

Kvalitetssäkrad elevhälsa kan förebygga utslagning av unga

Hög tid skapa en samlad barn- och ungdomshälsa



LARS GELANDER, med dr, specialist i barn- och ungdomsmedicin, chefläkare, verksamhetschef, barn- och ungdomsverksamheterna, Angereds närsjukhus, Göteborg
lars.gelander@vgregion.se

I en artikel i veckans nummer av Läkartidningen beskriver Nils Lundin att skolhälsovården mycket sällan anmäler enligt lex Maria. För få anmälningar skulle kunna bero på brister i avvikelshantering och att det faktiskt inte finns någon lokalt lex Maria-ansvarig utsedd. Nils Lundin påtalar att skador som beror på brister inom skolhälsovården kan uppträda efter lång tid och därför inte rapporteras inom de två år man har på sig.

Intressant är att bara 2 av de endast 35 lex Maria-fall som rapporterats under en femårsperiod berörde psykisk hälsa. Det borde ha varit fler om arbetssättet inom skolhälsovården förändrats till att motsvara Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården [1].

I riktlinjerna står att skolhälsovården ska lägga avsevärt »större vikt ... bli vid att försöka få en uppfattning om elevens psykiska välbefinnande och kartlägga hinder för elevens utveckling, tex begränsningar i barnets förutsättningar, skolans pedagogik, miljöförhållanden, riskfyllda levnadsvanor och psykiska eller sociala problem«.

Elevhälsans status förstärkt i ny lag

Skolhälsovården är numera en del av den samlade elevhälsan. I den nya skollagen (SFS 2010:800) har elevhälsans status förstärkts. Tidigare ställdes inte samma krav på friskolor som på kommunala skolor, men i den nya lagen betonas att alla skolor ska ha elevhälsa. Den ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser.

Dessutom kräver lagen numera också

att det verkligen ska finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator.

Skollagen ger däremot inga direktiv för hur elevhälsan ska organiseras. För de delar som handlar om hälso- och sjukvård gäller Socialstyrelsens bestämmelse om att det ska finnas ledningssystem och verksamhetschef som ansvarar för kvalitet och god vård.

Fokus på hälsa och prevention

Den nya skollagen sätter fokus på elevhälsans förebyggande och hälsofrämjande insatser.

Samma inriktning har Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovård [1]. Det är inte längre fysiska hälsokontroller eller sjukvård som är huvuduppgiften. Elever i behov av särskilt stöd, elevernas psykiska, fysiska och sociala arbetsmiljö samt livsstilsrelaterade hälsorisker ska i stället vara prioriterade arbetsområden. Sjukvårdsinsatser får visserligen utföras men i begränsad omfattning. Skolhälsovården ska inte bedrivas som en utökad vårdcentral.

Varför då detta paradigmskifte från en kontrollerande och sjukvårdande skolhälsovård till en elevhälsa med uppdrag som påminner om företagshälsovård?

Sociala skillnader har betydelse

Många barn klarar trots normal begåvning inte skolan. Socioekonomi har betydelse. I den stadsdel jag verkar, en del av den nybildade stadsdelen Angered i Göteborg, har många ursprung utanför Europa. Sammanlagt 65 procent av barnen går ut skolan utan fullständiga be-



Foto: Rex features/IBL Bildbyrå

Att i tid fånga upp barn som riskerar utanförskap och utslagning är elevhälsans ansvar. När det inte fungerar bör lex Maria användas som ett stöd för kvalitetsförbättring.

tyg. Motsvarande andel i Danderyd eller Lidingö är 6–7 procent [2].

Högt pris för utanförskap

Hälsoekonomerna Ingvar Nilsson och Anders Wadeskog [3] räknade 2008 ut att knappt 13 procent av alla barn kommer att drabbas av framtida utanförskap. De beräknade att varje individs

SAMMANFATTAT

Skolan har avgörande betydelse för barns framtida hälsa. Resultaten i skolan påverkar barnens risk för bl a kriminalitet, självmord och missbruk.

Elevhälsan borde kunna påverka riskerna för utsatta barn. Vetenskapligt stöd finns för att tidiga insatser och användning av utvärderade metoder har gynnsam effekt.

Det kan dock ifrågasättas om skolhälsovården kan kvalitetssäkra insatserna. En signal om bristande kvalitetsarbete är att man nästan aldrig rapporterar avvikelser enligt lex Maria.

Nu behövs ledningsstruktur och kvalitetsmedvetenhet så att ny kunskap kan implementeras och resultat av insatser följas upp. Dessutom bör barnhälsovård, elevhälsa och socialtjänst knytas ihop så att multiprofessionella insatser kan starta redan i förskolan.

utanförskap kostar samhället mellan 350 000 och 1 600 000 kronor per år, beroende på om utanförskapet leder till narkomani, långtidssjukskrivning eller psykisk sjukdom.

Frågan är om elevhälsan kan ha betydelse för att minska detta enorma lidande, denna enorma utslagning och dessa enorma kostnader. Det finns forskning som talar för att ett av elevhälsans lagstiftade uppdrag har avgörande betydelse för barnens framtid: Uppdraget att stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål.

Bristande skolresultat påverkar tydligt risken för kriminalitet, även efter justering för socioekonomiska hemförhållanden [4]. Dessutom har barn med dåliga skolresultat kraftigt ökad risk för självmord, självmordsförsök och narkotika- och alkoholmissbruk [5].

Missad dyslexi ett exempel

Men när bedriver elevhälsan vård så att kvaliteten måste motsvara riktlinjerna inom hälso- och sjukvård? Gäller det exempelvis dyslexi?

Dyslexi är en ärftlig funktionsnedsättning. Det inte svårt att upptäcka barn som skulle kunna lida av dyslexi. De allra flesta barn knäcker läskoden senast i slutet av första klass, och när det inte skett ska man ta reda på varför.

Trots detta är det min erfarenhet att utebliven eller fördröjd undersökning och diagnos är så vanligt att nästan inga barn får den vård, behandling eller rehabilitering som varit motiverad enligt vetenskap och beprövad erfarenhet – inom rimlig tid eller över huvud taget.

Alla de gånger jag varit med om att dyslexin inte diagnostiserats förrän barnet skolkar i årskurs 9, borde jag rimligen haft möjlighet att rapportera enligt lex Maria – trots att utredning och behandling borde ha startat 8 år tidigare och det mesta av behandling och rehabilitering skulle ha skett inom skolans pedagogiska verksamhet, i klassrummet.

Totalt 5–8 procent av befolkningen lider av dyslexi, alltså knappt ett barn i varje klass. Enligt vetenskap och beprövad erfarenhet måste tidig kvalificerad lästräning kombineras med hjälpmedel i klassrummet så att barnen inte förlorar glädjen att lära.

Det finns tydlig ärftlighet, och flera gener har identifierats som ger risk för dyslexi [6]. MR visar skillnader i mönster för vilka områden i hjärnan som används för avkodning av text mellan dyslektiker och icke-dyslektiker. Lästräning kan påverka men inte utplåna dessa skillnader, och det är avgörande

att insatser med utvärderade metoder sker så tidigt som möjligt [7].

Risk att fel insatser gör skada

Liksom inom all vård får insatser inte göra skada. Vi vet ju numera vilket tveeggat svärd sjukskrivning av vuxna är; så nödvändigt vid svår sjukdom och så farligt när det används för frikostigt.

I skolan finns också risk för utanförskap när insatser görs för sent eller med fel metoder. Särskilda insatser utanför klassrummet kan behövas, men de måste vägas mot risken att barn drabbas av utanförskap när de flyttas ut ur klassrummets gemenskap till särskilda undervisningsgrupper utan att det finns tydligt vetenskapligt stöd för nyttan.

Här har verksamhetschefen ett tydligt ansvar att systematiskt kvalitets-säkra insatser och att följa upp och förbättra resultaten.

Skolans ledning ska verka för god vård

Nils Lundin ifrågasätter kvaliteten i elevhälsans ledningsorganisation. Hur ser då organisationen ut? Det enkla svaret är att det varierar. Grunderna för hur det borde se ut är dock tydliga. Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOF 2005:12) reglerar att det i skolhälsovården, precis som i all annan hälso- och sjukvård, måste finnas en verksamhetschef.

Ansvaret att ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten är tydligt. Det är klart att elevhälsans verksamhetschef faktiskt har ansvar för att undersökning, diagnos, vård, behandling eller rehabilitering av barn kvalitetssäkras. Resultaten ska följas upp så att åtgärder kan vidtas för att resultaten ska förbättras. Det gäller även inom den första länkens vård elevhälsan ska bedriva för barn med exempelvis dyslexi eller ADHD.

Ofta är elevhälsans verksamhetschef skolans rektor. Vid sin sida har rektorn kanske en medicinskt ansvarig skolsköterska som rådgivare. I större kommuner kan det finnas en skolöverläkare som har ansvar för lex Maria. Ibland finns också en samordnande skolsköterska med kvalitetsuppdrag. Skolläkaren är vanligen inhyrd för de timmar man utför skolhälsovård.

Samverka för barn och ungdomar

Det finns fler än 5 000 skolor i Sverige [8]. Skolhälsovård och elevhälsa utgör bara en liten del av skolornas totala

verksamhet; här ställer lagstiftning och riktlinjer samma patientsäkerhetskrav som för annan hälso- och sjukvård. Med egen erfarenhet från många års arbete som skolläkare är jag pessimistisk när det gäller möjligheten att säkra kvaliteten på alla dessa små enheter.

Det är hög tid att skapa en samlad barn- och ungdomshälsa, som inte bara innefattar dagens elevhälsa utan även inkluderar förskolan. För att testa en sådan utveckling finansierar Sveriges Kommuner och landsting processutveckling i 14 modellkommuner. Målet är att utveckla nya sätt att arbeta med tidiga insatser för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och ungdom [9].

Min förhoppning är att detta ska visa på nya möjligheter att utveckla strukturell samverkan, som bryter uppdelningen mellan barn- och skolhälsovård och som skapar en sammanhållen struktur för utbyggt föräldrastöd och förebyggande insatser från socialtjänst under barnens hela uppväxt. Här kan kvalitetssäkring ske så att metoder förankrade i vetenskap används till att uppmärksamma barns och föräldrars behov i tid och till att kunna erbjuda kvalitetssäkrade insatser där resultaten följs upp.

I så fall borde vi kanske i framtiden få in betydligt fler anmälningar enligt lex Maria. De flesta barn kanske då inte handla om hälsokontroller, skolios eller vaccinationer utan om det andra av elevhälsans lagstiftade kärnuppdrag: att stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Nilsson I, Wadeskog A. Det är bättre att stämma i bäcken än i ån. Att värdera de ekonomiska effekterna av tidiga och samordnade insatser kring barn och unga. <http://www.skandia.se/hem/Global/pdf/Om%20Skandia/Idéer%20för%20livet/Ingvar%20N%20Fullständig.pdf>
- Socialstyrelsen. Skolbetyg, utbildning och risker för ogynnsam utveckling hos barn. I: Social Rapport 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010. p. 228–66. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-11>
- Galaburda AM, LoTurco J, Ramus F, Fitch RH, Rosen GD. From genes to behavior in developmental dyslexia. *Nat Neurosci.* 2006;9:1213–7.
- Shaywitz SE, Morris R, Shaywitz BA. The education of dyslexic children from childhood to young adulthood. *Annu Rev Psychol.* 2008;59:451–75.
- Sveriges Kommuner och landsting. Modellområden – psykisk hälsa, barn och unga. <http://modellomraden.skl.se/web/psynk.aspx>