

Långvarigt sjuka barn i grundskolan

Bengt Jorming

Utländska epidemiologiska studier på skolbarn visar att långvarigt somatiskt sjuka elever har signifikant sämre skolprestationer, signifikant mera beteendeproblematik och psykiska problem än kontrollgruppsbarn. I artikeln redovisas preliminärdata från en svensk epidemiologisk studie omfattande samtliga elever i årskurserna 1, 4 och 8 utförd läsåret 1978/79 i Eskilstuna kommun. Andelen långvarigt sjuka barn i studien var av samma storleksordning som i de utländska undersökningarna. De socioekonomiska bakgrundsfaktorerna bland de långvarigt sjuka barnen skilde sig inte från övriga populationens. Beträffande skolprestationer, mätt i betyg, frekvens psykosociala problem och psykosomatiska åkommor, förelåg endast obetydliga skillnader mellan de båda grupperna. Möjliga orsaker till resultaten diskuteras.

Författaren är pediatriker och arbetade som 1:e skolläkare i Eskilstuna när studien gjordes. Arbetet utgår från barnkliniken, Huddinge sjukhus, samt Nordiska Hälsovårdshögskolan, Göteborg.

Man kan dela upp det problemkomplex som ett handikapp innebär för den drabbade individen i specifika respektive allmänna problem. De specifika problemen är de som är relaterade till arten av handikappet – för tex den hörselskadade framför allt tal-, språk- och kommunikationssvårigheter. De allmänna problemen, som är av psykologisk natur, påverkar den handikappade oberoende av handikappets art, dvs oberoende av om det rör sig om utbildnings-, förstånds- eller somatiskt handikapp. Dessa problem som oftast får både emotionella, kognitiva och sociala konsekvenser och som påver-

kar också den drabbades närstående och hans närmiljö, varierar i uttrycksform och gravhet, beroende på hans tidigare erfarenheter, vilken ålder han befinner sig i, vilken jagstyrka och självuppfattning han har, vilka resurser i form av tid, förståelse, psykologiskt och emotionellt stöd som finns i hans familj, vilka interaktionsmönster som uppstår med hans närmiljö, tex skolkamrater och lärare (6, 12).

Medvetenheten om dessa gemensamma reaktionsmönster på handikapp och kronisk sjukdom, oberoende av genes, bidrog till att integrationstankarna fördes fram på sextiotalet och bar frukt under sjuttiotalet. 1978 var 90 % av de rörelsehandikappade eleverna i Sverige skolintegrerade och endast 5 % av de synskadade och 30 % av de hörselskadade eleverna gick i specialskola (8). Riskerna för utveckling av negativa psykologiska reaktioner, för utveckling av sekundärhandikapp, för negativ familjepåverkan skulle vara mindre, ansåg man, om den handikappade eleven kunde leva under samma villkor som sina övriga jämnåriga. Genom Rh-konsulenter, hörselvårdskonsulenter och för de synskadade reselärare samt genom landstingens habiliteringsteam, där specialläraren har en nyckelposition, skulle man i samarbetsform kunna ge skolan den expert hjälp som erfordrades för att lyckosamt kunna integrera de handikappade eleverna i den vanliga grundskolan.

.....

Riskerna för utveckling av negativa psykologiska reaktioner, för utveckling av sekundärhandikapp, för negativ familjepåverkan skulle vara mindre, ansåg man, om den handikappade eleven kunde leva under samma livsvillkor som sina övriga jämnåriga.

.....

Den enskilt största handikappgruppen bland barn i skolåldern utgörs av de som Emanuelsson kallar utbildningshandikappade, dvs elever som av olika skäl – sociala, begåvningsmässiga, emotionella, studiemotivationella – har svårt att ta till sig den kunskap skolan önskar förmedla (3). Kan eleven inte ta sig ur sin handikappsituation är risken mycket stor för framtida stora psykosociala besvär. Det rör sig om en stor grupp elever, ca 10% av eleverna i en årskull. Begreppet utbildningshandikapp har ännu inte slagit igenom i allmänt språkbruk men att problemen uppmärksammas och att man önskar konstruktivt försöka stödja och hjälpa dessa elever återspeglas väl i 1980 års läroplan för grundskolan, Lgr 80 (12).

Ett särskilt ansvar har skolan för elever med svårigheter och för barn och ungdom som tillhör olika minoriteter. Skolan kan därför inte ge alla lika mycket hjälp. Den måste speciellt och i samverkan med andra stödja den som av olika anledningar har särskilda svårigheter (sid 14).

Förutom en beredskap att anpassa stoff och arbetssätt och en konsekvent färdighetsträning spelar en behovsstyrd resursfördelning en betydelsefull roll (sid 53).

Det åligger skolstyrelsen att på basis av en ingående kännedom om varje rektorsområdes arbetsmiljö och elevernas förutsättningar fördela förstärkningsresurserna och de kommunala insatserna så att skolor, som har ett svårare utgångsläge, får större personella resurser (sid 53).

Om elever har svårigheter, skall man vid fördelningen av skolornas förstärkningsresurs främst söka tillgodose dessa elevers behov, innan resurserna används för andra ändamål (sid 54).

Även om ordet utbildningshandikapp ej används i Lgr 80 utan i stället det vidare begreppet "elever med svårigheter i skolan", lyser ändå i texten igenom en syn på dessa elever och på vad man kan göra för dem, som är snarlik synen på elever med klassiska somatiska handikapp. Sättet att försöka lösa dessa elevers problem förutsätter, liksom för somatiskt handikappade, samarbete mellan läraren och social, psykologisk och medicinsk expertis (elevvårdsteamet), förutsätter samarbete med eleven och elevens föräldrar.

.....
I den svenska grundskolan i dag finns en klar viljeyttring att försöka se varje elevs särskilda behov i skolsituationen och man har åstadkommit en flexibel skolorganisation och också resursfördelning för att kunna tillgodose dessa behov.
.....

Elever med olika svårigheter skall integreras i vanlig klass. Skolans nuvarande organisation i arbetsenheter, dvs två eller flera klasser tillsammans, ger denna möjlighet. Arbetsenheten kan nämligen knyta till sig speciallärare med uppgift att inom klassens ram ge hjälp och stöd till elever med svårigheter. Vid behov av specialpedagogik i vissa ämnen kan eleven få undervisning i särskild undervisningsgrupp, en grupp som eleven då endast tillhör i dessa ämnen och endast under den för honom nödvändiga tiden, under övrig skoltid går han i sin vanliga klass. För ett fåtal elever kan anpassad studiegång vara nödvändig – man ändrar då timplanerna efter en samlad bedömning av elevens behov. Skolorganisationen har alltså i dag, åtminstone i teorin, möjligheter att flexibelt anpassa undervisningen efter elevernas behov, oberoende av behovens orsak.

Som framgått av citaten från Lgr 80 skall samma flexibilitet prägla resurstilldelningen till den enskilda skolan och dess arbetsenheter. Den resurs man har att spela med är den statliga förstärkningsresursen. Denna är för kommunerna utanför storstadsregionerna innevarande läsår (1981/82) 0,481 veckotimmar per elev i kommunen för undervisning och 0,087 veckotimmar per elev för övrig verksamhet. Till detta kan komma 0,025 veckotimmar per elev som extraresurs i kommuner där samlad skoldag har införts (4). Veckotimpriset för innevarande läsår är 4096 kr inklusive LKP. Förstärkningsresursen ersätter alla de öronmärkta statliga bidrag som tidigare utgick, fransett ersättning för hemspråksundervisning och sk särskild undervisning. Särskilda statliga bidrag för tex installation av apparatur för handikappade elever utgår alltså inte längre.

Sammanfattningsvis kan sägas att det i den svenska grundskolan i dag finns en klar viljeyttring att

försöka se varje elevs särskilda behov i skolsituationen och att man har åstadkommit en flexibel skolorganisation och också resursfördelning för att kunna tillgodose dessa behov.

Elever med långvarig somatisk sjukdom

Vi vet inte exakt hur många elever det finns i den svenska grundskolan med somatiskt handikapp respektive långvarig somatisk sjukdom. Orsaken är att det saknas internationellt vedertagna definitioner på begreppen handikapp och långvarig sjukdom. Varje undersökning, varje officiell statistik har sin operationella definition på dessa begrepp.

Den svenska omsorgskommittén (9) beräknade 1979, med relativt stram definition på begreppet handikapp, antalet barn i åldrarna 0–19 år med någon form av handikapp till 7% och med svårt handikapp till 1,3%. Rutter (11) som med relativt snäva kriterier studerade prevalensen av utbildningshandikapp (7,6%), intellektuella handikapp (2,6%), psykiska handikapp (5,4%), och somatiska handikapp (5,7%) fann en sammanlagd prevalens på 16% i sin totalundersökning på Isle of Wight.

WHO tar i en rapport upp definitionsproblemet (14) och föreslår följande definition: "a handicap is some sort of long-term disadvantage which interferes with the individual's degree of participation in everyday living". Denna definition är betydligt mindre stram än tex omsorgskommitténs och ligger nära andra definitioner av operationell art som använts i undersökningar av långvarigt sjuka barn.

The National Survey of Health and Development är en kohortsample på barnen födda första veckan i mars 1946 (1, 2). Studien är longitudinell och omfattade 5362 barn. Barnen följdes upp vart annat år av olika hälsoarbetare och 4041 individer kunde följas upp till 25 års ålder. Information om långvarig somatisk sjukdom, där begreppet långvarig sjukdom gavs en bred definition, erhöles genom intervjuer med föräldrarna. Prevalensen långvarig somatisk sjukdom hos barn i åldrarna 0–15 år beräknades till 11,4%.

I Isle-of-Wight-undersökningen (11), en totalundersökning på 10–12-åriga barn (N=3 437) användes ett tvåstegsförfarande för att finna de långvarigt somatiskt sjuka barnen – först en genomgång

av tillgängliga register och journaler på barnen kompletterat med enkät till föräldrarna och lärarna, och därefter intervju med föräldrarna till de barn där journal och enkätdata indikerade långvarig sjukdom. Vissa sjukdomar exkluderades, tex obesitas och också refraktionsanomalier som inte krävde speciella undervisningsbetingelser. Det krävdes också att eleven skulle ha haft sjukdomen i minst ett år. Prevalenstalet för långvarig somatisk sjukdom blev 5,7%.

I Rochester, Monroe County, New York (5) utgick man från ett enprocentssample på barn från 0–17 år. På barnen 6–17 år (N=1 520) studerades prevalensen långvariga somatiska sjukdomar genom intervju med föräldrarna. Durationen på barnens sjukdom skulle vara minst tre månader vid intervju-tillfället. Man fann prevalenstalet 12,4% för långvarig somatisk sjukdom.

I IW-undersökningen visas att de långvarigt sjuka barnen har signifikant högre frekvens läs- och skrivsvårigheter. Samtliga tre undersökningar visar, med sinsemellan olika metodiker, att de långvarigt sjuka barnen också har signifikant mera beteendeproblematik än kontrollbarn och IW-undersökningen visar också att de långvarigt sjuka barnen har signifikant flera psykiska problem. I ingen av studierna framkommer några större differenser mellan de långvarigt sjuka barnen och kontrollgruppsbarnen beträffande socioekonomisk bakgrund.

För en svensk skolläkare ger dessa undersökningar upphov till frågor. Är prelevansen långvarig somatisk sjukdom densamma i Sverige och är fördelningen av sjukdomarna likartad? Är det inte rimligt att anta att frekvensen långvarigt sjuka barn i den svenska skolan är mindre, beroende på att vi genom vår för alla lättillgängliga och nästan konstnadsfria sjukvård och genom vår välutbyggda förebyggande barnhälsovård snabbt fångar upp dessa barn och åtgärdar deras sjukdomar? Vi vet ju genom studier i samband med 4-årsundersökningens genomförande att praktiskt taget alla barn med fysiskt handikapp upptäcks långt tidigare. Är det inte rimligt att anta att principen att inte dramatisera handikapp hos barnen, att inte särskilja dessa barn, utan i stället integrera dem i normalsamhället, skulle ge mindre sekundärneurotisering och att de fysiskt handikap-

pade barnen alltså inte skulle ha någon uttalad överrepresentation av psykologiska symptom jämfört med sina icke-handikappade skolkamrater?

Material och metoder

Läsåret 1978/79 genomförde 14 skolsköterskor, 7 distriktssköterskor och 20 skolläkare strukturerad hälsoundersökning på samtliga elever i årskurserna 1, 4 och 8 i Eskilstuna kommun. Totala antalet elever i studien var 4037. Bortfallet vara litet, 138 elever, motsvarande 3,4% av totalmaterialet. I 68 av de 138 bortfallen var anledningen flyttning och liknande och det "äkta" bortfallet således 70 elever, motsvarande 1,8% av totalmaterialet.

Skolsköterskans uppgift i studien skilde sig inte från tidigare läsårs hälsoundersökningar fränsett att hon förde över alla sina iakttagelser till ett särskilt undersökningsformulär. Formuläret bestod av en somatisk del, uppställd efter skolhälsovårdsjournalen, och en psykosocial del, omfattande 19 psykosociala symptom. Alla avvikelser av somatisk eller psykosocial natur som skolläkaren fann vid sin undersökning överfördes till samma formulär.

Den psykosociala delen av läkarundersökningen byggde huvudsakligen på de omfattande anamnestiska data som läkaren hade om eleverna genom elevhälsouppgifter, BVC- och skolhälsovårdsjournaler samt skolsköterskans kännedom om eleverna. Vid undersökningen kunde anamnesen kompletteras och vissa enklare observationer göras. Den psykosociala symptomlistan användes sedan för beräkning av psykosocial symptombelastning hos eleverna.

Avvikelserna grupperades som 1, 2 eller 3, där 1 betydde "lätt avvikelse utan funktionell betydelse", 2 "avvikelse som fordrar kontroll/uppföljning/utredning/behandling" och 3 "avvikelser som sannolikt – om de ej åtgärdas, eller ej går att åtgärda – har eller kommer att ha betydande och långvarig negativ inverkan på elevens hälsa och utveckling och/eller sociala anpassningsförmåga och/eller förmåga att fullt utnyttja resurserna i sin miljö. Grupperna 2 och 3 kallades funktionellt betydelsefulla avvikelser.

176 elever undersöktes ytterligare en gång av författaren under identiska betingelser som ordinarie

skolläkaren. Interbedömarreliabiliteten var mätt på konventionellt sätt mycket god, 97%:s överensstämmelse. Mätt som sensitivitet emellertid, där författaren fungerade som validerare, var överensstämmelsen sämre, 62%. Orsaken var det höga antalet negativa fynd och följaktligen var specificiteten mycket hög, 99,3%.

Från offentliga register inhämtades uppgifter om familjeekonomi, familjekonstellation, boendeform, boendeområde, hemspråksundervisningsberättigande. Betyg i årskurs 8 hämtades från de offentliga betygs katalogerna. Socialgruppering utfördes efter familjehuvudmans yrke.

Efter avidentifiering har uppgifterna överförts till datamassminne. Vid bearbetningen har statistiska standardprogram använts.

Eftersom det är oklart hur man skall bedöma reliabiliteten i totalmaterialet är det också oklart om materialet lämpar sig för sambandsstudier mellan olika av skolläkarna bedömda variabler. För att komma runt detta problem konstruerades ett sk referensmaterial bestående av enbart de elever som författaren själv undersökt. Detta består av dels de 176 slumpmässigt upptagna eleverna som ingick i metodkontrollstudien, dels av 366 elever i olika skolor som ordinarie skolläkare ej beräknade hinna med att undersöka under läsåret, dels av 205 elever inom författarens ordinarie skolläkartjänstgöring. Ur strikt statistisk synvinkel är detta material ej representativt för elevpopulationen i Eskilstuna eftersom det ej är ett slumpmässigt urval, även om ingen aktiv styrning av eleverna har skett till någon av de tre grupperna. En jämförelse mellan det sk referensmaterialet och övriga populationen visar emellertid nästan identisk procentuell fördelning i grupperna beträffande årskurs, kön och samtliga studerade bakgrundsvariabler hos eleverna. Stora systematiska skillnader mellan referensmaterialet och den övriga populationen kan således inte föreligga beträffande dessa faktorer.

Den operationella definitionen på långvarigt somatiskt sjuka barn har i studien varit: Barn som vid klinisk undersökning av skolläkaren i samband med årskursbunden hälsoundersökning erhållit somatisk diagnos av gravhetsgrad 2 eller 3 och där durationen för ifrågavarande avvikelse, genom kunskap om

dess naturalförlopp, med stor sannolikhet kan beräknas vara minst ett år och där avvikelser innebär negativ inverkan på barnens utveckling och/eller hälsa och/eller förmåga att fullt utnyttja resurserna i sin miljö.

Kriterierna för psykosocial belastningsgrupp var: En eller flera psykosociala avvikelser i grupp 2 eller 3 eller fler än 2 psykosociala avvikelser i grupp 1.

Resultat

I tabell 1 visas årskurs- och könsfördelning för de långvarigt sjuka barnen i studien. Att märka är att skillnader i frekvenser för olika grupper i materialet – i denna tabell frekvensskillnader mellan pojkar och flickor inom årskurserna respektive skillnader mellan årskurserna – är faktiska, dvs de behöver ej ur statistisk synpunkt signifikantestas, eftersom värdena emanerar från ett totalmaterial med negligerbart bortfall.

Tabell 1. Långvarigt sjuka barn. Fördelning efter årskurs och kön. P = pojkar, F = flickor.

		P		F		P + F	
		n	%	n	%	n	%
Åk	1	86	12,8	61	10,9	147	11,9
P = 671, F = 560							
ÅK	4	100	14,1	82	13,2	182	13,7
P = 707, F = 623							
Åk	8	121	18,2	109	16,2	230	17,2
P = 666, F = 672							
Åk	1+4+8	307	15,0	252	13,6	559	14,3
P = 2043, F = 1856							

Tabell 2. Långvarigt somatiskt sjuka barn. Prevalenstalsjämförelser, uttryckta i promille, mellan fyra epidemiologiska undersökningar.

Sjukdomar	N.S	I.W	R.	E.
Respiratoriska	22,6	16,4	45,6	19,5
Neurologiska	15,7	17,8	8,5	6,9
Sensoriska	20,1	3,0	23,9	24,4
Muskuloskelettala	12,7	2,4	4,0	12,8
Kongenitala	8,3	1,5	2,8	9,0
Dermatologiska	7,6	6,4	15,9	45,7
Urogenitala	2,8	1,2	5,7	6,2
Hämatologiska	0,8	—	1,7	—
Övriga	18,0	6,6	5,1	35,7
Summa	113,7	56,6	118,8	143,3

I en artikel av Pless och Roghmann (10) görs en sammanställning av prevalenstalen för långvariga somatiska sjukdomar hos barn baserad på de tre tidigare refererade undersökningarna, National Survey of Health and Development (NS), Isle-of-Wight-undersökningen (IW), och Rochesterundersökningen (R). I tabell 2 görs en jämförelse av dessa med prevalenstalen för långvarigt sjuka barn i Eskilstunastudien (E). Överensstämmelsen är relativt god mellan undersökningarna om man tar i beaktande IW-undersökningens strängare urvalskriterier.

Tabell 3. Långvarigt somatiskt sjuka barn. Socioekonomiska bakgrundsfaktorer hos elever med långvarig sjukdom och hos övriga populationen.

		Långvarigt sjuka barn. %	Övriga po- pulationen. %
Socialgrupp	1	7,9	6,6
	3	47,8	51,7
Kärnfamilj		76,0	76,1
Ensamförälder		14,3	12,9
Villa/radhusboende		57,8	53,6
Familjeinkomst,	låg	15,2	14,4
	hög	14,5	13,0
Berättigad till hemspråksundervisning		16,6	19,5

I tabell 3 jämförs socioekonomiska bakgrundsdata hos de långvarigt sjuka eleverna i studien med den övriga populationen. Som synes föreligger inga påtagliga skillnader och heller ingen trend åt att endera gruppen skulle ha svårare socioekonomiskt utgångsläge.

I tabell 4 jämförs de långvarigt sjuka barnen med övriga populationen beträffande psykosociala symptom samt för årskurs 8 medelbetyg. Det kan vara svårt att bedöma huruvida det föreligger någon reell skillnad i betygsmedelvärdena. Betraktar man materialet som ett stickprov i stället och gör ett T-test på de funna medelvärdena är skillnaden statistiskt signifikant på femprocentsnivån.

Även referensmaterialet har genomgått beträffande socioekonomiska bakgrundsfaktorer, psykosociala symptom och betygsmedelvärden och samma resultat framkommer, fränsett att betygsmedelvär-

Tabell 4. Långvarigt somatiskt sjuka barn. Frekvens elever med psykosocial avvikelse, psykosomatisk diagnos eller tillhörande psykosocial belastningsgrupp i grupperna långvarigt sjuka barn och övriga populationen. Genomsnittsbetyg i dessa två grupper.

	Långvarigt sjuka barn.	Övriga populationen.
Psykosocial avvikelse	% 22,9	22,0
Psykosomatisk diagnos	% 8,9	9,1
Psykosocial belastningsgrupp	% 12,0	10,1
Genomsnittsbetyg	2,98	3,09

det i detta material för de långvarigt sjuka barnen blir än mer signifikant skilt från de övriga barnen (p mindre än 0,001).

Diskussion

Att pojkar är mera vulnerabla än flickor och att man inom de flesta sjukdomsgrupper finner procentuellt flera pojkar än flickor är välkänt, så även beträffande långvarigt sjuka barn. Det är heller inte ägnat att förvåna att andelen långvarigt sjuka barn ökar med åldern. Ju äldre en individ blir, desto större blir möjligheten för honom att förvärva en sjukdom och att någon gång råka ut för olyckshändelse som ger långvariga följdtilstånd.

Andelen långvarigt somatiskt sjuka barn är i Eskilstunastudien större än i de tre jämförda utländska undersökningarna. Prevalenstalsjämförelser med några riktade prevalensstudier, VOC, UVI och diabetes mellitus, ger mycket god överensstämmelse, varför någon systematisk överestimering av sjukdomsförekomst hos eleverna av skolläkarna sannolikt ej föreligger. Att Eskilstunastudien visar högre prevalenstal än IW-studien kan förklaras av den senares betydligt striktare definition av "långvarigt sjuka barn". R- och NS-studierna har däremot definitioner som är snarlika Eskilstunastudiens. Skollä-

Nästan var 7:e elev i grundskolan i Eskilstuna har någon form av långvarig somatisk sjukdom.

Inga större skillnader påvisas mellan de långvarigt sjuka barnen och övriga populationen beträffande förekomst av psykosociala symptom, psykosomatiska diagnoser och tillhörighet till psykosocial belastningsgrupp.

karna i Eskilstuna hade riklig tillgång till anamnestiska data beträffande eleverna, strukturerad fysikalisk undersökning gjordes efter ett flertal variabler och kompletterades med syntest av skolskoterskorna och hörseltest av hörselvårdsassistent. I de tre jämförelseundersökningarna bygger frekvenserna beträffande somatiska sjukdomar framför allt på intervju- och journaldata. En strukturerad, systematisk genomförd fysikalisk undersökning med ovanstående premisser torde ge större utbyte i form av avvikelser än intervjuundersökningar. Detta stöds av att likartade, systematiskt genomförda strukturerade hälsoundersökningar som gjorts i samband med införandet av 4-årsundersökningen också ger högre prevalenstal än ostrukturerade undersökningar (7). Den mest rimliga förklaringen till det högre prevalenstalet i Eskilstuna är därför själva undersökningsmetodiken och därmed kan man konstatera att nästan var 7:e elev i grundskolan i Eskilstuna har någon form av långvarig somatisk sjukdom. Vidare att andelen långvarigt sjuka barn i en svensk grundskolepopulation inte är mindre än vad som visas i vissa utländska material.

Miljömässiga faktorer såsom trångboddhet, bristande näringstillförsel, dåliga hygieniska förhållanden, faktorer som är ekonomiskt betingade, kan starkt bidra till uppkomst av somatisk sjukdom. Den materiella standarden i Sverige har sedan många år tillbaka varit så hög inom samtliga socialgrupper att fysiska hälsoproblem endast i undantagsfall torde uppkomma pga. materiell nöd. Det är därför inte förvånande att det inte föreligger några större skillnader beträffande socioekonomiska bakgrundsfaktorer mellan grupperna långvarigt sjuka barn och övriga populationen.

I Eskilstunastudien påvisas inga större skillnader mellan de långvarigt sjuka barnen och övriga populationen beträffande förekomst av psykosociala

symptom, psykosomatiska diagnoser och tillhörighet till psykosocial belastningsgrupp. Små, men statistiskt signifikanta betygsskillnader till de långvarigt sjuka barnens nackdel kunde noteras. Det kan visas att orsakerna till att skillnaderna blir så små mellan grupperna inte beror på sådana faktorer som låg reliabilitet, låg diskrimineringsförmåga i kriterierna för den psykosociala belastningsgruppen, dålig diskrimineringsförmåga hos de psykosociala symptom som valts ut att studera, låg sensitivitet respektive dålig diskrimineringsförmåga i undersökningsmetoden (för detaljredovisning hänvisas till en kommande avhandling).

I det aktuella materialet påvisas således inte några större skillnader mellan grupperna långvarigt somatiskt sjuka elever och övriga elevpopulationen beträffande psykosocial problematik och endast smärre skillnader beträffande betygsmedelvärden. Orsakerna till detta är sannolikt flera. Den tidiga diagnostiken av somatiska sjukdomstillstånd med möjligheter att snabbt ge den medicinska hjälp till barnet som behövs för att lindra tillståndet är en faktor. En annan är kunskaperna om risk för utveckling av sekundära psykiska symptom till sjukdomen och därför tidigt insatt psykologiskt stöd samt snabb integration av det sjuka barnet i normal-samhället redan i förskoleåldern i barndaghem och lekskola och i skolåldern i normalskolan. Genom det sociala hjälpsystemet och den allmänt höga materiella levnadsstandarden samt den praktiskt taget kostnadsfria sjukvården, drabbas inte heller den långvarigt sjuke elevens familj av ekonomiska problem i större omfattning. Sist, men inte minst, finns många tecken i samhället som tyder på en ökad tolerans mot individer med kroppslig avvikelse och också en ökad förståelse för deras problem. Bilden för de långvarigt sjuka eleverna vad avser de faktorer som studerats förefaller alltså tämligen ljus. Skulle bilden vara lika ljus om studien i stället hade belyst de psykosocialt belastade eleverna i grundskolan?

Sammanfattning

I en "större medelstor" svensk kommuns totala elevpopulation i årskurserna 1, 4 och 8 finner man ungefär lika många långvarigt somatiskt sjuka barn som i utländska undersökningar. Gruppen långvarigt somatiskt sjuka barn skiljer sig inte från övriga elevpopulationen beträffande socioekonomiska bakgrundsfaktorer. Endast obetydliga skillnader mellan grupperna, till de långvarigt sjuka elevernas nackdel, noteras beträffande psykosociala symptom, psykosocial belastning och betygsmedelvärden.

REFERENSER

1. Douglas J W B, Blomfield J M: Children under five. Allen and Unwin, London 1958.
2. Douglas J W B: The home and the school. Mackgibbon and Kee, London, 1964.
3. Emanuelson I: Utbildningshandikapp i långtidsperspektiv. Liber, Stockholm, 1974.
4. Fred S: Åt var och en efter behov. Liber, Stockholm, 1980.
5. Haggerty R J, Roghmann K J, Pless I B: Child health and the community. John Wiley and Sons, New York, 1975.
6. Isaacs J, McElroy M R: Psychosocial aspects of chronic illness in children. J School Health 50:318–21, 1980.
7. Köhler L: Health control of four-year-old children. Acta Paediatr. Scand. Suppl 235, 1973.
8. Lindsjö A: Integrering av kroniskt sjuka och handikappade skolbarn. Läkartidningen, 76:2553–59, 1979.
9. Omsorgskommittén: Samordnad habilitering. DS 1979:12, Socialdepartementet, Stockholm.
10. Pless I B, Roghmann K J: Chronic illness and its consequences: Observations based on three epidemiological surveys. J Pediatr 79:351, 1971.
11. Rutter M, Tizard J, Whitmore K: Education, health and behaviour. Longman, London, 1970.
12. Symposium: Det långvarigt sjuka barnet och dess familj – fysiska, psykiska och sociala behov. Läkartidningen, 73:2989–98, 1976.
13. SÖ: Läroplan för grundskolan, allmän del. Liber, Stockholm, 1980.
14. WHO: Early detection of handicap in children. Regional office for Europe, Copenhagen, 1980.