Utfall av ett KBT-baserat behandlingsprogram för hemmasittare

Rapport 11

Utvärdering av Magelungens Hemmasittarprogram (HSP)

2012–2018

Johan Strömbeck
Robert Palmér
Ia Sundberg Lax
Jonas Fälldt
Martin Karlberg
Martin Bergström

2019
Förord


Medverkande författare

Johan Strömbeck, beteendevetare och master i psykologi, forskning- och utvärderingsansvarig, Magelungen.
Robert Palmér, undersköterska och mentalskötare, grundläggande utbildning i psykoterapi, metodgarant HSP, Magelungen.
Ia Sundberg Lax, socialpedagog, grundläggande utbildning i psykoterapi, chef HSP Stockholm, Magelungen.
Jonas Fälldt, leg. psykolog, skolpsykolog Magelungen, tidigare behandlare på HSP Stockholm, Magelungen.
Martin Karlberg, fil. dr. pedagogik, universitetslektor Uppsala Universitet.
Martin Bergström, fil. dr. socialt arbete, universitetslektor Lunds Universitet, handledare på Magelungen FoU.
Sammanfattning .............................................................................................................. 0

Inledning .......................................................................................................................... 1
Skolnärvaro – och omfattande problematisk frånvaro ...................................................... 1
Vilka är det som är frånvarande? ..................................................................................... 2
Varför frånvarande? ......................................................................................................... 2
Vad leder problematisk frånvaro till? .......................................................................... 3
Vad finns det för hjälp att få? ......................................................................................... 3
Magelungens hemmasittarprogram .............................................................................. 4
Syfte och frågeställningar ............................................................................................ 6

Metod .................................................................................................................................. 7
Procedur .......................................................................................................................... 7
Deltagare ......................................................................................................................... 7
Mätinstrument ............................................................................................................... 8
  Inskrivningsformulär/Utskrivningsformulär/Uppföljningsformulär ................................... 8
  SDQ ............................................................................................................................... 9
  HAD ............................................................................................................................. 9
  Livets stege ................................................................................................................ 9
Dataanalys ..................................................................................................................... 10

Resultat ............................................................................................................................ 11
Bortfallsanalys ................................................................................................................ 11
Skolnärvaro .................................................................................................................... 12
  Version 1 ..................................................................................................................... 12
  Version 2 ..................................................................................................................... 12
Själviskattningar – ungdomens mående över tid .......................................................... 13
  SDQ-S .......................................................................................................................... 13
  HAD ............................................................................................................................ 13
  Livets stege ................................................................................................................ 13
Förälders skattning av ungdomens mående över tid ...................................................... 15
  SDQ-F .......................................................................................................................... 15
Förälders skattning av sitt eget mående ........................................................................ 15

Diskussion ....................................................................................................................... 17
Styrkor och svagheter med studien .............................................................................. 18
Vidare studier ................................................................................................................. 19
Slutsats ........................................................................................................................... 20
Etiska överväganden ..................................................................................................... 20
Intressekonflikt ............................................................................................................... 20

Referenser ....................................................................................................................... 21
Sammanfattning


**Skolnärvaro – och omfattande problematisk frånvaro**

Skolplikten är reglerad i skollagen (Skollag 2010:800, 7 kap, 2 §) men trots detta är inte alla elever i skolan. Sen ankomst och ströfrånvaro är en del av vardagen i svensk skola idag och för en del kan såväl den ogiltiga som den giltiga frånvaron bli problematisk (SOU 2016:94). Undersökningar visar att nästan 1700 elever i grundskolan är ogiltigt sammanhängande frånvarande2 i en månad eller mer och att drygt 18 000 elever under en månad hade ogiltig upprepad ströfrånvaro3 (Skolinspektionen, 2016a), men det finns också siffror som visar på en betydligt högre grad av frånvaro (Öhman, 2016). Internationellt visar undersökningar gällande hemmasittare en prevalens av ca 1–2 % (Egger et al., 2003).

Den ogiltigt sammanhängande frånvaron är ungefär lika vanlig bland pojkar som bland flickor och ungefär lika vanlig i kommunala som i fristående skolor. Frånvaron är dock störst i grundskolans senare årskurser – i årskurs 1–6 var antalet frånvarande elever 302 medan antalet i årskurs 7–9 var 1345 (Skolverket, 2010), något som även avspeglar sig i Magelungens hemmasittarprogram, där majoriteten är högstadieelever.

---

1 Här likställs hemmasittare med det engelska begreppet school refusal.
2 ”Ogiltig frånvaro då eleven varit helt frånvarande minst en månad” (Skolinspektionen, 2016a).
3 ”Ogiltig frånvaro från enstaka lektioner/dagar som överstiger ca 5 % av undervisningstiden över en period av minst två månader” (Skolinspektionen, 2016a).
**Vilka är det som är frånvarande?**

Begreppet problem med skolnärvaro (eng. School Attendance Problems) brukar delas in i hemmasitttare, skolk, föräldraledigt frånvaro (eng. school withdrawal) samt exkludering eller avstängning från skolan. I den vetenskapliga litteraturen finns en distinktion mellan hemmasitttare (eng. school refusal) och skolk (eng. truancy), men även andra begrepp har använts under åren. Distinktionen kritiseras dock (Havik, 2015; Maynard et al., 2015) och en del betonar även att det finns en hög grad av överlappning mellan dessa grupper (Kearney, 2008b). Skolk är vanligtvis något som eleven försöker dölja från sina föräldrar och det sker också mer sporadiskt. En person som skolkar är i större utsträckning förknippad med antisocialt beteende och beteendeproblem och skolkaren är också någon som presterar sämre i skolan.

Hemmasittande är istället något som föräldrar oftare känner till och det sker över längre sammanhängande perioder. De som vågar att gå i skolan presterar oftare väl i skolan och kan ha uttalade mål med sin skolgång. Däremot är det vanligare med emotionella svårigheter i denna grupp (Heyne & Rollings, 2002).

**Varför frånvarande?**


---


5 På engelska: *Predisposing, precipitating och perpetuating factors.*
Vad leder problematisk frånvaro till?


Så när övergår då frånvaron till att bli problematisk? Egentligen så snart den riskerar att minska elevens chanser att nå de uppsatta målen. En definition av problematisk frånvaro lyder: "Frånvaro från den obligatoriska verksamheten i en sådan omfattning att frånvaron riskerar att ha en negativ inverkan på elevens utveckling mot utbildningens mål" (SOU 2016:94). En operationalisering av denna definition skulle därmed för skolor kunna fungera som en larmsignal för när frånvaron bör uppmärksammas, något som leder vidare till krav på bedömning om huruvida problematisk frånvaro föreligger och som därefter kan ställa krav på utredning och åtgärd (SOU 2016:94).6

Vad finns det för hjälp att få?

Att hantera skolfrånvaro handlar om att uppmärksamma, utreda och åtgärda (SOU 2016:94), men mycket kan också göras i förebyggande syfte, innan problemet blivit så omfattande. I skollagen står det: "I utbildningen ska hänsyn tas till barns och elevers olika behov. Barn och elever ska ges stöd och stimulans så att de utvecklas så långt som möjligt. En strävan ska vara att uppväga skillnader i barnens och elevernas förutsättningar att tillgodogöra sig utbildningen" (Skollag 2010:800, 1 kap, 4 §). Detta kan ske i form av extra anpassningar (Skollag 2010:800, 3 kap, 5 a §), särskilt stöd (Skollag 2010:800, 3 kap, 8 §) eller genom åtgärdsprogram (Skollag 2010:800, 3 kap, 9 §), och om detta inte skulle bedömas vara tillräckligt kan studiegången anpassas (Skollag 2010:800, 3 kap, 12 §). Ifall dessa åtgärder inte kunnat sättas in i skolan, eller när de inte har räckt till, kan det istället krävas mer omfattande behandlingsinsatser.


---

6 Andra exempel på operationaliserade definitioner (hämtade ur SOU 2016:94) kommer från Kearney s.248, Finland s.251, Japan s.252, CSN s.253 och Stockholms stad s.254.
Hemmasittarprogram (HSP). I denna studie undersöks ifall någon förändring i skolnärvaro och mående syns efter insats.

Magelungens hemmasittarprogram


En HSP-insats varar i ungefär ett år och består av tre faser: Kartläggningsfas (3–4 veckor), Behandlingsfas (6–9 månader) och Vidmakthållandefas (ca 3 månader). I kartläggningen lär man känna familjen med dess unika förutsättningar och behov med hjälp av verktyg som genogram⁷, livslinje, funktionella beteendeanalyser (S-B-K) och vikt läggs även vid att undersöka faktorer som bidrar till och vidmakthåller skolfrånvaron: individuella, familjelaterade och skolrelaterade faktorer. Kartläggningsfasen syftar till att få vetskap om bland annat vilken funktion skolfrånvaron fyller genom beteendeanalyser, där man tittar på i vilka situationer ett visst beteende sker och vilka konsekvenser det ger, samt att skapa allians med skolbarnet och dess familj. Här används även standardiserade bedömningsinstrument och andra kartläggningsmetoder vilka är fastställda i manualen. Syftet med Kartläggningsfasen är även att formulera gemensamma mål inför behandlingsfasen. Den resulterar slutligen i ett Kartläggningsdokument med förslag på åtgärder som alla inblandade aktörer får tacka ja till och skriva under och som därmed blir startskottet för själva förändringsfasen: Behandlingsfasen.

Behandlingsfasen utgår från en beteendeanalys och de mål som formulerats under kartläggningen. Behandlingen riktar sig till den unge och föräldrarna samt sker i tätt samarbete med skolan. Förändringsarbetet bygger på social inlärningsteori, social interaktionsteori och till

---

⁷ Ett slags familjeträd.

Målet med vidmakthållandefasen är att effekten av behandlingen ska bestå över tid. Intensiteten i behandlingsteamets närvaro minskas, vilket dels betyder att det är färre kontakttilfällen, men det handlar också om att föräldrarna, den unge och skolan i större utsträckning än tidigare på egen hand får öva sina förmågor att hantera eventuella svårigheter som uppstår. Insatsen summeras såväl muntligt som skriftligt och mynnar ut i ett vidmakthållandedokument. När behandlingen är över är det viktigt att veta att bakslag som till exempel återkommande stark oro och ångest kan förekomma och då behöver man ha en plan för detta. Strategier och verktyg som ungdom och familj utvecklat i behandlingsfasen formuleras sedan i ett Vidmakthållande-dokument innan familjen och behandlingsteamet skiljs åt.

Ett positivt utfall, där ungdomen får en fungerande skolgång, där ungdom och förälder får en förbättrad psykisk hälsa och där familjeklimatet förbättras, borde erhållas om relation mellan behandlare och familj varit god, om ungdom och förälder fått kunskap om problematiken och varit med på behandlingens innehåll och mål (dvs. en bra samarbetsallians), om samordningen mellan hem, skola och behandlingsteam fungerat, om familjen har lärt sig strategier, om ungdomen tränat upp sociala färdigheter (i de fall detta ansetts ha varit behövligt) och om anpassningar vid behov har gjorts i skolan.

Sammanfattningsvis kan sägas att långvarig och omfattande frånvaro är ett betydande problem i dagens skola. Hög frånvaro drabbar inte bara ungdomen utan också familjen och nätverket runt omkring och det som kan leda till ökad risk för negativa konsekvenser i livet, så som avsaknad av betyg, psykisk ohälsa och framtida utanförskap. Mycket är känt om vad som orsakar frånvaron, något som brukar delas in i skolfaktorer, individfaktorer och sociala faktorer. För att åtgärda frånvaro kan anpassningar göras i skolan och ett fungerande system för registrering av närvaro och frånvaro verkar också vara framgängsrikt, men när frånvaron blivit större bör också åtgärderna vara mer omfattande. Det finns inga tidigare studier om effekter av HSP, men däremot ett visst stöd för mer kortvariga KBT-baserade behandlingsinsatser som riktar sig mot hemmasittande (Maynard et al., 2015; 2018). Dessa har visat sig vara effektiva för att öka skolnärvaron, men inte för att minska graden av ångest, varvid fler uppföljande studier har efterfrågats för att kunna svara på om graden av ångest minskar med tiden (Maynard et al., 2018).

**Syfte och frågeställningar**

Syftet med denna studie var att undersöka effekterna av HSP över tid. De specifika frågeställningarna lyder:

1) Hur förändras ungdomarnas skolnärvaro över tid?
2) Hur förändras ungdomarnas mående över tid?
3) Hur förändras föräldrarnas mående över tid?
Metod

Undersökningen bygger på data från tre mättillfällen och är en så kallad One-group pretest-posttest design (Kline, 2009), med ett extra mättillfälle. Skolnärvaro noterades och månedeskattningar genomfördes vid inskrivning (T1), avslut (T2) och uppföljning sex månader efter avslut (T3). Både ungdom och föräldrar fyllde i formulären vid alla tre mättillfällen (T1, T2 och T3). De som inte deltog vid T1 deltog inte heller vid resterande mättillfällen och de som var inskrivna mindre än fyra månader deltog inte heller vid T2 och T3. De som deltog vid T1, men inte T2 var fortfarande aktuella för deltagande vid T3.

Procedur


Det första mättillfället (T1) gick sedan till så att informationsbrev/samtyckesformulär delades ut till vårdnadshavare. Dessa fylldes in på plats på behandlingsenheten, alternativt fick föräldrarna med sig dessa för att fylla i hemma. Efter att ungdom och föräldrar gett sitt skriftliga samtycke till att delta i studien fyllde även ungdomen i formulären vid något av de första mötena, antingen tillsammans med behandlingspersonal eller på egen hand. Behandlingspersonal kunde vid besvarandet av formulären sätta in som stöd och hade därmed möjlighet att besvara frågor och eventuella oklarheten kring formulären. Avslutsmätningen (T2) genomfördes på liknande sätt som vid T1, medan uppföljningsmätningen (T3) gick till så att behandlingspersonal sökte upp ungdom och föräldrar via mail, brev eller telefon och träffades därefter för att fylla i formulären, alternativt skickades formulären hem per post. För att höja deltagarfrekvensen vid T3 kunde ungdom och förälder informeras redan vid behandlingsavslut om att de skulle bli kontaktade igen efter sex månader.

På varje behandlings- och skolenhet finns en datainsamlingsansvarig som distribuerar och samlar in formulären. När formulär samlats in avidentifieras de först, där namn byts ut mot en kod, och skickas sedan till Magelungens forskningsansvarige, som sedan sammanställer och rapporterar resultat från utvärderingen på gruppnivå.

Deltagare

I studien inkluderades 84 ungdomar som var föremål för HSP-ärenden inom Magelungen, påbörjade under åren 2012–2018. Deltagarna var ungdomar (69 % pojkar och 31 % flickor) i
åldrarna 10–17 (M=14,1) med en majoritet (73,0 %) i åldrarna 13–16. Vårdnadshavare, som bestod av biologiska föräldrar, en familjehemsföröder och en övrig släkting, deltog också i studien. Vid första mättillfället (T1) deltog 74 ungdomar, 79 mammor och 60 pappor, vid andra mättillfället (T2) deltog 59 ungdomar, 55 mammor och 35 pappor och vid tredje mättillfället (T3) deltog 39 ungdomar, 37 mammor och 26 pappor.

En majoritet (76 %) av ungdomarna på HSP var vid insatsens påbörjan helt frånvarande från skolan – deras närvaro i skolan var alltså noll. Närvaron hade dessutom varit låg under lång tid. På frågan om hur länge närvaron varit lägre än 50 % angavs det för 27 % av ungdomarna att närvaro hade legat under denna nivå under 1–2 års tid och för 54 % av ungdomarna noterades att frånvaro mer än 50 % hade varat i över 2 års tid. Av de som faktiskt gick i skolan hade de flesta också ett anpassat schema; endast 24 % av ungdomarna hade fler än 15 lektioner per vecka. Skolnärvaron vid behandlingsstart var generellt låg; endast 4 % av deltagarna hade en närvaro i skolan som var högre än 30 % av heltid (där heltid räknas som 25 lektioner/vecka).

I 25 påbörjade ärenden fanns uppgifter om psykiatrisk eller neuropsykiatrisk diagnos noterat. Då handlade det om huruvida ungdomen vid behandlingsstart hade genomgått en utredning som resulterat i en diagnos. Av dessa 25 ungdomar hade tjugofem ungdomar en eller flera diagnoser; tolv ungdomar hade autismspektrumtillstånd, tre ungdomar hade ADD, en ungdom hade ADHD, tretton ungdomar hade någon ångest- eller depressionsstörning, två hade selektiv mutism och en hade trots syndrom.

Behandlingslängden varierade mellan 4,7–20,5 månader (M=11,9 månader). Efter avslutat HSP-ärende övergick flertalet av dessa i andra former av anpassad undervisning, resursskolor, eller kombination av behandlings och skola. Behandlingslängder kortare än 4 månader exkluderades från studien. Av påbörjade HSP-ärenden avslutades dessutom en del efter kartläggningsfasen; under 2017 stannade 4 av 40 ärenden (10 %) vid att endast innefatta en kartläggning. Hemmasittarprogrammet är en del av Magelungens öppenvårdsprogram och under åren 2015–2018 fanns den sammanslagna deltagarfrekvensen noterad inom dessa verksamhetsområden. Av 170 påbörjade ärenden deltog då 158 ungdomar och/eller vårdnadshavare vid T1, vilket gav en deltagarfrekvens på 93 %.

**Mätinstrument**

Vanliga utfallsmått inom forskning om hemmasittare är närvaro i skolan och ångest/oro (se till exempel Maynard et al., 2018). Vid psykoterapiforskning och effektutvärderingar är det även brukligt att använda mått på psykisk hälsa och psykisk ohälsa, begrepp som bland annat är definierade i Bremberg och Dalman (2015). När psykisk hälsa och psykisk ohälsa beskrivs benämns det här som mående.

**Inskrivningsformulär/Utskrivningsformulär/Uppföljningsformulär.** Innehåller bakgrundsvärderande så som kön, ålder, diagnos, hur länge skolproblematiken varat, samt skolnärvaro. I en
tiden var tidigare version (Version 1) av formuläret mäts skolnärvaro genom att anteckna antal lektioner på schemat under de senaste tre veckorna, samt hur många av dessa som ungdomen gått på. I en senare version (Version 2) mäts istället skolnärvaro genom att först fråga efter antal lektioner på schemat under de senaste sex månaderna, och därefter hur många procent av dessa lektioner som eleven har gått på. Informationen kan inhämtas genom att använda skriftlig dokumentation och om det saknas kan istället vårdnadshavare, lärare, eller annan person som varit inblandad i ungdomens skolgång eller behandlingsarbete uppskatta skolnärvaron (i procent av de schemalagda lektionerna). I dataanalysen har närvaro i skolan därefter omvandlats till procent av heltid, där heltid räknas som 25 lektioner per vecka.


Intern konsistens (Cronbach’s alpha) varierade vid T1 från oacceptabelt låga (Kline, 2009); 0,45 (Kamratproblem i självskattningen) till väldigt bra; 0,85 (Prosocialt beteende, självskattning), men de flesta värdena var adekvata eller på gränsen till adekvata (hamnade runt 0,60–0,75). Överensstämmelsen mellan föräldrar och ungdom varierade mellan 0,32–0,50 för de olika delskalorna.

HAD. Hospital Anxiety and Depression scale (HAD) är ett självskattningsformulär som mäter grad av ångest och depression. Det består av sju påståenden om ångest och sju om depression som besvaras på en fyrradig skala från 0–3 (Zigmond & Snaith, 1983). Skalorna Ångest och Depression kan därmed anta värden mellan 0–21. Svaren kan kategoriseras som en av tre möjliga för ångestskalan: 1) ingen besvärande ångest, 2) mild till mättlig ångest, 3) förekomst av eventuell ångeststörning, och för depressionsskalen: 1) ej deprimerad, 2) nedstämdhet, 3) risk för depressionstillstånd.


9 Emotionella symptom=0,32; Uppförandeproblem=0,41; Hyperaktivitet=0,48; Kamratproblem=0,50; Prosocialitet=0,49; Total svårighetspoäng=0,48.
**Dataanalys**

Oberoende t-test användes initialt för att jämföra huruvida de som endast deltagit vid T1 skiljer sig åt jämfört med de som också deltagit vid T2 och/eller T3. Närvaro i skolan rapporterades dels i form av gruppens medelvärde och dels utifrån hur stor del som hade en tillräckligt hög skolnärvaro, eller som befann sig på en acceptabel nivå. Vad som är en acceptabel nivå har i tidigare studier bland annat definierats som 80 % närvaro (Blagg & Yule, 1984) eller 90 % närvaro (Kearney & Silverman, 1990). För att beräkna eventuella tidseffekter användes parade t-test och effektstyrkorna beräknades med Cohen´s d, vilket är ett standardiserat effektmått. Små effekter antar värdena 0,20–0,49, värdena 0,50–0,79 benämns som måttliga och effektstyrkor över 0,80 räknas som stora. När värdet är mindre än 0,20 räknas detta som Ingen effekt (Borg & Westerlund, 2012).

Resultat

Bortfallsanalys

Det externa bortfallet vid T1 var 7 %, vid T2 37 % och vid T3 56 %. Under åren 2012–2018 deltog ca 93 % av ungdom och/eller förälder vid behandlingsstart, vilket uppskattningsvis betyder 130 av 140 påbörjade ärenden10 (se Figur 1). Av de som deltog vid T1 stannade 8 ärenden vid att endast vara kartläggning, 8 ärenden avbröts (de varade mindre än 6 månader) och 30 ärenden pågick fortfarande vid tidpunkten för sammanställning av data. Kvar blir 84 ärenden som är aktuella för T2 och T3. Bland dessa deltog 59 ungdomar vid T2 och 39 ungdomar vid T3. Av de som deltog vid T3 hade 34 också deltagit vid T2 och 5 ungdomar hade inte deltagit vid T2.

Figur 1. Flödesschema över deltagarantal och bortfall.

\[140 \text{ Inskrivna}^a\]
\[130 \text{T1}\]
\[10 \text{ bortfall}^a\]
\[59 \text{T2}\]
\[25 \text{ bortfall}\]
\[46 \text{ ej aktuella}^b\]
\[39 \text{T3 (34 + 5c)}\]
\[39 \text{ bortfall}\]
\[6 \text{ ej aktuella}^d\]

Någon snedvridning i urvalet verkar inte finnas, där de som endast deltar vid T1 skiljer sig åt i jämförelse med de som deltog vid T2 och/eller T3. Detta prövades genom att jämföra hur grupperna skattade sig på SDQ Total (ungdom), Livets stege (ungdom) och HAD (ungdom och förälder). Bedömt utifrån oberoende t-test finns det ingen anledning att tro annat än att urvalen är dragna ur samma population (p-värdena varierade mellan 0,08–0,98).

---

10 Vi behöver förlita oss på uppskattningar eftersom antal påbörjade ärenden och deltagarfrekvens inte noterades före år 2015.
Det interna bortfallet (dvs. obesvarade items) var obetydligt; vid T1 hade 74 ungdomar besvarat SDQ. Som mest saknades där 4 % av ett item (Item 23 - Jag kommer bättre överens med vuxna än med jämnåriga). Dessutom saknas baksidan på SDQ (fråga 26-26d) för 4 % av ungdomarna som skattat denna vid T1. Antal obesvarade items var i övrigt lägre än 4 %.

**Skolnärvaro**

**Version 1 – Närvaro mätt de senaste tre veckorna.** Då närvaron som rapporterats avser de tre senaste veckorna ökar den från behandlingsstart till avslut (T2) och uppföljning (T3); den var i genomsnitt 6,2 % av heltid före behandling, 18,1 % efter och 30,3 % vid uppföljning (se Tabell 1), vilket motsvarar ca 1,6 lektioner/vecka, 4,5 efter och 7,6 lektioner vid uppföljning.

**Version 2 – Närvaro mätt de senaste sex månaderna.** Även då närvaron i skolan mäts utifrån de senaste sex månaderna ökar den över tid. Före behandling var den i genomsnitt 2,5 % av heltid (ca 0,6 lektioner/vecka), efter behandling hade den ökat till 16,8 % av heltid (motsvarande 4,2 lektioner/vecka) och vid uppföljning var den 26,5 % av heltid (6,6 lektioner/vecka).

Ökningen gäller dock inte alla, utan för en del var närvaron i skolan fortfarande noll efter behandling. Andelen deltagare som var helt frånvarande från skolan vid tidpunkten för behandlingsstart var 76 %. Vid avslut var andelen som inte gick i skolan 41 % och vid uppföljning var den 27 %. Vid avslut och uppföljning var det också en stor andel som hade ett anpassat schema; vid avslut var det endast 13 % som hade fler än 15 lektioner/vecka och vid uppföljning var motsvarande siffra 30 %.

Gränsvärden för vad som är normalt eller acceptabelt har tidigare formulerats; acceptabla nivåer av närvaro i skolan har till exempel definierats som 80 % (Blagg & Yule, 1984) och 90 % (Kearney & Silverman, 1990). Hur stor andel av ungdomarna på HSP kommer då upp i acceptabla nivåer av närvaro efter behandling? I denna studie är andelen som uppnår 80 % närvaro 5 % efter behandling (T2) och 19 % vid uppföljningen (T3), och andelen som uppnår 90 % är 5 % vid avslut och 7 % vid uppföljning. Före behandling var det ingen som var uppe i acceptabla nivåer av skolnärvaro.

Tabell 1

**Skolnärvaro de senaste tre veckorna (Version 1) och sex månaderna (Version 2) angivet i M (SD), kvartilavvikelse, samt minimum och max-värden.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Version 1 - Närvaro (i %) av heltid M (SD) under de senaste tre veckorna</th>
<th>Före (T1)</th>
<th>Efter (T2)</th>
<th>Uppföljning (T3)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>M (SD)</strong></td>
<td>6,2 (11,8)</td>
<td>18,1 (19,9)</td>
<td>30,3 (27,5)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Q1-Q3</strong></td>
<td>0,0-9,3</td>
<td>0,0-29,0</td>
<td>5,0-42,7</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Min-Max</strong></td>
<td>0,0-48,0</td>
<td>0,0-81,3</td>
<td>0,0-100,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Version 2 - Närvaro (i %) av heltid M (SD) under de senaste sex månaderna</th>
<th>Före (T1)</th>
<th>Efter (T2)</th>
<th>Uppföljning (T3)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>M (SD)</strong></td>
<td>2,5 (6,5)</td>
<td>16,8 (27,2)</td>
<td>26,5 (31,8)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Q1-Q3</strong></td>
<td>0,0-0,0</td>
<td>0,0-30,4</td>
<td>0,0-36,0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Min-Max</strong></td>
<td>0,0-32,0</td>
<td>0,0-100,0</td>
<td>0,0-94,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Självskattningar – ungdomens mående över tid

Ungdomens mående förbättras över tid, där alla jämförelser förutom den om hur livet såg ut för ett år sedan visade på ett förbättrat mående, däribland mindre svårigheter, lägre grad av ångest och depression och en högre tillfredsställelse med livet (Tabell 2). Effektstyrkorna varierar mellan 0,03–0,63 – av totalt 24 jämförelser räknas 6 effekter som obefintliga (under 0,20), 15 som små (0,20–0,49), 3 som måttliga (0,50–0,79) och ingen som stor (över 0,80).

SDQ-S. Ungdomens totala svårigheter har minskat från T1 till T2 och från T1 till T3. Av de som besvarat SDQ vid både T1 och T2 respektive T1 och T3 syns även att de besväras mindre av sina svårigheter över tid. Alla dessa skillnader är statistiskt signifikanta (p <.05) med små eller medelstora effektstyrkor. Förändringen i emotionella symptom är dock inte lika tydlig, med mindre effektstyrkor och icke statistiskt signifikanta skillnader i jämförelse över tid. Andelen ungdomar som på total svårighetspoäng (SDQ Total) befann sig på en kliniskt hög nivå var 38 % före behandling, 36 % efter och 26 % vid uppföljningen.

HAD. Ungdomens grad av ångest och depression har minskat, såväl från T1 till T2 som från T1 till T3. Effektstyrkorna är små (d=0,27–0,42) men statistiskt signifikanta. Andelen med en möjlig respektive trolig ångestproblematik har också minskat över tid11. Möjlig ångestproblematik (≥8) har 42,4 % före behandling, 40,0 % efter behandling och 36,1 % vid uppföljning. Trolig ångestproblematik (≥11) har 24,2 % före, 16,0 % efter och 11,1 % vid uppföljning. Möjlig depressionsproblematik har 39,4 % före behandling, 18,0 % efter behandling och 22,2 % vid uppföljning. Trolig depressionsproblematik har 19,7 % före, 8,0 % efter och 5,8 % vid uppföljning.

Livets stege. Tillfredsställelsen med livet är bättre över tid; både då T1 jämförs med T2 och med T3. Effektstyrkona är medelstora och skillnaderna är statistiskt signifikanta.

---

11 Indelningen i ”Möjlig” och ”Trolig” härstammar från Zigmond och Snaith (1983).
Förälderns skattning av ungdomens mående

SDQ-F. Utifrån föräldrarnas skattning av sitt barns psykiska ohälsa syns en förbättring över tid, detta skattat med SDQ (Tabell 3). De totala svårigheterna har minskat och de besväras mindre av sina svårigheter – skillnaderna är statistiskt signifikanta och effektstyrkor befinner sig för TOTAL och Impact factor mellan 0,48–0,85 (Cohen´s d) vilka benämns vara små till stora. Totalt gjordes det för föräldrarnas skattningar av SDQ 14 jämförelser över tid, då inräknat både delskalar och den sammanlagda totalskalan. För dessa 14 tidsjämförelser var 2 effekter ofintliga, 7 effekter var små, 4 medelstora och 1 effekt var stor. Bland dessa syns en minskning i emotionella symptom över tid, både utifrån mammornas och pappornas skattningar, med små till medelstora effektstyrkor (d=0,35–0,51). Utifrån mammornas skattningar befann sig 75 % av ungdomarna på total svårighetspoäng (SDQ Total) på en kliniskt hög nivå före behandling, 56 % efter behandling och 49 % vid uppföljningen. Utifrån pappornas skattningar befann sig 62 % av ungdomarna på en kliniskt hög nivå före behandling, 37 % efter och 46 % vid uppföljningen.

Föräldrarnas skattning av sitt eget mående över tid

Mammornas mående var före insats sämre än pappornas, en skillnad som dock inte nödvändigtvis återfinns i populationen. Utifrån de 95-procentiga konfidensintervallerna kring medelvärdena på ångest- och depressionsskalorna i HAD, samt Livets stege Nu går det inte att utesluta att populationernas medelvärde inte skiljer sig åt. Mammornas mående förändras också mer över tid; medan effektstyrkan var större för mammor än för pappor i fem jämförelser över tid var endast en effektstyrka större för pappor än för mammor – en minskning i ångest från T1 till T3 (Tabell 3).

Mammornas mående har förbättrats över tid; deras psykiska ohälsa i form av grad av ångest och depression har minskat (Tabell 3) samtidigt som tillfredsställelsen med livet (psykisk hälsa) har ökat. Skillnaderna i ångest, depression och tillfredsställelse med livet (LS Nu) är alla statistiskt signifikanta, undantaget ångest från T1 till T3 (p=0,16) och effektstyrkorna är små till måttliga (d=0,27–0,66). Andelen med trolig ångestproblematik (Zigmond & Snaith, 1983) har minskat något från 34,3 % före insats till 32,7 % efter och 30,3 % vid uppföljning. Andelen med trolig ångestproblematik har minskat från 26,9 % före till 16,3 % efter och 9,1 % vid uppföljning.

Pappornas mående har förbättrats något över tid. De flesta skillnader är dock inte statistiskt signifikanta (undantaget LS Nu från T1-T3) och effektstyrkorna är ofintliga eller små (d=0,0–0,41). Graden av ångest har minskat lite över tid (små effektstyrkor). Skillnaden i depression var liten från T1 till T2 och ofintlig från T1 till T3. Skillnaden i tillfredsställelse med livet var ofintlig från T1 till T2 och liten från T1 till T3. Andelen med trolig ångestproblematik var 27,5 % före insats, 20,6 % efter och 13,0 % vid uppföljning. Andelen med trolig ångestproblematik var 15,7 % före, 8,8 % efter och 13,0 % vid uppföljning.
Diskussion


Ungdomarna går i skolan fyra gånger så mycket efter behandling och sju gånger så mycket vid uppföljning i jämförelse med före. Före behandling var en majoritet av ungdomarna helt frånvarande från skolan och de hade också varit borta länge, något som gör att deras frånvaro varat längre än vid en del andra studier av hemmasittare. Före behandling var det 76 % av ungdomarna som var helt frånvarande från skolan, efter behandling var det 41 % och vid uppföljning 27 %. För en stor andel är den totala frånvaron från skolan därmed bruten. Ett förbättrat mående syns när ungdomen själv tillfrågas, och tydligast är då en ökad psykisk hälsa i form av tillfredsställelse med livet. I tidigare forskning om hemmasittare lyfts ångest fram som en central utfallsvariabel, och graden av ångest har blivit lägre hos aktuell undersökningsgrupp: andelen med trolig eller möjlig ångestproblematik har minskat stadigt över tid. Den minskade psykiska ohälsan hos ungdomen syns än tydligare när föräldern tillfrågas och här är effekterna större. Förutom för ungdomen syns även en förändring i föräldrarnas mående, detta i form av minskad grad av ångest, minskad grad av depression och ökad psykisk hälsa. Papporna mådde bättre än mammorna före behandling, och deras mående har inte förändrats lika mycket som mammornas efter behandling.

Resultaten bekräftar de månedsförbättringar som rapporterats i Strömbeck, Oldenvi och Clinton (2017), men här har även förändringen kunnat spåras i ett tredje mättillfälle: uppföljningen. Dessutom är fokus inte bara på ungdomen utan dessutom på föräldrarnas mående. Ökade nivåer av skolnärvaro från andra interventitioner riktade mot hemmasittare har även tidigare observerats (Maynard et al., 2018) men till skillnad från aktuell undersökning var slutsatsen då att andra interventioner inte haft någon effekt på ångestnivån vid behandlingsavslut. Mätning av psykisk ohälsa har tidigare gererat effektstyrkor som varierat mellan obefintliga (d=−0,07) till stora (d=4,63) då olika behandlingsformer har jämförts (Pina, Zerr, Gonzales & Ortiz, 2009).

Goodman och Scott (2012) har beskrivit att ca 70 % av interventioner mot hemmasittande är lyckade, men vad som då räknas som en lyckad insats framgår dock inte. Störst chans att lyckas är: för en yngre målgrupp, då frånvaron varat under en kortare tid så att interventionen sätts in snabbare och då symptomen är mindre allvarliga. Något har vittnat om bättre utfall för yngre hemmasittare (7–11 år) jämfört med äldre (12–18). Anledningarna till detta kan vara flera; bland annat att frånvaron ofta är högre för de äldre hemmasittarna, samt att graden av depression många gånger är högre (Heyne et al., 2014). I aktuell undersökning av HSP var de flesta 12 år eller äldre, frånvaron hade varat under en längre tid och symptom var många gånger
kliniskt signifikanta, vilket betyder att det är en målgrupp som i tidigare forskning visat sig få ett sämre utfall.

Effektstyrkorna här kan jämföras med de i tidigare studier. Vad gäller närvaro i skolan har det i en sammanställning rapporterats om 30 % närvaro före behandling och 75 % närvaro efter (Pina et al., 2009), något som kan jämföras med 4,3 % före behandling till 17,4 % efter och 28,2% vid uppföljning sex månader efter avslutad insats i denna undersökning. Skillnaden mellan undersökningarna är stor; endast 4,3 % närvaro före insats jämfört med 30 % i Pina et al. (2009). Den faktiska ökningen var därmed större i tidigare undersökning: 45 procentenheter jämfört med 13,1 för HSP, men med den procentuella är det annorlunda: då ökningen i Pina et al. (2009) var ungefär till det dubbla, var den här fyra gånger så stor.


Det har tidigare diskuterats huruvida en minskning i ångest medför en högre skolnärvaro, eller om det första som händer är att skolnärvaron ökar och att ångesten därefter minskar. Tidigare studier har bland annat sett effekter på skolnärvaro men inte på ångest efter behandling (Maynard et al., 2018), något som har lett till frågan om ångesten i så fall minskar vid en uppföljning. Några ledträdar går dock inte att få utifrån resultatet i denna undersökning eftersom HSP tycks ha effekt både på skolnärvaro och på ångest, såväl efter behandling som vid uppföljning.

**Styrkor och svagheter med studien**


---

\(^{12}\) På engelska: partial/intermittent attendance problems.
Bortfall från deltagande vid mättillfällena skapar en osäkerhet kring representativiteten och bör så långt som möjligt minimeras. Arbetet inom Magelungen med att höja deltagarfrekvensten tycks dock ha gett effekt då den är högre vid samtliga mättillfällen än i tidigare systematiska uppföljningar.

Närvaro i skolan mäts här på två olika sätt; det ena handlar om antal lektioner på schemat och hur många av dessa som eleven har gått på under de senaste tre veckorna. Det andra är en uppskattning av antalet lektioner per vecka som eleven haft på schemat under de senaste 6 månaderna, samt hur stor andel av dessa (i procent) som eleven har gått på. Denna skattning kan komma från lärare eller annan skolpersonal, från förälder, alternativt från ett digitalt system för registrering av närvaro. Dessa båda sätt att mäta närvaro i skolan har sina fördelar och nackdelar. Fördelen med den sistnämnda är att bortfallet kan minska eftersom det är enklare att samlar data, men en stor nackdel är att den på grund av det långa tidsintervallet som den täcker är mindre känslig för förändring. Eftersom resultatet på de olika sätten att mäta i stort sett är samma i den här undersökningen kan det därmed tolkas som att mätningarna är ekvivalenta, eller att det föreligger samstämmighet mellan de två mätmetoderna.

**Vidare studier**


Givet målen för HSP, och givet de ofta formulerade målen för interventioner riktade mot hemmasittare, att öka närvaron i skolan och minska ångest och oro, är det rätt saker som mäts i
den här undersökningen. Även de mättillfällen som används kan anses riktiga, att förutom före och efter även inkludera en uppföljningsmätning för att se om effekten kvarstår efter sex månader. Det finns dock anledning för ytterligare ansträngningar att göras för att standardisera utfallsmätningar av interventioner (Obbarius et al., 2017; Williamson et al., 2012), något som också är på gång inom området för hemmasitttare (Heyne et al., kommande).

**Slutsats**


Enligt skollagen ska hänsyn tas till elevers olika behov och en del av HSP handlar också om att i samarbete med skolan anpassa studiegången (Skollag 2010:800, 1 kap, 4 §). En lyckad intervention bör många gånger innefatta anpassningar även på skolnivå. Men om inte dessa anpassningar är tillräckliga gör själva behandlingen mindre skillnad när eleven väl är tillbaka i sin tidigare miljö, det vill säga den skolan som de en gång lämnade. Många av ungdomarna på HSP går vidare till behandling och skola. Andra börjar på resursskolor eller fortsätter med anpassad undervisning, något som kan betyda att den gamla skolan som eleven tidigare gick på inte i tillräcklig utsträckning kan ta hänsyn till elevens behov.

**Etiska överväganden**


**Intressekonflikt**

Den här utvärderingen är en del av Magelungens egenkontroll och en intressekonflikt föreligger därmed eftersom flera av författarna är anställda av Magelungen, samarbetar med Magelungen alternativt samarbetar med anställda på Magelungen. Detta minskar trovärdigheten i undersökningen. Av denna anledning är en oberoende utvärdering av Hemmasittarprogrammet att föredra, utförd av forskare utan koppling till Magelungen (exempelvis i enlighet med Fraser, Richman, Galinsky & Day, 2009).
Referens


Skolinspektionen (2016). *Omfattande ogiltig frånvaro i Sveriges grundskolor.*


