



MAGELUNGEN

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 Fäldt
Martin Karlberg
Martin Bergström

2019

Förord

Tack till Valbone Gashi, Hampus Lindahl, Pontus Pers och Agneta Sjöstedt som har läst och granskat rapporten. Tack även alla forskningsansvariga på enheterna som samlat in datamaterial samt ungdomar och vårdnadshavare som deltagit i utvärderingen.

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 Fäldt, 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
<i>Inskrivningsformulär/Utskrivningsformulär/Uppföljningsformulär</i>	<i>8</i>
<i>SDQ.....</i>	<i>9</i>
<i>HAD</i>	<i>9</i>
<i>Livets stege.....</i>	<i>9</i>
Dataanalys	10
Resultat.....	11
Bortfallsanalys	11
Skolnärvaro	12
<i>Version 1</i>	<i>12</i>
<i>Version 2</i>	<i>12</i>
Självskattningar – ungdomens mående över tid	13
<i>SDQ-S.....</i>	<i>13</i>
<i>HAD</i>	<i>13</i>
<i>Livets stege.....</i>	<i>13</i>
Föräldrarnas skattning av ungdomens mående över tid	15
<i>SDQ-F</i>	<i>15</i>
Föräldrarnas 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

Trots skolplikt är det många elever som inte går i skolan i Sverige idag. Denna frånvaro riskerar att få förödande konsekvenser för deras framtid. Hjälp finns att få, men när frånvaron har varit långvarig behöver insatsen vanligtvis vara omfattande. Syftet med den här studien var att undersöka utfallet av en KBT-baserad behandlingsintervention: Magelungens Hemmasittarprogram (HSP). Utfall undersöktes genom att mäta närvaro i skolan, svårigheter och hur mycket ungdomarna besväras av svårigheterna, samt grad av ångest och depression vid tre mättillfällen: behandlingsstart, -avslut och uppföljning sex månader efter behandlingsavslut. Deltagare var ungdomar och vårdnadshavare (n=84) som tog del av HSP under åren 2012–2018. Resultatet visade på ökad skolnärvaro, förbättrad psykisk hälsa och en minskad psykisk ohälsa, både för ungdom och vårdnadshavare. Denna förändring stod sig sex månader efter avslutad behandling. Undersökningen ger stöd åt att KBT-baserade interventioner kan vara verksamma för hemmasittare, men en stor del av de ungdomar som tog del av HSP hade trots detta fortsatta problem med frånvaro. Framtida studier bör ha en starkare undersökningsdesign och inkludera mått på behandlingstrohet. Effekter av HSP kan även med fördel utvärderas i sammanhang utanför Magelungen.

Hemmasittande elever som inte går till skolan (*eng.* school refusal) är ett problem som riskerar att leda till flertalet negativa konsekvenser (Egger, Costello & Angold, 2003; Hunt & Hopko, 2009; Kearney, 2008c; Kearney & Albano, 2004; Rumberger, 2011; Skolverket, 2010). Elever som är hemmasittande¹ kännetecknas av att de har en motvilja att gå till skolan och ibland rentav vägrar gå i skolan. Dessa elever har ofta svårt att lämna hemmets trygghet och de kan ibland bli stressade eller uppröra när de ställs inför tanken på att gå i skolan. Hemmasittare uppvisar inga större antisociala tendenser, förutom möjligen aggressivitet när någon försöker tvinga dem till skolan. Elever som är hemmasittare försöker sällan dölja detta för sina föräldrar.

Utan behandling riskerar den omfattande frånvaron att fortgå, men det finns också hjälp att få. En nyligen publicerad systematisk översikt visar på att behandling kan ha positiv effekt på skolnärvaron (Maynard, Heyne, Esposito Brendel, Bulanda, Thompson & Pigott, 2018). Vid långvarig frånvaro har dock det primära problemet många gånger lett till mer sekundära svårigheter (SOU 2016:94), så när behandling sätts in behöver den, i stil med Magelungens Hemmasittarprogram (HSP), vara intensiv, multimodal och inkludera såväl familjen som skola och andra centrala professioner (Kearney, 2008b). Det här är en utvärdering av HSP, en manualbaserad psykosocial behandlingsmetod som riktar sig till elever med långvarig skolfrånvaro, där det primära målet är att få eleven tillbaka till skolan. Studien handlar om utfall; förändras närvaron i skolan och måendet efter behandling?

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 frånvarande*² i en månad eller mer och att drygt 18 000 elever under en månad hade *ogiltig upprepad ströfrånvaro*³ (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 högstadiel elever.

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 hemmasittare, skolk, föräldrastödd frånvaro (*eng.* school withdrawal) samt exkludering eller avstängning från skolan. I den vetenskapliga litteraturen finns en distinktion mellan hemmasittare (*eng.* school refusal) och skolk (*eng.* truancy), men även andra begrepp har använts under åren⁴. 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 förknippat 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 vägrar 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?

Orsaker till, eller riskfaktorer för skolfrånvaro kan delas in i tre kategorier: 1) skolfaktorer, 2) individfaktorer, och 3) sociala faktorer, som till exempel har att göra med familj eller kamrater (Daraganova, Mullan & Edwards, 2014). Många gånger överlappar faktorerna varandra. Vad som anges som orsak till frånvaro varierar också med vem som får frågan. Lite grovt ser det ut som att skolan menar att frånvaron främst handlar om faktorer hos elev och familj, medan föräldrar främst pekar på skolrelaterade faktorer. Eleven själv betonar skolfaktorer och sociala faktorer. Dessutom kan frånvaron i sig leda till ytterligare svårigheter. Oro och rädsla kan till exempel vara en orsak till problematisk frånvaro, men kan även bli en konsekvens av frånvaron (SOU 2016:94).

Skolfaktorer kan till exempel handla om dåligt skolklimat, frånvarande lärare, avsaknad av fungerande närvarokontroll eller dåliga relationer mellan elever och lärare. Individfaktorer kan vara låg självkänsla, underutvecklade sociala och akademiska färdigheter eller andra personlighetsrelaterade faktorer. Sociala faktorer kan handla om föräldrarna, så som psykisk ohälsa hos föräldern eller att vara ensamstående förälder men det kan också innefatta faktorer på en samhälls nivå, till exempel ett osäkert/otryggt bostadsområde eller gängrelaterade aktiviteter (Kearney, 2008b). Ett annat sätt att kategorisera frånvaro är att dela in det i predisponerande, utlösande och vidmakthållande⁵ faktorer (Heyne, Sauter, Ollendick, Van Widenfelt & Westenberg, 2014).

⁴ T ex. skolfobiker (*eng.* school phobia) eller skolundvikande (*eng.* school avoidance). Se t ex. Havik (2015), Heyne och Rollings (2002) eller Kearney (2008b).

⁵ På engelska: *Predisposing, precipitating* och *perpetuating factors*.

Vad leder problematisk frånvaro till?

Närvaro i skolan är centralt för att kunna lyckas i skolan, men även för den sociala och personliga utvecklingen (Dube & Orpinas, 2009). Barn som är frånvarande från skolan är överrepresenterade när det gäller framtida utanförskap, psykisk och somatisk ohälsa samt missbruk (Egger et al., 2003; Hunt & Hopko, 2009; Kearney, 2008c; Kearney & Albano, 2004; Rumberger, 2011; Skolverket, 2010). Att vara närvarande i skolan är därmed fundamentalt för att lyckas senare i livet (Kearney & Graczyk (2014).

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.

Enligt Skolinspektionen (2016b) är några framgångsfaktorer i arbetet med att åtgärda omfattande frånvaro; tidig upptäckt, kartläggning, utredning, åtgärder och samverkan, något som även betonats av Heyne och Rollings (2002) och i Skolverket (2010). Betydelsen av komplexa interventioner är även större när frånvaron har varat under en längre tid, exempelvis total frånvaro under en hel termin (Kearney, 2008b). Maynard et al. (2015) genomförde en meta-analys där de sammanställde effekterna av psykosociala behandlingsinsatser. Sju av åtta interventioner var här KBT-baserade. Insatserna hade effekt på skolnärvaro; att skolnärvaron var högre efter insats, men däremot inte på oro/ångest; dessa nivåer var lika höga efter behandling som före. En annan KBT-baserad behandlingsinsats är Magelungens

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

HSP vänder sig till barn och unga i skolåldern med långvarig och omfattande skolfrånvaro och deras familjer med det primära målet att eleven får en fungerande skolgång. Programmet har funnits sedan 2011 och då skrevs också den första behandlingsmanualen, där struktur och innehåll för programmet beskrivs. En uppdaterad version av manualen kom ut år 2017, där delar av innehållet lyfts fram och andra formulerats om eller strukits (Friberg, Karlberg, Sundberg Lax & Palmér, 2015; Magelungen, 2017). Programmet finns idag på 11 orter inom Magelungen och är även implementerat i 11 kommuner.

Behandlingsteamet består av två personer, vanligtvis socionomer eller psykologer. Dessa delar på ansvar för individualterapeutiska, familjeterapeutiska och samordnande funktioner. Själva behandlingsarbetet går till en början ut på att skapa allians med ungdom och förälder bland annat genom att ge kunskap om beteenden och dess funktion (psykoedukation), där det exempelvis kan förklaras hur ångest fungerar hos människan. I alla moment är det viktigt att få med familjen på vad de olika stegen i behandlingen går ut på, vad som kommer att göras och varför (rational). Nyckeln till framgång är att initialt skapa allians med ungdom och förälder, att göra en omfattande kartläggning, samordna mellan aktörer och att stödet åtminstone till en början är intensivt. Programmet bygger på inlärningsteori där beteendens funktion betonas. I och med att beteenden enligt denna teori är inlärd finns även god möjlighet till förändring (dvs. ominläring).

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, familjrelaterade 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 familjetråd.

viss del systemteori och handlar om att jobba med beteendeförändringar utifrån den situation där de problematiska beteendena uppstår. Behandlingen utförs till stor del i den unges hem- och skolmiljö. Behandlingsteamets närvaro är hög, med regelbundna samtal med föräldrar på behandlingsenheten 1 gång/vecka, träff med ungdomen ca 2–3 gånger/vecka plus ytterligare kontakt däremellan via telefonsamtal, SMS eller kontakt genom förälder. Modellen är flexibel både vad gäller när och var mötena sker, men de sker där den unge befinner sig och är trygg. Ett stort arbete handlar dessutom om att samordna (mellan ungdom, föräldrar och skola) de insatser som görs och säkerställa att man arbetar mot samma målsättningar. Metoder som används i behandlingsfasen är bland annat exponeringsbehandling, beteendeaktivering och färdighetsträning för att hjälpa den unge till beteendeförändringar. Föräldrarna får stöd via regelbundna föräldrasamtal där fokus är att analysera deras beteenden och tillsammans prioritera vilka förändringar de kan göra för att åstadkomma beteendeförändringar hos sitt barn. Till slut övergår behandlingen i den sista fasen: Vidmakthållandefasen.

Målet med vidmakthållandefasen är att effekten av behandlingen ska bestå över tid. Intensiteten i behandlingsteamets närvaro minskas, vilket dels betyder att det är färre kontakttillfällen, 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 Vidmakthållandedokument 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 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 framgångsrikt, 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 hemmasittare (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).

Det här är en utvärdering av Magelungens Hemmasittarprogram. Utvärderingen svarar mot kraven som vårdgivare har på sig att säkra och utveckla kvalitén i sin verksamhet (Socialtjänstlag 2001:453), där ett led i arbetet ska vara egenkontroll i form av utvärdering och systematisk uppföljning (SOSFS 2001:9). Vidare efterfrågas mer kunskap om effekter av interventioner inom socialt arbete (FORTE, 2019; Socialstyrelsen, 2012). I följande studie undersöktes utfall av en svensk KBT-baserad intervention riktad mot omfattande och långvarig skolfrånvaro genom att undersöka närvaro i skolan, psykisk hälsa och psykisk ohälsa hos barn och förälder, inte bara före och efter behandling utan även vid ett uppföljningstillfälle sex månader efter behandlingsavslut.

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 måendeskattningar genomfördes vid inskrivning (T1), avslut (T2) och uppföljning sex månader efter avslut (T3). Både ungdom och förälder 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

Deltagare till undersökningen rekryterades genom att alla ungdomar och vårdnadshavare vid påbörjade HSP-insatser inom Magelungen tillfrågades om att delta. Denna undersökning är en del av Magelungens egenkontroll, där systematiska uppföljningar finns inom alla behandlings- och skolinsatser och dessa syftar till att undersökta utfall. Ungdomar och föräldrar som påbörjar HSP informerades om Magelungens utvärderingsrutiner vid någon av de första mötena med personal från Magelungen. Deltagarna informerades om de forskningsetiska principerna (Vetenskapsrådet, 2002), däribland att deltagandet är frivilligt och om kravet på konfidentialitet. De skulle även bli förvissade om att huruvida de deltar i utvärderingen eller ej inte skulle påverka kvalitén eller innehållet i insatsen.

Det första mättillfället (T1) gick sedan till så att informationsbrev/samtyckesformulär delades ut till vårdnadshavare. Dessa fylldes i på plats på behandlingsenheten, alternativt fick föräldrarna med sig dessa för att fylla i hemma. Efter att ungdom och förälder 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 sitta med som stöd och hade därmed möjlighet att besvara frågor och eventuella oklarheter kring formulären. Avslutsmätningen (T2) genomfördes på liknande sätt som vid T1, medan uppföljningsmätningen (T3) gick till så att behandlingspersonal sökte upp ungdom och förälder 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 familjehemsförälder 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 tjugo 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 trotssyndrom.

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 behandling och skola. Behandlingslängder kortare än 4 månader exkluderades från studien. Av påbörjade HSP-ärenden avslutades dessutom en del efter kartläggningssfasen; under 2017 stannade 4 av 40 ärenden (10 %) vid att enbart 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 %⁸.

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 bakgrundsvariabler så som kön, ålder, diagnos, hur länge skolproblematiken varat, samt skolnärvaro. I en

⁸ Deltagarfrekvensen registrerades på öppenvårdsprogrammen som grupp och därför går det inte att ta reda på hur deltagarfrekvensen för respektive öppenvårdsprogram ser ut (det finns fyra stycken inom Magelungen). Därmed är det möjligt att deltagarfrekvensen på just HSP är lägre än på övriga öppenvårdsprogram.

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.

SDQ. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) består av 25 frågor som delas in i 5 delskalor om vardera 5 frågor; emotionella symptom, uppförandeproblem (även kallat beteendeproblem), hyperaktivitet/koncentrationsproblem (eller kort: hyperaktivitet), kamratproblem (även kallat kamratrelationsproblem) samt prosocialt beteende. Dessa antar värden mellan 0–10. De fyra problemskalorna läggs ihop till en totalpoäng (Totala svårigheter) över problemområden som har skala 0–40 (Goodman, 1997; Goodman, Meltzer & Bailey, 1998). En utvidgad version av formuläret främst riktad till kliniska populationer består även av frågor om besvär av svårigheterna, alltså hur mycket personen tycker sig lida av sina svårigheter, en skala som kan koda från 0–10 (Impact Score) eller 0–15 (Impact Factor; Goodman, 1999). På svenska kallas skalans även för Belastning eller Problem i vardagen (www.uppdragpsyiskhalsa.se). Då den koda 0–10 räknas noll poäng som normalt, en poäng är gränsfall och mer än en poäng indikerar kliniska svårigheter (www.sdqinfo.com).

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 0,32–0,50⁹ 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 fyrgradig 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 måttlig ångest, 3) förekomst av eventuell ångeststörning, och för depressionsskalan: 1) ej deprimerad, 2) nedstämdhet, 3) risk för depressionstillstånd.

Livets stege. Livets stege (*eng.* Ladder of Life) härstammar från Cantrils Self-anchoring Striving Scale (Cantril, 1965). Det är ett kort instrument bestående av tre frågor som avser att mäta generell tillfredsställelse med livet, optimism och framtidstro. Frågorna handlar om hur en uppfattar sitt liv just nu, för ett år sedan, och hur en tror att det kommer bli om ett år. Skalan är graderad från ett till tio där tio står för bästa tänkbara liv och ett för sämsta tänkbara liv (Andrews & Withey, 1974; Wiklund et al., 1992).

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

Dataanalys

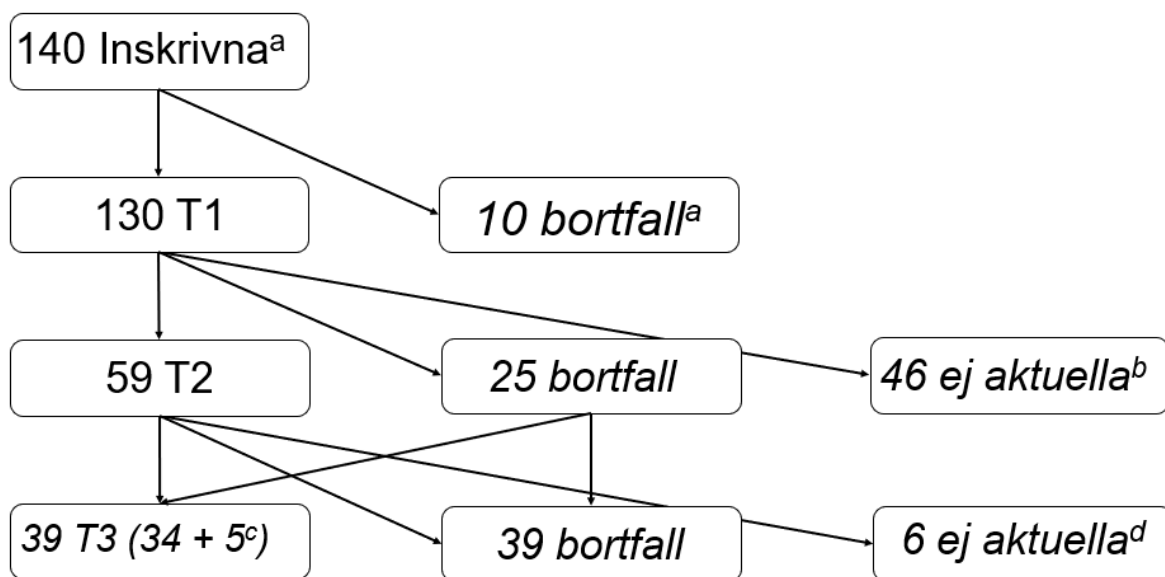
Oberoende *t*-test användes initialt för att jämföra huruvida de som endast deltagit vid T1 skiljer sig åt jämfört med de som också deltagit vid T2 och/eller T3. Närvaro i skolan rapporterades dels i form av gruppens medelvärde och dels utifrån hur stor del som hade en tillräckligt hög skolnärvaro, eller 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).

För SDQ beskrevs hur många som befann sig på en kliniskt hög nivå. Detta innebär att ligga över det kliniska gränsvärdet, även kallas *cut-off*, och bestäms ofta statistiskt utifrån den 90e percentilen, något som baseras på antagandet att prevalensen av psykiatriska tillstånd ligger runt 10 % (Wicks-Nelson & Israel, 2015), men det kan även bestämmas på andra sätt, till exempel genom att jämföra hur normalgrupp och klinisk grupp svarar och sätta gränslinjen där dessa grupper möts. För HAD används två kliniska gränsvärden (*cut-off*) istället för en och dessa benämns *Möjlig* och *Trolig* (Zigmond & Snaith, 1983). Värdet över 8 resulterar där i att en ångest- eller depressionsproblematik av klinisk signifikans är möjlig och vid värdet över 11 är denna problematik istället trolig.

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 enbart 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.

a= Uppskattat utifrån statistik över deltagarfrequens från 2015–2018, då 93 % av inskrivna ungdomar deltog.

b= Av dessa stannade 8 ärenden vid att endast vara en kartläggning, 8 avbröts och 30 ärenden var vid tidpunkten för sammanställning av data pågående ärenden.

c= Av de som deltog vid T3 hade 34 också deltagit vid T2 och 5 hade inte deltagit vid T2.

d= Mindre än 6 månader hade gått sedan avslut vid tidpunkten för sammanställning av data.

Någon snedvridning i urvalet verkar inte finnas, där de som endast deltar vid T1 skiljer sig åt i jämförelse med de som även deltog vid T2 och/eller T3. Detta prövades genom att jämföra hur grupperna skattade sig på SDQ Total (ungdom), Livets steg (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 deltagarfrequens 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 före, 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 alls gick i skolan 41 % och vid uppföljning var det 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.

	Före (T1)	Efter (T2)	Uppföljning (T3)
<i>Version 1 - Närvaro (i %) av heltid M (SD) under de senaste tre veckorna</i>			
M (SD)	6,2 (11,8)	18,1 (19,9)	30,3 (27,5)
Q1-Q3	0,0-9,3	0,0-29,0	5,0-42,7
Min-Max	0,0-48,0	0,0-81,3	0,0-100,0
<i>Version 2 - Närvaro (i %) av heltid M (SD) under de senaste sex månaderna</i>			
M (SD)	2,5 (6,5)	16,8 (27,2)	26,5 (31,8)
Q1-Q3	0,0-0,0	0,0-30,4	0,0-36,0
Min-Max	0,0-32,0	0,0-100,0	0,0-94,0

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

¹¹ Indelningen i ”Möjlig” och ”Trolig” härstammar från Zigmond och Snaith (1983).

Tabell 2
 Självskattning ungdom. Medelvärde (M), 95 % konfidensintervall [KI] runt medelvärdet, samt standardavvikelse (SD) för självskattning av SDQ, HAD och Livets steg vid inskrivning (T1) och avslut (T2) och uppföljning (T3).

	T1 (n=74)		T2 (n=59)		T3 (n=39)		T1-T2		T1-T3			
	M [KI] (SD)		M [KI] (SD)		M [KI] (SD)		t ₅₅	p	d	t ₃₅	p	d
SDQ												
Emotionella symp.	4,4 [3,8-4,9] (2,3)		4,1 [3,5-4,8] (2,5)		3,9 [3,2-4,6] (2,1)		1,3	0,19	0,18	1,2	0,22	0,21
Uppförandepr.	2,6 [2,2-3,0] (1,7)		2,4 [2,0-2,7] (1,5)		1,8 [1,4-2,3] (1,3)		1,9	0,06	0,26	1,0	0,31	0,16
Hyperaktivitetspr.	5,0 [4,4-5,5] (2,4)		4,3 [3,7-4,8] (2,0)		3,7 [3,1-4,3] (1,9)		3,7	<,01	0,49	1,9	0,07	0,31
Kamratproblem	3,5 [3,0-4,0] (2,1)		3,3 [2,8-3,9] (2,2)		3,3 [2,7-4,0] (2,0)		0,2	0,81	0,03	0,2	0,83	0,04
Prosocialt beteende	6,6 [6,1-7,2] (2,5)		7,0 [6,3-7,6] (2,4)		7,5 [6,7-8,2] (2,3)		-1,4	0,18	0,18	-1,8	0,07	0,31
TOTAL	15,5 [14,3-16,7] (5,0)		14,1 [12,9-15,3] (4,7)		12,7 [11,3-14,1] (4,3)		3,0	<,01	0,41	3,1	0,07	0,31
Impact factor	6,8 [5,9-7,6] (3,4)		4,4 [3,3-5,6] (4,3)		5,1 [3,9-6,3] (3,7)		3,7	<,01	0,54	1,9	0,07	0,36
	T1 (n=66)		T2 (n=50)		T3 (n=36)		t ₄₄		t ₃₂			
HAD												
Ängest	7,4 [6,3-8,6] (4,7)		7,1 [5,8-8,5] (4,7)		6,1 [4,9-7,3] (3,3)		2,5	0,02	0,37	2,5	0,02	0,43
Depression	6,7 [5,6-7,9] (4,5)		4,9 [4,0-5,9] (3,3)		5,1 [4,1-6,2] (3,1)		2,4	0,02	0,36	2,4	0,02	0,42
	T1 (n=68-71)		T2 (n=57)		T3 (n=39)		t ₅₂		t ₃₄			
LS												
Ett år sedan	4,0 [3,4-4,5] (2,3)		3,6 [3,1-4,1] (2,0)		4,2 [3,6-4,8] (1,9)		1,6	0,11	0,23	0,5	0,65	0,08
Nu	4,9 [4,5-5,4] (1,9)		6,3 [5,8-6,8] (1,9)		6,2 [5,6-6,8] (1,8)		-4,6	<,01	0,63	-3,0	<,01	0,51
Om ett år	6,5 [5,9-7,1] (2,5)		7,4 [6,8-7,9] (2,2)		7,4 [6,8-8,1] (2,0)		-2,8	<,01	0,39	-2,5	0,02	0,42

Föräldrarnas 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 effektstyrkorna 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 delskalor och den sammanlagda totalskalan. För dessa 14 tidsjämförelser var 2 effekter obefintliga, 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 konfidensintervallen kring medelvärdena på ångest- och depressionsskalorna i HAD, samt Livets steg 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 depressionsproblematik 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 obefintliga 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 obefintlig från T1 till T3. Skillnaden i tillfredsställelse med livet var obefintlig 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 depressionsproblematik var 15,7 % före, 8,8 % efter och 13,0 % vid uppföljning.

Tabell 3

Föräldraskattning – mamma och pappa. Medelvärde (M), 95 % konfidensintervall [KI] runt medelvärden, samt standardavvikelse (SD) för föräldraskattning av SDQ, HAD och Livets steg vid inskrivning (T1) och avslut (T2) och uppföljning (T3).

	T1 (n=79)			T2 (n=55)			T3 (n=37)			T1-T2		T1-T3		
	M [KI] (SD)	M [KI] (SD)	M [KI] (SD)	M [KI] (SD)	M [KI] (SD)	M [KI] (SD)	M [KI] (SD)	M [KI] (SD)	t ₁₂	p	d	t ₁₃	p	d
Mamma	SDQ	5,5 [5,0-6,0] (2,4)	4,5 [3,8-5,1] (2,4)	4,1 [3,2-4,9] (2,6)	3,2	<.01	0,44	2,4	0,02	0,40				
	Emotionella symp.	2,5 [2,1-2,9] (1,8)	2,0 [1,5-2,4] (1,7)	2,0 [1,4-2,6] (1,9)	3,0	<.01	0,42	2,5	0,02	0,42				
	Uppförandep.:	4,8 [4,3-5,4] (2,5)	4,5 [4,0-5,1] (2,2)	3,8 [3,1-4,5] (2,2)	1,30	0,20	0,18	2,2	0,04	0,37				
	Hyperaktivitetsp.:	3,8 [3,3-4,4] (2,4)	3,8 [3,1-4,4] (2,5)	3,2 [2,4-4,0] (2,4)	1,9	0,06	0,27	2,1	0,04	0,36				
	Kannatproblem	6,5 [6,0-7,1] (2,3)	6,5 [5,9-7,2] (2,4)	6,3 [5,4-7,1] (2,5)	-1,3	0,20	0,19	-0,4	0,68	0,07				
	Prosocialt beteende	16,7 [15,5-17,8] (5,1)	14,7 [13,4-16,1] (5,1)	13,0 [11,2-14,9] (5,6)	3,5	<.01	0,48	3,3	<.01	0,55				
	TOTAL	10,5 [9,7-11,4] (3,8)	7,9 [6,7-9,2] (4,5)	8,9 [7,7-10,2] (3,8)	5,4	<.01	0,75	3,5	<.01	0,58				
	Impact factor	T1 (n=67)	T2 (n=49)	T3 (n=33)	t ₁			t ₂						
	HAD	9,0 [8,1-10,0] (3,9)	8,0 [6,7-9,3] (4,5)	8,1 [6,5-9,7] (4,5)	2,8	<.01	0,42	1,4	0,16	0,27				
	Ängest	7,0 [5,8-8,2] (4,9)	6,3 [5,1-7,5] (4,2)	5,3 [3,9-6,8] (4,1)	2,4	0,02	0,37	2,1	0,05	0,39				
Depression	T1 (n=64)	T2 (n=49)	T3 (n=34)	t ₁			t ₂							
LS	Ätt år sedan	4,4 [3,8-4,9] (2,2)	4,0 [3,4-4,5] (1,8)	4,7 [4,1-5,3] (1,6)	1,1	0,29	0,16	0,6	0,56	0,11				
	Nu	5,1 [4,6-5,6] (2,1)	5,4 [4,9-6,0] (2,0)	6,4 [5,8-7,1] (1,8)	-2,2	0,03	0,34	-3,6	<.01	0,66				
	Om ett år	7,0 [6,5-7,5] (2,0)	7,3 [6,7-7,8] (1,9)	7,6 [6,9-8,3] (2,0)	-1,7	0,09	0,27	-1,6	0,12	0,30				
	T1 (n=60)	T2 (n=35)	T3 (n=26)	t ₁			t ₂							
M [KI] (SD)	M [KI] (SD)	M [KI] (SD)	t ₁₂	p	d	t ₁₃	p	d						
Pappa	SDQ	4,7 [4,2-5,3] (2,2)	3,7 [2,9-4,6] (2,4)	3,5 [2,7-4,2] (1,9)	2,9	<.01	0,51	1,7	0,10	0,35				
	Emotionella symp.	2,6 [2,1-3,2] (2,1)	2,1 [1,3-2,7] (1,8)	1,8 [1,2-2,5] (1,5)	1,8	0,09	0,30	2,0	0,06	0,40				
	Beteendeproblem	4,7 [4,1-5,3] (2,4)	3,7 [3,1-4,4] (1,8)	3,7 [2,9-4,6] (2,0)	2,9	<.01	0,49	2,3	0,03	0,46				
	Hyperaktivitetsp.:	3,6 [3,0-4,1] (2,1)	3,7 [2,9-4,4] (2,3)	3,4 [2,5-4,2] (2,1)	0,1	0,92	0,02	-0,2	0,81	0,05				
	Kannatproblem	6,1 [5,5-6,7] (2,4)	6,7 [5,9-7,5] (2,3)	6,8 [5,9-7,8] (2,3)	-2,1	0,04	0,36	-2,6	0,02	0,52				
	Prosocialt beteende	15,6 [14,1-17,1] (5,7)	13,2 [11,6-14,9] (4,8)	12,4 [10,7-14,1] (4,2)	3,0	<.01	0,51	2,4	0,02	0,48				
	TOTAL	10,0 [9,0-11,0] (3,9)	7,8 [6,2-9,4] (4,7)	7,5 [5,8-9,2] (4,1)	4,6	<.01	0,78	4,2	<.01	0,85				
	Impact factor	T1 (n=51)	T2 (n=34)	T3 (n=23)	t ₁			t ₂						
	HAD	7,0 [5,7-8,3] (4,5)	6,5 [5,0-8,1] (4,5)	6,2 [4,7-7,8] (3,6)	1,3	0,20	0,23	1,3	0,20	0,28				
	Ängest	6,2 [5,1-7,4] (4,0)	5,2 [3,8-6,6] (4,1)	5,8 [4,1-7,6] (4,0)	1,3	0,19	0,24	0,0	1,0	0,0				
Depression	T1 (n=48-50)	T2 (n=36)	T3 (n=24)	t ₁			t ₂							
M [KI] (SD)	M [KI] (SD)	M [KI] (SD)	t ₁₂	p	d	t ₁₃	p	d						
LS	Ätt år sedan	5,1 [4,6-5,7] (1,8)	4,9 [4,1-5,7] (2,3)	5,4 [4,7-6,0] (1,6)	0,7	0,47	0,13	-1,6	0,13	0,34				
	Nu	5,7 [5,2-6,2] (1,7)	5,9 [5,3-6,5] (1,7)	6,3 [5,4-7,1] (2,0)	-0,4	0,72	0,06	-2,0	0,06	0,41				
	Om ett år	7,1 [6,6-7,6] (1,8)	7,1 [6,5-7,7] (1,8)	7,3 [6,6-8,1] (1,7)	-0,2	0,84	0,04	-1,7	0,10	0,36				

Diskussion

I denna studie undersöktes utfallet av en KBT-baserad behandlingsinsats för hemmasittare; Magelungens Hemmasittarprogram. Undersökningen är en del av Magelungens systematiska uppföljningar och svarar därmed mot kraven som vårdgivare har på sig att kvalitetssäkra sin verksamhet genom egenkontroll (Socialtjänstlag 2001:453; SOSFS 2001:9). Utfallet undersöktes här med avseende på skolnärvaro, ungdomarnas mående (alltså deras psykiska hälsa och psykiska ohälsa), samt föräldrarnas mående. Resultatet visade på en högre närvaro i skolan, ett förbättrat mående för ungdomarna och för mammorna, samt ett något förbättrat mående för papporna efter behandling och vid uppföljning i jämförelse med före behandling.

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 måendeförbättringar som rapporterats i Strömbeck, Oldenvi och Clinton (2017), men här har även förändringen kunnat spåras i ett tredje mätillfälle: uppföljningen. Dessutom är fokus inte bara på ungdomen utan dessutom på föräldrarnas mående. Ökade nivåer av skolnärvaro från andra interventioner 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 genererat 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. Tidigare studier 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.

Målgruppen på Magelungen verkar alltså delvis skilja sig från tidigare undersökta. Till exempel undersöker King och kollegor (1998) en målgrupp som kan klassas som hemmasittare/skolvägrare enligt Bergs (1997) definition. I den undersökta målgruppen tittade de på närvaro i skolan under de tre månader som föregick interventionen. Under denna period var 10 ungdomar helt frånvarande, 17 ungdomar var delvis frånvarande¹² och 7 ungdomar gick faktiskt i skolan men hade hög grad av ångest. På HSP är det istället endast en liten andel (19%) som inte varit frånvarande mer än hälften av lektionerna under det senaste året, något som medför att de primära svårigheter (frånvaro från skolan) i högre utsträckning har lett till sekundära svårigheter (bl a. sämre mående, social isolering, social fobi, svårigheter att lämna hemmet; SOU 2016:94). Av denna anledning är också ungdomarna i behov av en mer omfattande insats där återvändandet till skolan behöver var mer stegvis (Goodman & Scott, 2012; Heyne & Rollings, 2002). Ju längre frånvaron varat desto svårare blir det dessutom att återvända (Heyne & Rollings, 2002). Att andelen som kommer upp i en acceptabel nivå av närvaro i skolan inte är högre på HSP är därmed inte särskilt förvånande.

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 ledtrådar 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

Det här är en pilotstudie över utfallet av HSP undersökt i dess naturliga kontext utan yttre påverkan annat än de formulär som besvaras vid de tre mättillfällena. Styrkan med ett sådant upplägg är att det som undersöks är hur interventionen fungerar i praktiken. Det är dessutom en relativt stor undersökningsgrupp. Svagheter är avsaknaden av diverse kontrollåtgärder som exempelvis kontrollgrupp, randomiserade betingelser/grupper eller mått på behandlingstrohet.

¹² På engelska: partial/intermittent attendance problems.

Bortfall från deltagande vid mättillfällena skapar en osäkerhet kring representativitet och bör så långt som möjligt minimeras. Arbetet inom Magelungen med att höja deltagarfrekvensen 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 samla in data, men en stor nackdel är att den på grund av det långa tidsintervall 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

Trots att det här ger ytterligare stöd åt KBT-baserade interventioner för hemmasittare, samt initialt stöd för HSP, återstår en del att göra. I den systematiska översikten av Maynard et al. (2015; 2018) efterfrågas bland annat fler välkontrollerade utfallsstudier, större undersökningsgrupper och längre uppföljningstider. Vad gäller studier av HSP finns en osäkerhet kring behandlingstrohet, något som är centralt för att ha koll på sin oberoendevariabel (Forster & Ogden, 2012). Eftersom hemmasittare är en heterogen målgrupp (Heyne & Sauter, 2013; Maynard et al., 2018) med olika sammansättningar av risk- och skyddsfaktorer är det möjligt att ungdomarna skiljer sig åt gentemot målgrupper i tidigare interventioner för hemmasittare.

Vikten av att ha gemensamma metoder för bedömning har tidigare betonats (Kearney, 2008a), något som skulle bidra till kartläggning av vilken funktion frånvaron fyller, samt vilken roll som föräldrar och skola spelar, och kan därmed bistå med information till behandlingsplanering (Inglés, González-Maciá, García-Fernández, Vicent & Martínez-Monteagudo, 2015). Sådana instrument finns, till exempel *School Refusal Assessment Scale* (SRAS; Kearney & Silverman, 1993) och nya utvecklas, till exempel *Inventory of School Attendance Problems* (ISAP; Knollman, Reissner & Hebebrand, 2018) eller *School Refusal Evaluation Scale* (SCREEN; Gallé-Tessonneau & Gana, 2018). Dessa instrument skulle såväl kunna vara behjälpliga för praktiker som för forskare för att identifiera och definiera olika målgrupper. Förutom en tydlig målgruppsbeskrivning är också ett standardiserat tillvägagångssätt i undersökningsproceduren (däribland samma utfallsmått) att föredra för att underlätta jämförelser mellan metoder, kontext och undergrupper.

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 hemmasittare (Heyne et al., *kommande*).

Slutsats

Frånvaro från skolan kan dels definieras som oproblematiske och dels som problematisk. En akut frånvaro kan, om inte rätt hjälp sätts in, övergå till kronisk frånvaro och till slut avhopp (Kearney, 2008a). Ju längre tiden gått desto större är också behoven av insatser för att bryta trenden. För ungdomarna på HSP har frånvaron varit långvarig så återgången behöver därför ske stegvis (Goodman & Scott, 2012; Heyne & Rollings, 2002) och med ett omfattande stöd (SOU 2016:94).

Enligt skollagen ska hänsyn tas till elevers olika behov och en del av HSP handlar också om att i samarbete med skolan anpassa studieången (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

Etikansökan med diarienummer 2019–00078 godkändes av Etikprövningsmyndigheten den 6 februari 2019. Utöver detta finns det en efterfrågan av mer kunskap om effekter av psykosociala interventioner riktade mot barn och unga (FORTE, 2019; Socialstyrelsen, 2012). Förutom välkontrollerade efficacy-studier är systematisk uppföljning av den egna praktiken ett sätt att undersöka utfall. Ingreppen och det potentiella lidandet är minimalt jämfört med de potentiella vinsterna. Dessutom kan det argumenteras för det att det är oetiskt att erbjuda behandlingsinsatser utan att veta något om vad de leder till.

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).

Referenser

- Andrews, F. M. & Withey, S. B. (1974). Developing measures of perceived life quality. Results from several national surveys. *Social Indicators Research*, 1, 1-26.
- Berg, I. (1997). School refusal and truancy. *Archives of Disease in Childhood*, 76, 90-91.
- Blagg, N. & Yule, W. (1984). The behavioural treatment of school refusal. A comparative study. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 119-127.
- Borg, E. & Westerlund, J. (2012). *Statistik för beteendevetare (tredje upplagan)*. Malmö: Liber.
- Bremberg, S. & Dalman, C. (2015). Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga. Stockholm: FORTE.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick (NJ): Rutgers University Press.
- Daraganova, G., Mullan, K., & Edwards, B. (2014). *Attendance in primary school. Factors and consequences* (Occasional Paper No. 51). Canberra: Department of Social Services.
- Dube, S. R. & Orpinas, P. (2009). Understanding excessive school absenteeism as school refusal behaviour. *Children & Schools*, 31, 87-95.
- Egger, H. L., Costello, E. J., & Angold, A. (2003). School refusal and psychiatric disorders. A community study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 797-807.
- Forster, M. & Ogden, T. (2012). Behandlingstrohet. I Sundell, K. (red.), *Att göra effektutvärderingar* (ss. 271–312). Stockholm: Socialstyrelsen och Gothia Förlag AB.
- FORTE (2019). *Prioriteringar för forskning om socialtjänsten. Perspektiv från brukare, policy och praktik*. Stockholm: FORTE.
- Fraser, M. W., Richman, J. M., Galinsky, M. J., & Day, S. H. (2009). *Intervention research. Developing social programs*. New York: Oxford University Press.
- Friberg, P., Karlberg, M., Sundberg Lax, I., & Palmér, R. (2015). *Hemmasittare och vägen tillbaka. Insatser vid långvarig skolfrånvaro*. Ingarö: Columbus.
- Gallé-Tessonneau, M. & Gana, K. (2018). Development and validation of the School Refusal Evaluation Scale for adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 1-11.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire. A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 791-799.
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire. A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130.
- Goodman, R. & Scott, S. (2012). *Child and adolescent psychiatry (3rd ed.)*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Havik, T. (2015). *School non-attendance. A study of the role of school factors in school refusal* (doktorsavhandling, Universitetet i Stavanger, Stavanger, Norge).
- Heyne, D. & Rollings, S. (2002). *School refusal*. Malden: Blackwell.

- Heyne, D. & Sauter, F. M. (2013). School Refusal. I Essau, C. A. & Ollendick, T H., *The Wiley-Blackwell Handbook of the Treatment of Childhood and Adolescent Anxiety* (ss. 471-517). Hoboken (NJ): John Wiley & Sons, Ltd.
- Heyne, D., Sauter, F. M., Ollendick, T. H., Van Widenfelt, B. M., & Westenberg, P. M. (2014). Developmentally sensitive cognitive behavioural therapy for adolescent school refusal. Rationale and case illustration. *Clinical Child and Family Review*, 17, 191-215.
- Heyne, D., Strömbeck, J., Bergström, M., Alanko, K., & Ulriksen, R. (kommande). Assessing outcome of treatment for school refusal. Are we measuring up?
- Hunt, M. K. & Hopko, D R. (2009). Predicting high school truancy among students in the Appalachian south. *Journal of Primary Prevention*, 30, 549-567.
- Inglés, C. J., González-Maciá, C., García-Fernández, J. M., Vicent, M., & Martínez-Montegudo, M. C. (2015). Current status of research on school refusal. *European Journal of Education and Psychology*, 8, 37-52.
- Kearney, C. A. (2008). An interdisciplinary model of school absenteeism in youth to inform professional practice and public policy. *Educational Psychology Review*, 20, 257-282.
- Kearney, C. A. (2008). *Helping school refusing children and their parents. A guide for school-based professionals*. New York: Oxford University Press.
- Kearney, C. A. (2008). School absenteeism and school refusal behavior in youth. A contemporary review. *Clinical Psychology Review*, 28, 451-471.
- Kearney, C. A. & Albano, A. M. (2004). The functional profiles of school refusal behavior in youth. Diagnostic aspects. *Behavior Modification*, 28, 147-161.
- Kearney, C. A. & Graczyk, P. (2014). A response to intervention model to promote school attendance and decrease school absenteeism. *Child and Youth Care Forum*, 43, 1-25.
- Kearney, C. A. & Silverman, W. K. (1990). A preliminary analysis of a functional model of assessment and treatment for school refusal behavior. *Behavior Modification*, 14, 340-366.
- Kearney, C. A. & Silverman, W. K. (1993). Measuring the function of school refusal behavior. The School Refusal Assessment Scale. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 85-96.
- King, N. J., Tonge, B. J., Heyne, D., Pritchard, M., Rollings, S., Young, D., Myerson, N., & Ollendick, T. H. (1998). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 395-403.
- Kline, R. B. (2009). *Becoming a behavioral science researcher. A guide to producing research that matters*. New York: The Guilford Press.
- Knollman, M., Reissner, V., & Hebebrand, J. (2018). Towards a comprehensive assessment of school absenteeism. Development and initial validation of the Inventory of School Attendance Problems. *European Child & Adolescent Psychiatry*.
- Magelungen (2017). *HSP – Magelungens Hemmasittarprogram. Manual för behandlare*. Stockholm: Magelungen.
- Maynard, B. R., Brendel, K. E., Bulanda, J. J., Heyne, D., Thompson, A. M., & Pigott, T. D. (2015). Psychosocial interventions for school refusal with primary and secondary school students. A systematic review. *Campbell Systematic Reviews 2015:12*.
- Maynard, B. R., Heyne, D., Esposito Brendel, K., Bulanda, J. J., Thompson, A. M., & Pigott, T. D. (2018). Treatment for school refusal among children and adolescents. A systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 28, 56-67.

- Obbarius, A., van Maasackers, L., Baer, L., Clark, D. M., Crocker, A. G., de Beurs, E., Emmelkamp, P. M. G., Furukawa, T., A., Hedman-Lagerlöf, E., Kangas, M., Langford, L., Lesage, A., Mwesigire, D. M., Nolte, S., Patel, V., Pilkonis, P. A., Pincus, H. A., Reis, R. A., Rojas, G., Sherbourne, C., Smithson, D., Stowell, C., Woolaway-Bickel, K., & Rose, M. (2017). Standardization of health outcomes assessment for depression and anxiety. Recommendations from the ICHOM Depression and Anxiety Working Group. *Quality of Life Research*, 26, 3211-3225.
- Pina, A. A., Zerr, A. A., Gonzales, N. A., & Ortiz, C. D. (2009). Psychosocial interventions for school refusal behaviour in children and adolescents. *Child Development Perspectives*, 3, 11–20.
- Rumberger, R. W. (2011). *Dropping out. Why students drop out of high school and what can be done about it*. Cambridge: Harvard University Press.
- Skolinspektionen (2016). *Omfattande frånvaro. En granskning av skolors arbete med omfattande frånvaro*.
- Skolinspektionen (2016). *Omfattande ogiltig frånvaro i Sveriges grundskolor*.
- Skolverket (2010). *Skolfrånvaro och vägen tillbaka. Långvarig ogiltig frånvaro i grundskolan ur elevens, skolans och förvaltningens perspektiv*. Rapport 341:2010.
- Socialstyrelsen (2012). *Svenska effektutvärderingar av psykosociala interventioner*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2016:94. *Saknad! Uppmärksamma elevers frånvaro och agera. Betänkande av att vända frånvaro till närvaro. En utredning om problematisk elevfrånvaro*.
- Strömbeck, J., Oldenvi, I., & Clinton, D. (2017). Behandlingsresultat Magelungen. Rapport 8. Delrapport från pågående uppföljningar av Magelungens dagverksamheter, Hemmasittarprogrammet (HSP), behandlingshem och resursboende (BO). 2009–2015. Stockholm: Magelungen Utveckling AB.
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Williamson, P. R., Altman, D. G., Blazeby, J. M., Clarke, M., Devane, D., Gargon, E., & Tugwell, P. (2012). Developing core outcome sets for clinical trials. Issues to consider. *Trials*, 13, 1-8.
- Wicks-Nelson, R. & Israel, A. C. (2015). *Abnormal child and adolescent psychology with DSM-V updates (8th ed.)*. Harlow: Pearson.
- Wiklund, I., Gorkin, L., Pawitan, E., Schron, E., Schoenberger, J., Jared, L. L., & Shumaker, S. (1992). Methods for assessing quality of life in the Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST). *Quality of Life Research*, 1, 187–201.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361–370.
- Öhman, A. (2016). *Skolans tomma stolar. Om frånvaro i grundskolan och hur kommuner och skolor arbetar med frågan*. Stockholm: Eidmann.

