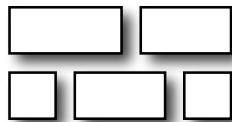




Institutionen för Beteendevetenskap och lärande  
Forum för organisations- och gruppforskning

# SAMVERKAN - professionellas föreställningar på elevhälsoarenan

Ingrid Hylander



FOG-RAPPORT NR 69/2011

## ABSTRACT

Multiprofessional teams have a long history in Swedish schools but recently a new type of multiprofessional service was proposed by the Swedish government in order to integrate two existing parallel services (school health care and psychosocial care) with special education into one service with the aim of promoting health, learning and wellbeing in schools. This report is part of a research project "Integration of knowledge and interprofessional learning. Multiprofessional collaboration and negotiation of meaning in relation to student health" The aim of the present study was to explore the professional representations of collaboration within school based multi professional teams. In total fourteen focus groups with professions from primary school (1-9), school paediatricians, school nurses, school psychologists, school social workers, special education teachers and principals were interviewed, adding up to 82 interviewees. A qualitative and mainly inductive, content analyses according to Graneheim & Lundman, (2003) was used. Representations of interprofessional collaboration are described in terms of (a) disciplinary domains (knowledge and experience) and (b) physical arenas (team meetings). The results are described in reference to the different professional groups and analysed from three theoretical perspectives: Social Representation Theory (Moscovici, 1969), Theory of professions (Abbot, 1988) and Social Identity Perspective (Brewer, 2003).

# SAMVERKAN - professionellas föreställningar på elevhälsoarenan

Ingrid Hylander

## Introduktion

Den nya skollagen slår fast att det ska finnas elevhälsa för elever i förskola, grundskola och gymnasium som omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsa kan ha tre olika huvudbetydelser, det kan stå för elevers hälsa, eller utgöra en beteckning för de personer som arbetar med elevhälsa på en skola eller betyda den verksamhet som dessa personer utför. I denna rapport syftar elevhälsa på en verksamhet inklusive de personer som utför denna verksamhet. Den här rapporten handlar om professionellas föreställningar om samverkan inom denna elevhälsa i grundskolan. De föreställningar som kommer att behandlas är gemensamma för varje yrkesgrupp inom elevhälsan. Man kan alltid hävda att det finns mer som skiljer individer i en grupp än som förenar, men i den här rapporten har vi särskilt fokuserat det som förenar och det som beskrivs är därför prototypiska uppfattningar och kollektiva föreställningar. Kollektiva föreställningar är gemensamma uppfattningar, värderingar och symboler (Moscovici, 1988; Wagner et al. 1999) som kan tas för sanna av dem som innefattas i kollektivet som i den här rapporten utgörs av elevhälsans olika yrkesgrupper.

Målet har varit att beskriva sådana föreställningar som varit återkommande eller delats av många. Som alltid kan det då hända att enskilda yrkesutövare inte helt känner igen sig i den samlade beskrivning som är resultatet av de gemensamma föreställningarna inom varje yrkeskategori. För variationens skull och för att visa på olika uppfattningar inom samma yrkeskategori har också enskilda yrkesutövares uttalanden beskrivits men då inte presenterats som en gemensam föreställning.

## Syfte

Den här rapporten ingår i ett forskningsprojekt *Kunskapsintegration och professionellt lärande. Mångprofessionellt samarbete och förhandling av innebörder inom skolans elevhälsoarbete*. Syftet med projektet är att få ökad kunskap om hur samverkan och lärande kring komplexa elevärenden gestaltas i mångprofessionella team i skolan. Syftet med den delstudie som presenteras i denna rapport var att undersöka hur de olika yrkesgruppernas professionella föreställningar om mångprofessionellt samarbete kan beskrivas när det gäller elevhälsans olika domäner och mötesplatser. Kunskap om detta kan bidra till ökad förståelse för processer som förhindrar eller underlättar att mångprofessionell kompetens används för att stödja lärare och undanröja hinder för elevers utveckling och lärande. Detta är ett eftersatt forskningsområde i Sverige. Forskning om elevvård och elevhälsa i allmänhet är begränsad och när det gäller samverkan mellan de olika professioner som ingår i elevhälsan finns nästan inga forskningsstudier (Hjörne, 2004; Backlund, 2007).

## Bakgrund

Som bakgrund ges en kort orientering om hur begreppet elevhälsa vuxit fram och vad som kan menas med närliggande begrepp som elevvård och skolhälsovård. För en mer omfattande beskrivning av utvecklingen fram till den nu föreslagna elevhälsan se Guvå, 2009b. För en beskrivning av föreställningar om innebörden av elevhälsa se Guvå, 2009a som beskriver föreställningar om elevhälsa så som det tar sig uttryck utifrån olika yrkesgruppers förståelse av fenomenet.

Skolsköterskor och skolläkare har funnits att tillgå i skolan sedan slutet av 1800-talet och utgör tillsammans *skolhälsovården*. Kuratorer och psykologer har funnits i skolan sedan 50-talet, men den stora utbyggnaden av dessa tjänster skedde på 1970- och 1980-talet och dessa utgör tillsammans den *särskilda elevvården*. Lärarnas elevvårdande roll har successivt betonats mer i läroplansskrivningar under senare delen av 1900-talet. Speciallärare tillkom som en särskild funktion för elever med läs- och skrivsvårigheter, en ny utbildning som specialpedagog med ett vidare ansvarsområde tillkom i slutet av 1980-talet men nu har återigen en speciallärarutbildning skapats som ett komplement till specialpedagogutbildningen.

Enligt SOU: 2001 föreslogs att skolhälsovården och den särskilda elevvården ska gå samman till en verksamhet som även ska innefatta specialpedagogisk kompetens - *elevhälsa*. Förslaget har legat länge i väntan på den nya skollagen, som nu har antagits. Under tiden har vissa skolor och kommuner anammat det nya begreppet elevhälsa, medan andra fortsatt att använda sig av elevvård och skolhälsovård som begrepp. Med det nya begreppet finns också en grundtanke att elevhälsa är något som angår alla i skolan och att det gäller att arbeta för god hälsa för alla snarare än att bara åtgärda det som gått fel för vissa individer.

### Tidigare forskning om elevhälsoteam

Trots att frågan om elevvård har varit behandlad i många olika sammanhang sedan begreppet myntades 1962 (SOU 1974:53; DSU, 1980:1; SOU 2000:19) finns mycket litet aktuell forskning i Sverige kring elevvårdens organisering eller dess resultat. Från 1980 finns en doktorsavhandling om hur personal hanterar elevers problem i skolan (Lundén & Näsman, 1980). Granström (1986) studerade gruppdynamiska aspekter på beslutsfattande och ledarskap i arbetsgrupper inklusive elevvårdskonferenser. Hylander (2000) genererade teori om psykologers stöd till lärare och pedagoger i skola och förskola (psykologisk konsultation). Guvå (2001) studerade skol-psykologers rolltagande i elevvårdsfrågor. Liljegren studerade samspel mellan skola, föräldrar och elever i svårigheter (Liljegren, 2001). Backlund (2007) studerade dels elevvårdens organisering, dels elevvårdens praktik och beskrev elevvårdens och skolhälsovårdens historiska utveckling. Hon beskrev bl.a. hur lärare och rektorer önskar individuella insatser för enskilda elever medan kuratorer och psykologer vill arbeta förebyggande.

Guvå problematiserade frågan om hur komplexa elevärenden hanteras beroende på hur de definieras och omdefinieras. Ett liknande synsätt framträder i en avhandling av Hjørne (2004) som studerat hur elever diskuteras och kategoriseras på elevvårdsteam och elevvårdskonferenser. Hon hänvisar till det *sociokulturella perspektivet* (Vygotsky, 1962; Wertsch, 1991) där kategorier betraktas som redskap som

möjliggör meningsskapande men som också är bundna i historisk tid och till specifika sociala aktiviteter. En sådan kategori kan t.ex. vara ADHD/DAMP, som i elevvårdsdiskussionerna ges en betydligt vidare definition än den kliniskt vetenskapliga definitionen. När väl en sådan kategorisering gjorts, används ny information för att bekräfta denna och inte för att ifrågasätta och därför tas beslut på lösa grunder. Förändringar i skolans verksamhet för att underlätta elevers integrering i vanliga klasser diskuterades endast i undantagsfall enligt Hjørne. Även Lagerberg, Mellbin, Sundelin & Vuille (1995) menade att olika typer av specialåtgärder riskerar att stämpla och stöta ut elever snarare än hjälpa dem. I en uppföljningsstudie visade de att ju mer stöd elever fått vid 10-års ålder desto större var problemen även senare.

När det gäller specialpedagogik finns betydligt mer svensk forskning än när det gäller elevhälsa i allmänhet, en forskning som bl.a. inriktats på inkludering i vanliga klasser (Se t.ex. Nilholm, 2007). Specialpedagogisk forskning utgår ofta från en specifik problembild hos barn t.ex. döva barn eller barn med begåvningshandikapp, men det finns också ett antal aktuella avhandlingar som behandlar specialpedagogernas roll och arbetsuppgifter. Malmgren Hansen (2002) beskrev specialpedagogen som en nybyggare i skolan. Åman (2006) studerade hur specialpedagogens kompetens har beskrivits av specialpedagoger och andra yrkesgrupper vid barn- och ungdomshabilitering och där också tvärprofessionella team studerats. Ekström (2004) beskrev beslutsfattarens formuleringar av villkoren för specialpedagoger men också vilka olika diskurser som kommer till uttryck när elever med behov av särskilt stöd definieras. Även Westling Allodi (2002) har uppehållit sig vid skolans synsätt på barn och konstaterade att det råder en ambivalent politik som både skapar stöd för och stöter bort elever som inte kan "standardiseras".

Internationellt finns omfattande forskning om specialpedagogik, som i kontrast till den svenska forskningen är mer inriktad på effekter av än på beskrivning och kvalitativ analys av specialpedagogiken. I "Beacons of Excellence projects" (McLaughlin 2002; Schulte, 2002) har försök gjorts att koppla framgång och effektivitet inte enbart till enskilda undervisningsprogram utan till hela skolans organisation och skolklimat, vilket stämmer med den grundläggande idén bakom inrättandet av elevhälsa. Skolor med framgångsrik specialundervisning karakteriserades av lagarbete, samarbetskultur och gemensamt ansvarstagande från alla anställda på skolan. Detta stämmer väl överens med forskning om skolkulturens betydelse för elevers skolframgång (Rutter, 1983; Grosin, 2003; Levine & Lezotte, 1990) som bland annat visat att i skolor där lärare och övrig skolpersonal upplever gemensamt ansvar för alla barns framgång ökar elevernas prestationer (Caron & McLaughlin, 2002). Ovan nämnda forskning är främst inriktad på samarbete mellan specialpedagoger och klasslärare, men stämmer väl överens med studier i Sverige som visar att skolor där lärare är inriktade på att arbeta i arbetslag i högre utsträckning anlitar skolpsykologer för samarbete eller konsultation, medan mer hierarkiskt inriktade skolor i högre utsträckning remitterar problem till skolpsykologer för behandling eller utredning (Wiström, Hanson, Qvarnström, Westerlund, 1995).

När det gäller andra elevhälsovårdande insatser utöver specialpedagogiska, finns internationell forskning som visar på positiva effekter för elever av enskilda elevvårdande åtgärder, som t.ex. program för inlärnings eller beteende förändringar (se t.ex. Gutkin, & Reynolds, 1999; Kavale & Forness, 1999). Det finns emellertid en kontrast mellan resultaten från denna forskning och från den forskning som är inriktad på övergripande helhetsåtgärder där flera program ingår, vilken visar

ganska nedslående resultat när det gäller att visa på positiva effekter för eleverna. (Schulte 2002). Schulte frågar sig därmed hur helheten kan bli mindre än summan av delarna.

När det gäller forskning om "team" och specifikt "mångprofessionella team" finns det en variation av definitioner och mer eller mindre vedertagna begrepp (Blomqvist, 2009). Forskning kring mångprofessionella team kommer fram för allt från det kliniska vårdområde där sådana team blivit en allt vanligare organisationsform (Blomqvist, 2009). Teamen består vanligen av läkare, psykologer, kuratorer och sköterskor. En vanlig definition av mångprofessionella team innefattar - gemensamt mål, kompletterande kunskap samt ömsesidigt ansvar (Blomqvist, 2009). Ett vanligt sätt att klassificera team är utifrån de tre aspekterna: *grad av ömsesidigt beroende, grad av specialisering* samt *grad av samordning* (Tylefors, 2007, Blomqvist, 2009, Jones & Roelofsma, 2000). Mångprofessionella team kan då indelas i: *Multiprofessionella team*, där olika discipliner utreder en klient och samarbetet dem emellan är begränsat till informationsöverföring, *interprofessionella team* som kräver att samverkan mellan de professionella i teamet sker för att den gemensamma uppgiften ska bli utförd samt *transprofessionella team* med integrerat samarbete och där de olika deltagarna till viss del kan vara utbytbara.

*Sammanfattningsvis* kan man säga att de senaste 20 årens forskning visat på ett stort antal svårigheter och det är knappast bekräftat att mångprofessionella team vanligtvis präglas av teamens bredd i professionell kompetens (Blomqvist, 2009). Forskningen lyfter fram ett antal svårigheter som teamarbetet kan drabbas av just p.g.a. mångprofessionelliteten (t.ex. Herrman, Trauer & Warnock, 2002). Det finns en tendens att se den egna professionens teori och praktik som överlägsen andras vad gäller att möta patientens hjälpbehov, d.v.s. en professionsbaserad etnocentricitet (Shoefield & Amodeo, 1999), samarbetet kan försvåras av skillnader i terminologi vilket medför kommunikationsproblem (Abramsons, 1990) och okunnighet om de övrigas kompetensområden bidrar till rolloklarheter (Waskett, 1996). Yrkesspecifik specialistkunskap värderas högt inom en del av de aktuella professionerna, ett autonomt arbets sätt uppmuntras och man förbereds inte alltid för att bli "lagspelare", vilket kan leda till en negativ attityd till teamarbete (Hyer, et al., 2000). Olika professioner utgår från olika kunskapsbaser i sitt arbete, vilket kan leda till olika sätt att se på vad god kvalitet innebär (Norman & Peck, 1999). Ett ojämlikt inflytande i diskussioner och över beslut är ett hinder för att teamets samlade kompetens tillvaratas (Pagliari & Grimshaw, 2002).

Det finns begränsat med internationella studier om effektivitet i elevhälsoteam eller motsvarande och forskningen är motsägelsefull (Thornberg, 2009). Rosenfield har tillsammans med kollegor visat på positiva effekter i skolor när *instructional consultation teams* har införts (McKenna, Rosenfield, Gravois, 2009, Kaiser, Rosenfield, Gravois, 2009, Gravois & Rosenfield, 2006). Studier av *prereferral teams* i USA visar också att sådana kan verka förebyggande, genom att stödja lärare i deras arbete med elever i svårigheter och därigenom minska antalet anmälningar till specialundervisning (Meyers, Valentino, Meyers, Boretti & Brent, 1996). Slutsatserna är dock motsägelsefulla eftersom de lärare som vänder sig till teamet är mindre positiva än teammedlemmarna själva. Teamets kunskap har således inte alltid kunnat översättas till eller förhandlas med lärarna på ett sådant sätt att den blir användbar i klassrummet.

I många amerikanska studier (rapporterade i Thornberg, 2009), riktas kritik mot team som inte i tillräcklig utsträckning använder sig av systematiserade datainsamlings-metoder. Några studier menade att när det finns forskningsbaserad eller annan universitetsbaserad medverkan i teamarbetet uppnås en högre

effektivitet. När så inte är fallet är det vanligt att teamen använde för litet tid till att definiera problemet, samla data, ställa diagnos och därför tog beslut på allt för lösa grunder. Fokus låg i hög utsträckning på individuella förklaringar till problem, och förslag till åtgärder innebar sällan förändringar inom klassrummets ram utan snarare åtgärder utanför skolan. Detta kan emellertid problematiseras. Det tycks finnas en underliggande normativ föreställning, delvis stödd av forskning, att det enda mått på att team är effektiva är om deras arbete leder till strukturerade beteende-observationer i klassrummet, specifika åtgärdsförslag och uppföljningar som bygger på hur väl lärarna följt teamets förslag (treatment integrity) (Burns and Symington, 2002). Detta synsätt lämnar inte öppet för andra och mer ekologiska, integrativa eller dynamiska arbetsformer.

Knotek (2003) beskrev hur mångprofessionella elevvårdsteam kan utveckla ett gemensamt språk som är användbart i den pedagogiska verksamheten men att detta är en långsiktig process. Han beskrev fyra olika typer av diskurser som utvecklades (a) den direkt *upplevda erfarenheten* (b) den yrkesmässiga *disciplinbundna diskursen* (c) *folkelig diskurs* som är ett gemensamt men ytligt och ibland fördomsfullt sätt att diskutera elever och slutligen (d) en *förhandlad diskurs* som innefattade en kollektiv förståelse av såväl elevernas unika utveckling som kontextberoendet. Geijer (2003) beskrev en likartad process *transprofessionell kommunikation* kring dyslexi. Professionella från olika discipliner har till en början enbart disciplinbundna förklaringsgrunder till dyslexi men dessa förändras efter samverkan genom att de lär av varandra. Larsson (2001) har visat att olika bilder av barn konstrueras i olika sammanhang när professionella aktörer samverkar kring komplexa elevärenden. Samverkan mellan olika professioner beskrevs som en sammanslagning av olika bitar där helheten dock aldrig blev mer än summan av delarna.

För att komma ifrån individuella åtgärder som inte får effekter i klassrumssituationen förespråkas ett mer systeminriktat, ekologiskt (Bronfenbrenner, 1979) och förebyggande arbetssätt inom skolans elevvård (Philips, Boysen & Schuster, 1997; Short & Talley, 1997; Conoley & Gutkin, 1995). Det har framförts kritik mot att diagnostisering och klassificering leder till en specialundervisningsbyråkrati men inte till placeringar som är knutna till effektiva interventioner (Philips, Boysen & Schuster, 1997).

#### *Sammanfattning av tidigare forskning*

I Sverige finns mycket litet aktuell forskning kring elevvårdens organisering eller dess resultat. Några aktuella doktorsavhandlingar lyfter upp frågan om inkludering/ exkludering och tendensen att förlägga orsaker till de problem som uppstår hos enskilda elever och deras familjer istället för på skolans organisering och pedagogik, vilket också framhålls som ett problem internationellt. Internationell forskning visar på positiva effekter för elever av enskilda elevvårdande åtgärder, som t.ex. program för inlärnings eller beteende förändringar. Det finns emellertid en kontrast mellan resultaten från denna forskning och från den forskning som är inriktad på övergripande helhetsåtgärder där flera program ingår, vilken visar ganska nedslående resultat när det gäller positiva effekter för eleverna.

Inom specialpedagogik finns mer svensk forskning och även här lyfts inkludering i vanliga klasser upp, men är ofta inriktad på specifika problembilder hos enskilda barn. Internationellt finns omfattande specialpedagogisk forskning om effekter av specialpedagogiska interventioner och organisering av specialundervisning. Skolor med framgångsrik specialundervisning karakteriseras av lagarbete, samarbetskultur och gemensamt ansvarstagande från alla anställda på skolan. Detta stämmer väl överens med forskning om skolkulturens betydelse för

elevers skolframgång som bland annat visar att i skolor där lärare och övrig skolpersonal upplever gemensamt ansvar för alla barns framgång ökar elevernas prestationer.

Generell forskning om mångprofessionella team visar på ett stort antal svårigheter i teamsamverkan och svagt stöd för att mångprofessionella team verkligen präglas av bredd i professionell kompetens. Svårigheter som teamarbetet kan drabbas av beror just på mångprofessionaliteten. Den egna professionens teori och praktik ses som överlägsen andras, samarbetet kan försvåras av skillnader i terminologi och okunnighet om de övrigas kompetensområden bidrar till rolloklarheter. Internationell forskning om effektivitet i elevhälsoteam är ganska sparsam och motsägelsefull. Dels är det svårt att göra jämförelser eftersom teamen ges många olika namn, mål och funktion inte är tydliggjorda och teammedlemmarnas professioner inte framgår. Slutsatserna är också motsägelsefulla. Vissa studier visar att teammedlemmarna upplever sitt arbete som framgångsrikt men att denna uppfattning inte delas av lärarna. Teamets kunskap har således inte alltid kunnat översättas till eller förhandlas med lärarna på ett sådant sätt att den blir användbar i klassrummet. Ett gemensamt språk som är användbart i den pedagogiska verksamheten kan utvecklas men detta är en långsiktig process. Få undersökningar har fokuserat på det ekologiska perspektivet eller på samverkan mellan de olika yrkesgrupperna i elevvård/ skol-hälsovård samt deras samverkan med lärare och övrig skolpersonal. Det som är intresset i denna rapport d.v.s. de professionellas föreställningar om mångprofessionellt samarbete när det gäller disciplinära domäner och fysiska mötesplatser i skolan, finns det således mycket litet forskning om i skolans värld (Kury & Kury, 2006).

## Teoretiska perspektiv

De resultat som kommer att redovisas här har tillkommit genom en kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2003). Analysen har utgått från såväl manifest som latent nivå och har i huvudsak varit induktiv. Resultaten kommer att diskuteras utifrån ett par specifika teoretiska perspektiv som dock inte dominerat analysen av data förrän vid den slutgiltiga diskussionen. Dels diskuteras ett professionsteoretiskt perspektiv (Abbot, 1988) och dels två socialpsykologiska perspektiv, Socialt identitetsperspektiv fram för allt så som det tolkats av Marilynne Brewer (2003), samt Social representationsteori (Moscovici, 1988, Wagner et al. 1999). Nedan ges en kortfattad beskrivning av dessa perspektiv.

### Professionsteorier

En profession kan definieras på olika sätt t.ex. "en yrkesgrupps strävan att uppnå exklusiva samhällseliga fördelar och tolkningsföreträden" (Selander, 1989) eller "exklusiva grupper av individer som tillämpar tämligen abstrakt kunskap på specifika fall" (Abbot, 1988). Friedson (1994) angav fem grundläggande element som ingående i professionalism

- en officiellt erkänd kunskapsmassa
- arbetsdelning som kontrolleras av professionen
- yrkesmässigt kontrollerad arbetsmarknad krav på formella meriter



- yrkesmässigt kontrollerad tränings och utbildningsprogram
- ideologi som betonar högre värden

Somliga begränsar benämningen profession till de yrken som har en gemensam vetenskaplig bas, gemensam yrkesetik, legitimation och professionell autonomi, vilket benämns det essentiella professionsperspektivet (Macdonald, 1995). Detta skulle innebära att endast läkare och psykolog i elevhälsoteamen har status av profession. Detta perspektiv har emellertid kritiserats och begrepp som makt, maktutövning och closure, d.v.s. att stänga andra yrkesgrupper ute från ett fält har lyfts fram i professionsforskning (Abbot, 1988; Macdonald, 1995). Varje profession vill bli legitimerad av samhället och kommer då att använda strategier som stänger ute vissa och innesluter andra när det gäller intag till utbildning, legitimering, yrkesredskap etc. Detta leder till en kamp mellan företrädare för olika yrken och försök att stänga in området för att utesluta andra. Denna instängning består av upprättande av kunskapsmonopol, av yrkesmonopol samt av legitimeringsgrundande specialistmonopol inom yrket. Att skapa monopol genom länkar mellan den professionella kompetensen och ett visst fält har benämnts professionens jurisdiktion (Abbot, 1988). Med jurisdiktion menas alltså rätten att inom ett visst område ställa diagnos genom att klassificera och dra slutsatser samt att utifrån detta behandla problemen (Abbot, 1988). Abbot menade att nya yrken skapas när det finns en lucka som inte fylls av etablerade professioner eller där en yrkesgrupp inte håller på jurisdiktionen. Vidare menade han att efter uppnådd autonomi måste en profession ständigt bevaka och utöka sin aktivitet för att bibehålla sin jurisdiktion. Exempelvis sågs tidigare problem som har med psykisk hälsa att göra som problem för präster och läkare men under 1900-talet kom psykologer och kuratorer som specialister inom detta område.

Abbot beskrev tre olika arenor för strävan efter jurisdiktion, den legala arenan, den publika arenan och arbetsplatsen som arena. Mest forskning har bedrivits när det gäller den legala arenan medan strategier för att behålla jurisdiktion på arbetsplatsen inte studerats i samma utsträckning (Aili, 2002). Det råder en viss oklarhet om begreppet jurisdiktion ska begränsas till publikt accepterade länkar mellan kompetens och arbetsfält, dvs. skapade på den publika arenan. Men senare forskare betonar förhandlingar på olika nivåer (Allen, 2000; Aili, 2002). På arbetsplatsen handlar det om att få den funktionella kontrollen över olika arbetsuppgifter och där kan menade Abbot, jurisdiktion som vunnits på andra arenor upplösas särskilt i tider av hög arbetsbelastning. På arbetsplatsen sker mikroförhandlingar och där kan en yrkeskår uppvisa en heterogenitet som inte finns på samma sätt på den legala eller publika arenan. Det är runt dessa mikroförhandlingar på arbetsplatsen som intresset kretsar i det föreliggande projektet.

I SOU 2000:19 finns en beskrivning av de kompetenser som bör ingå i elevhälsan, men inte vilka yrkeskategorier som ska innehålla dessa kompetenser. Det framhålls att generellt för alla yrkeskategorier är ha kunskap om och vara medvetna om psykosociala påverkansfaktorer. I den nya skollagen (Prop. 2009710:65) har man istället för att beskriva kompetenser valt att benämna vilka specifika yrkeskategorier som ska finnas tillgängliga. Nedan ges en sammanfattning av hur de specifika kompetenser är beskrivna för varje yrkeskategori i SOU:2000:19. Dessa specifika kompetenser är emellertid långtifrån varandra uteslutande.

*Omvårdnadskompetens*, sjuksköterskornas domän, beskrivs utgå från en helhetssyn (människans fysiska, psykiska, sociala och andliga behov) och syftar till att hjälpa människor genom att identifiera, förebygga och behandla hälso- och

sjukdomsproblem. Sjuksköterskor ska främja hälsa genom t.ex. hälsosamtal, hälsokontroller och vaccinationer.

*Medicinsk kompetens* innefattar kunskap på naturvetenskaplig grund om utveckling och växande samt diagnosticering och behandling och förebyggande av sjukdomar. Hälsöfrämjande arbete i den fysiska, psykiska och sociala miljön.

*Psykologisk kompetens* innefattar utvecklings, inlärnings och neuropsykologi, kunskap om psykiska störningar samt om kriser, konflikter och grupp- och organisationspsykologi. Psykologen arbetar med diagnostik, behandling, konsultation och handledning.

*Kompetens i socialt arbetet* innebär att utifrån en helhetssyn på individen och dess svårigheter analysera förstå och arbeta med sociala processer och problem på individ, grupp och organisationsnivå. Den omfattar kunskap i beteendevetenskap, samhällsvetenskap och juridik. Kuratorer arbetar med stödsamtal, rådgivning, psykosocial behandling och konsultation och handledning.

*Specialpedagogisk kompetens* omfattar fördjupade pedagogiska kunskaper om lärande utifrån det beteendevetenskapliga, medicinska, språkvetenskapliga forskningsfälten som ger kunskap för att undervisa och handleda lärare.

Dessa kompetenser är inte naturligt knutna till specifika arbetsinsatser utan många typer av arbetsinsatser kan utföras med olika typ av kompetens.

## **Det Sociala Identitets Perspektivet (SIP)**

Det Sociala Identitets Perspektivet (SIP) omfattar dels social identitetsteori, dels social självkategoriseringsteori. Enligt detta perspektiv är social identitet en persons syn på sig själv som medlem av en social kategori som t.ex. psykologer, vegetarianer eller pensionärer. Den sociala identiteten innefattar dels, individens medvetenhet om att tillhöra en viss grupp eller kategori, dels en känslomässig värdering av denna grupptillhörighet Tajfel (1982).

Social kategorisering utifrån helt ovidkommande faktorer har visat sig leda till sammanhållning inom grupper och differentiering i förhållande till andra grupper. Det uppstår en *ingrupp* som individen anser sig tillhöra och en *utgrupp* som hon/han inte tillhör. SIP utgår från laboratorieexperiment, främst genom försök med s.k. *minimal group paradigm*. Som ett exempel kan nämnas: skolelever får alla måla en bild. Därefter får de veta att de delats in i grupper beroende på hur de målat sin bild. I själva verket är indelningen helt slumpmässig eller ovidkommande. När de sedan får bedöma andras målningar kommer de att skatta de bilder högre som ritats av elever som de tror hör till samma grupp som de själva (ingruppen). De värderar alltså ingruppens resultat högre än utgruppens utan att de känner de andra medlemmarna i gruppen. *Själv-kategorisering* (SCT) är en vidareutveckling av denna teori (Tajfel & Turner, 1986) som betecknar den socialkognitiva process med vilken den sociala identiteten utvecklas. Individen försöker att förenkla en kaotisk omvärld genom att hitta de kategorier som bäst passar upplevda likheter och skillnader mellan dem själva och andra människor. När en kategorisering har gjorts som t.ex. "vi som bor på Södermalm" kontra "dom som bor på Östermalm" maximeras skillnader mellan kategorierna, medan likhet maximeras mellan medlemmar i samma kategorier. Gruppmedlemmar förväntas hålla med de andra i gruppen och genom själv-kategorisering anta existerande gruppnormer. På det viset uppstår såväl ingruppsstereotyper som utgruppsstereotyper (Abrams & Hogg, 1990). T.ex. "vi intellektuella och kulturella Södermalmsbor" kontra "rika snobbarna på Östermalm"

eller "vi normala och skötsamma Östermalmsbor" kontra " kultursnobbar på Södermalm".

Social identitet är alltså individens förståelse av sig själv som tillhörande en kategori. Inom SIP särskiljs inte grupp från kategori, d.v.s. det görs ingen skillnad mellan social identitet som utgår från en kategoritillhörighet som t.ex. vegetarian och social identitet som utgår från en gruppstillhörighet i t.ex. ett kamratgäng. Därigenom blir den sociala identiteten en kollektiv identitet som är de delade uppfattningarna om medlemskap, gränser etc. som upprätthålls av en kategoris medlemmar (Tajfel, 1982). Man kan alltså tänka sig att yrkesgrupper utgör olika kategorier som skapar olika sociala identiteter hos de personer som ingår i elevhälsan och att detta får betydelse för hur de ser på elevhälsa och hur de upplever sin delaktighet i elevhälsan.

Brewer har på senare år (Brewer & Chen, 2007; Brewer & Caporael, 2006, Brewer & Gardner, 1996) bidragit med ett betydelsefullt klargörande genom att särskilja relationell identitet från kollektiv identitet. Genom att skilja på tre olika nivåer av social självuppfattning klargör hon skillnaden mellan gruppidentitet och kategoriidentitet. De tre nivåerna av socialt själv: *individuellt själv*, *relationellt själv* och *kollektivt själv* innebär olika former av social identitet (Brewer and Gardner 1996). Det individuella självet är uppfattningen om den egna personligheten och kompetensen. Det relationella självet innebär en uppfattning av sig själv i förhållande till andra som man har relationer med, medan det kollektiva självet är uppfattning av sig själv i förhållande till kategorier som kön, yrke etc. (Brewer & Chen, 2007). Det relationella självet innebär alltså dyadiska eller nätverks-relationer, medan det kollektiva självet innebär avpersonifierade relationer som bygger på gemensamma symboler och kognitiva representationer som är oberoende av personliga relationer. Således kan man tänka sig att en person som är t.ex. specialpedagog både känner sig som tillhörande specialpedagogkåren och som tillhörande det lokala elevhälsoteamet på skolan, och att de normer och värderingar som följer med kategoriidentiteten som specialpedagog inte nödvändigtvis överensstämmer med den sociala identiteten som teammedlem i elevhälsoteamet på X-skolan.

Även om de flesta är ense om att människor samtidigt är medlemmar i många olika grupper och utvecklar sin sociala identitet utifrån detta, har mycket litet forskats om multipla sociala identiteter. Brewer har utvecklat en teori om komplex social identitet, d.v.s. när en individ identifierar sig med flera olika grupper samtidigt (Roccas & Brewer, 2002). Därigenom ifrågasätter hon också den klassiska SI teorin om att gruppstillhörighet alltid innebär en nedvärdering av utgruppen. Roccas & Brewer (2002) menade att komplexiteten varierar så att en del människor betraktar alla som inte tillhör samtliga grupper som de själva tillhör som utgrupp, medan andra betraktar varje kategori som bestående av in och utgrupper. Ett exempel på det första perspektivet att betrakta alla som inte tillhör samtliga grupper som man själv tillhör som utgrupp är en skolsköterska som enbart identifierar sig med andra sköterskor som också arbetar i skolan och ser alla andra som utgrupp. Det andra perspektivet torde dock vara vanligare att skolsköterskan ibland identifierar sig med alla sköterskor och ibland som en av skolpersonalen på skolan eller som en teammedlem i elevhälsoteamet. Den sociala identiteten i det senare fallet blir då en kombination av samtliga dessa grupp- och kategoriidentiteter (Brewer & Pierce, 2005).

Brewer (2003) har även bidragit med en teori om samspelet mellan två olika sociala motiv, att tillhöra och att skilja ut sig (Optimal Distinctiveness Theory, ODT). Människor vill samtidigt både tillhöra en grupp och skilja ut sig från andra människor. En grupp med tydliga och klara gränser skulle därigenom kunna ge en

optimal upplevelse av att både tillhöra och att vara distinkt och därigenom attrahera fler än grupper som är otydliga och beredda att inkludera alla. Om balansen mellan differentiering och inkludering blir hotad ökar preferensen för distinkta ingrupper. Detta innebär att människor som tillhör minoritetsgrupper som alltså är mer exkluderande än majoritetsgruppen har en starkare social identifikation med sin grupp, värderar gruppen högre och ser gruppmedlemmarna som mer lika varandra (Brewer, 2003). Tillämpat inom elevhälsan skulle detta innebära att det är större chans att det finns en gemensam och stark social identitet som elevhälsoteam medlem om elevhälsoteamet är väl definierat såväl vad gäller arbetsuppgifter som vilka som tillhör teamet.

Forskning om social identitet enligt SIP, baseras i hög utsträckning på laboratorieexperiment där sociala kategorier utgörs av förutbestämda scheman. Det finns dock undantag där etnografi och deltagande observation använts. Enligt Stott och Drury, (2000) är självkategorisering en kreativ och interaktiv process som innebär att när kontexten förändras kommer också kategoriseringen av själv och andra att förändras. Men gemensamt för SIP är att den sociala identiteten ses som kognitiva representationer som finns hos enskilda människor till skillnad från teorin om sociala representationer.

## **Social Representations Teori**

Teorin om sociala representationer (Social Representations Approach SRA) baseras på Moscovicis arbete från 1950-talet. SRA förekommer mest i Europa, Sydamerika och Asien men inte i USA. Förvånande är en avsaknad av diskussion mellan SRA och symbolisk interaktionism (SI) (Blumer, 1969) trots stora likheter. Det tycks alltså som om SI har etablerats i en anglosaxisk värld medan SRA etablerats i fransk- och spanskspråkiga länder. Vårt intresse för SRA grundar sig i att vårt forskningsobjekt är kollektiva föreställningar (yrkesgruppers värderingar, uppfattningar och erfarenheter), d.v.s. sociala representationer.

SRA kan definieras som en socialpsykologisk referensram bestående av begrepp och idéer för att studera psykosociala fenomen (Wagner et al. 1999). Sociala representationer är ett system av värderingar, idéer och praktiker med syfte att etablera en ordning så att individen kan orientera sig i den sociala världen samt möjliggöra kommunikation genom att etablera koder för socialt samspel (social interchange) (Moscovici, 1988). Det innebär att sociala representationer utvecklas i grupper för att möjliggöra kommunikation. Sociala representationer är inget som finns i huvudet på enskilda individer utan något som utvecklas mellan människor i en grupp. Agerandet påverkar de sociala representationerna och de sociala representationerna påverkar agerandet. Enligt Markova (2008) kan sociala representationer betraktas som en form av aktivitet med syfte att skapa något. Det som skapas är sociala objekt. Sociala objekt finns när mer än en person har tankar om något. Sociala objekt går aldrig att skilja från det subjektiva uppfattandet eftersom sociala objekt uppstår genom interaktion mellan olika subjekt. Det är alltså inte de enskilda individernas beteende som är av intresse utan det som uppstår i interaktion mellan individer.

Nya sociala representationer uppstår genom att ett brott inträffar, något händer som inte kan kännas igen med de sociala representationer som en grupp har tillgång till. Till en början görs försök att förstå det nya genom att använda gamla representationer. Genom interaktivt förhandlande i gruppen uppstår en ny social representation som kan leda till för gruppen nya sociala objekt. Denna process

förstärker gruppens sociala identitet. Den sociala identiteten blir på detta sätt en ständigt pågående förhandling om gemensamma innebörder. Förhandlandet sker såväl genom språket som genom icke-verbalt agerande. Samtidiga och gemensamma aktiviteter får en särskild funktion för utvecklandet av sociala representationer (Wagner et al. 1999)

SRA har blivit kritiserad för att vara otydlig, men Markova menar att det beror på en missuppfattning av den epistemologiska grunden till SRA. SRA måste förstås utifrån en interaktionistisk och relativistisk epistemologi som förutsätter att interaktioner inte är enskilda kategorier. Därmed går inte kategorier att definiera som tydliga objekt och det går inte heller att beskriva processer som enkla kopplingar mellan orsak och verkan utan som interaktioner i komplexa nätverk.

Inom SRA forskning används ett varierat utbud av forskningsmetoder, såväl kvalitativa som kvantitativa, där innehåll och praktik står i fokus. Forskning har bl.a. varit inriktad på media, genusforskning och samhällsliga attityder.

De yrkesgrupper som vi undersöker har funnits olika länge som specifika grupper och det kan därför förväntas att gruppernas sociala representationer är olika utvecklade och att vissa grupper har en starkare social identitet än andra. Vi utforskar en företeelse som befinner sig i ett övergångsskede - elevhälsa som en ny konstruktion föreslogs för många år sedan men beslut har fortfarande inte tagits, vilket innebär att vissa skolor och grupper kan ha anammat en ny representation av elevhälsa medan andra inte gjort det. Om man tänker sig elevhälsa som ett brott gentemot en gammal föreställning skulle man kunna förvänta sig att det först kommer att förstås utifrån sedvanliga föreställningar innan det genom en diskursiv transformation förändrar den rådande praktiken.

## Metod

### Metodansats

Vi har använt en kvalitativ och induktiv analysmetod för att undersöka gemensamma gruppöreställningar när det gäller olika yrkeskategorier, men också andra typer av mönster av gemensamma föreställningar som går tvärs över yrkeskategorierna. Tillvägagångssättet påminner såväl om innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2003), som fenomenologi (Giorgi, 1985, 1997) och Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) (Smith & Eatough, 2006). Det som har varit vägledande för oss har varit vårt intresse för att studera *gruppöreställningar*. Även om tillvägagångssättet påminner om tillvägagångssättet i fenomenologiska studier, vill vi inte benämna ansatsen som fenomenologisk eftersom vi inte har begränsat intresset till individuella upplevelser utan fokuserar på kollektiva föreställningar. För att kunna förstå vilka föreställningar som de enskilda utsagorna ger uttryck för måste vi också tolka utsagorna, varför metoden närmar sig IPA som innebär såväl beskrivning som interpretation. Det praktiska tillvägagångssättet, vilket beskrivs nedan har mycket gemensamt med såväl fenomenologi som IPA, men kan också helt enkelt begränsas till att benämnas kvalitativ innehållsanalys.

1. Läs materialet för att bekanta sig med det.
2. Separera de meningsbärande enheterna, men inte göra dessa så kortfattade att föreställningar blir obegripliga.

3. Gå igenom de meningsbärande enheterna och göra en sammanfattande innehållsbeskrivning av varje meningsbärande enhet.
4. Beskriva innehållet i de meningsbärande enheterna på en mer reflexiv nivå. Detta görs utifrån de beskrivande sammanfattningar vi gjort i steg 3.
5. Sammanföra de meningsbärande enheter som utifrån den tidigare reflexiva tolkningen hör samman och skapa teman för varje yrkeskategori.
6. Utifrån teman från varje yrkeskategori formulera de generella teman som finns i hela materialet.
7. Analysera varje tema utifrån dess ingående meningsbärande enheter och skapa underkategorier.
8. Beskriva varje tema utifrån dess underkategorier för varje yrkeskategori separat och gemensamt
9. Gå igenom texten igen med fokus på de underkategorier som framkommit och lägga till meningsbärande enheter som missats eller tidigare tolkats på ett annat sätt

Processen kan alltså beskrivas som att vi först syntetiserat och sedan analyserat, dvs. först förenklar för att sedan komplicera förenklingarna. Därigenom påminner metoden också om Grounded theory (Glaser & Strauss, 1967, Charmaz, 2005) men skiljer sig i andra avseenden från denna metod eftersom vi är intresserade av föreställningar och inte av skeenden och processer som i GTM. Vårt syfte har inte heller varit att åstadkomma en teoretisk modell utan det vi har velat göra är att undersöka yrkesgruppers föreställningar såväl vad som är specifikt för en yrkesgrupp som det som förenar olika yrkesgrupper eller karakteriserar andra typer av grupperingar. De slutsatser som vi har dragit grundar sig inte alltid på det explicita innehållet i utsagorna utan vi har också tolkat utsagorna, d.v.s. tagit hänsyn till det som vi bedömt vara det implicita innehållet.

## Datainsamling

Data har insamlats genom fokusgrupper. Fokusgrupper har valts eftersom det är en ofta använd metod när det gäller att samla kvalitativa data om komplexa fenomen som uppstår i social interaktion. Sådana intervjuer ger data med stor innebördesrikedom samtidigt som det är en tidsbesparande metod (Morgan, 1997, Hylander, 1998). I vårt fall blev fokusgrupper ett naturligt val eftersom vi ville studera gruppöreställningar. Trots att det material man får från en fokusgrupp är resultat av sociala interaktioner i en grupp är det sällan som just gruppöreställningar är ett tydligt uttalat syfte med fokusgrupper. I vårt material utgjorde varje yrkesgrupp en egen fokusgrupp och två fokusgrupper från varje yrkeskategori intervjuades (se tabell 1.). I denna studie användes samma intervjuguide i samtliga grupper med ämnesområden som: innebörden av elevhälsa, det specifika bidraget från den egna professionen till elevhälsan samt förväntningar på andra yrkesgrupper i elevhälsan.

Ansträngningar har gjorts att i så stor utsträckning som möjligt intervjua yrkespersoner från olika delar av landet och olika typer av kommuner. När det gäller rektorer, läkare, psykologer och kuratorer har detta lyckats eftersom dessa intervjuer gjorts i samband med nationella konferenser eller utbildningar. När det gäller specialpedagoger har urvalet emellertid tvingats begränsas till två kommuner.

Tabell 1

*Fokus grupper*

Grupp	Deltagare	Ålder	År i yrket	Kvinnor	Män	Tid	Geografisk spridning
Läkare	14	40-65	2-29	11	3	Höst 2007- Vår 2008	Region/Nation
Sköterskor	11	30-65	2-30	11		Höst 2007- Vår 2008	Kommun/Region
Kurator	12	30-60	1-30	10	2	Höst 2007	Kommun/Nation
Psykolog	19	35-65	2-40	19		Höst 2007	Nation
Specialped.	8	40-60	2-9	8		Höst 2007-Höst 2008	Kommuner
Rektor	9	30-55	1-6	5	4	Vår 2008	Region
Lärare	9	40-60	2-26	9		Vår 2007-Vår 2008	Region

## RESULTAT

Det resultat som redovisas här är en sammanställning av de utsagor som kommit fram i de olika fokusgrupperna när det gäller all form av samverkan i vid mening mellan professionerna. När man i fokusgrupperna talade om det egna bidraget till elevhälsan kom det fram mycket som hade med avgränsning mellan yrkeskategorierna att göra. Avgränsning ligger nära samverkan och utgör ibland dess förutsättning enligt intervjuerna. Detta gör att studien kommer att handla såväl om yrkeskategoriernas föreställningar om samverkan som om deras föreställningar om avgränsning dem emellan. Utgångspunkten för studien var den nya elevhälsan som när undersökningen gjordes ännu inte var lagstadgad. I fokusgrupperna använde man olika ord för sin verksamhet, men oberoende av om man kallade verksamheten för elevhälsa eller elevvård och skolhälsovård fanns många exempel på arenor där professionerna samverkade. Om dessa arenor handlar denna studie. De olika yrkesgrupperna som ska samverka på sina arbetsplatser är alltså aktörer på olika samverkansarenor. Det finns samverkansarenor som är gemensamma för alla och arenor som bara är tillgängliga för en eller ett par yrkeskategorier. Ibland uttalas en tydlig samverkan ibland en tydlig avgränsning. Samverkan innebär en önskan om att komplettera varandras kunskaper men väcker också farhågor om konkurrens och uteslutning.

De arenor som den här framställningen koncentreras till är *disciplinära domäner* och *fysiska mötesplatser*. Domänbegreppet används på olika sätt av olika forskare i organisationsteoretisk forskning (Backlund, 2007; Danemark & Kullberg, 1999; Grape, 2006). I den här rapporten menas med disciplinära domäner den teoretiska kunskap, den erfarenhetskunskap och de specifika insatser som utgår från en disciplinär tradition. Fysiska mötesplatser kan vara formella som t.ex. elevhälsomöten och informella som t.ex. korridorssnack. Dessutom kommer generella mönster i de olika professionernas föreställningar om hur samverkan kan och bör struktureras att beskrivas. Två tydliga mönster där professionerna skiljer sig åt i sina föreställningar har kunnat urskiljas. Vissa professioner har en tydlig föreställning om behovet av att profilera sin yrkesroll gentemot andra, medan andra professioner har en föreställning om att det är bra att kunna göra lite av varje. Detta

har benämnts *specialist kontra generalistinriktning*. Ett liknande mönster finns mellan professionernas föreställningar om huruvida samverkan ska vara *formell* eller *informell*. Slutligen beskrivs några aspekter på samverkan som är gemensamma för samtliga yrkeskategorier, en önskan om att *göra sin röst hörd* och att *värja sig* samt en känsla av *ensamhet*. Yrkesgruppernas föreställningar om vilka arenor de bör eller vill uppträda på och ha inflytande över samt vilken funktion de vill fylla på dessa arenor utgör viktiga förutsättningar för samverkan dem emellan. Här används termen samverkan som ett mer övergripande begrepp som kan innehålla såväl samarbete som delaktighet och inflytande. När det gäller konkret interaktion mellan olika professioner kommer termen samarbete att användas. Profession används här i vid mening och alternativt till yrkesgrupp.

### **Disciplinära domäner som arenor för samverkan**

De disciplinära domäner för samverkan som har kunnat urskiljas utifrån diskussionerna i fokusgrupperna är *pedagogik, specialpedagogik, psykologi, socialt arbete, omvårdnad, medicin, organisation/administration samt hälsa*. Med domäner menas här det disciplinära innehållet i form av såväl akademisk som erfarenhetsbaserad kunskap samt den praktik som är grundad i denna kunskap. Detta kan överensstämma med de olika yrkesgruppernas kompetensområden som de t.ex. beskrivs i förarbetet till skollagen (SOU: 2000:19) men behöver inte göra det. Det är omöjligt att definiera dessa domäner så att det är varandra uteslutande utifrån diskussionerna i fokusgrupperna. Framför allt är det svårt för yrkesgrupperna att skilja på psykologi, socialt arbete och omvårdnad som nedan inordnats i en gemensam psykosocial domän. Det görs olika försök i fokusgrupperna att skilja det sociala från det psykologiska eller omvårdnad men det upplevs ofta som svårt. Omvårdnad brukar traditionellt inbegripa såväl psykologi som socialt arbete som medicin. Den indelning, som presenteras här är gjord utifrån hur deltagarna har diskuterat olika domäner och då beskrevs sköterskans kompetens dels som medicinsk och klart avskild från andras kompetenser dels som psykosocial och överlappande med andras kompetenser. Inom dessa domäner görs professionella insatser, som är den speciella praktik som utövas av en yrkesgrupp. Samtliga domäner ses här som arenor där yrkesgrupperna är aktörer som samarbetar och utövar inflytande. Vissa domäner blir tydliga samverkansarenor, andra är tydliga arenor men domineras av en grupp ytterligare andra domäner är svårurskiljbara arenor.



## Tabell 2

### *Disciplinära domäner inom skolans elevhälsa*

---

Elevhälsa

---

Psykosocial domän

- Psykologisk
- Social
- Omvårdnads

Medicinsk domän

Organisatorisk/administrativ domän

Pedagogisk domän

- Allmänpedagogisk
  - Specialpedagogisk
- 

### *Elevhälsa som domän*

Elevhälsa är den nya arena där samtliga professioner inom elevhälsan ska samverka med skolans övriga personal. Det är tveksamt utifrån intervjuerna om detta utvecklats till en ny och gemensam domän. Snarare är den ett samlingsnamn för övriga disciplinära domäner. Elevhälsa är heller ingen tydligt urskiljbar arena för samverkan. Frågan är om det är en gemensam arena eller om varje aktör har sin definition av elevhälsodomänen och därigenom försöker gestalta en egen elevhälsoarena där man vill samverka med andra.

Samtliga yrkeskategorier använder elevhälsobegreppet, men frågan är vad de lägger i begreppet. En utförligare analys av elevhälsobegreppet har gjorts i en annan rapport varför det inte närmare diskuteras här (Guvå, 2009a).

I tabell 3 ges information om hur många gånger ordet elevhälsa respektive hälsa används i de olika fokusgrupperna.

Tabell 3

*Förekomst av "elevhälsa" respektive "hälsa" i fokusgrupperna*

Profession	Elevhälsa	Hälsa
Lärare	37	5
Rektor	57	6
Specialped.	67	9
Psykolog	121	17
Kurator	107	29
Skolsköt.	79	6
Läkare	67	17

Kuratorer och psykologer tycks använda begreppet i högre utsträckning än övriga kategorier och lärare och rektorer i lägre utsträckning än övriga. Men eftersom det också är stor skillnad mellan fokusgrupperna inom varje yrkeskategori hur ofta det används speglar detta kanske framför allt hur diskussionen gått i den specifika fokusgruppen. Det är i alla fall klart att elevhälsa används av alla och det är alltså ingen som tagit monopol på begreppet. Däremot, när man diskuterar specifika insatser på hälsoarenan är det främst sjuksköterskor och läkare som uttalar sig. Sköterskorna är den grupp som uttalade att de har uppgifter som är specifikt inriktade på hälsa. De genomför hälsosamtal med alla elever i två årskurser, vilket gör att detta arbete tar en stor del av deras tid.

Skolläkare ville gärna vara med och utveckla elevhälsoarbetet och bidra till skolans förebyggande arbete i form av t.ex. hälsodagar men upplevde att de ofta fick information så sent att de inte har en möjlighet till reell medverkan.

Ja om det kommer en fråga från en rektor till skolsköterskan "vi är intresserade av en hälsovecka". Då skulle jag bara jubla. Får man en fråga om att vara med i någonting då finns det ju möjligheter att gå in och göra någonting bra. (Läkare, ILÄK)

Men det är en annan sak ser du. Men här har ju frågan inte ställts utan vi får liksom bakvägen veta att det redan i princip är genomfört (Läkare, ILÄK).

### *Den psykosociala domänen*

Den psykosociala domänen kan sägas omfatta det sociala, det psykologiska samt även omvårdnad så som det diskuterades i fokusgrupperna. Därav följer att många

aktörer ska samverka och samsas inom denna domän, vilket leder till oklarheter och gränsproblem, vilket diskuterades flitigt i fokusgrupperna.

Kuratorerna definierade det psykosociala samtalet som sin främsta insats och menade därmed också att detta område med nödvändighet måste delas med andra. De såg inte detta enbart som konkurrens från andra yrkesgrupper utan en effekt av att det som är deras specialitet, psykosociala samtal med elever och föräldrar, också är något som andra naturligt arbetar med och inget som kuratorer har ensamrätt till.

Men jag tänker också såhär att vi har ju inte ensamrätt på samtal, jag brukar alltid säga sådär att det är ju jättebra ju fler det är som vågar prata med elever eller föräldrar eller vem det nu är. (Kurator, IIK5)

Många kuratorer uttryckte dock en svårighet med att inte vara ensamma inom den domän som överensstämmer med deras kompetensområde. De menade att den psyko-sociala domänen egentligen var deras kompetensområde och att detta en gång myntats för att skilja ut kuratorers arbete från psykologer som arbetade med det psykologiska. Kuratorer upplevde att de hade överlappande uppgifter med psykologer, skolsköterskor, specialpedagoger samt med lärare som var mentorer.

Då heter det att alla här på elevhälsan får gå in och jobba som kuratorer. Syo, skolsköterska, skolfältare och så, får gå in och ta kurativa insatser. (Kurator, IK4)

Även om det framkom betydande skillnader, när kuratorer jämförde sig med psykologer så menade också en del att i stort sett överlappade uppgifterna.

Flera yrkeskategorier uttryckte att det var en utveckling som gjorde att skolsköterskorna fick allt mer kurativa uppgifter och får eller tar på sig många olika typer av uppdrag som traditionellt hört till kuratorsuppgifter.

Innan var det mer renodlat men nu är det mer som halvkurator nästan än skolsköterska tycker jag. (Rektor, IIR4)

Någon tog upp det här med att vi har inga kuratorer så skolsköterskorna får ta den rollen. Vi *har* kuratorer vi har upptäckt i flera kommuner att många skolsköterskor gärna vill ha en kuratorsroll. (Psykolog IIPs7)

Både rektorer och kuratorer tog upp att det ställs allt större krav på lärare att de ska ha kontakt med både elever och föräldrar. Även lärare har alltså många uppgifter inom den psyko-sociala domänen. Det gäller särskilt lärare som är mentor för en grupp elever och där framkom många överlappningar mellan kuratorer och lärare i kuratorsgruppen. En kurator menade att i. o. m. att mentorerna har ansvar för sina elever är det lätt att "gå på varandra" så att det görs för mycket eller för litet eftersom ansvaret blir otydligt. Även när specialpedagoger finns med som aktörer på den psyko-sociala arenan kan det uppstå överlappningar mellan vad kuratorer gör och vad specialpedagogerna gör.

Det finns specialpedagoger som tycker att dom sitter inne med en profession som även omfattar vår profession. Alltså att dom *kan* också det psykosociala arbetet, *och* det pedagogiska. (Kurator, IIK4)

*Specifika och särskiljande insatser inom den psykosociala domänen*

*Psykologiska insatser.* Psykologiska utredningar beskrevs som insatser som endast kunde utföras av psykologer. Vissa gjorde tydliga gränssättningar kring denna specialkompetens, som en psykolog som uttryckte det som en specialitet när det gäller diagnoser, där hon menade att skolsköterskan aldrig skulle gå in. Även andra uppfattade att testningar var psykologernas specifika insats.

Men psykologen är ju *mer* expertskolad, alltså det som skiljer psykologen konkret från kuratorn är ju testningarna. Att man är auktoriserad att göra tester. (Kurator, II K7)

Försök att skilja ut psykologens insatser inom det psyko-sociala området från kuratorerna gick främst ut på att de har specialistkompetens inom utvecklingspsykologi och barn med psykologiska svårigheter. Skillnaden kan också beskrivas i form av *inriktning på arbetet*. En kurator beskrev att hon brukade svara eleverna när de frågade om skillnaden mellan psykolog och kurator, att en psykolog ser mer inåt medan en kurator tittar mer utåt.

En skillnad i inriktning som också framkom är inriktning på individ eller organisation, det beskrevs t.ex. att psykologer i jämförelse med sköterskor är mer organisationsinriktade medan sköterskorna är mer individinriktade.

*Sociala insatser.* Det talades inte så mycket om *specifika* sociala insatser i fokusgrupperna. Kuratorerna menade att detta var deras specifika domän, men visste samtidigt inte hur de skulle definiera social kompetens och menade att många andra yrkeskategorier också tyckte att de hade denna kompetens. Kuratorerna menade att det sociala området inte klart definieras utan bakas ihop med det psykologiska till en psyko-social arena som de delar med såväl psykologer som sköterskor och specialpedagoger. Kuratorerna upplevde sin egen roll som otydlig och att det bidrar till att deras roll lätt tas över av andra yrkeskategorier.

Det står att det skall finnas psykosocial kompetens, vad är då det? Då har man bakat ihop psykologisk kompetens och social kompetens. (Kurator, IK5)

Olika försök gjordes för att skilja ut kuratorernas insatser från andra aktörers. Ett sätt var att beskriva att det som är specifikt för kuratorer i jämförelse med psykologer är att betona interaktioner och yttre omständigheter istället för personliga svårigheter. Ett annat försök till gränsdragning mellan kuratorers psykosociala arbete och psykologers var att beskriva skillnaderna i termer av kompetensområden, kuratorerna kan juridik och psykologerna utvecklingspsykologi. En kurator uttryckte det som att kuratorerna var mer insatta i "regelverket och i den juridiska sidan".

Ytterligare ett sätt att skilja ut sig var att beskriva att även om andra har kompetens inom det psyko-sociala området så har man *mer kompetens* än andra. De finns uttalanden om att andra yrkesgrupper inte har tillräcklig kompetens att utföra vissa uppgifter eller väntar för länge med att lämna över.

Vissa individer, alltså behåller det för länge eller helt och hållet och inte kanske har riktigt gränssättningarna där "att det här behöver jag lämna över". Så det är där, ja kan det bli ett dilemma för, vi sitter ju inne med andra kunskaper där. (Kurator, IIK1)

Det beskrevs emellertid inte vad detta fick för konsekvenser i form av olikartade insatser och kuratorerna menade att de själva inte var klara på hur de skulle formulera sin roll även om de ville sträva efter en profilering. De menade alltså att rollen blev diffus därför att de själva hade svårt att definiera den.

Känner själv vår egen diffushet vad vi faktiskt kan, vet ju med kroppen, men det gäller också att hitta uttrycken för det. (Kurator, IK2)

Det fanns dock undantag, en specialpedagog t.ex. såg tydliga skillnader mellan sociala insatser och t.ex. specialpedagogiska insatser.

Jag tycker vi har kontakt mycket med kuratorn också men det är på det andra planet. Det är mer socialt och liksom samtal med föräldrar och kuratorn. Det tycker jag är väldigt tydligt. (Specialpedagog, IISP4)

*Omvårdnads insatser.* Det är svårt att ur intervjuerna urskilja särskilda uppgifter som enbart hör till omvårdnadsområdet och detta kanske inte heller är möjligt. Sköterskorna som har detta som sin specifika domän beskrev själva och beskrevs av andra som att de agerar på den psykosociala arenan, men har specifika uppgifter inom det medicinska och hälso-området. En förklaring till att skolsköterskornas insatser i högre utsträckning än andra tycks överlappa med andra yrkeskategoriers insatser särskilt kurator och psykolog är enligt sköterskorna att de har en mer komplex utbildning än flera av de andra yrkeskategorierna och därför kompetens inom flera domäner.

Vi har väldigt stor del i vår grundutbildning kring, kring det sociala / ... / Likadant tror jag psykologen är samma sak och han har fått väldigt lite biologiskt medan vi i vår utbildning har fått ganska mycket barn och utvecklingspsykologi. (Skolsköterska, ISS4)

Sköterskorna framhöll att de såg till det enskilda barnet och bevakade deras intressen att eleverna ska må bra, vilket kan sägas vara exempel på omvårdnad. De särskilda insatser som framfördes var främst att skaffa information och att agera länk mellan elever, föräldrar och skola.

*Sammanfattningsvis* finns det många aktörer inom den psyko-sociala domänen och de olika delområdena upplevdes svåra att avgränsa från varandra. Det är främst kuratorerna som beskrev krockarna inom denna domän och hur yrkeskategorierna betraktas som utbytbara i och med att specifika insatser inte kan urskiljas. Kuratorerna har svårt att själva skilja ut den sociala domänen från den psyko-sociala och därmed att avgränsa vad som är sociala insatser. För psykologerna, som utför insatser som endast de har legitimitet att göra, dvs. psykologutredningar och psykologiska testningar, är det lättare att skilja ut psykologiska insatser. Skolsköterskornas agerande på det psykosociala området hänförs till deras utbildning som sköterskorna menade innehöll såväl psykologisk som social kompetens. Däremot gjordes inga försök att utkristallisera omvårdnadsdomänen på annat sätt än att detta är ett område som innehåller såväl psykologi som socialt arbete och medicinskt kunnande. Däremot framkommer en skillnad i inriktning mellan psykologer och sköterskor som går ut på att psykologer har mer organisationsinriktning medan sköterskorna har en individinriktning.

### *Den medicinska domänen*

Den medicinska domänen är den domän som är tydligast knuten till yrkeskategori. D.v.s. det är läkare och sjuksköterskor som har detta som sitt kompetensområde. Andra aktörer menade att det var svårt att utöva inflytande på den domänen och många uttryckte att de var utestängda från den medicinska domänen. Särskilt rektorer betonade den beroendeställning som de upplevde att de hamnade i när de helt måste lita till vad läkare och skolsköterskor säger. Rektor skulle i vissa fall vilja

ha större inflytande över t.ex. innehållet i skolsköterskors studiedagar, men kan inte avgöra vilken betydelse olika medicinska inslag har. Detta uttrycktes särskilt när skolsköterskorna var anställda i en annan organisation och inte hade rektor som närmaste chef. Rektor kunde också känna sig exkluderad när skolsköterskan hävdar sin sekretess. Sköterskornas specifika uppgifter kan inte övertas av någon annan, vilket gör att andra yrkeskategorier kan tycka att överlappande insatser bara går åt ett håll.

Vi gör ju, alltså det är ju inte omvänt kan jag säga, det är ju inte så att vi sitter där "Hm, om jag skulle ta en liten spruta på dig", det gör vi ju inte va, där är det ju alltid åt ett håll vill jag säga. (Kurator, IIK1)

När det gäller neuropsykiatriska utredningar finns ett samarbete mellan läkare och psykologer, där läkare uttryckte att de överlämnade t.ex. anamnestagning åt psykologen för att undvika att föräldrar ska behöva anförtro sig åt många olika specialister.

*Sammanfattningsvis* beskrevs den medicinska domänen som en exklusiv domän för läkare och sköterskor där fram för allt rektorer vill ha mer inflytande.

### *Den organisatoriska/administrativa domänen*

Den organisatoriska domänen beskrevs i första hand som den domän inom vilken rektorer agerar och detta tycks också självklart för de andra aktörerna i elevhälsan. En läkare berättade hur hon förtydligade detta genom att påpeka för föräldrar att det är rektorerna som bestämmer över resurser

Jag har ingen kassakista, brukar jag säga, det är rektorn som har den. Vi kan visa vad barnet behöver, men det är rektorn som beslutar om vad som är möjlig. (Läkare, IL4)

Det finns flera aktörer som uttryckte att de gärna ville samverka inom denna domän. Skolpsykologerna ville t.ex. göra insatser inom den organisatoriska domänen med sina kunskaper i organisationspsykologi, men tyckte inte att de fick tillgång till den organisatoriska arenan. Därmed menade de att hela deras kompetens inte togs till vara och kom skolan till godo. För kuratorer är skolans ledningsgrupp en arena som de ville agera på och önskade sig en sådan om den inte finns på skolan. Kuratorerna trodde att om elevhälsopropositionen går igenom blir det tydligare att det måste finnas samarbete mellan elevhälsa och skolledning. Även skolläkare ville ha inflytande inom den organisatoriska domänen. De föredrog därför när elevhälsan var organiserad med en central chef istället för med den lokale rektorn som chef, eftersom de upplevde att en central organisering gav dem mer inflytande över den organisatoriska domänen av elevhälsan. Även specialpedagoger uttryckte att de ville påverka skolan som organisation.

Och det finns liksom inga kanaler eller egentligen forum i skolan för att prata om dom förändringar som man skulle behöva göra kanske organisatoriskt, förhållningsmässigt så utifrån den vanliga verksamheten. (Specialpedagog, IISP1)

*Sammanfattningsvis* upplevdes den organisatoriska/administrativa domänen som rektors självklara arena, men det är många aktörer som vill vara med och ha inflytande. Såväl psykologer som specialpedagoger och kuratorer önskade arbeta med organisatorisk förändring. Kuratorer ville ha formaliserat inflytande genom en

ledningsgrupp. Läkare föredrog central organisering av elevhälsovården framför lokal eftersom de upplevde att det gav rektor minskat inflytande över elevhälsan.

### *Den pedagogiska domänen*

Den pedagogiska domänen innehåller undervisning och lärande i skolan och utgör skolans huvudarena. Pedagogiken är lärarnas domän och den arena som är dominerande i skolan. Det är många som vill agera inom denna arena, men de upplevde inte att det var självklart att de blev inbjudna eller fick möjlighet att arbeta där. Specialpedagogen förväntas dock kunna agera inom den pedagogiska domänen med sin specialpedagogiska kompetens. Specialpedagogerna betonade att den pedagogiska domänen är deras huvudområde och att deras uppgift i elevhälsan är att bidra med hur problem kan lösas på pedagogisk väg. Av intervjumaterialet framgår också att det finns en förväntan på specialpedagoger att deras specialpedagogiska kompetens ska innebära att de belyser pedagogiken på ett nytt sätt och har ett kritiskt förhållningssätt till lärarnas arbete. Det fanns förväntningar på specialpedagogerna framför allt från rektorer men även från dem själva att de skulle agera på den pedagogiska arenan och där använda sina specialpedagogiska kunskaper och förändra det pedagogiska synsättet till ett mer specialpedagogiskt synsätt.

Jag jobbar dagligen med att förändra personalens förhållningssätt och syn på lärandet. (Specialpedagog IISP2)

Det tycks uppstå en spänning mellan specialpedagoger och klasslärare, när specialpedagoger vill föra in sitt specialpedagogiska perspektiv på den pedagogiska arenan. D.v.s. specialpedagogerna vill genom handledning bidra med ett förändrat förhållningssätt, medan lärare hellre ser specialpedagogen som en extra aktör på den pedagogiska arenan d.v.s. en aktör som gör samma sak som läraren skulle ha gjort om det fanns tid till det.

Nu pratar man om att plocka in en specialpedagog också för handledning så kan man minimera resurserna ute på markplanet! Den här direkta kopplingen och kontakten med barnen. Det är ju det man känner som klasslärare att man har så jättelite tid med varje enskilt barn och det är där man känner att det behöver komma in någon. (Lärare, ILÄR 1)

Lärare uttryckte alltså att de ville ha fler pedagogiska insatser av specialpedagogerna. Specialpedagogiska insatser till enskilda elever vill de gärna ha men då skilt från deras pedagogiska arena, d.v.s. de vill att specialpedagogerna ska ge specialundervisning i liten grupp utanför klassrummet.

För att många, särskilt lärare som jobbat i många år dom kräver att få hjälp med oroliga elever och lässvaga exempelvis, konkret hjälp. Antingen att ta ut ur klassen eller jobba i liten grupp, så att det händer nå'nting! (Lärare, ILÄR4)

Specialpedagogerna upplevde själva att de kunde väcka motstånd hos lärarna och att deras kompetens blev ifrågasatt när de ville påverka det pedagogiska förhållningssättet på ett sätt som de upplevde att andra inom elevhälsan inte blir.

Så är ju psykologen en person som har status och som kan någonting som läraren inte kan. Vi är ju inne och rör oss i jaktmarker där det liksom "det

där kan ju jag med liksom" och "vad tror du att du kan som inte jag kan".  
(Specialpedagog, ISP3)

Specialpedagogernas olika grundutbildning, och därmed olika grundkompetens, upplevdes av lärarna som en bidragande orsak till att de kunde uppleva en bristande kompetens hos specialpedagogerna eller en kompetens som inte var anpassad till lärarnas nivå. Det finns lärare som upplevde att de ibland kan mer särskilt om läs och skrivsvårigheter än de som gör utredningarna.

Vi läste om läs- och skrivsvårigheter och upptäckte sen så småningom att vi kanske hade mer kunskap om det här än dom som gjorde utredningar i teamet. (Lärare, ILÄR2)

Kuratorerna ville också agera på den pedagogiska arenan och samverka med lärare när det gäller pedagogiska frågor men de ansåg inte att rektorer har förståelse för detta. De menade att rektorer ser det som att det finns elevhälsofrågor och sedan finns det alla andra frågor, medan kuratorerna menade att det måste finnas en samverkan så att elevhälsan bidrar till det pedagogiska arbetet. Ett exempel är en kurator (IK4) som berättade att hennes chef sagt, när hon förde detta på tal "Ja men du är ju med när det är frågor som rör ditt område"

Även skolläkare uttryckte att de ville få "få genomslag" på den pedagogiska arenan och talade såväl för sig själva som för skolsköterskorna. Skolläkaren menade att pedagoger har mycket lättare att få gehör inom skolan än de som är medicinskt kunniga.

Även om man har engagerade skolsköterskor som verkligen brinner för att arbeta förebyggande så är det inte säkert att dom får nått genomslag bland lärare, specialpedagoger och kuratorer /.../ En pedagog som chef, faktiskt en förskollärare, den förskoleläraren har ju mycket större gehör faktiskt på ett annat vis än vad vi hade som medicinskt. (Läkare, ILÄK1)

### *Specifika och särskiljande insatser på den pedagogiska arenan*

Insatser för elevhälsan på den pedagogiska arenan beskrevs som pedagogiska och specialpedagogiska utredningar/kartläggningar, handledning och konsultation till lärare samt specialpedagogisk undervisning av elever.

Eftersom specialpedagogik är både speciallärares och specialpedagogernas område men de har olika roller i skolan kan det bli svårt med gränsen mellan specialpedagog och speciallärare. Lärare tyckte att det var svårt att veta vad man kunde förvänta sig av de olika yrkeskategorierna. En lärare menade att specialpedagogrollen var den svåraste eftersom det var så otydligt vad som kan förväntas.

Specialpedagogiska kartläggningar är specialpedagogers och speciallärares uppgift, men det kan finnas oklarheter när det gäller vilka utredningar som specialpedagoger eller speciallärare gör och vilka psykologerna gör. En specialpedagog menade att eftersom de är nya i sina roller på skolan kan de komma in och utföra uppgifter som tidigare utförts av andra och där kan det ske krockar innan dessa retts ut.

I ett inledningsskede var det många som tyckte att "här kommer ni specialpedagoger" så vi blev flera i den gruppen och tar mark och "tar mitt jobb" /.../ Så att jag tror att det kan vara en aspekt som gör att man känner sig hotad och psykologer kan också ha känt det här mer eller



mindre "ja, gör ni kartläggning, hur gör ni dom då, tar ni mitt jobb då, har ni kompetens, får ni göra" och så vidare. (Specialpedagog, ISP1)

Specialpedagogerna framhöll att handledning och konsultation till lärare är en av deras främsta uppgifter och därmed blir dessa insatser något som de delar med psykologerna. Handledning och konsultation till lärare är något som både psykologer och specialpedagoger framhöll som betydelsefulla insatser för dem.

Och specialpedagogerna konkurrerar ibland också, för dom har, arbetslagen i handledning, så att det är liksom, det är otydliga gränser. (Psykolog, IPS6)

En psykolog(IPS4) beskrev att det blev rejäla krockar med specialpedagogerna i början men efter att man haft mycket diskussioner förstod man varandras arbetssätt och hon uttryckte att samarbetet nu fungerade mycket bra. Vissa psykologer upplevde att det kan bli besvärliga gränsdragningar medan andra menade att genom att skilja på psykologisk handledning/konsultation och pedagogisk/specialpedagogisk handledning/konsultation kan detta diskuteras och rollerna förhandlas. Den psykologiska konsultationen och handledningen kan då ses som en psykologisk insats på den pedagogiska arenan. Även kuratorer framhöll handledning till lärare som ett viktigt arbetsredskap men på ett sätt som snarare förde handledningen till den psykosociala arenan än den pedagogiska. Det var fram för allt lärarnas välmående som de betonade.

För det är ju dom som står närmast och har relationerna till eleverna och jag tycker därför att det är jätte viktigt att lärarna mår bra. Så det är ju första steget för bra elevhälsa, att satsa på lärarna, man borde satsa mycket mer på dom. Och att man jobbar som handledare och ser till att dom mår bra, och tar det som dom inte klarar av plus det *övergripande*. (Kurator, IIK6)

*Sammanfattningsvis* är det många aktörer som vill samverka inom den pedagogiska domänen och på den pedagogiska arenan, men som också upplevde att det var svårt att få tillträde. Den pedagogiska arenan är huvudarena endast för lärarna men också för specialpedagogerna, som dock upplevde svårigheter med att få gehör just för att deras kunskaper ligger så nära lärarnas. Psykologerna har inga uttalanden som ger vid handen att de önskar mer inflytande på den pedagogiska arenan. Men, enligt specialpedagogerna har de tillgång till den. Konkurrens om insatser inom på den pedagogiska arenan beskrevs av specialpedagoger och psykologer när det gällde konsultation och handledning till lärare. Det framkom dock att detta var insatser som livligt hade diskuterats och att framför allt psykologerna tyckte att de hade kunnat reda ut de rollkonflikter som hade uppstått. Kuratorerna beskrev också att de hade konsultation och handledning men det beskrevs som ett direkt arbete med att stötta lärarna inom den psykosociala domänen och inte som ett arbete på den pedagogiska arenan för eleverna. Även läkarna ville samverka mer på den pedagogiska arenan än de tyckte att de fick.

### ***Sammanfattning***

Den pedagogiska domänen utgör skolans dominerande arena och en arena som flertalet av yrkeskategorierna i elevhälsan vill agera på, men flera som t.ex. läkare och kuratorer tycker att de har för litet inflytande över. Elevhälsans dominerande domän är den psykosociala inom vilken samtliga aktörer agerar och där många

insatser upplevs som överlappande. Särskilt kuratorer upplevde svårigheter när det gällde att skilja ut sin roll och definiera den sociala domänen. De legitimerade yrkesgrupperna har mer specifika insatser inom sina specifika disciplinära domäner (psykologi och medicin) som inte kan övertas av andra. Den medicinska arenan upplevdes som en exklusiv arena där framför allt rektorer ville ha mer inflytande. Den organisatorisk/administrativa domänen ansågs som rektors huvuddomän men också som en arena där även andra aktörer ville agera genom att åstadkomma organisationsförändringar eller genom att delta i ledningen. Konkurrens och krockar inom de olika domänerna beskrevs främst inom den psykosociala domänen mellan kuratorer och skolsköterskor, när det gällde samtal med elever och föräldrar och mellan specialpedagoger och psykologer när det gällde konsultation och handledning. Inom den organisatorisk/administrativa domänen beskrevs konkurrens från läkare gentemot rektorer, medan det omvända gällde den medicinska domänen, där rektor kände sig utesluten.

### **Generalist eller specialist, föreställningar om strukturering av samverkan inom domänerna**

Överlappning av insatser inom de olika domänerna kan upplevas som ett hot eller som något att sträva efter. Det skiljer sig mellan de olika yrkeskategorierna hur man förhåller sig till profilering och överlappning. Utifrån intervjuerna har två samtidiga och parallella struktureringsprocesser kunnat urskiljas. Den ena är en strävan mot förtydligande av gränser mellan professioner och klargörande av eventuella överlappande domäner eller insatser - *specialistinriktning*. Den andra är en strävan mot utsuddning av yrkesgränser och en samverkan där yrkesroller är utbytbara - *generalistinriktning*. Vissa professioner är tydligare och betonar professionsgränserna medan andra istället kan se det som positivt att olika yrkeskategorier kan verka inom samma domän och använda samma insats. Olika för- och nackdelar med att sträva mot en profilering eller en överlappning diskuterades och problematiserades i fokusgrupperna.

#### **Generalist**

Rektorer och lärare tycktes sträva mot att inte betona yrkesgränserna. Detta gäller även skolsköterskor som menade att de p.g.a. sin egen breda utbildning kan utföra många olika uppgifter och gärna vill delta i många olika sammanhang. Rektorerna menade att det fanns fördelar med en mindre tydlig profilering. En rektor menade att samverkan blir lättare om det inte är så uttalade skillnader.

Det har blivit lite otydligt där så att säga, det kanske är bra, för då är det fler som kan hjälpas åt. Så det behöver inte vara negativt. (Rektor, IIR4)

Rektorer, som grupp tyckte att det redan finns en tydlig profilering i elevhälsoteamen, och att det är en tillräckligt klar och tydlig uppdelning.

Jamen jag upplever nog att dom har rätt så tydliga rollfördelningar men ändå att dom har klargjort rollfördelningarna rätt så väl. (Rektor, IR2)

Rektorer och även lärare tyckte inte att elevhälsoteamen skulle förbehållas de traditionella yrkeskategorierna utan även att andra, fram för allt pedagoger skulle kunna ingå. De nämnde andra yrkeskategorier än de som normalt ingår i elevhälsan,

som talpedagog, hälsopedagog och idrottspedagog som alternativ till de traditionella yrkeskategorierna.

Många yrkesgrupper betonade att ofta blir *personen viktigare än den profession* han/hon tillhör, vilket tycks utgöra ett av de viktigaste motiven till att yrkesgränser suddas ut. Detta framfördes särskilt av rektorer och var särskilt påtagligt när det gällde skolsköterskor. En rektor tyckte att de olika resursteamerna i kommunen fungerade mycket olika p.g.a. att det är olika personer och att de tar olika positioner i teamen. En annan rektor framhöll en specialpedagog som extremt duktig och menade att det kanske inte alls skulle fungera likadant om det hade varit en annan person. Vilken roll en skolsköterska tar, framhölls också som beroende av person.

Det är också lite personstyrkt då med en person som alla elever pratar med, högt förtroende på alla såna här enkätundersökningar kommer alltid så här "mest populär". (Rektor, IIR2)

Framför allt när det gäller yrkespersoner som ansågs fungera mycket bra framhölls att det berodde på vilken person det var. Även bland de yrkeskategorier som generellt uttalade sig för en profilering av yrkesrollerna framkom det uttalande om att det beror på person

Det handlar väldigt mycket om person. Alltså de två syrrorna innan, jag har jobbat här i sex år, det är mitt sjätte år, de har haft noll kontakt /.../ Men nu har det kommit en som är så engagerad /.../ hon sitter och antecknar, liksom jätteintresserad. Och alltid när jag träffar henne så pratar vi om våra barn, hon har superkoll så jag tycker ju att hon, alltså så här tycker jag att det ska vara. (Specialpedagog, IISP4)

Lärarna skiljde i allmänhet inte på team och på person. Det framkom en ganska negativ attityd till elevhälso-team men däremot en positiv inställning till de enskilda elevhälsoarbetare som de samarbetat med.

Lärare har väldigt olika uppfattningar om hur mycket hjälp man får, det hänger väldigt mycket på vad det är för personer som sitter i dom där teamen, man får forma det här uppdraget upp till de personer som sitter där, så är min uppfattning. (Lärare, ILAR2)

### **Specialist**

Många yrkeskategorier tyckte dock att det finns överlappningar och otydligheter när det gäller professionsgränser, som hindrade arbetet. Psykologer och kuratorer betonade sina professionella roller och menade att det är viktigt att yrkesgränserna inte suddas ut och får i detta stöd av läkarna.

Men vi får inte glömma vår professionella roll i sammanhanget. För jag tror att det är likadant med andra yrkeskategorier som ingår i det här med elevhälsan att dom har ju också sin profession som är viktig att framhålla, det får inte liksom suddas ut. (Psykolog, IIPS8)

Alltså man måste verkligen vara otroligt säker i sin egen yrkesroll för att den inte skall bli utslätad i gruppens överlevnad. (Kurator, IK5)

De som betonade vikten av att definiera yrkesgränser menade att basen för ett gott samarbete är att veta när insatser skiljer sig och när de överlappar, men att detta inte alltid är enkelt.

Så det gäller att få grepp, för att jag tror ska man samverka då måste man veta vad gör *du* och vad gör *jag*, vad är skillnaderna och var går vi om lott. Det här är svårigheter i den kommun där jag är, om man vill jobba i team. (Psykolog, IIPS10)

I vissa fall kan endast en specifik yrkeskategori utföra en uppgift p.g.a. resurser som är förknippade med ledningsansvar, yrkesetiska regler för en yrkesgrupp eller uppgifter som bara en legitimerad yrkesperson får utföra. Det gäller t.ex. vaccinationer, psykologutredningar och ekonomiska beslut och där krävs då inga extra förstärkningar av yrkesrollen utan detta accepteras och är självklart för alla. Just för att de saknar legitimation och lagstöd menade kuratorerna att deras yrkesroll är otydlig och bidrar till att den lätt kan ersättas av andra och därigenom bidrar till att de får ett minskat inflytande.

Om skolan ska anställa en skolsköterska måste det vara en leg sjuksköterska, du kan inte anställa ngn som är bra på att sätta på plåster, det är jätteskillnader. (Kurator, IK4)

*Sammanfattningsvis* kan man säga att rektorer, lärare och skolsköterskor i högre utsträckning strävar efter ett generalistperspektiv medan kuratorer, psykologer, läkare och i viss mån specialpedagoger strävar mer mot ett specialistperspektiv. Den önskan om att rektorer som ledare för elevhälsan ska stötta de olika yrkeskategoriernas profilering av sin yrkesroll i teamen tycks därmed utgöra en fåfång förhoppning eftersom rektorer i högre utsträckning förespråkar ett generalistperspektiv. Läkare, skolsköterskor och psykologer har högre grad av insatser av specialistkaraktär, som ingen annan kan ta över jämfört med kuratorer och specialpedagoger och dessa godtas också av de andra i teamet.

### **Fysiska mötesplatser som arenor för samverkan - teammötet**

Utifrån de domäner som ovan beskrivits samverkar de professionella aktörerna i elevhälsan på fysiska mötesplatser. Dessa kan vara antingen informella möten eller formella planerade sammankomster. Informella mötesplatser innefattar t.ex. klassrum, skolkorridorer (den lokala skolan) och centrala korridorer. Formella möten innefattar, centrala och lokala teammöten, elevvårdskonferenser, ledningsgruppsmöten och special teams möten utanför skolan (t.ex. basteam). Här kommer först föreställningar om Elevhälsoteammötet som arena för samverkan att beskrivas därefter beskrivs föreställningar om strukturering när det gäller samverkan på olika typer av mötesplatser.

Den enda arena där alla yrkeskategorier möts är lokala eller centrala teammöten och elevvårdskonferenser, vilka beskrivs utförligt i det här avsnittet. När aktörerna beskrev formella möten var det inte alltid möjligt att urskilja vilken typ av möten som avsågs eftersom de använde olika namn för dessa. Det rörde sig både om *lokala möten* och *centrala möten*. Lokala möten kunde vara *elevhälsoteamsmöten* där elevhälsoteamet deltog och lärare deltog i undantagsfall eller *elevvårdskonferens*, där lärare och föräldrar deltog tillsammans med hela eller delar av elevhälsoteamet. De centrala mötena avsåg möten i t.ex. centrala resursteam eller stödteam. Diskussionen i fokusgrupperna pendlade mellan olika typer av elevhälsoteam dvs. både de lokala teamen och de centrala teamen men även sådana som ligger utanför elevhälsan såsom "basteam". Aktörerna skiljde inte alltid på teammöten och elevvårdskonferenser, som har en specifik betydelse genom att beslut ska tas, protokoll ska skrivas, lärare delta och föräldrar och elever vara inbjudna (Backman, 2007). Men de

flesta uppehöll sig mest vid de lokala teammöten som finns på skolorna. Ibland framgick det inte vilken typ av team de syftade på (för mer ingående diskussion av organisering och olika typer av team se Ahlstrand, 2010). Nedan skiljs olika team inte ut annat än när det får specifik betydelse för innehållet. Naturligt nog har lärarna svårast att skilja på olika typer av team eftersom de själva inte är medlemmar i teamen. Vanligast tycks dock vara att aktörerna talade om elevhälsoteamsmöten på de lokala skolorna.

När elevhälsoteamsmöten diskuterades i fokusgrupperna var formalia mer framträdande än innehåll d.v.s. man diskuterade vem som deltog eller vem man tyckte skulle delta, hur ofta man skulle träffas snarare än vad man skulle uppnå med dessa möten och vad som var deras egentliga funktion. Men utifrån dessa diskussioner har dock olika möjliga funktioner kunnat urskiljas. Vilken funktion som prioriteras skiljer sig i viss mån mellan de olika yrkesgrupperna. De olika yrkeskategorierna har olika föreställningar om vilka funktioner dessa möten ska fylla. Därmed kommer de också att förespråka olika typer av strukturering av samverkan.

Tabell 4.

*Yrkesgruppernas föreställningar om elevhälsoteamens funktion*

---

Elevhälsoteamets funktion

---

Lösa problem

Fördela arbetet, delegering

Belysa ett ärende från olika håll, tankesmedja

Utveckla teamets samarbete och relationer

Utveckla skolans elevhälsoarbete

Interprofessionellt lärande

---

Eftersom organiseringen av elevhälsomöten ser så olika ut i olika kommuner blir förväntningarna på samverkan också varierande. Utifrån diskussionerna i fokusgrupperna har sex olika typer av funktion utkristalliserats (tab. 4). De olika yrkeskategorierna prioriterade dessa funktioner olika även om de kunde se att ett möte kunde fylla flera av dessa funktioner samtidigt. Beroende på vilken funktion som prioriterades fanns olika åsikter om hur viktigt det är för dem att delta i elevhälsoteamsmöten.

***Teammöten som en mötesplats för att lösa problem.***

Lärarna uttryckte det som att teammöten är *en arena dit man lyfter problem*, för att problemen ska lösas

Jag har inte tänkt så mycket på vad varje person i det här teamet ska göra utan snarast när jag har lämnat, huvudsaken är att nu har jag gjort mitt, jag har lyft detta, jag ser ett problem, jag vill ha hjälp med det här barnet, sen vem som gör vad har jag faktiskt inte brytt mig om utan *gör nånting* bara! (Lärare, ILÄR3)

För lärarnas del är teamet alltså ett ställe dit man lyfter ett problem utan att man själv deltar i det lösande som man förväntar sig ska ske i teamet.

Alla yrkeskategorier upplevde inte att det självklart försiggick ett problemlösande under teammötet. Tvärtom så ifrågasatte fram för allt psykologerna elevhälsomötets funktion. Psykologer menade att när alla yrkeskategorier är med oberoende om de har en kontakt med eller runt en elev finns det risk för att arbetet blir ineffektivt och inte leder till skillnad för eleverna ifråga. Psykologerna uttryckte att de ville ha ett problemlösande möte men endast med dem som är direkt inblandade och med fokus på ett specifikt uppdrag. Psykologer ville alltså att teammöten skulle utgöras av små problemfokuserade möten där endast de inblandade deltar.

Vi går ihop och jobbar tillsammans framförallt vid utredningsuppdrag, vi gör var och en sina egna utredningar, men sen väger vi ihop dem. Och det är mycket utav det egentligen då. Så ibland så gör vi vissa andra konsultationer och så ihop. Men det *är* när det finns behov av flera olika kompetenser, *inte* för, liksom *inte vårt* behov av samverkan. (Psykolog, IIPS7)

Framför allt psykologerna uttryckte att teammöten tar för mycket tid från annat arbete och att det inte alltid kändes meningsfullt eftersom det blev mer tal om alltings hopplöshet än om konstruktiva arbetsprocesser. Nedanstående utdrag ur fokusgruppsintervjuerna illustrerar psykologernas upplevelse av att delta på vissa team möten.

-Tycker du själv att din medverkan gör en skillnad för eleverna där, alltså blir det skillnad

-Nej jag tycker inte det, jag är inte nöjd.

- Nej alltså ibland har jag känt, jag är inte med på mycket men jag sitter där som gisslan ungefär.

-Ja nån slags garanti tror jag.

-Ja alltså, de ska tala om hur hopplöst allting är och hur hopplös Kalle är. (Psykologer, IPS8 och IPS6)

Eftersom psykologerna inte tyckte att elevhälsomöten alltid ledde till skillnader för eleverna i fråga uttryckte de att det kan bli ett för starkt tryck på att de ska vara med på lokala elevhälsomöten. En psykolog berättade om hur trött hon var att sitta med på möten där hon inte tyckte att hon gjorde någon nytta men att andra ville ha med henne och sa att det är jättebra men hon tyckte inte att de kunde säga vad det var som var bra.

Skolläkare menade att alla var väldigt måna om att de skulle vara med på team möten trots att de själva upplevde att de egentligen inte har tid. Även de specialpedagoger som är organiserade i centrala resursteam uttryckte att det skulle vara ett ärende som berörde dem för att de skulle vara med på ett teammöte på en lokal skola. Specialpedagoger var också kritiska till elevhälsomöten som inte innebar att man diskuterade hur problemen kunde lösas.

Det är väldigt mycket att man sitter och pratar om hur hemskt allting är och hur jobbigt det är och bla bla bla blaaa. Men det är väldigt lite tid

tycker jag i de här teamen som läggs på vad kan vi göra. (Specialpedagog, ISP3)

Kuratorer uttryckte att det ibland fungerade bra att lösa problem på elevhälsoteamsmöten där alla var med, men också att det fanns ärenden som löstes bättre när endast de berörda deltog och därför delade man upp sig. En kurator gav ett exempel på hur de träffades kurator och sköterska tillsammans för att ta upp de ärenden som gällde dem.

### *Teammöten som en mötesplats för arbetsfördelning*

Föreställningen om teammöten som en mötesplats för arbetsfördelning beskrevs som möten med en tydlig struktur där var och en har sitt ärende och där nya ärenden delas ut. Det finns olika åsikter om hur effektivt och meningsfullt ett sådant teamarbete är. En psykolog uttryckte sin tillfredsställelse med att det fanns en klar struktur, där var och en hade sitt uppdrag eller där mötet delegerade uppdrag.

Våra elevvårdsteam där rektor, skolsköterska, speciallärare, psykolog, kommer överens om en arbetsfördelning och där man diskuterar ärenden som man har haft aktuella. Men var och en har ju sitt tydliga uppdrag, antingen får man ett uppdrag där och sen träffas man igen när man har gjort det och sen, eller så, fördelas nå'nting. (Psykolog, IIPS2).

Men det finns också negativa röster om teamen som arena för arbetsfördelning, om funktionen är begränsad till detta. Om det är så många ärenden som ska behandlas så att mötet enbart går ut på att bestämma vem som ska ta ärendet utan att det blir tid för diskussioner kan det upplevas som att de olika professionernas kompetens inte utnyttjas.

Antalet ärenden, alltså det kan lätt bli att det delegeras ut till den som förväntas, "det här är ditt område". Och då utnyttjar man ju inte alla professioner. (Kurator, IIK5)

### *Teammöten som tankesmedja eller pussel*

Teammötet som en mötesplats för elevhälsoteamet för att belysa ett ärende från olika håll framhölls av många yrkeskategorier. De flesta yrkesgrupper talade om vikten av att samverka med andra teammedlemmar och att diskutera ärenden ur olika professionella perspektiv. Kuratorer framhöll vikten av att de olika yrkesgrupperna diskuterar för att kunna få ett brett perspektiv på problem och menade att olika yrkesprofessionerna "lägger sin pusselbit för att få en helhet" kring en elev.

De här situationerna där man har ett ärende som är högaktuellt. Det har varit flera elevvårds-konferenser, det händer en massa saker kring en elev och där kan jag se framför mig hur man sitter och har en tankesmedja ihop kring den här eleven, vad kan man göra för framtidsplanering. (Kurator, IK5)

Kuratorer verkar alltså ha en föreställning om att teammöten är en tankesmedja där var och en lägger sin pusselbit för att få ihop till en helhet. Även specialpedagoger betonade vikten av att tillsammans diskutera och använda sig av varandras kunskap. De diskuterade det positiva i att kunna bolla idéer i en trygg miljö innan man tar beslut.

Och det kan bli en väldig dynamik i dom och en sorts trygghet att vi får bolla tankar där för det stannar i rummet innan vi kommer fram till några slutsatser egentligen eller förslag. (Specialpedagog, ISP2)

Även skolläkare förde också fram perspektivet att var och en ser med sina glasögon och att teamets olika kompetens ska komma till användning.

Så småningom när man också lär känna dom här olika personerna så lär man sig ju, var och en har ju sina små glasögon när man tittar på barn. (Läkare, ILÄK)

### *Teammöten som en mötesplats för att utveckla samarbete och relationer i teamet*

Det är framför allt rektorer som framförde tanken om att funktionen med teammöten är att utveckla samarbetet inom teamet. En rektor betonade att teammöten och gemensam information betyder mycket för samhörigheten inom teamet och att rektorn därför alltid informerar alla i teamet även om de inte är direkt involverade.

Det är så oerhört viktigt att jobba i team, /.../ så informerar jag alla fem genom att vi träffas varje tisdag på förmiddagen, så alla i elevvårdsteamet är insatt i var enda elevvårdsproblematik på skolan även om dom inte deltar på en elevvårdskonferens. Och på så sätt så tror jag dom känner mer samhörighet. (Rektor, IIR1)

Det fanns rektorer som menade att det är person snarare än profession som är det viktiga i elevhälsoarbetet och de betonade också vikten av att arbeta med relationer i teamet.

Alltså att det bygger på andra relationer och inte bara är kompetensen om det inte är något väldigt specifikt. Utan att man teamar ihop kors och tvärs. (Rektor, IIR3)

När betoningen ligger på person snarare än på profession blir det också viktigt att alla är med på teammöten. Särskilt skolsköterskor framhöll vikten av att alla i elevhälsosteamet deltar i de lokala elevhälsosteamerna och är inblandade och har hög närvaro på den lokala skolan. Det gavs ganska många exempel på team som inte fungerade väl och där någon typ av teamutvecklingsarbete skulle ha kunnat behövas. T.ex. fanns det team som träffades utan rektor och där grupprocesserna blev arbetsamma när det saknades en ledning.

Vi blev hänvisade till våra egna grupprocesser och försöka traska runt med det här och försöka få något gjort och rektor vet inte vad vi gör, orkar inte sätta sig in i det, har nog med sitt. Vi var underställda rektor direkt. (Kurator IK5)

Lärarna som själva inte ingår i teamen är den grupp som främst talade om att det fanns statusskillnader och olika åsikter i teamen som kunde leda till maktkamper och konkurrens så att eleverna inte fick den hjälp de behövde.

Det var det här med prestige, som jag funderar över att det ligger i sådana här team att det kan vara ännu mer tydligt där, därför att du har så många olika typer av personalgrupper samlade. (Lärare, ILÄR1)

Behovet av att arbeta med relationerna och klimatet i elevhälsosteamerna underströks särskilt av specialpedagogerna. Specialpedagogerna är också den yrkesgrupp i



elevhälsoteamet som tar upp frågor om konkurrens i teamen. Fram för allt beskrev de konkurrens från lärarna. Specialpedagogerna talade också mycket om sin egen möjlighet att göra sig hörd eller att känna sig förhindrad att göra sig hörd i teamen.

Det handlar mycket också om personkemi tror jag, men vi måste ju också klara av alla relationer naturligtvis och vara proffsiga, professionella i vårt jobb. Men ibland känner man ju sig mer trygg i vissa sammanhang. Och då kan man slappna av och vara lite mer fri i sin tanke. (Specialpedagog, ISP2)

Specialpedagogerna hade ganska blandade upplevelser av lokala elevhälsoteamsmöten. Det fanns de som beskrev möten som fungerade väl utifrån deras perspektiv, medan andra beskrev svårigheter med att få möten att fungera väl och kunna hålla en fri diskussion.

Sen har jag ju suttit på möten där jag känner att vad gör jag här? Jag kan inte tillföra någonting, jag kan inte få ur mig nå't klokt och istället för att försöka vända så kanske man tystnar. (Specialpedagog, ISP2)

Från psykologerna fanns negativa uttalanden när det gällde att använda tiden till att arbeta med teamutveckling. De framförde en rädsla för att detta kunde få ett egenvärde som gick ut över de egentliga arbetsuppgifterna.

Hos oss finns det nån sorts, sug efter att "ja men vi måste jobba mera i team, vi måste utveckla *teamarbetet*". Och jag förstår inte att det kan ha ett egensyfte utan har man ett uppdrag där det krävs att flera jobbar ihop då gör man det. (Psykolog, IIPS1)

Det finns fler exempel på diskussioner om roller och förväntningar inom de centrala teamen än i de lokala teamen. Det tycks alltså som om det är lättare att "lyfta på locket" i de centrala teamen.

Vi hade reflekterande team med alla rektorerna och alla specialpedagogerna och alla skolsköterskorna, alla var där och vi hade storgrupp och det var jättehäftigt för att få igång att man får samma värdegrund. (Psykolog, IPS6)

Rektorer uttryckte emellertid att det är lättare att utveckla samverkan i ett *lokalt team* som de själva är ledare för i jämförelse med ett team med medlemmar som har central placering. Rektorer som var måna om att få ett lokalt fungerande elevhälsoteam tyckte att det var svårt när de inte var chef över samtliga yrkeskategorier.

Det var elevvårdsteamet, man hade ett oerhört stöd av det och jag var chef över alla. På den här nya skolan nu, då är det andra som är chefer, någon är chef över skolsköterskan och någon annan är chef över kuratorn och jag är chef över studiehandledaren. Och det innebär att på den här nya skolan så är det oerhört svårt att teama ihop personalen. (Rektor, IIR1)

Läkarna, å andra sidan, såg precis samma fördel med de *centrala teamen* där någon annan än en skolledare är chef, som rektorerna såg med de lokala teamen. Läkarna beskrev hur mycket diskussioner det blev i de centrala teamen när alla yrkeskategorier var inblandade.

### *Teammöten som mötesplats för att utveckla skolans elevhälsoarbete*

Föreställning om teammöten som arena för utveckling av skolans elevhälsoarbete uttrycktes som en vision, men det gavs få exempel på att de lokala teamen utgör arena för allmänna policydiskussioner om synsätt och arbetssätt i elevhälsan. En psykolog beskrev ett exempel på detta som hon själv såg som ett undantag.

Det blev en *diskussion* om, nyttan och värdet av att vi tar in hela nätverket runt barnet. Och jag kunde ge min syn tyckte jag på barns utveckling och när det blir problem med skolan på lång sikt (ja, det kan ju vara tidigt också). Och jag tyckte att jag kunde vara *professionell*. (Psykolog, IPS2)

Specialpedagogerna berättade om elevhälsomöten som var inriktade på annat än enskilda elever. En specialpedagog menade att de ändrat sin organisation och samtidigt också ändrat innehåll och nu talade mer om allmänna frågor i det lokala teamet. En annan specialpedagog berättade om en skola där de hade olika möten för allmänna elevhälsofrågor och för elevärenden.

I ett annat område, det är en av våra kollegor som har en liknande tjänst, de tar aldrig elevärenden. De har ett uppdrag att diskutera exempelvis åtgärdsprogram eller övergångar och så utarbetar de handlingsplaner för det. Och så har de något annat forum där de har elevärenden tror jag. (Specialpedagog, ISP2)

När det finns en central elevhälsa eller resursteam tycks det också som att det ordnas mer gemensam fortbildning och att det kan bli en arena för att utveckla en gemensam syn på elevhälsofrågor.

Där/i det centrala teamet/ jobbar man med strävansmål och visioner och möten och det är arbetsgrupper och det är tvärs och det blir ju jättemycket diskussioner. (Läkare, ILÄK)

### *Teammöten som en mötesplats för interprofessionellt lärande*

Få beskrev elevhälsoteamet som en arena för interprofessionellt lärande, trots att detta är en av de viktigaste funktionerna som framhålls i skrivningar om elevhälsa (SOU, 2000/1:19) Det finns dock läkare som framhöll den aspekten.

För mig själv betyder det att jag lär mig nya saker *hela tiden*. /.../ Där är det så att man fortbildar sig beroende på vilken grundkompetens man har och så delar man hela tiden med sig av de här fortbildningarna till alla andra som deltar i det här teamet. Så att jag tycker att det är väldigt spännande. (Läkare, ILÄK)

## Sammanfattning

Tabell 5

### *Elevehälsomöten som samverkansarenor med olika funktioner*

	Förordas främst av	Närvaro	Antal ärenden	Frekvens
<b>Problemlösning</b>	Psykolog	De som är involverade i fallet	Ett ärende	Vid behov
<b>Arbetsfördelning</b>	Psykolog Rektor Sköterska	Samtliga i elevhälsoteamet	Många ärenden	Regelbundet
<b>Tankesmedja</b>	Kurator Specialpedagog Läkare	Alla i elevhälsoteamet	Några ärenden	Regelbundet
<b>Teamsamverkan</b>	Specialpedagog Rektor	Alla i elevhälsoteamet	Systemfokus	Regelbundet
<b>Utveckling av skolans elevhälsoarbete</b>	Förordas av många men beskrivs endast i centrala team	varierande	Systemfokus	Regelbundet
<b>Interprofessionellt lärande</b>	Läkare	Alla i teamet	Helhetsfokus	Varierande

Det framkom ingen gemensam representation för vad elevhälsomötena ska fylla för funktion. Det som presenterades i fokusgrupperna är exempel på olika representationer som i viss mån är knutna till den profession man tillhör och beroende av de förutsättningar som finns för att arbeta inom den professionen. Medan skolsköterskan som har sin arbetsplats på skolan och har många kontakter är mest intresserad av delegering vill skolpsykologen som har många skolor att mötet ska vara effektivt och arbetande och lösa problem för enskilda elever. Psykologer men i viss mån även kuratorer och specialpedagoger föredrog teammöten fokuserade på problem med endast de som är direkt involverade närvarande. Kuratorer, specialpedagoger och i viss mån läkare framhöll vikten av teammöten som tankesmedjor där man i första hand reflekterade utan att ta beslut. Det tycks ske mer diskussion om hur elevhälsomöten ska arrangeras än om vilken funktion de ska fylla. D.v.s. man diskuterar vilka som ska vara med, hur formaliserat förfarandet ska vara när ett ärende anmäls, men man diskuterar inte vad målet med mötet är. Därmed blir inte de olika yrkesgruppernas representationer klarlagda och det blir då omöjligt att komma fram till en gemensam social representation av vad som äger rum. Anmärkningsvärt är att trots att flera yrkeskategorier menade att de ville ha mer inflytande på den pedagogiska och på den organisatoriska arenan finns få exempel från fokusgrupperna där deltagare diskuterade hur elevhälsomöten kunde fungera som mötesplats för sådana diskussioner. Det framkom i mycket liten utsträckning att dessa möten kunde vara en mötesplats för ett gemensamt lärande.

## **Strukturerad eller informell samverkan – föreställningar om strukturering av samverkan på mötesplatserna**

Samverkan pågår inte endast på formella mötesplatser som teammöten utan mycket samarbete sker i korridorer och i arbetsrum mellan två personer. Det finns hos vissa yrkeskategorier en strävan efter att strukturera och formalisera samverkan medan andra tvärsom önskar en informell och personlig samverkan. På samma sätt som olika yrkeskategorier strävar efter mer eller mindre profilering när det gäller yrkesrollen finns alltså en skillnad i strävan att strukturera och formalisera samverkan å ena sidan och en önskan om mer informell samverkan å andra sidan. Det varierar mellan yrkesgrupperna om man önskar formella eller informella möten för samverkan och om man tycker att det behövs mer tydlighet när det gäller elevhälsoteamens funktion och arbetssätt.

### *Strävan efter struktur (formalisering)*

Vissa lärare tyckte att teamens uppdrag var oklart och efterlyste mer tydlighet kring hur elevhälsoteamen ska fungera.

Det är väldigt otydligt formulerat ifrån kommunen vilket uppdraget är och vad man kan förvänta sig av dom /elevhälsoteamet/, det är väldigt luddigt kan jag känna. (Lärare, ILÄR2)

Men det finns också lärare som hade en klar uppfattning om hur samverkan mellan dem och teamet ska gå till och beskrev en "remitteringsstege" dvs. först lyfts ärendet till specialpedagogen, sedan till skolsköterska eller kurator i det lokala teamet och sedan kontaktas det centrala teamet:

Vi gjorde ju något slags spår på min skola där man hade väldigt tydliga avstamp. Kommer vi hit så gör vi så, kommer vi till nästa steg så gör vi så. Till slut så hamnar man på EVK och lyfter det med psykolog. (Lärare, ILÄR1)

Kuratorer upplevde att inte bara deras roll var otydlig utan även uppdraget för hela elevhälsoteamen och att detta bidrog till att elevhälsoteamet inte får det inflytande som de tyckte var rimligt.

Många begrepp i skolans värld och inte minst de som rör oss är otydliga och kanske inte helt genomtänkta. (Kurator, IK2)

Psykologerna utmärkte sig som grupp genom att framhäva att de ville ha en tydlighet i uppdragen och ansträngde sig också för att strukturera upp samverkan i elevhälsomöten.

Jag tänker att vi håller på jättemycket och försökt få nån ordning och reda på det där, i våran lilla kommun. (Psykolog, IPS6)

### *Informell samverkan (informalisering)*

Särskilt skolsköterskorna uttryckte att de ville kunna träffas utan krångel, d.v.s. att de inte skulle behöva fylla i ett papper för att få träffa kurator eller psykolog och ville därigenom ha ett informellt samarbete. Det fanns exempel där sköterskorna upplevde att det fungerade okomplicerat och att kuratorer och psykologer var lätt

tillgängliga för dem (ISS6). Men det fanns också exempel där det upplevdes alldeles för krångligt och tungrott.

Jag skulle tycka att det va trevligt om det var enklare, om det inte var *krångliga procedurer* och ordna *möten* mellan olika folk, bara trumma ihop några stycken. Kan vi sitta här och prata kring det här med *föräldrar*, det ska va så mycket om och *kring* innan man kommer till *skott* med saker och ting. Jag tycker det är en jättekrånglig väg innan det ens blir ett *EVK* och där kanske vi inte ens är *inbjudna* heller, ja jag tycker att det är trassligt alltså elevvård. (Sköterska, ISS2)

Sköterskorna upplevde att de ofta blir en länk mellan föräldrar / elever och övrig elevhälsopersonal och då vill de lätt kunna komma i kontakt med övriga inom teamet. De får alltså funktionen av att delegera och upplevde att deras arbete försvårades när samverkan blev mer formaliserad och att de måste ansöka med en blankett när de ville ha kontakt med kurator eller psykolog.

Här i A-köping är det så att kurator och psykolog är inte tillgängliga *direkt* för elever och familjer utan det måste ske en ansökan vi har fått en blankett som ska fyllas i när dom behöver träffa kurator - lite byråkrati. (Sköterska, ISS3)

Det beskrevs att mycket informationsöverföring sker och beslut tas vid informella möten som t.ex. när man träffas i korridoren. De som sitter i ett centralt team framhöll fördelen med att kunna träffas spontant för att man har arbetsrum nära varandra.

Och sen har vi också så här att man träffas spontant för vi, många centralt anställda pedagoger och psykologer sitter ju där så att man träffas också så där bara spontant. (Läkare, ILAK)

Dessa informella arenor kan emellertid också upplevas som exkluderande. En del skolsköterskor uttryckte att de blev förbigångna om kontakter togs mellan andra i elevhälsan vid sidan av möten utan att de blev informerade.

Men mycket sköts ju på *golvet* av mellan lärare och *skolledare* /.../ dom racear liksom *sitt* och sen om dom behöver specialkompetens från psykolog eller kurator så tar dom då det på dom här stunderna, så ibland kan jag känna mig lite *förbikörd*. (Sköterska, ISS2)

Det finns alltså en ambivalens hos skolsköterskor, dels vill man ha informellt samarbete för att lätt nå andra, dels vill man ha formella ärendegångar för att försäkra sig om information. Denna ambivalens finns även hos flera andra yrkesgrupper. Så här uttryckte en specialpedagog det.

Vissa ärenden kommer aldrig fram till teamen för det hinner lösas. Dom haffar en per telefon och vi gör någonting åt det här nu och då har vi inte haft tid att ta upp det på ett elevhälsoteamsmöte utan, vi har satt i gång ett arbete redan innan. Så ibland är det, jag vet inte om det är kanske bra, men ibland tänker jag: "ska vi inte hålla oss till ordningen?". Men det är ju akuta saker och det måste vi ju ta tag i nu så sätter vi igång någon form utav arbete eller process. Lite informella vägar. (Specialpedagog, ISP2)

*Sammanfattningsvis* framkom dels en strävan efter struktur i samverkan som framför allt hävdades av psykologer dels en strävan efter informell samverkan framför allt från skolsköterskor.

## Gemensamma föreställningar om svårigheter i samverkan

Det framkom gemensamma föreställningar om visioner om samarbete, diskussioner om yrkesroller och utveckling av elevhälsan på skolan även om det också fanns föreställningar om att detta inte ägde rum i den utsträckning som man önskade.

Förutom de hinder som har beskrivits i form av att yrkeskategorierna skiljer sig åt när det gäller specialist eller generalistriktning samt inställning till strukturering av samverkan, framkom gemensamma föreställningar om svårigheter i att samverka på det sätt som de själva önskade. Det fanns en föreställning om att man inte kunde *göra sin röst hörd* och få det inflytande som man rätteligen borde. Det fanns också en gemensam föreställning om att det var *svårt att värja sig* för arbetsuppgifter som inte hörde hemma inom ens domän och slutligen fanns det en föreställning om att man *var ensam*. Dessa föreställningar delades av samtliga eller nästan alla aktörer förutom rektor och lärare.

Jag känner mig väldigt uppäten av enskilda uppdrag. Och man hinner inte riktigt med att lyfta och förebygga och så. Jag försöker ju jobba på så mycket jag *kan* naturligtvis åt det håll jag tycker det vore bra. Och få min röst *hörd* hela tiden. (Psykolog, IPS4)

Hos samtliga aktörer framkom en strävan efter att göra sin röst hörd och få inflytande såväl i elevhälsoteamet som i skolan som helhet samtidigt som man vill freda sin profession och sina insatser i skolan. De här processerna är inte varandra uteslutande utan det tycks snarare som att värjandet är en förutsättning för att göra sin röst hörd. En specialpedagog uttryckte det så här:

Det kan vi ha som slogan att sälja sig och värja sig. Ja ha det på bilen längst där bak. Som en dekal. (Specialpedagog, ISP3)

### *Att göra sin röst hörd*

Alla yrkeskategorier inom elevhälsan uttryckte önskemål om delaktighet på olika arenor. För somliga yrkeskategorier är det självklart att de har tillgång till de arenor som de önskar och också att de är önskade på arenor som inte är självklara för dem eller som de inte själva önskar uppträda på. Andra yrkeskategorier känner sig exkluderade från arenor, där de tror att de skulle kunna bidra med sin yrkeskompetens. Alla yrkeskategorier uttryckte mer eller mindre att de inte har det inflytande i elevhälsoteamet eller i skolan som de skulle önska och tycker är adekvat utifrån sin profession. De ansåg att de blev förbigångna, att de fick information för sent för att kunna påverka, att många arenor inte är självklara för dem och att de blir överkörda för att skolledare inte förstår vad de kan bidra med. Huruvida delaktighet och inflytande kom upp som en viktig diskussionspunkt i fokusgrupperna varierade både mellan och inom yrkeskategorierna. Kuratorer och skolsköterskor uppehöll sig mer vid frågor om bristande inflytande än övriga yrkeskategorier, men medan en grupp sköterskor från ett område hade många exempel på bristande inflytande kom det inte alls fram på samma sätt i den andra gruppen. Psykologer har få uttalanden om bristande inflytande, men uttryckte att de skulle kunna bli använda på fler och andra sätt än i dag. Skolledarna har också få uttalanden som gäller bristande inflytande, men det framkom när det gällde de centrala teamen och framför allt när det gäller skolsköterskor och skolläkare.

Bidragande orsaker till upplevelse av avsaknad av delaktighet och bristande inflytande uppgavs vara otydlighet i uppdragen, brist på lagstöd för vissa grupper,

bristande närvaro på skolan, samt även sekretess. Otydliga uppdrag medförde att andra inte känner till vad en yrkesgrupp kan bidra med och att skolledarna inte förstår vad elevhälsopersonalen kan erbjuda. Kuratorerna menade t.ex. att det blir svårt för skolledare att efterfråga en specifik kompetens om de inte förstår vad som ingår i kompetensen.

Vi vill profilera ngt annat som arbetsgivaren inte vill ha, det är väl ett dilemma. Erbjuder något som de inte begriper att de vill ha. (Kurator, IK3)

Det är inte heller säkert att det som en yrkesgrupp helst vill bidra med är det som främst efterfrågas. Vissa lärare ansåg att det uppdrag som teamen fått av kommunledningen kanske inte stämde med det behov som lärarna har.

Absolut, det är lätt att man kan bli överkörd. Samtidigt är det väl så att det också finns förväntningar eller rättare sagt uppdrag ifrån ansvariga i *kommunen* och det kanske inte harmonierar med våra förväntningar som lärare. (Lärare, ILär1)

Många upplevde att det var svårt att framhålla sin egen yrkesroll och ville att någon annan t.ex. rektor skulle stärka och förtydliga yrkesrollen. Kuratorer som ansåg att de måste hävda sin yrkesroll och föra fram sina åsikter starkare, menade att de måste få hjälp av skolledarna att göra det.

Vi skall hävda vår medverkan, vi kan inte bara själva göra det, kanske arbeta mer med ledningen, rektorsorganisation, skolledning. Vi måste få rollen stärkt från våra chefer. (Kurator, IK2)

En allmän föreställning som framkom är också att man inte ska *sticka ut* och framhålla sin egen yrkesspecialitet utan ser gärna att någon annan gör det eller att det helt enkelt framgår av sig själv vilken kompetens man har.

Vi är inte alltid så bra på att profilera oss som *andra* som säger att dom *kan*, och vi håller oss tillbaka. (Psykolog, IPs6)

För man går inte ut själv och säger så här liksom jag kan det här och det här så utan det märks ju på rummet på mottagningen när man jobbar. (Sköterska, ISS5)

Skolsköterskorna uttryckte att de vill agera på många olika arenor och det fanns en önskan om att delta i fler gemensamma diskussioner och teammöten än de gör i dag. Elevvårdskonferensen är t.ex. inte en självklar arena för alla skolsköterskor.

Sen när man tar upp en elevvårdskonferens och man kallar dit föräldrar då väljer man ju vilka som är med och där kanske vi inte ens är *inbjudna*. (Sköterska, ISS5)

Även specialpedagoger uttryckte att de tyckte att man skulle kunna använda sig av dem mycket mer och att de var litet outnyttjade. Specialpedagogerna menade inte att de utesluts från vissa arenor men snarare att de har svårt att göra sig hörda på de flesta arenor och tyckte därigenom att deras kompetens inte tas tillvara.

Jag kan säga att jag har varit i situationer då jag kan tycka att man inte använder sig av det /.../ ibland har man hamnat i grupper där det kan vara svårt att göra sig hörd riktigt. (Specialpedagog, IISP3)

Kuratorer gav exempel på hur elevhälsoteamets åsikter kunde köras över av rektor på ett alltför lättvindigt sätt, där kuratorerna inte tyckte att rektor satt sig in i allt det förarbete som var gjort av elevhälsoteamet (IIK6). Skolläkarna framhöll främst att det inte blev informerade och därför inte kunde ha det inflytande på t.ex. allmänna hälsofrågor i skolan som de skulle vilja. Skolpsykologer ville arbeta på den organisatoriska arenan men tyckte inte att de fick förfrågningar om sådana insatser.

*Bristande närvaro* på den enskilda skolan nämns av flera yrkeskategorier som en viktig anledning till avsaknad av delaktighet och bristande inflytande. Skolläkarna som ofta talar för skolsköterskorna uttryckte att dessa får mer inflytande om de arbetar heltid och att de blir mer involverade i skolan om de "står på rektors lönelista". Å andra sidan fanns det också röster för att det är lättare att ha ett eget professionellt inflytande om man tillhör en central elevhälsogrupp. Specialpedagoger uttryckte det som att de hela tiden måste förvärva sitt mandat genom att vara synliga på skolan.

Och det tror jag ligger i det här jobbets natur att man, det är inte något man kan ta förgivet, inte nån inte en enda dag kan man ta det för givet. (Specialpedagog, ISP1).

Andra yrkeskategorier som t.ex. rektorer uttalade sig om psykologernas brist på närvaro på den lokala skolan och att de mer ses som experter som kallas in utifrån vid behov. Däremot gavs det få uttalanden från psykologer att det upplevde brist på inflytande för att de inte var närvarande på den lokala skolan.

*Sekretess* kan upplevas som ett hinder för inflytande och delaktighet både från dem som inte kan uttala sig p.g.a. av sekretessen och av dem som inte får den information som de vill ha p.g.a. sekretess. Vissa skolsköterskor tog upp att eftersom de inte kan bryta sekretessen kan de inte heller säga vad de vill och därmed inte medverka och ha det inflytande de skulle vilja ha. Skolsköterskor kan uppleva att de sitter tysta i möten för att de inte kan förmedla det som de vet.

Det är ju lite svårt när man sitter i elevvårdsteamet också, även om man säger att man har sekretess inom gruppen så är vår sekretess så stark så det blir många gånger så att man känner att man sitter tyst där och skulle vilja, man vet mycket men man kan inte säga det. (Sköterska, ISS1)

Andra skolsköterskor menade att sekretessen inte utgör något hinder. Om det är viktigt för en elev går den alltid att komma förbi genom att prata med föräldrar och elever, men att det är tidskrävande. Skolledare kan emellertid också uppleva att skolsköterskans sekretess ställer till problem för dem så att de inte känner sig delaktiga eftersom informationsutbytet inte upplevs som jämlikt. Lärare kan uppleva sekretess som en gräns, när de inte får den information som de vill ha och när de upplever att det finns en skillnad i vilken sekretess olika yrkesgrupper har.

Sen finns det ett annat dilemma faktiskt med två yrkesgrupper, det är det här med tystnadsplikten, det tycker jag är så jättesvårt för oss i skolans värld, för vi har ju bara moralisk tystnadsplikt, vi har ju inte den juridiska. (Lärare, ILÄR4)

Även läkare reagerade när de inte får den information de vill ha p.g.a. sekretess

Men sekretessen är stenhård så man får inte alltid veta mellan där. Och det kan jag tycka är synd ibland. (Läkare, ILÄK5)



### *Att värja sig*

Generellt för flera olika yrkesgrupper är en föreställning att de behöver värja sig genom att freda sitt arbete i skolans miljö, inte vara tillgänglig jämt och för vad som helst. De menade att de behöver sätta upp en yrkesgräns som betonar att de har ett annat uppdrag än lärarna. Detta kan göras på olika sätt antingen genom att sätta upp tydliga yttre gränser eller genom att förhålla sig och sätta upp en egen inre gräns.

Säger att nu dricker jag kaffe, du får knacka på min dörr. Så man blir uppäten på ett annat sätt och det blir en snuttifierad tid. Jag sätter upp en lapp på dörren, "stopp samtal pågår" och så kommer dom ändå in. (Psykolog, IPS4)

Specialpedagoger uttryckte att det var arbetsamt att förhålla sig mot lärare att de inte kan vara en av dem utan hela tiden måste förhålla sig.

Men så klart dricker jag ju kaffe på personalrummet och så vidare, men man får ju hela tiden förhålla sig i det här jobbet. (Specialpedagog, SP3)

Skolsköterskor uttryckte ett problem med att vara tillgängliga jämt för elever och lärare, som kom och knackade på deras dörr så att de inte fick tid med sina hälsosamtal.

### *En känsla av ensamhet*

Att vara den enda i sin yrkesroll kan leda till känslor av ensamhet och flera yrkeskategorier diskuterade denna upplevelse av ensamhet. Det framkom en allmän föreställning om en motsättning mellan att arbeta tillsammans i teamet och att profilera sig inom sitt yrkesområde. Även de yrkeskategorier som i fokusgrupperna uttryckte att profilering är bra för samverkan upplevde att andra i teamet inte gör det och därför blev de mer försiktiga än vad de annars skulle ha varit. En psykolog uttryckte sig så här i en diskussion om att profilera sig gentemot de andra i teamet.

Det fungerar ju uppenbarligen inte, för att ibland så ökar ju ångesten alltså när man sätter gränser så ökar människors ångest, snarare än som man tycker – tvärtom. (Psykolog, IPS8)

Eftersom alla är beroende av de andra team-medlemmarna, menade många att de inte vågar vara tydliga i sitt professionella perspektiv eftersom detta kan upplevas som kontroversiellt och därigenom också öka känslan av ensamhet. På det sättet riskerar alltså yrkesrollerna att bli utslätade. Det finns en föreställning hos flera yrkeskategorier att ensamheten ökar ju mer man profilerar sig i sin yrkesroll. En psykolog berättade om hur hon profilerade sig genom att benämna olika uppdrag som hon tog, t.ex. teamutveckling eller tidiga insatser vid stor frånvaro, för att det skulle bli tydligt vad hon gjorde, men att detta också var ett ensamarbete.

Som jag tror är bra, för att liksom det ska märkas vad man gör. Och sen så rapporteras, skriver utvecklingsplaner och verksamhetsberättelser och hej och hå. Men jag är ensam då. (Psykolog, IPS6)

Flera specialpedagoger talade om svårigheten att förhålla sig i sin profession gentemot andra utifrån att man är ensam i sin profession.

Jo men absolut sen är man ju ensam ute och måste förhålla sig till rektor till personal. (Specialpedagog, ISP1)

Sekretessregler framhölls också som en anledning till att känna sig utanför eller ensam.

Och här sitter jag *ensam* och har jättemycket information, men jag kan inte delge de andra, jag kan inte diskutera med de andra och jag kan inte... Nej, det kan vara svårt. (Sköterska, IISS3).

Det finns olika sätt att hantera denna upplevda ensamhet som t.ex. genom att diskutera sin roll i teamet eller genom att träffa andra från sin egen yrkeskategori eller genom handledning.

*Diskussioner om förväntningar* på de olika yrkesrollerna i teamen upplevdes som nödvändigt för samverkan. Rolldiskussioner är inget som kommer av sig självt menade flera utan det krävs att skolledare uppmanar till sådana diskussioner och det tar tid och energi, men uppgavs också ge resultat.

Innan jag började så hade vi ju en elevvårdsenhet med en mycket drivande elevhälsochef, då diskuterades det mycket i stora forum /.../ Väl förankrat, stora diskussioner innan man satte igång arbetet för att veta var man är. (Psykolog, IPS5)

Ett annat sätt att råda bot på ensamheten och känna att man blir förstörd är att träffa yrkeskollegor och diskutera genom olika typer av *professionsstöd och handledning*. Detta gör att det finns en annan hemvist som fungerar som en bas. Framförallt specialpedagoger framhöll nödvändigheten av att träffa yrkeskollegor och menade att de då fick ett helt annat gehör och kände att kollegorna förstod dem.

Sen kan man ju tillägga då att vi tillsammans med dom här fyra andra specialpedagogerna ingår också i ett nätverk /.../ Så vi har en tillhörighet som nästan är lite livsnerven i vårt jobb tror jag. (Specialpedagog, ISP2)

*Handledning* blir ett sätt att hantera alla de känslor som arbetet medför

Ja a man får bära omkring på mycket. Och därför får ju också handledning det kan vi ju också säga, utav en psykolog /.../ Och det är väldigt värdefullt det också. För man får mycket förtroenden och mycket oro och mycket ilska och sånt. (Specialpedagog, ISP2)

## DISKUSSION

Samverkan inom elevhälsan har beskrivits som aktivitet på olika arenor som kan utgöras av disciplinära domäner eller av fysiska mötesplatser. Dessutom har olika principer som generalisering/specialisering inom domänerna och formalisering/informalisering av mötesplatserna beskrivits. Slutligen beskrevs konsekvenserna för yrkesidentiteten som ensamhetskänslor och möjligheten att värja sig och göra sin röst hörd. Här kommer resultatet att diskuteras utifrån tre olika teoretiska perspektiv. Samverkan inom de olika domänerna diskuteras utifrån professionsteori, samverkan på mötesplatserna utifrån Social Representationsteori och konsekvenserna för yrkesidentiteten utifrån Social Identitetsteori.

### Domäner – en analys utifrån ett professionsteoretiskt perspektiv

De disciplinära domäner som har beskrivits överensstämmer med de kompetensområden som beskrivits i SOU:2000:19. I vissa fall framkom en tydlig koppling mellan profession, disciplinär domän och insats på arbetsfältet. Men för många professioner var kopplingen inte tydlig och flera delade arbetsinsatser inom gemensamma domäner.

### *Specialist eller generalist*

Samtidigt som yrkesrollsdiskussionerna inte tycks ske i de lokala elevhälsoteamen önskade flera yrkeskategorier att de lokala rektorerna i högre utsträckning än de gör i dag skulle understryka och understödja deras specifika kompetens och domäntillhörighet. Det tycks emellertid inte finnas så stora förutsättningar för detta. Det visade sig nämligen att rektorer tillsammans med sköterskor och lärare omfattar ett generalistperspektiv, där de ser yrkeskategorier som utbytbara i motsats till kuratorer, psykologer och specialpedagoger som omfattar ett specialistperspektiv där yrkesgränser är viktiga. De olika yrkeskategorierna förhåller sig alltså ganska olika till yrkesprofilering och hävdande av jurisdiktion. Medan kuratorer, psykologer och specialpedagoger vill profilera sig gentemot andra kategorier och framhäva sin specialitet vill sköterskor presentera sig som generalister som kan lite av varje av vad andra yrkeskategorier kan. Rektorerna ser också en vinst i att flera yrkeskategorier kan göra samma insatser. Lärare skiljer inte alltid på de olika yrkeskategorierna utan talar om "någon från elevhälsoteamet". Lärare och rektorer uttalar sig här mer om andras yrkesgränser än sina egna.

### *Hävdande av professionell jurisdiktion*

Med professionell jurisdiktion menas rätten att inom ett visst område ställa diagnos genom att klassificera problem, dra slutsatser samt att utifrån detta behandla problemen (Abbot, 1988). Att hävda profilering av yrkesgränser och därmed ett specialistperspektiv istället för ett generalistperspektiv kan ses som ett hävdande av professionell jurisdiktion på arbetsplatsen. Abbot skiljer på legal jurisdiktion, publik jurisdiktion och jurisdiktion på arbetsplatsen. Det vi främst diskuterar utifrån den här studien är jurisdiktion på arbetsplatsen, vilken naturligtvis påverkas av legal jurisdiktion utifrån officiella handlingar (SOU, 2000:19, Prop.2009:10,165). Däremot har vi inget underlag för att analysera den publika jurisdiktionen.

#### *Professionell legitimation underlättar*

De legitimerade yrkeskategorierna, läkare, psykolog och sköterska tycks alla ha lättare att hävda sin jurisdiktion, eftersom det också finns en legal jurisdiktion enligt lag och förordningar. Det finns ingen som ifrågasätter läkaren och sköterskan inom den medicinska domänen och ingen som ifrågasätter psykologen inom den psykologiska domänen när det gäller psykologiska utredningar och testanvändning.

#### *Generalister inom ohotade domäner*

En stark koppling till en ohotad domän tycks vara gemensamt för de grupper som hävdar ett generalistperspektiv (lärare, sköterskor, rektorer). Det är ingen av de andra yrkeskategorierna som kan eller vill dominera inom deras domäner och därigenom hota yrkets jurisdiktion. Såväl rektor som skolsköterska har domäner, som erkänns av andra och tycks självklara. Skolsköterskan har inflytande inom många domäner, men ingen av de andra professionerna förutom läkaren, som är ansvarig, har tillgång till den medicinska domänen. Ingen annan än sköterskan kan eller får ge sprutor eller upprätta en medicinsk journal. Den organisatoriska/

administrativa domänen är rektors självklara domän, där han/hon har ansvar. Även om andra också vill ha inflytande är den domänen inte hotad på den lokala skolan eller i området. När det gäller lärarnas undervisning är det endast specialpedagogerna som kan hota den pedagogiska domänen, men dessa önskar inte överta undervisning från lärarna. Det är snarare tvärtom så att lärarna vill dela med sig mer av undervisningen än specialpedagogerna vill överta och vill därmed likställa specialpedagogerna med lärare.

#### *Specialister inom hotade domäner*

De som omfattar ett specialistperspektiv, däremot, uttryckte ett behov av att profilera sig gentemot andra yrkeskategorier och förtydliga sin domänanknytning. Specialpedagogerna t.ex. uttryckte en stark känsla av att de behöver freda sin yrkesroll i skolan och avgränsa sig från övriga lärare och betona sin specialistroll. Lärare tycks acceptera och efterfråga specialpedagogiska insatser till enskilda elever om dessa inte inkräktar på den allmänpedagogiska domänen. Men, när specialpedagogerna vill införa specialpedagogik som en naturlig del av den allmänpedagogiska domänen genom att få lärarna att agera specialpedagogiskt har specialpedagogerna svårt att göra sin röst hörd. Lärare vill se den specialpedagogiska arenan som skild från den allmänpedagogiska. De tycks anse att specialpedagogerna antingen ska agera pedagogiskt på den pedagogiska arenan eller specialpedagogiskt på en avskild specialpedagogisk arena. Specialpedagogernas relativt nya position i skolan tycks inte än ha en tydlig egen jurisdiktion, skild från speciallärare, d.v.s. det finns inga självklara länkar mellan deras kompetens och specifika insatser på arbetsfältet (Abbot, 1988). Detta försvåras också av att specialpedagogerna inte har en gemensam grundkompetens, vilket gör att frågor om status, över- och underordning gör sig aktuella i jämförelse med lärarna.

#### *Vård eller hälsofrämjande arbete*

Anmärkningsvärt är att just det som lättast kan hävdas av de legitimerade professionerna är samtidigt det som dessa yrkeskategorier vill göra mindre av. Detta kan också ses som en förklaring till att läkare och psykologer omfattar ett specialistperspektiv trots delvis ohotade domäner. Samtliga legitimerade yrkesgrupper anser att det sjukdomsinriktade och vårdande arbete ska tonas ned till förmån för det hälsofrämjande arbetet (Guvå, 2009a), vilket också är helt i linje med lagförslaget som betonar att elevhälsan i huvudsak ska vara förebyggande och hälsofrämjande (Prop, 2009:10,165). Läkare vill inte göra rutinundersökningar utan hälsofrämjande insatser på den pedagogiska arenan, psykologer vill enbart testa utan undanröja hinder för barns utveckling och lärande på såväl individ som grupp och organisationsnivå, sköterskorna vill inte plåstra men arbeta hälsofrämjande genom insatser för enskilda elever. Den enda kategori som har lagstöd för att utföra hälsofrämjande och förebyggande insatser på hälsoarenan är sköterskornas vars hälsosamtal med enskilda elever i tre årskurser nu är lagstadgat, d.v.s. sköterskorna får legitim jurisdiktion för insatser på hälsoarenan. Psykologerna däremot har inte samma legitimitet, utan psykologens legitimitet är kopplad till psykologiska utredningar och därför blir psykologerna lätt sedda som experter som endast tas in när problem har identifierats hos enskilda elever, något som psykologerna upplevde som en insnävning av yrkesrollen. Därigenom förknippas psykologen som profession med ett sjukdomstänkande utifrån en syn på eleven som ett problem eller en patient. Psykologerna måste därmed förhandla på arbetsplatsen om professionell jurisdiktion när det gäller hälsofrämjande och förebyggande insatser. Psykologerna är den yrkeskategori som tydligast uttalar sig för ett specialistperspektiv och som

förordar strukturerade och målinriktade möten framför informell samverkan. Psykologerna tycks därmed i viss mån ha lyckats med att både värja sig och göra sin röst hörd, men uppfattas av många som allt för litet närvarande. Denna upplevelse av att psykologer inte finns på skolan kan kanske förklara att psykologer inte efterfrågas i den mån de skulle önska när de kommer till hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Även de icke legitimerade yrkesgrupperna måste liksom psykologerna förhandla om professionell jurisdiktion när det gäller förebyggande och hälsofrämjande insatser. Det har tidigare visats hur diskussioner i elevvårdskonferenser i hög utsträckning tenderar att förlägga problemen hos enskilda elever och att ett sjukdomsperspektiv snarare än ett hälsoperspektiv råder (Granström, 1995, Guvå, 2009a, Hjørne, 2004). Det är alltså inte förvånande att det tycks finnas ett samband mellan önskan om profilering och avsaknad av professionellt lagstöd för hälsofrämjande och förebyggande insatser. Om elevhälsodomänen ska fungera som en gemensam arena för samtliga yrkeskategorier krävs således genomgripande förhandlingar på arbetsplatsnivå.

### *Koppling mellan domän och profession*

Det finns överlappningar när det gäller insatser inom de olika domänerna mellan alla yrkeskategorier främst mellan sköterskor och kuratorer samt psykologer och kuratorer inom den psykosociala domänen och mellan psykologer och specialpedagoger på den pedagogiska arenan. Det uppgavs att sådana rollkonflikter kan hanteras genom återkommande diskussioner om roller, men samtidigt uppgavs att få sådana diskussioner hölls i de lokala elevhälsoteamen.

#### *Många aktörer inom samma domän*

Kuratorer har en tydlig önskan om att profilera sig och ser en svårighet med detta eftersom så många andra aktörer också agerar inom den psykosociala domänen som de ser som sin huvuddomän. Främst upplever de att sköterskor har uppgifter som överlappar med deras insatser. Det framkom få exempel av att detta behandlas och förhandlas i de lokala teamen. Enligt uttalanden har kuratorer en mer framträdande lokal förankring än psykologer och uppges mer som en samarbetspartner av sköterskor. När det gäller överlappning mellan kurator och psykolog upplevs den i princip som stor även om många försök görs till att definiera skillnader och det uttalades mycket litet öppen konkurrens mellan psykologer och kuratorer. Detta kan bero på att de löst konkurrensförhållandet genom att dela upp stadierna i skolan mellan sig. Det finns en tradition att psykologer arbetar på de lägre stadierna och kurator på de högre, vilket egentligen skulle tyda på att psykologer och kuratorer i hög utsträckning betraktas som utbytbara.

#### *Likhet och olikhet mellan domäner*

Specialpedagogik och allmänpedagogik ligger så nära varandra att det blir svårt för specialpedagoger att hävda sin jurisdiktion. Det är t.ex. lättare att se skillnad mellan den pedagogiska domänen och den psykologiska domänen än mellan den specialpedagogiska och den pedagogiska. Detta blir tydligt när det gäller efterfrågan av handledning och konsultation. För att lärarna ska efterfråga handledning respektive konsultation kan en grundförutsättning vara att de upplever att handledaren *kan mer* respektive att konsulten kan *något annat* än de kan (Hylander, 2000, Hylander & Guvå, 2009). Enligt uttalanden från specialpedagoger, upplever lärare att psykologisk konsultation bidrar med något annat medan lärarna inte tycks uppfatta att det gäller specialpedagogisk konsultation. D.v.s. det tycks som om

specialpedagogik som domän ännu inte blivit så tydligt annorlunda i jämförelse med allmänpedagogik att lärarna uppfattar det som att de får ett annorlunda bidrag. När det gäller handledning från specialpedagoger till lärare kan det finnas en oklarhet i vad som är handledningens "kärninnehåll" (Ögren & Boalt-Boethius, 2010, Hylander & Guvå, 2010). Utifrån resultatet i denna studie ter det sig som om lärare inte vill ha handledning i specialpedagogik för att utföra specialpedagogiska insatser på den pedagogiska arenan. Däremot kan de tänka sig handledning i pedagogik, men då med en handledare som har mer erfarenhet av den pedagogiska domänen än de själva har. Därigenom bedömer lärarna specialpedagogerna inte utifrån deras specialpedagogiska kompetens utan utifrån deras allmänpedagogiska kompetens, d.v.s. det blir viktigt om de är förskolelärare, fritidspedagoger eller lärare och på vilket stadium de har varit lärare. Specialpedagogerna å andra sidan har som uppdrag att verka på den pedagogiska arenan med specialpedagogiska insatser men kommer inte in om specialpedagogiken endast accepteras av lärarna när den sker individuellt och isolerat från den allmänpedagogiska arenan. Därigenom har också lärare svårt att skilja mellan specialpedagoger och speciallärare. Detta stämmer med forskning som visar att trots att handledning ska vara en viktig arbetsuppgift för specialpedagoger och ingår i specialpedagogutbildningen har detta svårt att få genomslag i skolorna (Malmgren-Hansson, 2002).

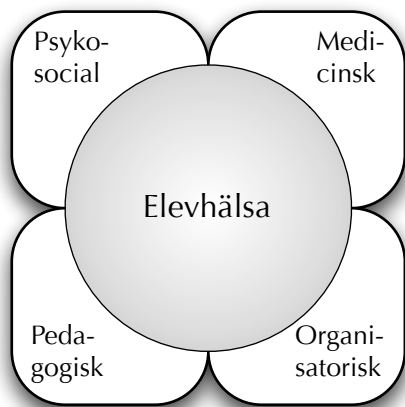
#### *Olika perspektiv inom en domän- lokalt eller centralt styre*

Rektors besittningsrätt när det gäller den organisatoriska och administrativa domänen på den lokala skolan eller i området är relativt ohotad. Däremot finns ett starkt hot mot rektors jurisdiktion när det gäller lokal eller central förvaltning av elevhälsoteamet. Skolläkare och psykologer förordar centrala elevhälsoteam med egen organisation och ledning och här uppstår konkurrens om två olika perspektiv på organisering. Skolläkarna ifrågasätter lokal organisering under rektor och menar att någon annan är mer lämpad att leda elevhälsan. För psykologerna framkommer ur intervjuerna att de förordar en central placering främst utifrån att de då har större möjlighet till struktur och profilering.

#### *Sammanfattning av domäner*

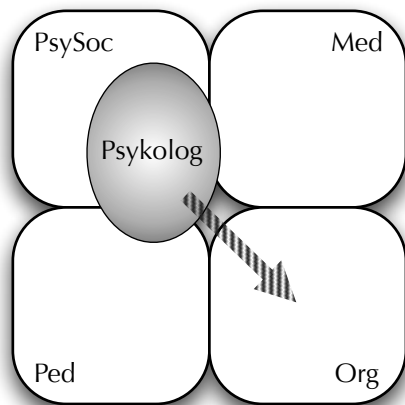
Det visade sig att flera yrkeskategorier vill uppträda på fler arenor än de gör i dag genom att ha inflytande över fler domäner. Fram för allt känner man sig exkluderad från den pedagogiska arenan. Nedan görs en sammanfattning genom en förenklad och prototypisk illustration av de olika yrkeskategoriernas uppfattning om sin egen domäntillhörighet och önskemål om utvidgning.

Tillsammans ska de olika yrkeskategorierna täcka upp domänen elevhälsa med sina respektive domäner, vilket illustreras i nedanstående figur.

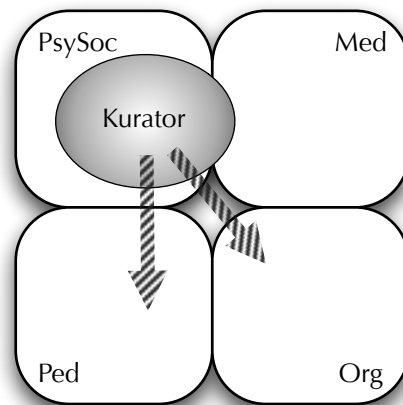


**Figur 1** De olika domänerna i elevhälsan

Psykologen har en förankring inom den psykosociala domänen men även inflytande i den pedagogiska domänen och önskar framför allt en utvidgning mot den organisatoriska domänen. Kuratorn har sin förankring inom den psykosociala domänen och önskar mer inflytande i såväl den pedagogiska som den organisatoriska domänen

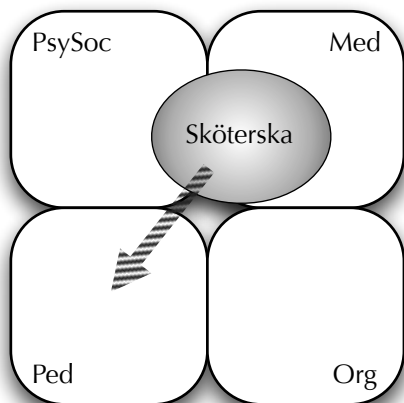


**Figur 2** Psykologens uppfattning om domäntillhörighet och önskan om utvidgning

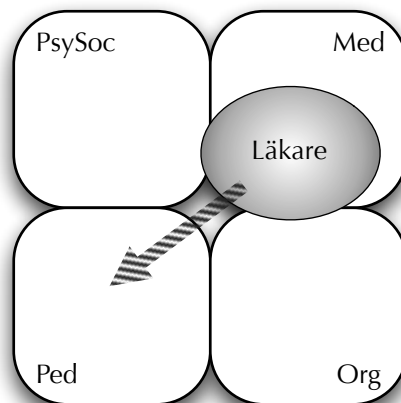


**Figur 3** Kuratorns uppfattning om domäntillhörighet och önskan om utvidgning

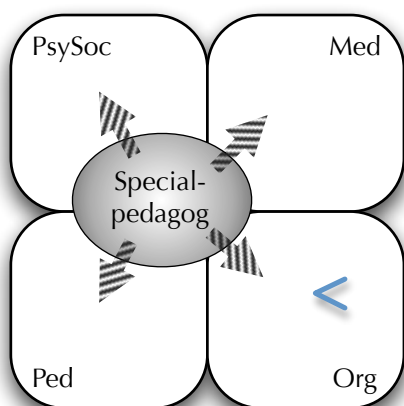
Sköterskan har uppgifter inom såväl den medicinska som inom den psykosociala domänen och önskar framför allt en utvidgning mot den pedagogiska domänen. Läkaren har sin förankring i den medicinska domänen och inflytande över den organisatoriska domänen genom bl.a. ledning av sköterskornas verksamhet/skolhälsovården. Läkaren önskar en utvidgning mot den pedagogiska domänen.



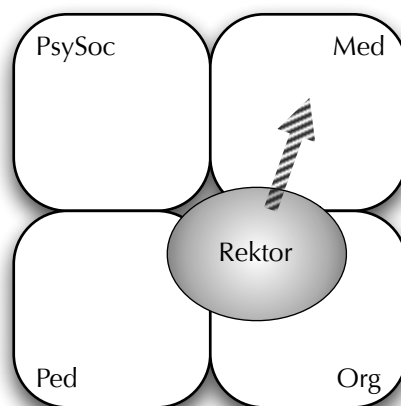
**Figur 3** Sköterskans uppfattning om domäntillhörighet och önskan om utvidgning



**Figur 4** Läkarens uppfattning om domäntillhörighet och önskan om utvidgning



**Figur 5** Specialpedagogens uppfattning om domäntillhörighet och önskan om utvidgning



**Figur 6** Rektors uppfattning om domäntillhörighet och önskan om utvidgning

Specialpedagogen är den yrkeskategori som har den mest centrala rollen genom arbetsuppgifter inom alla domäner. Specialpedagogerna önskar ingen specifik utvidgning utan snarare en förstärkning av sin roll inom alla domäner eftersom de har svårt att få legitimitet för specialpedagogik som en egen domän.

Rektor har sin förankring inom den organisatoriska och pedagogiska domänen och önskar mer inflytande över sköterskor och läkare och därmed en utvidgning mot den medicinska domänen.

### **Elevhälsomötet som formell mötesplats - en analys utifrån Social Representationsteori**

När det gäller arenor som fysiska mötesplatser vill vissa yrkeskategorier uppträda på många olika arenor, det gäller t.ex. skolsköterskor medan andra vill begränsa antalet arenor som t.ex. skolpsykologerna. Specialpedagogerna verkar ha tillträde till många



arenor men uppgav att de har svårt att göra sin röst hörd på flera av dessa som t.ex. elevhälsoteamsmöten. Diskussionerna i fokusgrupperna när det gällde fysiska mötesplatser gällde främst hur det lokala elevhälsoteamsmötet ska organiseras, vilka som ska vara med, hur ofta de ska hållas samt hur meningsfulla de är. Utifrån dessa diskussioner om organisering av mötena har en tolkning gjorts om vilken eller vilka funktion(er) som olika yrkesgrupper anser att elevhälsomötet ska uppfylla. Därigenom har försök gjorts att urskilja om det finns en gemensam föreställning eller om det föreligger olika föreställningar (sociala representationer) av elevhälsomötet som samverkansarena. De framgår att det finns ett antal sociala representationer för vad som ska äga rum på den mötesplats som elevhälsoteamsmötet utgör, som i viss mån är knutet till olika yrkesgrupper. Varje typ av social representation av teammötet som mötesplatsarena motsvaras av ett sätt att organisera teammötet i termer av *närvaro*, *frekvens* och *meningsfullhet*.

Teammötet kan dels beskrivas som en arena för att "hantera problem" som elever eller lärare har dels som en arena för "teamets lärande och elevhälsans utveckling". *Problemlösning* kan ta sig uttryck i att (a) *lösa problem*, och då blir det mest effektivt om endast de som är involverade deltar, om man har lång tid på sig och koncentrerar sig på ett ärende. Detta förespråkas av psykologerna. Teammöten för att hantera problem kan också gestaltas som (b) *remitterings arenor*, vilka av vissa upplevs som effektiva genom att många ärenden behandlas och beslut tas, men som andra menar inte tar till vara den samlade kompetensen. Problem kan också hanteras på teammöten genom att (c) *belysa ärenden* från olika håll, och då kan också många ärenden behandlas på kortare tid, ingen förväntar sig en lösning, men det är nödvändigt att alla i teamet deltar. Detta är en föreställning om teammöten som uttrycks av kuratorer, specialpedagoger och skolsköterskor.

Teammötet kan också användas för att teamet skall "lära och utvecklas". Detta kan ske genom (a) att *utveckla samarbete* och relationer och då är det viktigt att alla är med, att man har möten ofta och att klimatet i teamet får stå i förgrunden. För specialpedagogerna är klimatet en viktig fråga och samarbetsarenan förordas också av några rektorer. Om funktionen är (b) att *utveckla elevhälsoarbetet* i skolan har ledningen stor betydelse för att detta ska äga rum. I intervjuerna framkom främst den typen av diskussioner i de centrala elevhälsoteamen. Slutligen, om funktionen är (c) ett *interprofessionellt lärande* kan detta ske i många olika konstellationer mellan yrkesgrupperna. Denna funktion kom fram endast i ett par uttalanden.

Slutsatsen är att det finns flera olika sociala representationer av elevhälsomöten och deras funktion. När det gäller den formella mötesplats som är mest framträdande, d.v.s. det lokala elevhälsomötet är diskussioner om vilken funktion mötet ska fylla och vilka roller de olika aktörerna ska ta inte vanligt förekommande., Sådana diskussioner verkar istället äga rum på centrala teammöten, där rektorer inte är med och skolsköterskor endast undantagsvis närvarar. Frågan är om de sociala representationerna finns på en medveten nivå eftersom diskussionen domineras av frågor om närvaro, frekvens och meningsfullhet/ icke meningsfullhet. Den praktik som existerar tycks i viss mån tas för given och finner man den inte meningsfull undviker man att närvara. Eftersom agerandet påverkar de sociala representationerna och de sociala representationerna påverkar agerandet (Markova, 2008) skapas ingen gemensam praktik och heller ingen gemensam social representation av elevhälsomöten som socialt objekt. För att en förändring ska äga rum krävs att de sociala representationerna medvetandegörs och diskuteras i förhållande till de riktlinjer om en förebyggande och hälsofrämjande elevhälsa som finns i den nya skollagen. Enligt SRA finns en stark tendens till att först tolka nyheter i termer av gamla sociala representationer innan en förändring sker och ett nytt

socialt objekt skapas. För att detta nya objekt i verklig mening ska vara socialt krävs gemensamma diskussioner och en gemensam praktik bland de olika yrkeskategorierna i elevhälsan. Det kan finnas en risk att begreppet p.g.a. sin ordlikhet med skolhälsovård tolkas som ett i första hand medicinskt begrepp och att det därmed inte får den representation av ett multiprofessionellt och mångdimensionellt hälsofrämjande perspektiv som var tanken.

### **Yrkesidentitet – an analys utifrån Socialt Identitetsperspektiv**

Det finns en allmän föreställning hos flera yrkeskategorier att specialisering står i motsats till ett gott teamarbete på så sätt att man upplever att man sticker ut om man profilerar sig för hårt, vilket kan leda till en känsla av ensamhet. Gemensamt för många professioner är just denna upplevelse av att vara ensam, vilket också kan bidra till att profilering inte sker. Aktörerna menade att stöd i den egna professionen och handledning var hjälpmedel för att hantera känslor av ensamhet.

Den fråga man kan ställa sig är om elevhälsoteamen, de lokala såväl som de centrala verkligen är team i den bemärkelsen att man har gemensamma normer, mål och föreställningar och en vi-känsla som skiljer ut teamet från andra grupper som inte tillhör teamet (Blomqvist, 2009, Thylefors, Persson & Hellström 2005, Tajfel, 1970, Turner, 1999). Avsaknad av tydlighet finns såväl när det gäller teamens funktion som yrkeskategoriernas olika funktioner. Diskussioner om roller finns i viss mån inom de centrala teamen, men tycks saknas inom de lokala teamen. Detta gör att vissa yrkeskategorier inte tycker att de kan få sin röst hörd, andra tycker inte att de behöver vara med på elevhälsoteamsmöten och åter andra tycker inte att de vågar profilera sin yrkesroll.

Diskussionen om informella eller formella möten kan också förstås utifrån Brewer's differentiering av relationellt och kollektivt själv. Det individuella självet är uppfattningen om den egna personligheten och kompetensen. Det relationella självet innebär en uppfattning av sig själv i förhållande till andra som man har relationer med, medan det kollektiva självet är uppfattning av sig själv i förhållande till kategorier som kön, yrke etc. (Brewer & Chen, 2007). Psykologer, som är organiserade i centrala team och inte anställda av rektor på en lokal skola, strävar efter en stark yrkesidentitet d.v.s. en kategoriidentitet. De vill strukturera samverkan och formalisera möten och ärendehantering och kan på detta sätt förtydliga sina yrkesgränser. Samtidigt så kan detta innebära att psykologerna blir frånvarande aktörer i den lokala skolan, vilket gör att den relationella identiteten har svårare att utvecklas. De som har större närvaro på skolan som kurator och specialpedagog vill också profilera sig, men har svårare än psykologerna. De kan bero på att de huvudsakligen utför insatser som de har gemensamt med flera yrkeskategorier, t.ex. psykosociala samtal för kuratorer eller för att deras specifika insats inte efterfrågas i den form som de utövar eller vill utöva den, t.ex. specialpedagogiska insatser på den pedagogiska arenan. Men det kan också bero på att det är svårt att samtidigt hävda en yrkesidentitet och en relationell identitet. Man vill hävda sin yrkesidentitet men det vanligt förekommande "det beror på person" reflekterar ett starkt tryck på en relationell identitet. Det förefaller som såväl yrkesidentitet som elevhälsoteamsidentitet blir problematiskt för dem som huvudsakligen arbetar på en lokal skola. Eftersom roller, mål och funktion med teamen inte diskuteras på den lokala skolan blir elevhälsoteamsidentiteten diffus, även om relationerna till teammedlemmarna kan upplevas som viktig. När det är svårt att på den lokala skolan framhålla sina yrkesgränser eftersom man då upplever sig ensam kan man bli mer benägen att framhålla en relationell social identitet. Då blir relationerna till de andra i teamet

viktiga och man uttalar sig ofta om att "det beror på person" snarare än att samverkan utgår från de olika yrkesidentiteterna. Man tycks också uppfatta det som att man tvingas välja identitet, antingen en tydlig kategorisk yrkesidentitet eller en diffus relationell teamidentitet. Yrkesgrupperna tycks först och främst vilja ha sin sociala identitet kopplad till yrkeskategorin och eftersom den inte kan förhandlas i det lokala teamet uppstår ingen samhörighet där. Rektorens roll som ledare av elevhälsoteamet får här en avgörande betydelse, men eftersom rektor tycks förorda en teamidentitet byggd på relationell identitet och inte kategoriidentitet, får aktörerna inte det stöd i att urskilja sina yrkesroller som de hoppas på.

Detta kan diskuteras utifrån teorin om multipla identiteter. (Brewer & Pierce, 2005). Enligt denna teori har en person ofta multipla sociala identiteter, men det skiljer sig mellan människor om de har en komplex social identitet och växlar mellan olika sociala identiteter (som t.ex. yrkesföreträdare, teammedlem, ledare, etc.) eller om man strävar efter en gemensam och överlappande social identitet, d.v.s. man identifierar sig bara med dem som har samma yrke och ingår i samma team alla andra utgör utgruppen. Det senare är bara möjligt i större centrala team. För att syftet med ett elevhälsoteam ska kunna uppfyllas d.v.s. att de olika yrkeskategoriernas kompetens ska komma eleverna till godo på ett sätt som gör att summan blir mer än delarna, måste aktörerna både profilera sig och samverka. D.v.s. de måste ha komplexa multipla sociala identiteter. Detta skulle innebära att aktörerna kan växla mellan att agera som teammedlem i den lokala skolan och som representant för sin yrkeskategori eller utgå från båda sociala identiteterna samtidigt. Det tycks dock finnas en svårighet med multipla identiteter eftersom många hänvisar till att det är svårt att själv profilera sin yrkesroll i teamet och att man ligger lågt för att inte stöta sig med de andra.

Lärarna som inte tillhör elevhälsoteamen ser dock teamen som en grupp och differentierar inte inom den. Detta tyder på att de betraktar sig som tillhörande ingruppen lärare och elevhälsoteamet utgör en utgrupp elevhälsoteamet. Mycket av det som sägs om elevhälsoteam från lärarnas sida kan förstås utifrån teorier om utgrupp och ingrupp (Turner, 1982). Lärarna förstärker sin sociala identitet som lärare genom att lyfta ut och lyfta upp de problem som de upplever inte kan klaras av med gängse pedagogiska metoder i klassrummet och definierar det som ett problem som tillhör andra yrkesgruppers jurisdiktion. För dem är det sedan egalt vem i teamet som handhar problemet. Huvudsaken är att något görs.

## Slutsatser

Det finns en allmän föreställning hos flera yrkeskategorier att specialisering står i motsats till ett gott teamarbete på så sätt att man upplever att man sticker ut om man profilerar sig för hårt inom sitt yrkesområde, vilket kan leda till att de olika yrkeskategoriernas kompetens inte kommer eleverna tillgodo. Rektorens roll som ledare av elevhälsoteamet får här en avgörande betydelse, men eftersom flera rektorer tycks förorda ett generalistperspektiv där yrkeskategorierna är utbytbara är det risk att aktörerna inte får det stöd i att urskilja sina yrkesroller som de hoppas på.

Det legitimerade yrkeskategorierna, läkare, psykolog och sköterska tycks ha lättare att hävda sin professionella jurisdiktion än övriga. Det finns ingen som ifrågasätter läkaren och sköterskan inom den medicinska domänen och ingen som ifrågasätter psykologen när det gäller psykologiska utredningar och testanvändning. Det som är anmärkningsvärt är emellertid att detta tycks ske på bekostnad av det hälsofrämjande arbete som de dels önskar göra dels förväntas göra enligt den nya

skollagen. De insatser där de lättast hävdar sin professionella jurisdiktion är de insatser som de själva anser ska minska d.v.s. medicinsk behandling och psykologiska testningar.

Flera yrkeskategorier i elevhälsan vill uppträda på fler arenor än de gör i dag och ha inflytande över fler disciplinära domäner. Kuratorer skolläkare och skolsköterskor känner sig exkluderade från den pedagogiska arenan. Specialpedagoger som har tillträde till den pedagogiska arenan uppger att det är svårt att få legitimitet för specialpedagogik som en naturlig del av den pedagogiska domänen eftersom lärare vill se att specialpedagogerna antingen ska agera pedagogiskt på den pedagogiska arenan eller specialpedagogiskt på en avskild specialpedagogisk arena. Psykologer och kuratorer vill agera och använda sina kunskaper inom den organisatoriska domänen. Detta är frågor som berör samtliga som arbetar i skolan och kan inte enbart isoleras till diskussioner inom elevhälsoteamen om elevhälsan ska uppleva legitimitet från sina samarbetspartners i skolan.

Det finns överlappningar mellan alla yrkeskategorier när det gäller insatser inom de olika disciplinära domänerna främst mellan sköterskor och kuratorer samt psykologer och kuratorer inom den psykosociala domänen och mellan psykologer och specialpedagoger på den pedagogiska arenan. Det uppgavs att sådana rollkonflikter kan hanteras genom återkommande diskussioner om roller och de lokala elevhälsoteamsmöten har här en central position. Det finns emellertid ett antal olika sociala representationer för vad som ska äga rum på den mötesplats som elevhälsoteamsmötet utgör men diskussioner om vilken funktion mötet ska fylla och vilka roller de olika aktörerna ska ta inte är vanligt förekommande i de lokala elevhälsoteamen. Istället äger sådana diskussioner rum på centrala teammöten, där rektorer inte är med och skolsköterskor endast undantagsvis närvarar.

Om elevhälsodomänen ska fungera som en gemensam arena för samtliga yrkeskategorier krävs således genomgripande förhandlingar på arbetsplatsnivå hur det hälsofrämjande arbetet ska utformas dels för varje yrkeskategori dels för teamet som helhet och dels för skolan som organisation.

## Referenser:

- Abbott, A. (1988). *The systems of professions, an essay on the division of expert labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Abrams, D. & Hogg, M. A. (1990). Social identification, self categorization and social influence. *European Review of Social Psychology*, 1, 195-228.
- Abramson, J. (1989). Making teams work. *Social Work with Groups*, 12, 45-63.
- Aili, C. *Autonomi, styrning och jurisdiktion. Barnmorskors tal om arbetet I mödrahälsovården*. Doktorsavhandling. Stockholms universitet, Pedagogiska institutionen.
- Allen, D. (2000). Doing occupational demarcation. *Journal of contemporary Ethnography*, 29, 326-356.
- Backlund, Å. (2007). *Elevvård i grundskolan – Resurser, organisering och praktik*. Rapport i socialt arbete nr 121.2007. Stockholms Universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Bladini, U-B. (1990). *Från hjälpskolelärare till förändringsagent: svensk speciallärarutbildning från 1921-1981 relaterad till förändringar i speciallärares yrkesuppgifter*. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Blomqvist, S. (2009). *Kompetensutnyttjande i mångprofessionella psykiatriska team*. Doktorsavhandling. Linköpings Universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Brewer, M. , Gardner, W. (1996). Who is this we? Levels of collective identity and self representations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 83-93.
- Brewer, M. (2003). *Intergroup relations*. Philadelphia: Open University Press.
- Brewer, M. & Pierce, K. (2005). Social identity complexity and outgroup tolerance. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 428-437.
- Brewer, M. B., & Caporael, L. R. (2006). An evolutionary perspective on social identity: Revisiting groups. In J. A. Simpson, M. Schaller & D. T. Kenrick (Eds.), *Evolution and social psychology* (pp. 143-161). Philadelphia: Psychology Press.
- Brewer, M., & Chen, Y. (2007). The importance of being We: Human nature and intergroup relations. *American Psychologist* 62, 728-738.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Brown, R. (2000). *Groupprocesses. Dynamics within and between groups*. Oxford: Blackwell publishers.

- Burns, M. K., & Symington, T. (2002). A meta-analysis of prereferral intervention teams: Student and systemic outcomes. *Journal of School Psychology, 40*, 437-447.
- Charmaz, K. (2005). Grounded theory in the 21 century. In N. Denzin, K. Lincoln & S. Yvonna (Eds.) *SAGE handbook of qualitative research, 507-535*. London: Sage Publications Ltd
- Caron, E. A. & McLaughlin, M. J. (2002). Indicators of beacons of excellence schools: What do they tell us about collaborative practices? *Journal of Educational and Psychological Consultation, 13*(4), 285-313
- Conoley, J. C. & Gutkin, T. B. (1995). Why didn't – why doesn't – school psychology realize its promise? *Journal of School Psychology, 33*, 209-217.
- Danemark & Kullberg, (1999). *Samverkan. Vårdförstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekström, P. (2004). *Makten att definiera. En studie av hur beslutsfattare formulerar villkor för specialpedagogisk verksamhet*. (Göteborg Studies in Educational Sciences, 209) Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Friedson, E. (1994). *Professionalism reborn: theory, prophecy and policy*. Cambridge: Polity Press.
- Geijer, L. (2003). *Samtal för samverkan. En studie av transprofessionell kommunikation och kompetensutveckling om läs- och skrivsvårigheter/dyslexi*. (Doktorsavhandling). Stockholm: HLS Förlag.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for Qualitative Research*. 1967, Aldine de Gruyer, New York
- Gorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. In A. Giorgi (Ed.), *Phenomenology and psychological research* (8-22). Pittsburg, PA: Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of phenomenological psychology, 28*, 235-261.
- Graneheim, U. & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education today, 24*, 105-112.
- Granström, K. (1986). *Dynamics in Meetings. On leadership and followership in ordinary meetings in different organizations*. Linköping: Linköping Studies in Arts and Science / London: Artesian Books.
- Granström, K. (1995). Accounts and explanations in group decisions concerning students with learning and social disabilities. *Learning and instruction, 5*, 125-141.
- Grape, O. (2006). Domänkonsensu eller domänkonflikt? Integrerad samverkan mellan myndigheter. I O. Grape B. Blom & R Johansson (red.) *Organisation*

- och omvärld – nyinstitutionell analys av människobehandlande organisationer. Lind: Studentlitteratur.
- Gravois, T. & Rosenfield, S. (2006). Impact of instructional consultation teams on the disproportionate referral and placement of minority students in special education. *Remedial and Special Education, 27*, 42-52.
- Grosin, L. (2003) Forskning om framgångsrika skolor som grund för skolutveckling. I Berg & Scherp, red. Skolutvecklingens många ansikten. Forskning i focus, nr 15. Stockholm: Myndigheten för skolutveckling.
- Gutkin, T. & C. Reynolds (1995). (Eds.). *The Handbook of school psychology*. New York: Wiley.
- Guvå, G. (2001). *Skolpsykologers rolltagande. Överlämning och hantering av elevvårdsfrågor*. (Doktorsavhandling). Linköping: Linköpings Universitet. Institutionen för beteendevetenskap.
- Guvå, G. (2009a). *Professionellas föreställningar om elevhälsans retorik och praktik*. FOG rapport, 65. Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande.
- Guvå, G. (2009b). *Och de tre skola bliva ett. Om elevhälsans tre spår*. FOG rapport, 67. Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande.
- Herrman, H., Trauer, T., Warnock, J. (2002). *The roles and relationships of psychiatrists and other service providers in mental health services*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 36, 75-80.
- Hjörne, E. (2004). *Excluding for inclusion? Negotiating school careers and identities in pupil welfare settings in the Swedish school*. Göteborg studies in educational sciences 213. Göteborgs universitet.
- Hyer, K., Fairchild, S., Abraham, I., Mezey, M. & Fulmer, T. (2000). Measuring attitudes related to interdisciplinary training: Revisiting the Heinemann, Schmitt and Farrell attitudes toward health care team's scale. *Journal of Interprofessional Care, 14*, 249-258.
- Hylander, I. (1998). *Fokusgrupper som kvalitativ datainsamlingsmetod*. (FOG-report 42). Linköping: Linköping University. Department of Education and Psychology.
- Hylander, I. (2000). *Turning processes. The change of representations in consultee-centered case consultation*. Linköping: Linköpings Universitet. Institutionen för beteendevetenskap.
- Hylander, I. & Guvå, G. (2010). Grupphandledning i konsultation för psykologer i skola och förskola. I J. Näslund & M-L Ögren (Eds.) *Grupphandledning, forskning och erfarenhet från olika verksamhetsområden*, 165-185. Lund: Studentlitteratur
- Jones, P. & Roelofsam, M. (2000). The potential for social contextual and group biases in team decision making. *Ergonomics, 43*, 1129-1152.

- Kaiser, L., Rosenifeld, S., & Gravois, T. (2009). Teachers' perception of satisfaction, skill development and skill application after instructional consultation services. *Journal of Learning Disabilities*, 42, 444-457.
- Kavale, K. A. & Forness, S. (1999). Efficacy of special education and related services. Washington DC: *American Association on mental Retardation*.
- Knoteck, S. (2003). Making sense of jargon during consultation: Understanding consultees' social language to effect change in student study teams. *Journal of Educational and Psychological Consultation.*, 14, 243-250.
- Kury, K. W., & Kury, G. (2006). An exploration into the internal dynamics of a school-based mental health collaboration. *Journal of School Health*, 76,164-168.
- Lagerberg, D., Mellbin T., Sundelin C. & Vuille J. C. (1994). Growing up in Uppsala: The new morbidity in the adolescent period. *Acta paediatr suppl*, 398:1-92
- Larsson, M. (2001). *Organiserande av stöd och service till barn med funktionshinder*. (Doktorsavhandling). Lund: Lunds Universitet. Institutionen för psykologi.
- Levine, D. U. & Lezotte, L. W. (1990). *Unusually effective schools. A review and analyses of research and practice*. Madison, WI: The national Centre for Effective Schools Research and Development.
- Liljegren, B. (2001). *Samspel för förändring. En konsultationsmodell för arbete med elever i svårigheter*. Doktorsavhandling. Lunds universitet, Psykologiska institutionen.
- Lundén A. och Näsman, E. (1980). *Elevvård - till vems bästa?* Stockholm: Prisma.
- MacDonald, 1995 the sociology of professions. London: Sage
- Malmgren Hansen A. (2002). *Specialpedagoger- nybyggare i skolan*. (Doktorsavhandling) Stockholm: HLS Förlag.
- Markova, I. (2008). The epistemological significance of the theory of social representations. *Journal for the theory of social behaviour*, 38, 4, 461-487.
- McKenna, S., Rosenfield, S. & Gravois, T., (2009). *Measuring the behavioral indicators of instructional consultation: a preliminary validity study*. *School Psychology Review*, 38, 496-509.
- McLaughlin, M. (2002). Examining special and general education collaborative practices in exemplary schools. *Journal of educational and psychological consultation*, 13, 279-283.
- Meyers, B., Valentino, C. T., Meyers, J. Boret, M., & Brent, D. (1996). Implementing prereferral intervention teams as an approach to school-based consultation in an urban school system. *Journal of educational and psychological consultation*, 7, 119-149.
- Morgan, D. (1997). *Focusgroups as qualitative research*. Qualitative reearch methods series, 16. Thousand Oaks: Sage



- Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of social representations. *European Journal of social Psychology*, 211-250.
- Nilholm, C. (2006). Special education, inclusion and democracy. *European Journal of Special Needs Education*, 21, 432-445.
- Norman, I., & Peck, E. (1999). Working together in adult community mental health services: An inter-professional dialogue. *Journal of Mental Health*, 8, 217-230.
- Prop. 2009/10:165. *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Pagligari, C. & Grimshaw, J. (2002). Impact of group structure and process on multidisciplinary evidence-based guideline development: an observational study. *Journal of Evaluation in clinical Practice*, 8 145-153.
- Philips, V., Boysen, T. C. & Schuster, S. A. (1997). Psychology's role in statewide education reform. *American Psychologist*, 52, 250-255.
- Roccas & Brewer, (2002). Social identity complexity. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 88-106.
- Rutter, M. (1983). School effects on pupil progress: Research findings and policy implications. *Child Development*. 54, 1-29.
- Prop. 2009/10:165. *Regeringens proposition. Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Selander, S. (1989). *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap. Professionaliseringens sociala grund*. Lund Studentlitteratur.
- Schulte, A. (2002). Moving from abstract to concrete descriptions of good schools for children with disabilities. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 13, 393-403.
- Shoefield, R. & Amodeo, M. (2002). Interdisciplinary teams in health care and human services settings: Are they effective? *Health & Social Work*, 24, 210-219.
- Short, R. J. & Talley, R. C. (1997). Rethinking psychology and the schools. *American Psychologist*, 52, 234-240.
- Smith, J. & Eatough, V. (2006). Interpretative phenomenological analyses. In S. Hammond, C. Fife-Schaw & J. Smith, (Eds.). *Research methods in psychology*, 322-341. London: Sage.
- SOU (1974:53). *Skolans arbetsmiljö*. Betänkande avgivet av utredningen om 1957 årsskolberedning. Stockholm: Ecklesiastikdepartementet.
- SOU (2000:19). *Från dubbla spår til elevhälsa*. Slutbetänkande av Elevvårdsutredningen. Stockholm: Fritzes förlag.
- Stott, C., & Drury, J. (2000). Crowds, context and identity: Dynamic categorization processes in the 'poll tax riot'. *Human Relations*, 53, 247-273.

- Tajfel, H. (1970). Experiments in intergroup discrimination. *Scientific American*, 223, 96-102.
- Tajfel, H. (1982). (Ed.) *Social identity and intergroup relations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tajfel, H., Billig, M. G., Bundy, R. P., & Flament, C. (1971). Social categorization and intergroup behaviour. *European Journal of Social Psychology*, 1, 149-178.
- Tajfel, H. & Turner, J. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In W. Austin & S Worchel (Eds.). *The social psychology of intergroup relations*, 33-47. Monterey: Brooks/Cole.
- Tajfel, H. & Turner, J. C. (1986). The social identity theory of inter-group behavior. In S. Worchel and L. W. Austin (eds.). *Psychology of Intergroup Relations*. Chigago: Nelson-Hall.
- Thornberg, R. (2008). *Multi-professional Prereferral and School-Based Health-Care Teams: A Research Review*. Fog-rapport nr.62. Linköping: Institutionen för beteendevetenskap och lärande.
- Turner, J. C. (1982). Towards a cognitive redefinition of the group. In H. Tajfel (Ed.). *Social identity and intergroup relations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Turner, J. C. (1999). Some current issues in research on social identity and self-categorization theories. In N. Ellemers, R. Spears & B. Doojse (Eds.). *Social identity: Context, commitment, content* (pp. 6-34). Oxford: Blackwell.
- Thylefors, I., Persson, O., & Hellström, D. (2005) Team types. Perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 19, 102-114.
- Thylefors, I. (2007). *Arbetsgrupper: Från gränslösa team till slutna rum*. Stockholm: Natur och kultur.
- Utbildningsdepartementet, (1980). *Försök med utvecklingsarbete på elevvårdsområdet : rapport från Elevvårdskommittén, Ds U. 1980. 1*. Stockholm: Utbildningsdepartementet
- Utbildningsdepartementet, (1994). *Hälsa, lärande och trygghet*. Regeringens proposition, 2002/022:14. Stockholm: Regeringskansliet.
- Vygotsky, L. S. (1962). *Thought and language*. Cambridge, Ma: M.I.T. Press
- Wagner, W. Duveen, G., Farr, R. & Jovelovitch, S., Lorenzi-Cioldi, Marková, I. & Rose, D. (1999). Theory and method of social representation. *Asian Journal of Social Psychology*, 95-125.
- Waskett, C. (1996) Multidisciplinary teamwork in primary care: The role of the counsellor. *Counselling Psychology Quarterly*, 9, 243-260.
- Wertsch, J.V. (1998). *Mind as action*. New York, NY: Oxford University.

- Westling Allodi, M. (2002). *Support and resistance: ambivalence in special education*. Doktorsavhandling. Stockholm : HLS förl., 2002.
- Wiström, C., Hanson, M. Qvarnström, G. & Westerlund, S. (1995). *Psykologisk konsultation i pedagogisk verksamhet*. Östersund: Östersunds kommun, Konsult & Service, Pedagogica.
- Åman, K. (2006). *Ögonblickets pedagogik. Yrkesgrupper i samtal om specialpedagogisk kompetens vid barn- och ungdomshabiliteringen*. Doktorsavhandling. Stockholm: Stockholms universitet, pedagogiska institutionen.
- Ögren, M-L., Boalt-Boethius, S. (2010). Kärninnehåll och samspelsprocesser i grupphandledning. I J. Näslund & M-L. Ögren (Eds.). *Grupphandledning. Forskning och erfarenheter från olika verksamhetsområden*, 69-87. Lund: Studentlitteratur.

## **FORUM FÖR ORGANISATIONS- OCH GRUPPFORSKNING**

**FOGs** huvudintresse är dynamiska processer, främst i autentiska arbetsgrupper och sociala system, d.v.s. naturligt förekommande grupper som ej är tillskapade för forskningsändamål utan grupper som har en egen historia och en särskild uppgift.

**FOG-RAPPORT** är en rapportserie som utges oregelbundet i löpande nummerserie och innehåller mer preliminära presentationer av forskningsresultat och forskningsöversikter. Några av rapporterna kan komma att publiceras i slutgiltig version på andra ställen. Exemplar av FOG-RAPPORT liksom förteckning över FOG-rapporter som fortlöpande revideras, kan hämtas från:

<http://www.ibl.liu.se/fog>

E-mail: [fograpport@ibv.liu.se](mailto:fograpport@ibv.liu.se)



ISSN 1401-0283

ISRN LIU-IPP-FOG-R--69--SE