varandra samt att deltagarna får stöd i varandra. Eftersom vi har valt att intervjua redan existerande grupper där olika professioner ingår blir valet av en heterogen grupp naturligt. En risk med redan existerande grupper menar Wibeck (2000) är att personerna i gruppen tas för givna eller redan vet vad de andra tycker i en fråga eller i ett ämne. Detta ställer krav på en medvetenhet hos moderatören så att han eller hon kan styra samtalen och ställa utmanande frågor inom ämnet. Fördelen menar skribenten är att alla deltagarna vågar delta i diskussionen. Genom att använda sig av redan existerande grupper får forskaren en bild av hur beslut och idéer fattas utifrån gruppens sociala kontext (Wibeck, 2000).

Moderatorns deltagande ser olika ut beroende av om intervjun är strukturerad eller ostrukturerad. I en strukturerad intervju styr moderatören över frågorna, gruppdynamiken och har en stark kontroll över ämnet. I en ostrukturerad intervju är respondenterna fria att diskutera ämnet och moderator försöker hålla sig mer passiv (Wibeck, 2000). Det finns för- och nackdelar med båda tillvägagångssätten menar författaren. I en strukturerad intervju finns risken att deltagarna inte får utrymme för egna åsikter och att moderatorns involverande påverkar respondenterna med sina föreställningar. I en ostrukturerad intervju med låg inblandning av moderatören kan samtalen mellan deltagarna bli tämligen oorganiserat och materialet blir svårt att analysera (Wibeck, 2000). I vår undersökning ville vi både kunna styra in samtalen i vårt ämnesval men också tillåta spontana reflektioner i gruppen. I våra fokusgrupper använde vi oss därför av en halvstrukturerad intervju där vi som moderator hade en mindre kontroll över intervjun fast ändå kunde se till att alla kom till tals och kontrollera att deltagarnas diskussioner inte hamnade för långt utanför ämnet. Samtidigt gav vi deltagarna möjlighet att samtala med varandra och diskutera viktiga aspekter och uppfattningar i ämnet.

Som komplement till ljudupptagning kan en bildupptagning bistå. Det kan dock bli negativa påföljder av en bildupptagning då deltagarna kan känna sig obekväma enligt författaren. En möjlighet är att istället använda sig av en assistent i intervjun som för anteckningar som ett stöd till ljudupptagningarna. En annan fördel är att moderator och assistent kan ha en *debriefing*, det vill säga ett samtal, efter intervjun där de delger varandras upplevelser av sessionen (Wibeck, 2000).

## 5.2 Urval

Vårt val av respondenter grundar sig i några olika kriterier. Den psykiska ohälsan har ökat hos barn och unga de senaste åren och Socialstyrelsen (2005) befarar att den kommer att utgöra ett stort folkhälsoproblem inom en snar framtid och påtalar vikten av att den psykiska ohälsan uppmärksammas tidigt. Förskolan, skolan samt fritidshemmen blir viktiga arenor för att förebygga den psykiska ohälsan bland barn och unga. Elevhälsan har fått en förstärkt roll i skollagen (2010:800) och utifrån detta blir elevhälsoteamens roll viktig och intressesant att undersöka. Då en av oss är verksam inom förskolan och den andra i skolan föll valet på att göra en undersökning i både barn- och elevhälsoteam.

Rekrytering av deltagare gjordes genom kontaktpersoner. Personalbemanningen i team inom förskola och skola ser olika ut. Elevhälsoteamens professioner utgår utifrån skollagens riktlinjer. Enligt skollagen ska elevhälsan i skolan omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser (Skolverket, 2010). Förskolan omfattas av de icke medicinska delarna men är inte ålagd att upprätta barn/elevhälsoteam. Våra kriterier för de deltagande barnhälsoteamen i förskolan var att de innehöll professionerna specialpedagog, förskolepsykolog samt förskolechef. Flera team inom förskola och skola var intresserade av att medverka i vår studie men fick väljas bort på grund av att de inte kunde avsätta tid för en intervju inom den tidsram som vi hade för vår studie. Det visade sig också svårt att rekrytera barnhälsoteam då dessa på många ställen var under uppbyggnad. Utifrån dessa förutsättningar fick vi välja de team som kunde delta inom studiens längd och hade ett stort intresse för ämnet psykisk ohälsa hos barn och unga. Fokusgruppsintervjuerna utfördes i två barnhälsoteam samt två elevhälsoteam. Wibeck (2000) påpekar att allt för många grupper genererar i ett stort antal sidor transkription och ett näst intill svårhanterligt material. Nackdelen med färre grupper kan vara att det är svårt att få tillräckligt med information. Eftersom studiens tid var begränsad hade vi inte möjlighet att genomföra ett större antal intervjuer därför begränsade vi oss till fyra fokusgrupper.

Wibeck (2000) poängterar vissa kriterier för en bra sammansättning av en grupp utifrån studies syfte. Författaren poängterar vikten av att deltagarna har kunskap och intresse i ämnet så att de kan förhålla sig till det. De barnhälsoteam och elevhälsoteam som vi intervjuat ingår i redan existerande grupper. En risk med redan existerande grupper menar Wibeck (2000) är att personerna i gruppen tas för givna eller redan vet vad de andra tycker i en fråga eller ett ämne. Fördelen är att respondenterna inte är rädda att delta i diskussionen när de känner varandra. Kitzinger (i Wibeck, 2000) anser att ett starkt skäl till att använda sig av redan existerande grupper är den inblick som forskaren får av hur idéer och beslut tas i dess sociala kontext. Utifrån ett diskursanalytiskt perspektiv går detta i linje med vårt val av grupper.

## 5.3 Generaliserbarhet och trovärdighet

Då studien inte kommer utgå från en större undersökningsgrupp blir generaliserbarheten begränsad. För att ha möjlighet att urskilja mera genomgripande och generella diskurser för barn- och elevhälsoteam skulle studien behöva vara mycket mer omfattande än den är. Stukat (2005) förklarar vikten av att resonera kring vem resultatet gäller för. Undersöks en mindre grupp kan inte resultatet bli representativt för en större population. Vårt resultat kommer inte att kunna generaliseras till andra barn- och elevhälsoteam utan endast till dem som innefattas

av vår undersökning. Inom diskursanalys används termen trovärdighet istället för validitet och reliabilitet. Bergström och Boréus (2012) förklarar att inom samhällsvetenskap kan trovärdigheten i en del varianter av diskursanalys förefalla problematisk. Kritiker mot diskursanalys menar att svårigheten kan ligga i att förstå slutsatser på grund av dålig genomlysning eller att de kan vara svårt att tolka enligt (a.a.). En öppnare syn på analysverktyg går ut över intersubjektiviteten, det vill säga möjligheten för andra att komma fram till samma resultat i en undersökning. Varje specifik undersökning måste bedömas var för sig. Författarna klargör vikten av att vara noggrann med att beskriva hur forskaren kommit fram till ett bestämt resultat för ökad intersubjektivitet. Winther Jörgensen och Phillips (2000) påpekar också vikten av att bedöma en studies trovärdighet. Forskaren måste vara noga med att förklara sina utgångspunkter, tillvägagångssätt, analysverktyg och slutsatser för att ge läsaren möjlighet att i alla steg bedöma processen och dra egna slutsatser. Dessutom ska det empiriska materialet redogöra för utvalda representativa exempel från analysen.

Vi ser denna studie som ett resultat av vår förförståelse, av tidigare forskning och den socialkonstruktionism som diskursanalys har sina rötter i. Som vi nämnt ovan kan vårt resultat endast appliceras till de team vi intervjuat. Vi anser att vi kan använda våra informanternas utsagor som säkra källor då vårt syfte inte är att leta efter vad som är sant eller falskt utan att ta reda på hur dessa team talar om den psykiska ohälsan hos barn och unga samt vår tolkning av den insamlade empirin. Winther Jörgensen och Phillips (2000) hävdar att det finns en svårighet att analysera och tolka fram diskurser i verksamheter där man som forskare själv är verksam eller i vilka man har en bestämd åsikt om. Winther Jörgensen och Phillips (2000) framhåller: "Här måste man så gott det går försöka sätta parentes kring sig själv och sin egen "kunskap" så att ens egna värderingar inte överskuggar analysen" (s.28). Vi är medvetna om att iakttagelser samt synliggörande av våra egna positioneringar, värderingar samt vår förförståelse är grundläggande för empirins trovärdighet. Vi har lagt ner mycket tid under analysen på att försöka vara objektiva genom att diskutera och medvetandegöra vår egen förförståelse.

## 5.4 Empiri

Studiens empiri är hämtad från fyra fokusgruppintervjuer utförda i två barnhälsoteam samt två elevhälsoteam. Innan intervjuerna genomfördes skickade vi ut ett informationsbrev och en intervjuguide till deltagarna (se bilaga 1 och 2). Intervjuerna genomfördes på respektive barn- och elevhälsoteams arbetsplatser. Enligt Wibeck (2000) ökar trovärdigheten då samtal sker i deltagarnas egen bekanta miljö. Besöket hos teamen tog ungefär 1,5 timmar per team och intervjuerna var på cirka 60 minuter vardera. Innan intervjuerna startade gjordes en presentation om oss själva, ämnet och studien. Deltagarna informerades om hur en fokusgruppintervju går till samt om vetenskapsrådets etiska principer. Intervjun inleddes med några inledningsfrågor för att sedan gå över till de fyra temafrågorna och avslutades med en slutfråga där deltagarna själva fick möjligheten att komplettera med viktiga aspekter som vi kunnat förbise.

Wibeck (2000) framhåller möjligheten att ha en assistent som hjälp under en intervju. Dennes uppgift blir att stödja moderatoren i uppgifter som att föra utförliga anteckningar, sköta inspelningar och ta hand om olika händelser som kan uppkomma under samtalen. Eftersom vi är två personer som genomför vår studie gav det oss möjligheten att inta dessa två roller under intervjuerna. Fokusgruppsintervjuerna dokumenterades med hjälp av diktafon samt en

mobiltelefon ifall någon av ljudupptagningarna skulle misslyckas. Vi valde bort alternativet med bildupptagning då vi hade möjligheten att en av oss kunde agera som assistent. Assistentens roll blev att sköta diktafonen, ta hand om personer som skulle kunna dyka upp eller avvika under intervjun samt utföra anteckningar. Anteckningar fördes under hela samtalet som stöd till ljudupptagningarna. Dessa bestod av kortare noteringar av vad de olika professionerna sade. Vi turades om att inta rollen som moderator och assistent vid intervjuerna.

Vi valde att använda oss av halvstrukturerade intervjuer där vi som moderator kan delta genom att styra samtalet och gruppdynamiken. Vårt deltagande som moderator bestod i att hålla gruppen till de frågor vi valt, se till att alla kommer till tals, samtidigt som vi tillät en lite friare diskussion så att deltagarnas egna erfarenheter och kunskaper skulle komma fram. När något var oklart för oss eller när deltagarna talade om sådant som ur forskningshänseende visade sig intressant bad vi deltagarna klargöra detta vidare. Wibeck (2000) menar att en debriefing kan vara ett bra komplement till analysarbetet. Efter varje intervju hade vi en kort debriefing på ungefär en timma som spelades in där vi delgav varandra våra omedelbara intryck av intervjuerna vilka kunde vara värdefull för vår studie.

## 5.5 Analys och bearbetning

Studiens empiriska material är analyserat och bearbetat utifrån ett diskursanalytiskt perspektiv. Bergström och Boréus (2005) påpekar att det inte finns klara och tydliga metoder att använda för att bearbeta och analysera insamlad empiri. Forskaren får efter huvudriktningarna inom diskursanalys själv undersöka vilka analysverktyg som är lämpliga för studien. I ett första steg transkriberades inspelningarna ner med både frågor och svar för ökad trovärdighet. Vi delade upp inspelningarna mellan oss så att vi avlyssnade och transkriberade de intervjuer där vi varit moderator. Intervjuerna är inte transkriberade på detaljnivå. Winther Jörgensen och Philips (2000) framhåller att forskaren måste besluta vad som är betydelsefull att transkribera i förhållande till forskningssyftet. Vår avsikt är inte att göra en omfattande mikrolingvistisk analys. Utifrån ett diskursanalytiskt perspektiv har vi undersökt hur teamen *talat om* arbetet runt barn och unga med psykisk ohälsa. Vi har hållit oss till en mindre detaljerad transkribering. Harklingar, skratt och pauser har inte skrivits med. Ytterligare reducering av talet var när vissa uttalanden var ohörbara då flera av deltagarna talade samtidigt. Ohörbara kommentarer är markerade med tre punkter och namn som nämns är markerade med tre kryss.

Det andra steget var att läsa igenom texten. Samtliga 46 sidor av den transkriberade empirin lästes igenom flera gånger. I analysarbetet av det insamlade materialet har vi utgått från de fyra olika teman i intervjuguiden (se bilaga) som vi haft i våra fokusgruppintervjuer och som nedan redovisas under rubriker som utgår från dessa teman. Den transkriberade texten har noga genomlästs flera gånger för att finna mönster och olika diskurser som har en koppling till vårt syfte och våra frågeställningar. Texten lästes igenom utifrån de fyra teman som intervjufrågorna utgick ifrån. Textavsnitt med en tydlig koppling till vårt syfte markerades och delades in i olika teman och diskurser. I tredje steget markerades textavsnitten med överstrykningspennor i olika färger och därefter analyserade och identifierade vi olika diskurser. Dessa plockades ut ur texten och sammanställdes under aktuella rubriker. De citat som valts ut bedöms ge en bild av olika aspekter av empirin som helhet, både samstämmighet och motstridighet, när det gäller talet kring barn och unga med psykisk ohälsa.

## 5.6 Tolkningsprocessen

Winter Jörgensen & Phillips (2010) framhåller att mottagarna av texter förvaltar innehållet aktivt när olika diskurser plockas ut och avgränsas. Det som uppfattas entydigt för en mottagare kan verka motsägande för någon annan. Tolkningsprocessen påverkas av synsättet att närma sig data på som en social konstruktion. Forskaren är medskapande i att konstruera data. Våra individuella reflektioner diskuterades för att klargöra samt för att få en gemensam förståelse av de delar av empirin som plockades ut. Enligt Bergstöm & Boréus (2012) närmar sig mottagaren en text med en förförståelse vilken möjliggör en tolkning av texten. Vår bakgrund och de kontexter vi befinner oss i påverkar vår förståelse av texten. En text har därmed en föränderlig betydelse eftersom att olika individer ger den olika tolkningar i olika historiska sammanhang. Det är viktigt att vara medveten om den förförståelse som vi bär med oss. Vi samtalade om vilka olika diskurser i samhället och inom vår verksamhet som påverkade oss för att synliggöra och utmana vår egen förförståelse. Detta var en intressant och nyttig process för att skilja på våra subjektiva och den objektiva förståelsen av de diskurser vi synliggjort.

## 5.7 Etiska aspekter

Fokusgruppsintervjuer kan verka mer etiskt korrekta än enskilda intervjuer eftersom det är lättare för deltagarna att välja att avstå från frågor som upplevs som känsliga. Fullständig anonymitet är svår att utlova men det går att uppnå konfidentialitet (Wibeck, 2000). Vi har följt de krav och rekommendationer som framkommer i Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet [HSFR] gällande informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Dessa är till för att skydda informanternas integritet. Enligt informationskravet ska samtliga deltagare bli upplysta om vilka villkor som gäller för deras deltagande. Deltagandet är frivilligt och det är möjligt att när som helst avbryta sitt deltagande. Samtyckeskravet handlar om att de som medverkar själva har rätt att bestämma över sin medverkan. Dessa krav har uppfyllts genom att samtliga deltagare blivit skriftligen informerade i ett informationsbrev i god tid i förväg samt muntligen informerade vid intervjutillfället om dessa etiska krav samt studiens syfte och frågeställningar. Konfidentialitetskravet innebär att alla uppgifter kring de medverkande ska förvaras och avrapporteras så att ingen person kan identifieras av utomstående. Vårt insamlade material har endast använts till studien och har förvarats säkert. Ingen person har skrivits fram så att han eller hon kan identifieras av utomstående. Det insamlade materialet har enbart använts till vår studie i enlighet med nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002).

## 6. Resultat

Studien syftar till att undersöka hur professionerna i två barnhälsoteam och två elevhälsoteam talar om arbetet kring barn och unga med psykisk ohälsa. I den nya skollagen (2010:800) har elevhälsan fått tydligare krav på sig och ska nu även omfatta det psykosociala arbetet. Elevhälsan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande. Förskolan omfattas inte av de medicinska delarna av elevhälsan och är inte ålagda att upprätta elevhälsoteam däremot uttrycker skollagen (2010:800, 9§) att de barn som av fysiska eller psykiska skäl behöver särskilt stöd i sin utveckling har rätt att få det stöd som de behöver.



Med diskursanalysens begrepp kan man säga att hälsoarbetet på nationell nivå är förbundna med en lång rad sociala praktiker knutna till olika institutioner såsom exempelvis förskola eller skola. Under ett flertal år har dessa praktiker i viss grad homogeniserats och standardiserats inom respektive institutioner. Samtidigt har den nationella diskursen, vilket bland annat kommer till uttryck genom förändrade styrdokument, etablerats som diskursiv praktik. I vår studie fokuseras den diskursiva nivån för att se hur det nationella definieras och används i bestämda situationer i förskola/skola. Det är emellertid viktigt att poängtera att diskursen är en kontingent konstruktion av verkligheten det vill säga att den kan beskrivas annorlunda och ur andra perspektiv. Samtidigt i ett diskursanalytiskt perspektiv är man intresserad av kampen om hegemoni mellan olika framställningar om världen (Winther Jørgensen & Phillips, 2000).

I texten använder vi oss av tre analytiska begrepp som används inom diskursanalys; hegemoni, antagonism och subjektposition. Hegemoni är en diskurs som inte utmanas. Antagonism innebär en konflikt som uppstår när olika diskurser stöter ihop och hindrar varandra och begreppet subjektposition syftar till att en individ eller aktör får olika positioner beroende av vilket sammanhang eller kontext personen befinner sig i.

Vi har identifierat följande diskurser i vår studie *Den (o)tydliga hälsodiskursen, Den tydliga medicinska/individinriktade diskursen, Den (o)tydliga inre samverkansdiskursen och Den (o)tydliga yttre samverkansdiskursen* som vi presenterar nedan. Vår studie vill inte visa på eller ge förklaringar till om de identifierade diskurserna är bättre eller sämre utan snarare visa på hur olika diskursiva artikuleringar av konkreta situationer ger olika slags handlingsanvisningar för lösningar av dem det vill säga olika konsekvenser för verksamheten, vilket vi kommer att diskutera i vårt diskussionsavsnitt.

## **6.1 Den (o)tydliga hälsodiskursen**

I denna diskurs blir tre tecken centrala; definitionsfrågan, akutåtgärder och undervisningsmiljön.

### **6.1.1 De osäkra definitionerna**

I samtliga team går det att urskilja en viss osäkerhet kring definitionen av begreppen *hälsofrämjande* och *förebyggande* samt skillnaden mellan begreppen förbyggande och hälsofrämjande. Det finns också en tendens att sätta likhetstecken mellan de båda begreppen. Flera av respondenterna avslutar svaren på frågan kring identifikation av begreppen med uttalanden liknande följande ”det är för mig hälsofrämjande och förebyggande.” I ett av teamen görs en direkt koppling mellan de båda begreppen. ”Att jobba hälsofrämjande är förebyggande.” En annan respondent säger ”Ja, hur definierar vi det?”

Men sen det här med främjande och förebyggande, för vi, när vi började jobba försökte vi identifiera det lite grann vad det betyder. Vad är skillnaden med främjande och förebyggande arbete? Det är inte helt enkelt.

Även om det finns en medvetenhet kring vikten av att gemensamt utarbeta definitioner av begreppen och diskussioner kring ämnet har påbörjats i samtliga team kan detta tolkas som att arbetet inte vidareutvecklats. Följden blir att några gemensamma definitioner inte har befasts i teamen. Detta påvisas återigen när en av respondenterna delar de båda begreppen och samtidigt framhåller att definitionerna troligen kommer att tolkas på skilda sätt av de olika professionerna i teamet eftersom att teamet inte har haft gemensamma diskussioner kring hur var och en definierar begreppen.

Kan vi dela på begreppen och ta hälsofrämjande först? Vi har inte suttit och diskuterat var för sig vad de betyder för oss. Här kommer nog personliga tolkningar i de här svaren.

Genomgående i samtliga intervjuer sammankopplas de båda begreppen utan någon större åtskillnad. Det är endast vid några få tillfällen som respondenterna skiljer på begreppen. Enligt Antonovsky (1991) är det viktigt att utarbeta en gemensam uppfattning kring vad hälsa är och hur den ska uppnås. Vi ser i utsagorna kring det förebyggande och hälsofrämjande arbetet att de olika definitioner som professionerna ger inte blir motsagda eller utmanade vilket tyder på hegemoni i talet om osäkerheten om definitionen av begreppen. Vår tolkning är att den uteblivna gemensamma definitionen kan leda till att det inte finns någon tydlighet kring hur det förebyggande och hälsofrämjande arbetet ska uppnås. Vilka blir konsekvenserna när gemensamma definitioner inte har utarbetats?

### 6.1.2 Akutåtgärder

I samtliga team råder det på liknande sätt hegemoni i talet kring vikten av tidiga insatser när det gäller det förebyggande arbetet. Trots denna medvetenhet och en explicit uttryckt önskan att arbeta mer förebyggande framkommer det i utsagorna att det är de akuta insatserna som bland annat benämns som "sirenutryckningar" eller "brandkårsutryckningar" som får företräde och att det förebyggande arbetet får stå tillbaka. Hur kommer det sig att det är de akuta insatserna som får företräde framför det hälsofrämjande och förebyggande arbetet och vilka konsekvenser får detta?

Att man vill komma in och göra ett jobb innan det har hänt någonting. Men det är väldigt sällan det är så. Oftast får man uppdragen när det har hänt någonting.

En av respondenterna uttrycker på liknande sätt att det är akututryckningarna som får företräde och att det önskvärda vore att få fokusera mer på det förebyggande arbetet. Samtidigt är det ofrånkomligt att akututryckningar uppstår, det går inte att undvika helt.

Vi hade mycket akututryckningar och då fanns det inte så mycket tid att jobba förebyggande fast akututryckningar tar väldigt mycket tid. Det försöker vi jobba bort för tanken är ju att vi ska ha ett så förebyggande nätverk att vi får upp allt tidigt så att det inte ska bli så många akututryckningar. Samtidigt är det så att det blir akututryckningar runt elever som faktiskt mår dåligt och har svårt i skola. Målet är att arbeta mer proaktivt än reaktivt.

Vad som ska tas upp i elevhälsan och när det ska tas upp beskrivs som en balansgång. Det är inte bra om man har väntat för länge så att problemen har blivit för stora. Men pedagogerna bör inte heller ta upp ett ärende i elevhälsan utan att först ha prövat olika åtgärder.

Det är jättejobbigt när det kommer hit stora hönor som man ska bearbeta och brottas med, men det är också inte heller bra när det kommer sådana där små fjädrar som bara flyger runt så som lagen kan reda i själv egentligen. Man vill ju liksom ha lite mellanting där emellan /.../ Och då tänker jag att förhoppningen är att man ska ha prövat lite olika saker innan man kommer hit.

Elevhälsoteamen beskriver att ”de” det vill säga pedagogerna huvudsakligen kommer med färdiga problem som ska lyftas medan ”vi” det vill säga professionerna i elevhälsan har en önskan om att arbeta mer förebyggande gentemot gruppen och på så vis minska behovet av akuta insatser. Detta kan ses som en hegemonisk kamp mellan vilken diskurs som ska dominera, de akuta insatserna eller det förebyggande arbetet.

### **6.1.3 Den goda undervisningsmiljön**

En återkommande diskurs vad gäller det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i intervjuerna är betydelsen av ett gott ”bemötande”, att arbeta ”relationsskapande” och valet av ”förhållningssätt”.

Den här medvetenheten då hos pedagogerna. Jag är viktig för hur det här barnet har det. Mitt sätt att möta, mitt sätt att prata med, hur vi pratar om barn, hur vi tänker om barn, vad vi ser, vad barn behöver generellt. Det är för mig hälsofrämjande och förebyggande.

Forskning framhåller att en stabil förskolemiljö är ett komplement till hemmet och att förskolan, skolan och fritidshem är goda arenor i det förebyggande arbetet samt kan uppväga icke stödjande hemförhållanden (Socialstyrelsen, 2010). Teamen betonar det hälsofrämjande i att ha en god arbetsmiljö för barnen och pedagogerna.

I barnhälsoteamen talas det om hur förskolan kan vara ”ett alternativ till det man har med sig hemifrån” när det gäller utsatta barn som saknar stabila hemförhållanden. En trygg och stabil miljö samt ett bekräftande klimat sägs vara friskfaktorer som är särskilt viktiga för dessa barn.

Jag tänker speciellt på de barn som har det oroligt hemma, där det finns psykisk sjukdom eller missbruksproblematik eller separationer eller trauman eller annat som är jobbigt för barnen. Att förskolan är en trygg och stabil och förutsägbar miljö. Det är en friskfaktor för barn. Att de kommer dit, att de är välkomna, att de blir sedda, att de blir lyssnade på, bekräftade och man tänker, att förskolan är extra viktig, att vi är här.

De vuxnas roll framhålls som en betydelsefull hälsofrämjande insats för barnens välbefinnande i förskolan och skolan. Det är viktigt att den sociala miljön är god för både barn och vuxna. Detta kopplas samman med värdegrundsfrågor och ett medvetet arbete för ett gott gruppklimat.

Jag jobbar ju också förebyggande med den sociala arbetsmiljön, att man trivs i gruppen att man har en bra sammanhållning.

I talet kring arbetet gentemot grupp och individ uttrycker barnhälsoteamen att de arbetar relationellt i högre grad än vad elevhälsoteamen gör.

Se på helhet, på organisation på grupp. Vi jobbar mycket på organisation och grupp. De flesta av oss. Några kan ha enskilda, som går in på enskilda barn. Man gör observationer, man gör någon utredning eller kartläggning. Huvudarbetet inom förskolan är framförallt hälsofrämjande och förebyggande.

Enligt Vygotsky måste individen ses i sitt sammanhang eftersom det inte är genom de individuella processerna utan genom aktivt samarbete i en kontext som kunskap konstrueras (Dysthe, 2003). I talet kring barn med särskilda behov betonas att ett relationellt perspektiv inte bara gynnar gruppen utan även det enskilda barnet.

Och att man tänker, det kan vara enskilda barn som har särskilda behov men att man tänker grupp. För om man jobbar utifrån ett helhetsperspektiv så gynnar det många barn.

En återkommande diskurs är betydelsen av handledning när det gäller det förebyggande arbetet i förskolan och skolan. Genom handledning kan pedagogerna få hjälp i att utveckla sitt värdegrundsarbete på gruppnivå.

Om man tänker på hela gruppen får man kanske gå in och se hur jobbar man, på vilket sätt jobbar man, kan man skapa lärum på ett annat sätt eller pedagogerna i gruppen för att de ska kunna vidareutveckla sig i de här tankarna när det gäller värdegrund.

Av nedanstående citat framkommer att även den enskilda eleven måste uppmärksammas.

Det tycker jag är och förebyggande hälsofrämjande om man tittar personligen på varje elev så att säga, istället för att titta på hela guppen.

Det relationella perspektivet dominerar som förhållningssätt under samtliga intervjuer i talet kring hur man önskar arbeta med elever i behov av särskilt stöd. Samtidigt framkommer det att det som pedagoger ofta efterfrågar är ett mer individfokuserat stöd och att det faktiskt läggs mest tid på individnivå i praktiken, framförallt inom skolan.

Det är väldigt många gånger som vi är ute och arbetar att fokus ligger lite utifrån ett enskilt barn som man är uppfylld av eller förblindad kring.

Inom den specialpedagogiska forskningen betonas vikten av samspelet mellan individen och miljön. Två synsätt som är motpoler till varandra är det kategoriska perspektivet samt det relationella perspektivet. Det relationella perspektivet som betonar inkludering är rådande inom specialpedagogiken och ska enligt styrdokumentet strävas mot. Det är gruppen som ska utvärderas och inte den enskilda individen (Emanuelsson, Persson och Rosenqvist, 2001). I talet kring vad som ska fokuseras, grupp eller individ, framkommer en konflikt i vad elevhälsan vill fokusera och vad pedagoger efterfrågar. Det kan tolkas som att det råder en hegemonisk kamp kring de rådande diskurserna inom elevhälsan och pedagogerna där det ena perspektivet ses som överlägset det andra. Hur kan dessa diskurser mötas så att arbetet kring barn i behov av särskilt stöd blir så gynnsamt som möjligt?

## 6.2 Den tydliga medicinska/individinriktade diskursen

I denna diskurs blir tre tecken centrala; identifikationsfrågan, omgivningen och genus.

### 6.2.1 Identifikationsfrågan

Respondenterna i våra fokusgrupper säger att barn och unga med psykisk ohälsa i "första hand upptäcks via pedagogerna" men att "alla professioner kan flagga", "vem som helst kan komma med en oro". De symptom som teamen talar om är magsmärtor, illamående, hög frånvaro, "dom som mobbar" och inåtvänt samt utåtagerande beteende.

Ett av teamen beskriver att samtliga vuxna som arbetar kring barnen är vaksamma för symptom och när dessa symptom visar sig lyftes det i teamet

Om det är någon som ser en signal så brukar vi jobba så tigt ihop, så lyfter man den signalen så att man så tidigt som möjligt kan titta på, observera, vad är det som händer.

Genom att se bakom barnets beteende och försöka förstå de bakomliggande orsakerna säger man sig kunna förstå barnets agerande och ge barnet rätt slags stöd.

Att man försöker titta bakom det här beteendet, vad kan det bero på. Inte att man säger att det är en jobbig unge utan vad beror hans eller hennes beteende på. Hur kan vi hjälpa och stötta det här barnet? Kan vi få den förståelsen från någon av oss här till exempel på ett djupare plan?

I dessa citat framgår att teamen gemensamt funderar och diskuterar kring de bakomliggande orsakerna till barns agerande för att kunna ge barnet adekvat hjälp. Detta kan tolkas som motsägelsefullt i jämförelse med andra utsagor där det framgår att diskussioner kring barn med psykisk ohälsa inte är något vanligt förekommande i teamen och att olika slags symptom ofta sammankopplas med olika neuropsykiatriska diagnoser vilket påvisas i nedanstående citat. I citatet nedan uttrycks en oro kring att man inte ska upptäcka och fånga upp barn med psykisk ohälsa.

Det vi har känt ibland är väl en oro. Fångar vi verkligen upp alla? Är det något barn som går som vi missar?

Denna oro kan tolkas som sammanlänkad med att förskolan och skolan inte har inblick i vad som händer inom olika familjer.

Då kan man ju undra, herre Gud, missade vi det barnet? Sånt kan oroa mig ibland när jag tänker på barns psykiska ohälsa om man har missat nån. Ibland. För att man inte såg föräldern och hade inblick i det familjelivet.

Ovanstående citat skulle kunna ses som att elevhälsans professioner menar att en inblick i familjelivet är nödvändig för att kunna identifiera vissa barn med psykisk ohälsa.

Detta uttalande förstärks av nedanstående citat där det påtalas att barn som befinner sig i svåra hemförhållanden ofta kan vara svåra att upptäcka då de ”skyddar” sina föräldrar.

Men det är också svårt att upptäcka om det inte är märken på kroppen, för barn skyddar ju sin familj och sina föräldrar och så, det kan ju dröja innan de försäger sig.

En god relation med föräldrarna anges följaktligen som ett sätt att upptäcka och förebygga psykisk ohälsa. I dessa citat tolkar vi det som att ett stort fokus när det gäller att identifiera barn och unga med psykisk ohälsa sammankopplas med en öppen relation till barnets föräldrar.

Men det är också det här att vi kan fånga upp föräldrarna och ha ett möte öga för öga så att säga. Då når man varandra på ett helt annat sätt och då ser vi också en förändring i att man tar ett större ansvar, att det går framåt både socialt och kognitivt. Det är en viktig bit av det hela tycker jag.

Flera av respondenterna säger att det ofta kan vara svårt att upptäcka psykisk ohälsa på grund av att det istället lite för lättvindigt sätts en diagnos på barnet. Förskolan, skolan och sjukvården är i stor utsträckning påverkade av de rådande neuropsykiatriska diskurserna vilket framgår av nedanstående citat.

Man söker dom där lätta diagnoserna.

Jag tycker ofta som du säger att det är svårt att upptäcka det där, det blir ofta dom där andra diagnoserna.

Vidare uttrycks att olika symptom kan få liknande yttringar hos barnen men att de oftast tolkas som en diagnos istället för psykisk ohälsa. Detta kan vara en yttring av att den medicinska diskursen har företräde och medför att den har fått en viss permanens.

Men det vi ser här /.../ det finns ju det som vi gärna sätter etiketterna autism eller barn som inte kan leva sig in, empatisvårigheter och så det är ju samspelssvårigheter. Och det är ju också det som händer när man har en taskig anknytning så jag tycker man kan bolla med båda bollarna.

Symptomen kan ju vara att vi ser barn med autism eller barn med ADHD, det kan ju vara förtäckt alltså, det behöver ju inte vara någon diagnos. Det kan ju vara att barnet mår väldigt psykiskt dåligt istället /.../ man kan se likheter.

I nedanstående citat vänder en respondent på begreppen och betonar vikten av att barn med diagnoser eller andra slags svårigheter får adekvat hjälp. Risken är annars att de även utvecklar en psykisk ohälsa.

Jag tänker att diagnoser och det medicinska aspekterna kan ju också, alltså man kan ju ramla in i psykisk ohälsa och få en diagnos /.../om man inte blir bemött i diagnosen så kan ju det dra med sig att man senare hamnar i psykisk ohälsa. Även om det inte är det man uppmärksammar först. Det kan ju höra ihop.

Detta citat skulle kunna ses som ytterligare en förstärkning av den rådande medicinska diskursen. Fokus sätts återigen på barn med ”märkbara” funktionshinder. Detta ställs i

kontrast till de barn som är tysta och inte ”gör något väsen av sig”. De här barnen framställs som de svåraste att upptäcka.

Dom som man kanske är mest orolig över det är ju dom här genomskinliga, osynliga, duktiga, funktionella men ändå alltså där det är kamouflerat kan man säga. Dom kan ju vara mycket svårare att upptäcka och förstå. Dom hamnar ju emellan om man tittar på barnen i riskzonen.

I ovanstående citat uttrycks det att barn med psykisk ohälsa som är ”duktiga” och ”funktionella” lätt förbises. Trots att citatet påvisar en viss medvetenhet kring svårigheten kring att upptäcka dessa barn skulle detta uttalande kunna ses som en subjektpositionering då *duktiga* och *funktionella* barn inte uppmärksammas.

Citaten nedan beskriver vidare att barns och ungas psykiska ohälsa är något som inte ofta diskuteras inom teamen.

Jag tänkte på det här. Intervjun handlar ju om psykisk ohälsa. Att barn mår dåligt psykiskt. Jag vet inte om det är så ofta som vi pratar om det?

Nej det sitter jag och tänker, när pratar vi om det?

Oron kring att barn med psykisk ohälsa inte uppmärksammas uttrycks vidare ha samband med att det förebyggande arbetet inte har befästs på skolan.

Vi försöker ju att hitta former för det, att ha förebyggande och så, men det känns ju hela tiden som att det inte är tillräckligt bra. Egentligen kan jag ju känna lite så att det finns en oro hos pedagoger och kanske hos oss i teamet också att vi ska tappa vissa barn alltså /.../ barn i riskzonen.

Dessa citat skulle kunna tolkas som att avsaknaden av diskussioner kring förebyggande arbete kring barn med psykisk ohälsa inom elevhälsan kan medföra att dessa barn förbises. Vilka påföljder kan detta få för särskilt utsatta barn?

Skollagen (2010:800) framhåller att Elevhälsan särskilt ska ta ansvar för att bevaka att skolan bidrar till att skapa goda och trygga uppväxtvillkor. Socialstyrelsen (2009) påvisar att psykisk ohälsa är en av de främsta orsakerna till ohälsa i samhället och att barn och unga är en av de viktigaste målgrupperna i folkhälsoarbetet. Ett antal studier konstaterar att den psykiska ohälsan hos barn och unga har ökat (Socialstyrelsen, 2010). Skolinspektionen (2011) understryker att de mest utsatta barnen riskerar att inte få den hjälp de behöver när en samverkan inte fungerar. Enligt Ahrén (2010) måste skolan bli bättre på att se varje elevs behov. Elever måste uppmärksammas i tid för att få rätt hjälp. I teamens tal kring barn med psykisk ohälsa finner vi att det råder hegemoni kring den medicinska diskursen, den verkar inte ha utmanats i någon större grad. Fokus sätts på barn med neuropsykiatriska diagnoser och varken professionerna i barn- och elevhälsoteamen verkar i högre grad tala om den psykiska ohälsan. Detta skulle kunna tolkas som att den medicinska diagnostiserande diskursen delvis har fått permanent och hindrar andra möjliga tolkningar. Enligt Ahlberg (2010) behövs flera olika förklaringsmodeller för att få en helhetssyn på barnet. Skulle en följd av den rådande medicinska diskursen skulle kunna bli att barn med psykisk ohälsa blir feldiagnostiserade och på så sätt förbises och därför inte får den hjälp de behöver?

## 6.2.2 Omgivande relationer samt miljöns betydelse

En respondent framhåller att den medicinska diskursen dominerar hos pedagogerna vilket får till följd att problematiken läggs på individen när det istället är andra utomstående saker i barnets omgivning som påverkar barnets agerande. Det pågår en hegemonisk kamp kring den medicinska diskursen då den utmanats av det relationella perspektivet.

Ett beteende hos barnet som man tolkar ligger på individnivå, det kanske inte alls är ett problem hos barnet utan handlar om hemförhållanden. Man kanske börjar fundera och tänka kring om det är något neuropsykiatriskt funktionshinder. Så handlar det om bristande hemförhållanden.

Respondenterna nämner flera tänkbara bakomliggande orsaker och riskfaktorer för psykisk ohälsa. Det kan vara en osäkerhet i barnets personlighet, stress, frånvarande vuxna, bristande anknytning, en bristande språklig förmåga men även den omgivande miljön. Vidare framhålls faktorer i hemmiljön exempelvis våld, separation, missbruksproblematik, psykisk ohälsa, ett dåligt socialt nätverk som betydande faktorer. Skolmiljön däribland den sociala miljön, stora barngrupper, relationer med kamrater och utanförskap är andra faktorer som kan få negativa konsekvenser enligt respondenterna.

Hur tillåtande är klimatet i klassen? I gruppen? Är det ett tufft klimat i klassen finns det risk att man far illa.

Skolmiljöns betydelse framhålls i forskning som betydelsefull för att stötta barn och unga med psykisk ohälsa. Skolan måste erbjuda en miljö där eleverna känner sig trygga (Ahrén, 2010). Teamen talar om olika slag av stödåtgärder som sätts in för att stötta barn och unga med psykisk ohälsa. Ett stöd är olika slag av föräldrautbildningar. En viktig del i att stödja pedagogerna i sitt arbete sker genom handledning till personal och personalgrupper. Det kan även tillsättas en "fysisk person" i arbetslaget som fungerar som stöd. I tidigare citat framkommer att professionerna i teamen i begränsad grad talar kring barn och unga med psykisk ohälsa. I ovanstående citat framkommer tvärt emot att åtgärder sätts in för dessa barn. En möjlig tolkning av dessa uttalanden skulle kunna vara att åtgärder sätts in för elever i behov av särskilt stöd men inte specifikt för elever med psykisk ohälsa. Vilka kan konsekvenserna bli för dessa barn om åtgärderna inte är förankrade i problematiken?

Respondenterna framhåller att pedagogerna är de som står närmast barnen och det är därför viktigt att de försöker skapa en god relation så att barnen kan vända sig till dem när det behövs. Pedagogerna har i sin tur stöd av de olika professionerna i elevhälsan kring dessa barn.

I elevhälsan lägger vi upp en strategi. Hur ska vi kunna hjälpa den här eleven? Det kanske behövs stödåtgärder åt föräldrarna?

I detta uttalande återkopplas stödet som elevhälsan ger i skolan till ett samarbete med hemmet. Detta skulle kunna tolkas som att problematiken till största del förläggs på individen och dess hemförhållanden. En risk som påtalas är att barn med psykisk ohälsa kan mista sitt förtroende för vuxna vilket kan försämra förutsättningarna för ett fungerande vuxenliv.



När vi pratar om psykisk ohälsa så är det en hel del som tappar både förtroende och respekt för vuxenvärlden. Och det tror inte jag är någon bra grogrund för att vi ska få medborgare som på sikt mår bra och fungerar på ett bra sätt i vårt samhälle.

I ovanstående citat framgår ett samband mellan psykisk ohälsa hos barn med en bristande relation till vuxna. I talet kring barn med psykisk ohälsa menar vi att det finns stora brister när det gäller förståelsen kring problematiken.

Skulle en möjlig påföljd av detta kunna bli att dessa barn känner sig missförstådda och tappar förtroendet för vuxenvärlden, vilka de ändå inte ser någon möjlighet att kunna få rätt hjälp och stöd av?

Enligt folkhälsorapporten 2009 nämns orsaker som hemmiljö, förskolan och skolan samt det moderna samhällets krav på individualisering som bidragande orsaker till psykosocial stress (Socialstyrelsen, 2009). Utifrån professionernas utsagor går det att urskilja en diskursordning där flera diskurser opererar inom samma område och där flera viktiga yttre faktorer är betydelsefulla i arbetet kring barn och unga med psykisk ohälsa. Det handlar om diskurser kring skolmiljön, hemmiljön och diagnoser. Mellan dessa diskurser går det att uppfatta en dominans där hemmiljön och det individuella framhålls framför skolmiljöns betydelse. Flera faktorer i skolmiljön kan enligt forskning förknippas med psykisk ohälsa, däribland dåliga relationer till kamrater eller vuxna samt skolarbetets krav (Hjern, Alfven & Östberg, 2007). Vilka blir påföljderna när förskolan och skolan övervägande förlägger ansvaret kring barns psykiska ohälsa på individen och hemmet?

### 6.2.3 Genus

I utsagorna beträffande genus går det att inledningsvis urskilja en subjektpositionering då pojkar i högre grad omnämns som utåtagerande medan flickor som tysta. Den övervägande delen ärenden som kommer in till teamen gäller pojkar.

Pojkar är väl i större utsträckning utåtagerande medan flickor blir tillbakadragna och deprimerade, även om det inte alltid stämmer.

Pojkar blir mer utåtagerande och flickor mer introverta.

Flickor är ju mer tillbakadragna.

Möjligtvis att pojkar är mer /.../ jag upplever att pojkar är kanske mer utåtagerande.

Denna genusediskurs utmanas och det ifrågasätts om den enbart är en inre upplevelse eller om den överensstämmer med verkligheten genom uttalanden där professionerna har börjat reflektera över om den rådande genusediskursen stämmer.

Sen om det är sant eller om det är en upplevelse som vi har.

Det har vi inget belägg för.

I talet kring genus framgår det att det pågår en förhandling vad gäller diskursens stabilitet. Genom uttryck såsom ”möjligtvis”, ”även om det inte alltid stämmer” påvisas att subjektpositioneringarna inte är låsta. Även om denna diskurs dominerar i de flesta kommentarer går det att urskilja tecken på antagonism från enskilda uttalanden av respondenter. I nedanstående citat kan det tolkas som att subjektpositioneringen kring egenskaper förlagda till genus har öppnats för olika inriktningar.

Det har vi ju sett andra exempel på i den här skolan. En flicka som var utagerande.

Om vi tittar på hur det ser ut på skolan just nu skulle jag inte säga att det var så.

Ute i verksamheterna påtalar respondenterna att denna uppluckring av subjektpositioneringarna fortfarande verkar ha permanens. När den rådande subjektpositioneringen utmanas genom att egenskaper som är sammanknippade med genus visar sig hos det motsatta könet upplever pedagogerna detta som mycket utmanande.

När flickor är hyperaktiva så e dom väldigt, väldigt, väldigt oroliga. Eller om det är pojkar som är eftertänksamma och fundersamma så e det något tokigt med dom.

Forskning visar att det under de första levnadsåren inte går att urskilja någon större skillnad mellan pojkar och flickor vad gäller psykisk ohälsa. Men omkring årskurs fem uppges det att framförallt flickors psykiska hälsa försämras (Socialstyrelsen, 2009). Symptomen skiljs åt mellan könen. Pojkar påvisar ett samband mellan låga skolprestationer och antisocialt beteende medan flickor har sämre självförtroende när det gäller utseende och oroar sig mer för relationer (Ahrén, 2010). I Hjörne och Säljös (2004) studie framkom det att pojkar oftare tas upp till diskussion i teamen än flickor. I respondenternas utsagor påtalas det på liknande sätt att de flesta ärenden som når elevhälsan berör pojkar. Detta skulle kunna tolkas som att pedagogerna ute i verksamheten är låsta vid de rådande diskurserna och de subjektpositioner kring genus som dominerar.

## **6.3 Den (o)tydliga inre samverkansdiskursen**

I denna diskurs blir tre tecken centrala; styrkor, förbättringsområden och individfixeringen.

### **6.3.1 Styrkor i samverkan inom teamet**

I fokusgruppsintervjuerna talar teamen om samverkan mellan de olika professionerna som välfungerande och gynnsam och uttrycker att den fungerar ”utmärkt” och att de ”tar vara på varandras resurser”.

Det är en styrka och tillgång att vi är olika professioner och att vi har ett öppet klimat.

Jag kan se att det här med elevhälsoteam har fallit väl ut, att vi har ju olika kompetenser och att vi sitter och samarbetar och bollar med varandra och att vi kommer med olika infallsvinklar beroende på vad vi har för erfarenheter med oss. Jag tycker att det är jättegivande.

Ett nära samarbete även med barn/elever och övriga personalgrupper på förskolan och skolan samt en tillgänglighet från elevhälsans personal framställs i utsagorna.

Du och jag xxx, vi träffar klassläraren och barnen. Vi har ju möjlighet att ställa dom frågorna. Hur går det för den eleven eller de rådfrågar oss och vi kan lyfta in det i elevhälsan.

Vi pratar ju mycket med eleverna också. Vi som jobbar här jobbar ju nära eleverna och det måste ju vara förebyggande.

Teamen uttrycker att de samverkar kring elever i behov av särskilt stöd och att de olika professionerna utifrån sina subjektpositioner kompletterar varandra och bidrar med olika pusselbitar så att man kan få en helhetsbild av elevens situation.

Sen är EHT-teamet som ett forum också. Jag kan ha fått indicier och tankar till mig och då har jag lyft det där och vi kompletterar varandra. Någon annan i teamet har fått höra detta. Skolsköterskan kommer väldigt ofta till mig. Eleven har inte skadat sig men behöver lite bomull för själen/.../ behöver en vuxen som pratar /.../. Specialpedagogen kan då säga att jag har sett det i klassen också, att han söker sig mycket till mig. Då bildar alla de här övergripande tankarna en hjälp /.../ vad gör vi då? Här är tydliga signaler. Någoting har hänt. Vem ska ta detta? Vem ska ansvara?

Professionerna beskriver en trygghet och tillgång i att arbeta tillsammans och ta vara på varandras kompetenser.

Den sista tiden har vi handlett tillsammans ganska mycket. Det tycker jag är jättebra. Att belysa något ur två perspektiv. Det blir något annat. Det är en trygghet att vara två i dom här svåra ärendena. Man kan bolla efteråt, tyckte du, tänkte du och det roliga är att vi ofta ser väldigt lika. Det blir en piska för en att vi gör rätt, vi är på rätt spår här nu.

Det ger en annan tyngd också känner jag när vi gjort som i ett fall här. Hur går vi vidare nu, hur ska vi rädda den här ungen? Hur kan vi göra? Hur kan vi tänka.? Det blir en större tyngd i det om man är två.

Utifrån ett diskursanalytiskt perspektiv kan dessa utsagor tolkas som att de olika subjektpositioneringarna ömsesidigt konstituerar varandra. De olika professionerna i elevhälsan utgör en god arena i uppdraget att möta alla barns olikheter och arbeta för en skola för alla (Hjörne & Säljö, 2008). Enligt Skollagen (2010:800) förutsätter arbete med elevhälsan en ansenlig samverkan mellan personalen i elevhälsan och övriga personalgrupper.

Enligt Guvå (2010) kan ett gott samarbete där de olika professionerna tillvaratar varandras kompetenser och kunskaper leda till en ökad kunskap vilket gynnar barn och unga. Utifrån vårt intervjumaterial går det att utläsa att de olika professionerna på liknande sätt ser varandra som en tillgång, drar nytta av varandras kunskaper och ser det som berikande att samarbeta kring barn i behov av stöd.

### 6.3.2 Förbättringsområden

Av utsagorna från intervjuerna framgår det att flera av professionerna upplever tidsbrist som ett bekymmer. Skolsköterskorna uttrycker att de är ålagda att göra mycket som tar tid exempelvis vaccinationer.

Jag känner mig frustrerad. Jag skulle vilja så mycket mer men jag känner att tiden inte räcker till.

Samtidigt som vikten av samverkan inom teamen explicit uttrycks i utsagorna framkommer det att de olika professionerna ofta arbetar självständigt, utan att kunna ta del av varandras kunnande på grund av den höga arbetsbelastningen.

Sen tänker jag vi är väldigt mycket egenföretagare här. Man ses väldigt lite, alla är ute på sitt och har väldigt mycket att göra.

I citatet ovan uttrycker respondenten att det individuella arbetet är en följd av en stor arbetsbörda. Kan detta enskilda arbete vara en följd av att teamen inte har getts eller tagit sig tid till att utarbeta gemensamma definitioner av vad det hälsofrämjande och förebyggande arbetet innebär och därmed inte heller sammanställt gemensamma riktlinjer för hur samarbetet kring barn i behov av stöd ska utformas?

I barnhälsoteamen uttrycks en missnöjdhet när gäller samverkan med förskolecheferna, vilken upplevs otillräcklig.

Det jag känner är samverkan och det har vi redan lyft med förskolecheferna. Önskar jag att man har mer samverkan med dem. Men de verkar inte fatta hur bra det verkar va. Vi blir inte riktigt inbjudna, man får tränga sig in i deras grupp och då är det knappt att man får komma dit. Det kan jag sakna. Bättre samverkan med förskolecheferna utifrån förskolans frågor där man tänker hälsofrämjande och förebyggande ur ett längre perspektiv.

De olika professionerna i barnhälsoteamet uttrycker att deras kompetenser inte tas tillvara när det gäller utvecklingsarbeten.

När man är på väg att förändra något behöver de ha vår profession där. Den samverkan kan behövas bli bättre. Komma in ett steg före där. Vad tänker ni om det här och det här?

I utsagorna framkommer en motsättning mellan förskolecheferna och barnhälsoteamets övriga personal där personalen verkar känna sig förbisedda och att deras kompetenser inte tas tillvara. Detta kan tolkas som antagonism utifrån teamets perspektiv.

### 6.3.3 Individfixeringen

I barnhälsoteamen påtalas avsaknaden av medicinsk kompetens inom teamet och att teamet därmed inte har ”det tvärvetenskapliga fullt ut”. I en hegemonisk kamp beskrivs denna avsaknad både som en fördel och en nackdel. Det uttrycks som en fördel och styrka i att separerar de medicinska delarna från de pedagogiska genom att detta kan leda till att problematiken inte förläggs till individen utan att gruppen fokuseras i högre grad.

Det är både och. Det kan vara en brist för ibland handlar det verkligen om det här. /.../ Då får man gå genom föräldrarna och den vägen till bvc /.../ och samtidigt känner jag att nu börjar vi lägga fokus inte jättemycket på individen utan kanske på gruppen och på pedagogerna och bemötandet. Att det är där det handlar så jätte mycket om att se barnet i svårigheter. Då är risken att man ser barnet som bärare av svårigheterna, det är barnet vi ska fixa till så att det kan komma in i den väl normal fungerande barngruppen igen.

Teamen kopplar samman det medicinska perspektivet med ett kategoriskt perspektiv där individen ses som bärare av problemet. Det uttrycks som en "fara" att ta in det medicinska perspektivet eftersom det leder till ett individfokus.

När man bara sätter diagnosen och tänker att det reder sig med det och sen är det upp till pedagoger att sköta det utifrån den diagnosen man får, då blir det lite farligt. Det finns ju två parallellsteg, det ena är hälsofrämjande det andra är väldigt mycket att lägga det hos barnet, eller hur? Där det medicinska verkligen tar stora steg.

Inom en medicinsk kunskapssyn framställs barnet som problembärare och åtgärderna som sätts in riktas mot individen och blir kompensatoriska (Rosenqvist, 2007). Respondenterna i barnhälsoteamen menar att det oftast är detta fokus som efterfrågas av pedagoger och eftersom att teamet inte omfattar en medicinsk profession blir det lättare att fokusera på uppdraget i stället för att leta diagnoser hos barnen.

Det är mycket enklare att säga till pedagogerna också /.../ då har föräldrarna bvc och vi gör vårt pedagogiska uppdrag och inom ramen för det så kan vi göra det här, vi utreder inte, vi ställer ingen diagnos, eller hur? Det är ett lätt sätt att hålla det borta.

Men jag tycker också att det råder en kultur om man tittar på samhällsnivå som är att det har svängt att det var väldigt mycket barnterapeutiskt under en tid /.../ så kom de neuropsykiatriska perspektiven in och /.../ det har hamnat lite snett att alla utreder barnen och /.../ alla ska titta på barnen.

I ovanstående utsagor ser vi en motsättning där professionerna i barnhälsoteamen menar att pedagogerna på förskolorna är färgade av den medicinska diskursen, medan barnhälsoteamet säger sig stå för en relationell diskurs. Här urskiljer vi en antagonism då teamet framhåller den relationella diskursen som överlägsen medan pedagogerna efterfrågar ett medicinskt, kategoriskt perspektiv.

Respondenterna säger att man framförallt måste arbeta på gruppnivå och det sammanhang som individen befinner sig i men påpekar samtidigt att det inte går att fokusera enbart på gruppnivå utan att man även måste arbeta på individnivå. Detta kan tolkas som att det relationella perspektivet inte har permanens utan att det pågår förhandlingar där det finns öppningar för olika innehåll.

Det är viktigt att se individen, man är väldigt rädd för det här med att bedöma barn. Vi måste faktiskt se barnen. Det ingår i vårt uppdrag. Då måste vi observera barnen. Det diskuteras väldigt det här. Vi jobbar bara med verksamheten, det är bara verksamheten som ska göra så här och så här. Okej, det är verksamheten men då måste du se barnet först!

Det kategoriska perspektivet ligger nära det medicinska och psykologiska förklaringsmodellerna och inriktar sig på eleven som bärare av problemet. Det relationella perspektivet fokuserar på det sammanhang som eleven befinner sig i och hur verksamheten

ska utformas (Skolverket, 2005). Hjärne och Säljö (2004) påpekar att skolan förlägger problematiken på individnivå. Både det kategoriska och det relationella perspektivet förenklar ofta problematiken och saknar verklig förankring i praktiken (Clark, Dyson & Milward, 1998). Utifrån våra utsagor finner vi att det råder en hegemonisk kamp mellan en relationell diskurs som dominerar i teamen och en kategorisk diskurs som efterfrågas av pedagogerna. Samtidigt är diskursen inte helt låst utan öppen för förhandling då individnivå inte menas kunna uteslutas helt. Hur kan dessa båda perspektiv mötas så att en förankring sker i praktiken och en gynnsam samverkan blir möjlig?

## 6.4 Den (o)tydliga yttre samverkansdiskursen

I denna diskurs blir två tecken centrala; dialog och tillgänglighet/närhet.

### 6.4.1 Den bristande dialogen

Respondenterna beskriver att samverkan med utomstående professioner och instanser fungerar i varierande grad och att det brister inom flera områden. Sekretessen är en av de saker som vid flera tillfällen uttrycks försvåra samverkan.

Samverkan kan bli bättre kan jag säga, den är ju inte helt urusel men skulle ju kunna bli bättre och det är väl förhoppningen men det handlar ju om sekretess där och sådana saker också som försvårar det.

Sen är det självklart sekretessbitar som lägger hinder i vägen för att vi ska ha en helt öppen dialog.

Ärenden kring anmälningar till Socialtjänsten beskrivs exempelvis som ”ett trubbigt verktyg”. I ett av teamen har man däremot tagit fram rutiner kring samarbetet mot Socialtjänsten när det gäller om anmälningar ska göras eller inte, vilket har medfört ”väldigt klara besked” i ärenden kring anmälningar.

Vi har haft fall som vi lyft i EHT där vi anser att det ligger i gråzonen. Ska vi anmäla till Socialtjänsten eller inte? /---/ Då får vi väldigt klara besked /.../ Socialtjänsten har vi rutiner för.

Det man däremot efterfrågar är en bättre dialog samt återkoppling från Socialtjänsten. I talet kring samverkan med Socialtjänsten framgår att det skulle kunna undgås att elever far illa om samverkan utvecklats genom en bättre dialog och återkoppling från Socialtjänsten.

Sen i förlängningen självklart kunde man önska att man skulle fått en bättre återkoppling från Socialtjänsten. Det är ofta vi gör anmälningar och så vet vi ingenting egentligen förrän socialtjänsten står här och skall göra en intervju med barnen utifrån vad som framkommit och så vidare. /.../ Det saknar jag lite grann, det här att få en återkoppling tätare än vad vi får. Jag tror man kunde förbättra från bägge sidor och undvika att elever far illa om man hade haft bättre dialog med socialtjänsten.

Ett annat hinder sägs vara att samverkans kvalitet är avhängd av person.

Det känns som det är väldigt mycket personrelaterat beroende vem det är man får kontakt med. Ibland kan det fungera väldigt bra, ibland fungerar det inte alls.

En betydande brist som påtalas av teamen när det gäller samverkan är en otydlighet kring vem som bär ansvaret i ett ärende.

Men framförallt, vem är det som ska äga ansvaret. Det kan finnas en godtycklighet. Det är självklart att vi ska samverka för barnens bästa/.../ Det blir nästan en form av projektion av bemästringar av att det här ska vi inte hålla i. Det är skolans skyldighet att se till detta. Men skolan säger att vi har inte den expertisen, vi behöver hjälp. Så lägger man det på skolan, om skolan bara hade gjort detta. Det kan bli en motsättning i det här. Jag tror att vi verkligen på en högre nivå behöver sätta oss ner med de samspelesparterna vi har. Framförallt då kanske BUP och titta på vad, hur ska vi göra.

Av ovanstående citat verkar det som att det inte förts någon dialog tillsammans med utomstående institutioner kring vem som bär ansvaret för vad och hur samarbetet mellan skolan och de utomstående ska utformas. Detta kan tolkas som antagonism då de båda parterna enbart utgår från sin egen etablerade diskursiva praktik.

Enligt Skollagen (2010:800) är det "...angeläget att samverkan sker med övriga hälso- och sjukvård samt socialtjänst" Berhanu & Gustavsson (2009) framhåller att elevhälsan måste samverka med olika professioner och myndigheter inom kommuner och landsting för att kunna tillgodose all elevers behov.

## 6.4.2 Tillgänglighet – närhet

I utsagorna från intervjuerna framgår ett missnöje kring olika institutioners tillgänglighet. I nedanstående citat efterfrågas en större tillgänglighet till Barn och ungdomspsykiatri.

Jag tycker också att det är tillgängligheten till BUP, för vi har en del barn där vi har mejlat och larmat att ni måste höra av er och dom gör det inte och det händer om igen och det är väldigt frustrerande.

...inte jättebra erfarenheter från kontakterna med BUP. Dels är det väldigt långa handläggningstider kan man börja med. Från det att det görs en anmälan tills att det blir en verkstad av det, det brukar ju ta, det är ju dom här 90 dagarna, det brukar nästan vara där. För en elev som är i en akut situation är det en väldigt lång tid att vänta.

Respondenterna framhåller svårigheter när det gäller långa handläggningstider även i kontakten med andra instanser och utomstående professioner, särskilt när det gäller psykologer.

Framförallt på psykologsidan då, det var väldigt långt ett tag. Då hade de väldigt dålig bemanning.

Samtliga team uttrycker en önskan om att ha en större närhet till psykolog och logoped.

Sen önskar man ju alltid att man hade ännu större närhet. Om man hade fått önska den optimala skolan /.../ skulle det vart jätteskönt att ha en psykolog som jobbade närmare skolan. /.../Att man hade haft alla de här olika kompetenserna med logoped. /---/ Men att ha den kompetensen på sin skola, sin närhet är alltid bättre. För det är något man kan styra och använda i utbildningssyfte för personalen också. Så en större närhet är aldrig fel.

I ett av barnhälsoteamen uttrycks det tvärtemot denna önskan om större närhet en önskan om minskat samarbete med de medicinska professionerna inom Barnavårdscentralen. Detta kan tolkas som att antagonism råder då dessa uttalanden står i motsatsförhållande.

Det var mycket mer samarbete med bvc förut. /.../ Vilket jag inte kände var speciellt givande om jag ska vara ärlig. Så till slut kände jag, vad gör jag här? /---/ Det får ju ändå finnas ett syfte om man ska samarbeta.

I respondenternas utsagor kring samverkan uttrycks olika slags hinder som försvårar samarbetet mellan elevhälsans personal och utomstående institutioner. Vår tolkning är att dessa motsättningar kan ses bero på att skolan och de utomstående institutionerna och professionerna har olika diskurser som inte utmanas inom respektive institution. För att avhjälpa problematiken kring barn och unga med psykisk ohälsa är tidiga insatser avgörande (Socialstyrelsen, 2010). Skolinspektionen (2011b) påvisar att det ofta är otydligt vem som ansvarar för vad inom kommun och landsting när det gäller barn i behov av stöd. Teamen uttrycker en önskan om en bättre dialog och återkoppling med utomstående och menar att sekretess och långa handläggningstider försvårar en gynnsam samverkan.

## **7. Avslutande diskussion**

I vår studie har vi undersökt hur två barnhälsoteam och två elevhälsoteam talar om arbetet kring barn och unga med psykisk ohälsa utifrån ett diskursivt perspektiv. I denna avslutande diskussion kommer vi att diskutera vårt resultat utifrån specialpedagogisk kunskapsteori, skollagen samt tidigare forskning. Diskussionen kommer att redovisas utifrån de fyra övergripande diskurser som vi identifierat med utgångspunkt i våra respondenters utsagor.

### **7.1 Den (o)tydliga hälsodiskursen**

I diskursen kring det förebyggande och hälsofrämjande arbetet uttrycker teamen en osäkerhet kring hur begreppen definieras. De olika respondenterna har i varierande utsträckning på egen hand definierat begreppen och teamen har påbörjat en gemensam diskussion kring begreppen som ännu inte har vidareutvecklats till gemensamma definitioner.

De varierande definitioner som de olika professionerna framhåller blir inte motsagda eller utmanade och öppnar inte upp för andra diskurser. Hjärne och Säljö (2004) betonar vikten av att de olika professionernas kompetenser tillvaratas vilket är själva poängen med ett mångprofessionellt team. Tvärtemot framkommer det på liknande sätt i deras studie att det ofta råder konsensus mellan de olika professionerna i teamen, kategoriseringar av barn utmanas och ifrågasätts inte. Enligt skollagen ska elevhälsan främst arbeta hälsofrämjande och förebyggande (Skolverket, 2010). Tidiga insatser är nödvändiga i arbetet kring barn och unga med psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2010). Utbildningsdepartementet (2010) framhåller att den största delen av elevhälsans arbete går till de akuta insatserna trots att det finns en önskan om att arbeta mer hälsofrämjande och förebyggande. Detta på grund av att tiden inte räcker till. I samtliga team framhålls på liknande sätt vikten av tidiga insatser och förebyggande arbete samtidigt som det uttrycks att det är de akuta insatserna som får företräde. Respondenterna talar om "färdiga problem" som lyfts av pedagogerna till elevhälsan. Professionerna i elevhälsan framhåller betydelsen av handledning och stöd till



eleverna på gruppnivå men säger att pedagogerna främst efterfrågar ett individfokuserat stöd. Här råder en kamp om hegemoni mellan en kategorisk individinriktad diskurs och en relationell diskurs som fokuserar sammanhanget där det förebyggande arbetet får stå tillbaka. Vi menar att det kan bli svårt för dessa perspektiv att mötas när teamen inte har gjort en gemensam definition av begreppen förebyggande och hälsofrämjande arbete och när rutinerna kring detta arbete därför inte har befästs. För att de båda diskurserna ska kunna mötas anser vi utifrån vår studie att det är nödvändigt att gemensamma definitioner utarbetas och rutiner för arbetet fastslås. Därefter när diskurserna är tydliggjorda och tillåts utmana varandra möjliggörs en öppning för dem att mötas.

## **7.2 Den tydliga medicinska/individinriktade diskursen**

I denna diskurs uttrycks att psykisk ohälsa sällan diskuteras inom teamen samt en oro att pedagoger och elevhälsans personal inte ska upptäcka och fånga upp barn med problematiken. En av orsakerna som framhålls är att olika symtom kan få liknande yttringar men att de oftast tolkas som en neuropsykiatrisk diagnos. Vidare påpekas att den här gruppen av barn kan vara ”duktiga” och ”funktionella” och därför lätt förbises. I talet kring barn med psykisk ohälsa dominerar hemförhållandenas betydelse framför skolans. Professionerna menar att de, till skillnad från pedagogerna har ett relationellt perspektiv men vi identifierar ett individinriktat perspektiv där problematiken främst förläggs till familjen och individen. Hjern, Alfven och Östberg (2007) påvisar att det finns ett samband mellan faktorer i skolmiljön psykisk ohälsa hos barn. Skolverket (2011) framhåller att det finns ett tydligt samband mellan psykisk ohälsa och skolresultat. Ahrén (2010) betonar skolmiljöns betydelse för det barn och ungas välbefinnande.

Vi tolkar detta som att avsaknaden av gemensamma diskussioner kring det förebyggande arbetet kopplat till psykisk ohälsa medför att den medicinska diskursen inte ifrågasätts och därmed får företräde. Skollagen fastslår att det ska finnas tillgång till en bredd av kompetenser inom elevhälsan som tillhandahåller medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser (Skolverket, 2010). Ahlberg (2010) betonar betydelsen av flera olika förklaringsmodeller för att få en helhetssyn på barnet. Fischbein (2007) framhåller att det specialpedagogiska området är tvärvetenskapligt och omfattande vilket innefattar teorier från flera andra vetenskaper. Vi menar att specialpedagogen har en viktig roll i att utmana de olika diskurserna samt uppmuntra till att tillvarata de olika perspektiven för att kunna få en så rättvisande bild som möjligt av elever i behov av stöd.

Skolverket (2005) sammankopplar det kategoriska perspektivet med det medicinska och psykologiska förklaringsmodellerna där individen blir bärare av problematiken. Insatser riktas då mot individen bland annat med grund i funktionshinder eller hemförhållanden. I Hjörne och Säljös (2004) studie framkommer det att skolan för det mesta förlägger problematiken hos barnet och familjen och att barnet i stor utsträckning kategoriseras under olika neuropsykiatriska diagnoser. Vi ser en risk med att vara i denna diskursens makt. När fokus sätts på individen och familjen och barn lättvindigt kategoriseras med neuropsykiatriska diagnoser riskerar barn med psykisk ohälsa att bli feldiagnostiserade och därmed inte få den hjälp de behöver. De unga kan tappa förtroendet för vuxenvärlden då de känner sig missförstådda. Detta kan få ödestigna konsekvenser för dessa barn vilket skulle kunna vara en förklaring till att den psykiska ohälsan och suiciden bland unga ökar.

Utsagorna kring genus präglas inledningsvis av den rådande genusordningen som gör en uppdelning av pojkar som mer utåtagerande medan flickor är tysta. I utsagorna framgår en förhandling av den rådande diskursen som öppnar upp för olika tolkningar där det framgår att detta inte alltid stämmer och att det inte finns något egentligt belägg för tolkningen. Däremot menar professionerna att pedagogerna är låsta vid de rådande genuskurserna och därför uppfattar det som mycket utmanande när de bryts genom att en pojke visar tecken på att vara inåtvänd eller en flicka är utåtagerande. Det framgår även att de flesta ärenden som behandlas i elevhälsan berör pojkar. På liknande sätt påpekar Hjärne och Säljö (2004) i sin studie att det är pojkarna och deras svårigheter som lyfts i teamet i större utsträckning än flickornas. Socialstyrelsen (2009) påtalar att det under de tidiga tonåren främst är flickors psykiska hälsa som försämras. I årskurs nio är det nästan tre gånger så många flickor som pojkar som känner sig nedstämda. I våra utsagor uttrycker respondenterna en rädsla för att de "funktionella, duktiga" eleverna inte uppmärksammas. Vanligtvis är det flickor som uppges vara tillbakadragna, introverta och deprimerade. Utifrån studien ställer vi oss frågande till varför flickor inte uppmärksammas på samma sätt som pojkar. Vi menar att detta är mycket allvarligt och kan resultera i att väldigt många flickors psykiska ohälsa försämras, då de inte får den hjälp de behöver.

### **7.3 Den (o)tydliga inre samverkansdiskursen**

Teamen beskriver en välfungerande samverkan mellan de olika professionerna där man kompletterar och tillvaratar varandras kompetenser. Samtidigt framhålls att det individuella arbetet får företräde på grund av tidsbrist vilket medför att professionerna ofta arbetar självständigt utan möjlighet att ta del av varandras kunskaper. Enligt SKL (2008) är elevhälsan i behov av ökad kompetens kring arbetet med att främja den psykiska hälsan. I Skollagen framhålls att arbetet i elevhälsan förutsätter en hög grad av samverkan mellan elevhälsans personal och övriga personalgrupper (Skolverket, 2010). Vi ser här en konflikt som vi menar delvis kan förklaras i att teamen inte har genomfört gemensamma definitioner kring det förebyggande och hälsofrämjande arbetet och därmed inte heller utarbetat riktlinjer för hur arbetet ska fungera i teamet.

En annan komplexitet som framställs inom teamen är tillgången till medicinsk kompetens i teamen. I barnhälsoteamen där medicinsk kompetens saknas råder en motsättning kring fördelarna och nackdelarna med detta. Teamen beskriver att avsaknaden medför en brist då ett perspektiv saknas inom teamet. Samtidigt uttrycks detta som en fördel då man menar att det medicinska perspektivet medför en medicinfokusering som sammankopplas med ett kategoriskt perspektiv.

Professionerna i teamen framhåller den relationella diskursen som överlägsen och förespråkar framförallt ett arbete på gruppnivå men säger att den hjälp pedagogerna efterfrågar oftast är individriktad och utgår från ett medicinskt, kategoriskt perspektiv. Inom specialpedagogiken förespråkas det relationella perspektivet vilket Rosenqvist (2007) anser behöver fördjupas om förskolan och skolan ska klara av att möta alla olikheter. Enligt Clark, Dyson & Milward (1998) förenklar både det kategoriska och det relationella perspektivet problematiken och saknar verklig förankring i praktiken. För att dessa båda perspektiv ska kunna utvecklas och mötas räcker det inte med att man talar om de olika synsätten. Diskurserna behöver synliggöras och utmanas utifrån flera olika perspektiv och förklaringsmodeller.

## 7.4 Den (o)tydliga yttre samverkansdiskursen

I talet kring samverkan med yttre instanser såsom hälso- och sjukvård och socialtjänst finner vi i utsagorna flera uttryck för hinder och brister vilka professionerna menar kan resultera i allvarliga följder för barn och unga med psykisk ohälsa. Skolinspektionen (2011) påvisar att det finns en otydlighet kring vem som bär ansvaret för barn med psykisk ohälsa samt att de mest utsatta barnen riskerar att inte få den hjälp de behöver. Teamen framhåller på liknande sätt att det råder otydligheter kring vem som bär ansvaret i olika ärenden och att dialogen och återkopplingen från yttre instanser brister. Bland möjliga orsaker nämns instansernas bristande tillgänglighet och långa handläggningstider. Samtidigt som det understryks att det skulle behövas utarbetas gemensamma riktlinjer kring samverkan så menar vi att teamen framförallt förlägger dessa brister hos de övriga instanserna. Enligt skollagen är det angeläget att elevhälsan samverkar med yttre instanser såsom hälso- och sjukvård samt socialtjänst (Skolverket, 2010). Vi definierar här en otydlig samverkansdiskurs mellan skolan och de övriga instanserna. Båda parter verkar utgå främst från sin egen diskursiva praktik. Detta ser vi som mycket allvarligt. Barn med psykisk ohälsa är en mycket utsatt grupp eftersom de riskerar att deras ohälsa förvärras vilket i värsta fall kan resultera i suicidförsök och suicid. De är därför i stort behov av att få adekvat hjälp. Bristande samverkan med utomstående instanser borde kunna förbättras genom att de olika verksamheterna ömsesidigt konstituerar varandra och öppnar upp för andra möjliga diskurser.

## 7.5 Angelägen fortsatt forskning

I denna studie har vi fokuserat på elevhälsoarbetet kring barn och unga med psykisk ohälsa. I våra utsagor har vi funnit att flickor oftast kategoriseras som inåtvända och pojkar som utagerande. De flesta ärenden till elevhälsan gäller pojkar. Detta tycker vi är anmärkningsvärt eftersom att forskning påvisar att det framförallt är flickornas psykiska hälsa som försämras (Socialstyrelsen, 2009). Ett viktigt fortsatt forskningsområde skulle därför kunna vara att undersöka elevhälsoarbetet kring flickors psykiska hälsa. I vår studie har det vidare framkommit att teamen sällan talar kring barn med psykisk ohälsa. De uttrycker även en oro kring att dessa barn förbises. Forskning påvisar att trots omfattande forskning och ett stort antal rapporter där det framläggs olika gynnsamma åtgärder i arbetet kring barn med psykisk ohälsa är det få rekommendationer som får genomslag i verksamheten (Ahrén, 2010). Av någon anledning tillvaratas inte forskningen - teorin möter inte praktiken. Detta ser vi som mycket allvarligt och anmärkningsvärt. Utifrån vårt resultat skulle det vara intressant att genomföra aktionsforskning i ett barn- eller elevhälsoteam med utgångspunkt i forskning kring gynnsamma arbetssätt för att stärka den psykiska hälsan hos barn och unga.

## Referenslista

Ahlberg, Ann (2007). Specialpedagogik – ett kunskapsområde i utveckling. I Nilholm, Claes & Björk-Åkesson, Eva (red). *Reflektioner kring specialpedagogik – sex professorer om forskningsområdet och forskningsfronterna*. (s.66-84). Vetenskapsrådets rapportserie 5:2007.

Ahlberg, A. (2009). Kunskapsbildning i specialpedagogik. I A. Ahlberg (red.), *Specialpedagogisk forskning – en mångfasetterad utmaning*. (s. 9-27). Lund: Studentlitteratur.

Ahlberg, Ann (2010). *Specialpedagogisk forskning: en mångfasetterad utmaning*. Lund: Studentlitteratur.

Ahrén, Jenny. C. (2010) *Skolan och ungdomars psykosociala hälsa*, SOU 2010:80. Stockholm: Fritzes.

Antonovsky, A (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.

Backlund, Å. (2007). *Elevvård i skolan – Resurser, organisering och lärande*. Doktorsavhandling: Stockholms Universitet, Institutionen för socialt arbete. Rapport i socialt arbete nr:121.

Bailey, Jeff. (1998). Medical and psychological models in special needs education. In C, Clark, A, Dyson & A, Millward (Ed.), *Theorising special education* (pp 44-60). London and New York: Routledge.

Bergström, Göran & Boréus, Kristina. (2012). *Textens mening och makt: Metodbok i samhällsvetenskaplig textanalys*. Lund: Studentlitteratur.

Berhanu, Girma & Gustavsson, Bertil (2009) Delaktighet och jämlikhet för elever med funktionshinder. I Ann Ahlberg (red.) *Specialpedagogisk forskning en mångfasetterad utmaning*. Lund: Studentlitteratur.

Bremberg, S., Haeggman, U., & Lager, A. (2006) *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder: slutbetänkande av utredningen om ungdomars psykiska hälsa*, SOU 2006:77. Stockholm: Fritzes.

Brobeck, E., Marklund, B., Haraldsson, K., & Berntsson, L. (2007). Stress in children: how fifth-year pupils experience stress in everyday life. *Scand J Caring Sci*, 21, 3-9.

Börjesson, Mats & Palmblad, Eva (2007). *Diskursanalys I praktiken*. Malmö: Liber.

Clark, C., Dyson, A. & Millward, A. (1998). Theorising: Special education. Time to move on? I C. Clark, A. Dyson & A. Millward (red.). *Theorising special education*. (s. 156-173) London and New York: Routledge.

Dyson, Alan (2006). *Changes in special education theory from an English perspective*. University of Manchester.

Dysthe, Olga (2003). *Dialog, samspel och lärande*. Lund: Studentlitteratur .

Emanuelsson, Ingemar (2006). Betyget godkänt i en obligatorisk skola för alla. I Forsberg, Eva & Walin, Erik (Red.) *Skolans kontrollregim – ett kontraproduktivt system för styrning*. Stockholm: HLS.

Emanuelsson, Ingemar, Persson, Bengt, & Rosenqvist, Jerry (2001). *Forskning inom det specialpedagogiska området – en kunskapsöversikt*. Stockholm: Skolverket

Fischbein, Siv. (2007). Specialpedagogik i ett historiskt perspektiv. I Nilholm, Claes, & Björk – Åkesson, Eva (RED.). *Reflektioner kring specialpedagogik – sex professioner om forskningsområdet och forskningsfronterna* (s.17-35). (Vetenskapsrådets rapportserie 5:2007). Stockholm: Vetenskapsrådet.

Gustavsson, Lars (2009). *Elevhälsa börjar i klassrummet*. Lund: Studentlitteratur.

Guvå, Gunilla (2009). *Professionellas föreställningar om elevhälsans retorik och praktik*. FOG-RAPPORT nummer 65.

Guvå, Gunilla (2010). *Och de tre skola bli ett. Om elevhälsans 3 spår*. FOG-RAPPORT nummer 67.

Guvå, Gunilla (2011). *Den nya elevhälsans möjligheter och utmaningar*. Elevhälsa nr1, 25-33.

Hjern, A., Alfven, G., & Östberg, V. (2007). *School stressors, psychological complaints and psychosomatic pain*. *Foundation Acta Pædiatrica*, 97, 112-117.

Hjörne, Eva & Säljö, Roger (2008). *Att platsa i en skola för alla. Elevhälsa och förhandling om normalitet i den svenska skolan*. Stockholm: Nordstedts Akademiska.

Hjörne, Eva & Säljö, Roger (2004): "There Is Something About Julia". Symptoms, Categories, and the Process of Invoking Attention Deficit Hyperactivity Disorder in the Swedish School: A Case Study, *Juornal of Language, Identity & Education*, 3:1,1-24. Hämtad 28 march 2013, från: [http://77dx.doi.org/10.1207/s1532770ljlie0301\\_1](http://77dx.doi.org/10.1207/s1532770ljlie0301_1)

Hylander, I (2011). *Elevhälsans professioner – egna och andras föreställningar*. FOG-Rapport nummer 70.

- Kostenius, C. & Öhring, K. (2008). *The meaning of stress from schoolchildren's perspective. Stress and health*, Volym 24, s.287-293.
- Kungliga Vetenskapsakademien (2010). *Trender i barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige*. Stockholm: 12-14 april.
- Nilholm, C. (2007). Vad och vem är kunskapsobjektet? – reflektioner över hur den specialpedagogiska praktiken kan och bör studeras. I C. Nilholm & E. Björck-Åkesson (red.) *Reflektioner kring specialpedagogik – sex professorer om forskningsområdet och forskningsfronterna*. (s. 100-112). (Vetenskapsrådets rapportserie 5:2007). Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Nilholm, C. & Björck-Åkesson, E. (2007). Inledning. I C. Nilholm & E. Björck-Åkesson (red.) *Reflektioner kring specialpedagogik – sex professorer om forskningsområdet och forskningsfronterna*. (s. 7-15). (Vetenskapsrådets rapportserie 5:2007). Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Persson, B. (2007). Svensk specialpedagogik vid vägsäl eller vägs ände? I C. Nilholm & E. Björck-Åkesson (red.) *Reflektioner kring specialpedagogik – sex professorer om forskningsområdet och forskningsfronterna*. (s. 52-62). (Vetenskapsrådets rapportserie 5:2007). Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Rosenqvist, Jerry. (2007). Några aktuella specialpedagogiska forskningstrender. I Nilholm, Claes, & Björck – Åkesson, Eva (RED.). *Reflektioner kring specialpedagogik – sex professioner om forskningsområdet och forskningsfronterna* (s.36-51). (Vetenskapsrådets rapportserie 5:2007). Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Sellström E & Bremberg S (2006) Is there a "school effect" on pupil outcomes? A review of multilevel studies. *Journal of Epidemiology and Community Health* **60**, 149-155.
- Skollagen (2010:800). Skolverket
- Skolinspektionen. (2011). *Rektorer oroliga för att elevhälsan inte räcker till*.  
<http://www.skolinspektionen.se/sv/Om-oss/Press/Pressmeddelanden/Rektorer-oroliga-for-att-elevhalsan-inte-racker-till/>.
- SKL (2008) *Positionspapper psykisk hälsa, barn och unga*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtad från [www.skl.se](http://www.skl.se).
- Skolverket (2005). *Handikapp i skolan. Det offentliga skolväsendets möte med funktionshinder från folkskolan till nutid*. Stockholm: Fritzes.
- Skolverket (2010). *Elevhälsan i skollagen*. Stockholm: Fritzes.
- Skolverket (2011). *Mer om... tydligare krav på elevhälsan*. Stockholm: Fritzes.

Skolverket (2012). *Främja och förebygga – olika innebörd och perspektiv*.

Socialstyrelsen (2009) *Skolans metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos barn – en nationell inventering i grundskolor och gymnasieskolor*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2010). *Lägesrapport 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2011). *Utvecklingsområden för mödra- barnhälsovård samt elevhälsa –*

*En kartläggning av professionernas önskemål om riktlinjer eller annan vägledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2005). *Folkhälsorapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2009) *Folkhälsorapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU (2002:121). *Skollag för kvalitet och likvärdighet*. Betänkande av 1999 års skollagskommitté. Stockholm: Fritzes förlag.

SOU (2006:77) *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa – Analyser och förslag till åtgärder*. Stockholm: Fritzes förlag.

SOU (2000:19). *Från dubbla spår till Elevhälsa*. Stockholm: Fritzes förlag.

Statens folkhälsoinstitut. (2011). Hämtad 2013-02-17 från <http://www.fhi.se/Handbocker/Uppslagsverk-barn-och-unga/Psykisk-ohalsa---prevention/>

Stukát, Staffan (2005). *Att skriva examensarbete inom utbildningsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Säljö, Roger (2000). *Lärande i praktiken*. Stockholm: Prisma.

Utbildningsdepartementet (2010). *Se, tolka och agera - allas rätt till en likvärdig Utbildning. Slutbetänkande av utredningen om utsatta barn i skolan, SoU 2010:95*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Elanders Gotab.

Wibeck, Viktoria (2000). *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Winter Jørgensen, M & Phillips, L. (2000). *Diskursanalys som teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.



# Bilaga 1

## Informationsbrev till er i elevhälsan som ska medverka i undersökningen

Tack för att ni avvarar lite av er tid till att ställa upp på en fokusgruppsintervju. Vi studerar sista terminen på specialpedagogiska programmet på Göteborgs universitet och intervjuerna genomför vi som en del av vårt examensarbete. Syftet med undersökningen är att studera hur två barnhälsoteam och två elevhälsoteam talar om arbetet kring barn och unga med psykisk ohälsa. Vi anser att detta är ett oerhört viktigt arbete som kan få stora konsekvenser för många barns framtidsutsikter. I vårt yrke inom förskola och grundskola har vi kommit i kontakt med ett antal barn som upplever psykisk ohälsa vilket har berört oss oerhört och inspirerat oss att fördjupa oss i frågan och skriva detta arbete.

Flera rapporter påvisar att den psykiska ohälsan bland barn och unga har ökat de senaste åren (SOU, 2006:77). Socialstyrelsen (2005) befarar att psykisk ohälsa kommer utgöra det största folkhälsoproblemet inom några år. Särskilt oroande är ökningen av psykisk ohälsa bland barn och unga (Kostenius & Öhring, 2008). Forskning anger olika orsaker till denna ökning däribland kraven från samhället och negativ stress. Tidiga insatser anses vara avgörande för att avhjälpa problematiken och förskolan, skolan och fritidshem anses vara goda arenor i det förebyggande arbetet. Det går ofta att se tecken tidigare i förskolan och skolan än i andra miljöer (Mc Dougall, 2011; Davis et al., 2011; Socialstyrelsen, 2010).

I den nya skollagen (2010:800) som genomfördes 1 juli 2011 fick elevhälsan en förstärkt roll. Elevhälsan omfattar eleverna från förskoleklass t.o.m. gymnasieskolan och motsvarande skolformer. Förskolan omfattas av de icke medicinska delarna av elevhälsan men är inte ålagd att upprätta elevhälsoteam. Enligt skollagen ska elevhälsan omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande.

Vi kommer att träffas under cirka 1 timma för att samtala kring ämnet i form av en halvstrukturerad fokusgruppsintervju (se bifogade frågeställningar). Samtalet leds av en av oss som fungerar som moderator/samtalsledare vilken även ansvarar för att ordet fördelas och att vi håller oss till ämnet och inom den avtalade tidsplanen. Samtalet kommer att spelas in med ljudupptagning för att sedan analyseras på gruppnivå och vara en del av vår magisteruppsats. Vi följer de etiska riktlinjerna för forskning, deltagandet är frivilligt och du kan om så önskas avbryta ditt deltagande. Det inspelade materialet kommer att behandlas konfidentiellt, endast användas till undersökningen och förvaras så att ingen obehörig får tillgång till det. Inga namn eller övrig data kommer att registreras. Har ni några ytterligare frågor är ni välkomna att kontakta oss via telefon eller e-mail. Vi tar med oss frallor till intervjutillfället. Det ska bli spännande att få träffa er och ta del av era tankar och kunskaper!

Vänliga Hälsningar

Liselotte Hultin och Mia Victor

## Bilaga 2

### Intervjuguide

#### **Inledande frågor:**

Hur länge har teamet arbetat ihop?

Hur ofta träffas teamet? Är teamet alltid intakt?

Vem är ordförande?

Dokumenteras insatser/åtgärder? Hur följs insatser/åtgärder upp?

#### **TEMA:**

1. *Elevhälsan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande. (2 kap. 25 § skollagen 2010:800)*

Hur definierar teamet begreppen "hälsofrämjande" och "förebyggande"?

Vad anser teamet är "friskfaktorer" vad gäller psykisk ohälsa?

Hur arbetar teamet hälsofrämjande och förebyggande kring psykisk ohälsa? Hur skulle teamet vilja arbeta?

Vilka förutsättningar anser sig teamet ha i detta arbete? Styrkor/svagheter?

2. *För elevhälsans medicinska, psykologiska och psykosociala insatser ska det finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator. Vidare ska det finnas tillgång till personal med sådan kompetens att elevernas behov av specialpedagogiska insatser kan tillgodoses.*

Vad vet de olika professionerna om varandras yrkesområden?

Hur syns de olika professionerna i teamet i arbetet kring barn och unga med psykisk ohälsa?

Vilka styrkor, svagheter och förbättringsområden identifierar teamet?

Saknas någon profession?

3. *Arbete med elevhälsa förutsätter vidare en hög grad av samverkan mellan elevhälsans personal och övriga personalgrupper /.../ det är också angeläget att samverkan sker med övrig hälso- och sjukvård samt med socialtjänsten.*

Hur fungerar samverkan kring barn och unga med psykisk ohälsa

- a) mellan de olika professionerna i teamet?
- b) mellan teamet och övriga personalgrupper?
- c) med övrig hälso- och sjukvård samt med socialtjänsten?

Vilka styrkor, svagheter och förbättringsområden identifierar teamet?

4. *Elevhälsan har ett särskilt ansvar för att bevaka att skolan bidrar till att skapa goda och trygga uppväxtvillkor.*

Hur identifierar teamet barn i riskzonen?

Bakomliggande orsaker? Riskfaktorer

Hur upptäcks psykisk ohälsa? Symptom?

Skillnad pojkar/flickor?

Vilka stödåtgärder finns och sätts in?

Vilka styrkor, svagheter och förbättringsområden identifierar teamet?

Har någon i gruppen något som de vill förmedla eller tillägga som vi inte tagit upp under intervjun?