



## Elevers upplevda delaktighet

-En populationsbaserad studie av elevers delaktighet i skolmiljön och deras självskattade hälsa

---

Pupils' perceived participation

-A population-based study of pupils' participation in the school environment and their self-assessed health

---

Malin Lundgren-Kullgren

Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskaper

---

Folkhälsovetenskap

---

Examensarbete i Folkhälsovetenskap 2, 15 hp

---

Handledare: Malin Knutz, Lisbet Engh

---

Examinators namn: Carl-Gustaf Bornehag

---

Datum: 170614

---

## Sammanfattning

*Bakgrund:* Individens delaktighet och möjlighet att påverka sin livssituation lyfts ofta fram i hälsofrämjande arbete. Forskning stödjer att skolframgång är en skyddsfaktor för att bevara en god psykisk hälsa. Elevers möjlighet att vara delaktiga och påverka sin skolsituation är faktorer som främjar både lärande och hälsa. Barns och elevers delaktighet är en viktig del av arbetet med mänskliga rättigheter och under år 2018 förväntas Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter antas som svensk lag.

*Syfte:* Syftet med denna studie var att undersöka om det fanns ett samband mellan elevers upplevda delaktighet i skolsituationen och deras hälsa samt att belysa vilka faktorer i skolsituationen som hade betydelse för upplevd delaktighet.

*Metod:* Studien genomfördes som en kvantitativ tvärsnittsstudie av data från elevhälsodatabasen ELSA. Sambandsanalyser gjordes med variabeln ”delaktig och får vara med och bestämma” mot elevens skolsituation, relationer, självbild, riskbeteende och upplevd hälsa. Alla sambandsanalyser gjordes med Chi2 test, signifikant var  $<0.05$ .

*Resultat:* Resultatet visade att elevers upplevda delaktighet hade statistiskt signifikanta samband med skolsituation, relationer, självbild, riskbeteende och upplevd hälsa. Elever med låg delaktighet uppgav en lägre grad av arbetsro på lektionerna, de var mindre nöjda med sitt skolarbete, hade färre vänner i skolan och upplevde i en lägre grad att vuxna var vänliga. Upplevelsen av låg delaktighet hade ett starkt samband med psykisk ohälsa. Det var mer än dubbelt så många elever med upplevd låg delaktighet, bland både pojkar och flickor, som kände sig ledsna och oroliga.

*Konklusion:* Studien belyser hur central elevers upplevda delaktighet är för deras hälsa och livssituation, även om det kausala sambandet inte kan påvisas. Att systematiskt stärka elevers delaktighet är ett hälsofrämjande arbetssätt som också kan förbättra skolans möjlighet att fullgöra sitt kompensatoriska uppdrag. Det vill säga att skolan ska möta varje elev utifrån dess individuella förutsättningar och kompensera för det som eleven kan ha behov av för att klara sina studier.

*Nyckelord:* Delaktighet, Skolelever, Inkludering, Relationer, upplevd hälsa

## Abstract

*Background:* Individuals' participation and ability to influence their life situation are often highlighted in health-promotion. Research supports that school success is a protective factor for maintaining good mental health. Pupils' ability to participate and influence their school situation are factors that promote both learning and health. The participation of children and pupils are an important part of the work on human rights and in 2018 the United Nations Convention on the Rights of the Child is expected to be adopted as a Swedish law.

*Aim:* The aim of this study was to investigate whether there was a link between pupils' perceived participation in the school situation and their health, as well as to shed light on what factors in a school situation which had significance for perceived participation.

*Method:* The study was conducted as a quantitative cross-sectional study of data from the health data base, ELSA. Correlation analysis was made with "included and be allowed to decide" towards the pupil's school situation, relationships, self-image, risk behavior and perceived health. All correlation analyses were done with the chi-squared test, significant were  $< 0.05$ .

*Results:* The results showed that pupils' perceived participation had a statistical significant relation with school situation, relationships, self-image, risk behavior and perceived health. Pupils with low participation indicated a lower degree of calm to study, they were less satisfied with their school work, had fewer friends in school and experienced to a lesser extent that adults were friendly. The experience of low participation had a strong correlation with mental ill health. It was more than twice as many with perceived low participation, among both boys and girls, who felt sad and worried.

*Conclusion:* This study highlights how central pupils' perceived participation is for their health and life situation, although the causal relationship cannot be demonstrated. To systematically strengthen pupils' participation is a health promotion approach that also can improve the school's ability to meet its compensatory mandates. That is, the school system must meet each pupil's individual needs and compensate for what the pupil may need to complete his or her studies.

*Key-words:* Participation, School Children, Inclusion, Relations, Perceived Health

## Innehållsförteckning

Introduktion .....	1
Bakgrund .....	1
Inkluderande skola .....	2
Elevehälsans uppdrag och elevers hälsa .....	3
Skolan som arena för delaktighet .....	4
Delaktighet – en rättighet .....	6
Problemformulering .....	7
Syfte .....	7
Teoretisk referensram .....	8
Metod .....	10
Val av metod .....	10
Datakälla .....	10
Urval .....	11
Variabler .....	11
Transformering av variabler .....	12
Analys av data .....	12
Etiska överväganden .....	13
Studiens förväntade betydelse/nytta .....	13
Resultat .....	13
Sociodemografiska data .....	13
Upplevd delaktighet .....	14
Delaktighet och skolsituation, relationer, självbild och riskbeteende .....	15
Delaktighet och samband med upplevd hälsa .....	17
Diskussion .....	19
Resultatdiskussion .....	19
Metoddiskussion .....	29
Konklusion .....	32
Referenser .....	33
Tabellbilaga .....	40

## Introduktion

Författarens intresse för barn och ungas livsvillkor med särskilt fokus på skola grundar sig i en yrkeserfarenhet som skolsköterska. Studier inom folkhälsovetenskap på Karlstads universitet har stärkt förståelsen för hur viktig skolan är som arena för folkhälsoarbete. I skollagen (2010:800) anges att skolan har ett kompensatoriskt uppdrag. Det vill säga att skolan ska möta varje elev utifrån dess individuella förutsättningar och kompensera för det som eleven kan ha behov av för att klara sina studier. Att lyckas med detta i en alltmer komplex samhällsutveckling är utmanande och komplicerat. Vad kan vi inom skolans värld påverka och vart behöver skolans fokus ligga i framtiden för att fler elever ska lyckas med sin utbildning? En tidigare magisteruppsats (Lundgren-Kullgren, 2015) visade att elevers delaktighet hade en central roll i skolans hälsofrämjande arbete. Studien pekade också på ett samband mellan elevers upplevda delaktighet i skolmiljön och självskattad hälsa vilket väckte ett intresse för att gå vidare inom samma område.

## Bakgrund

Folkhälsomyndigheten (2015) menar att delaktighet och inflytande är en grundförutsättning för folkhälsan. För att utveckla folkhälsan i Sverige behöver därför barn och ungas möjligheter till inflytande i samhället stärkas. Skolans verksamhet har varit en arena för folkhälsoforskning under många år och det finns stöd i forskning för att skolframgångar är en skyddsfaktor för att bevara en god hälsa (Griebler et al., 2014; Naidoo & Wills., 2009; Socialstyrelsen, 2012). Ett fullständigt slutbetyg från årskurs 9 minskar risken för psykisk ohälsa och kriminalitet i vuxen ålder (Socialstyrelsen, 2010).

Vad är det då som gör att en elev når framgång i skolan? Enligt Skolverkets kunskapsöversikt *Forskning för klassrummet* (2014) finns det inte några enkla generella lösningar för alla elever eftersom olika främjande faktorer samverkar med varandra. Grundläggande är att en professionell lärare har varierande undervisningsmetoder och arbetar med att skapa relationer med eleverna (Skolverket, 2014). Skolforskaren Hattie (2009) har beskrivit lärarens relation med eleven som bärande för att eleven ska nå goda resultat. När relationen mellan elev och lärare fungerar skapas ett bra socialt klimat i skolan som främjar lärande. Läraren måste enligt Hattie (2009) tro på att eleven kan och göra eleven delaktig i sitt lärande.

Vikten av goda relationer i skolan är något som återkommer i Ungdomsstyrelsens rapport *10 orsaker till avhopp* (2013). Rapporten visar att de fem vanligaste orsakerna till att ungdomar hoppar av gymnasiet har en gemensam nämnare och det handlar om relationer i skolan. Den vanligaste orsaken till avhopp är att man är utsatt för mobbing av andra elever. Brist på pedagogiskt stöd och dåligt bemötande av lärare leder också till att elever avslutar sin skolgång. Ungdomarna i rapporten menar att i drömskolan finns vuxna som bryr sig och inte ger upp så fort, de frågar om hur man mår och är ett stöd (Ungdomsstyrelsen, 2013).

I en systematisk översiktsartikel kring forskning av elevers delaktighet i hälsofrämjande skolprojekt menar Griebler et al. (2014) att det behövs mer forskning kring elevers delaktighet kopplat till bakgrundsfaktorer såsom kön, sociokulturell bakgrund och skolresultat.

### **Inkluderande skola**

Ett begrepp som ofta diskuteras inom svensk skola är inkludering. Idén om en skola för alla, senare kallad en inkluderande skola, har en lång historia. Drivkraften var enligt Nilholm et al. (2013) samhällets strävan efter att skapa social rättvisa. Den svenska folkskolan etablerades i slutet av 1800-talet och innebar att även barn från fattiga familjer fick möjlighet att gå i skolan. Det var dock fortfarande stora skillnader i utbildningssystemen då många barn från högre socialklasser gick i privata skolor och fortsatte i realskolan. Olikheterna ifrågasattes av den växande arbetarrörelsen och kravet på ett gemensamt skolsystem ökade. I början av 1960-talet kom grundskolereformen och social rättvisa innebar då att gå i samma skola som alla andra barn (Nilholm et al., 2013).

När kunskapskraven ökade i den nya grundskolan ökade också behovet av specialundervisning. Kompensatorisk stödundervisning, vanligtvis utanför ordinarie klassrum, började få utrymme. Det som tidigare varit en rättighet att gå i skolan utökades nu även till en rättighet att även klara av utbildningens krav. År 1962 kom ett förslag på olika särlösningar för elever med särskilda behov och diskussionen för och emot integrerade undervisningsmetoder och särskilda undervisningsgrupper tog sin början. Kritiker till integreringsbegreppet menade att fokus hamnade för mycket på den enskilda eleven och dess fysiska placering i skolmiljön och att klyftorna riskerade att öka. Inkludering, i stället för integrering, började dyka upp i diskussionen under 1980-talet (Nilholm et al., 2013).

En grundhållning i en inkluderande skola är att olikheter ses som en tillgång och att det är skolan som ska anpassa sig till eleverna och inte tvärt om. Gemenskapen är viktig och möjligheten för alla elever att identifiera sig med sin klass och sin skola. Tre olika definitioner av inkludering har de senaste decennierna växt fram inom skolans verksamhet. Den första gemenskapsorienterade definitionen innebär att alla elever är delaktiga, både socialt och pedagogiskt. Den andra individorienterade definitionen betyder att elever är placerade inom ramen för den vanliga undervisningen och den tredje, placeringsorienterade definitionen kan tolkas som att elever inte befinner sig i någon form av särlösning. När inkludering i skolan ska undersökas och utvärderas är det viktigt att vara överens om vilken definition som används. Det är heller inte möjligt att utvärdera om en pedagog eller skola arbetar inkluderande utan att först kartlägga alla elevers egen syn på sin situation (Nilholm et al., 2013).

## **Elevhälsans uppdrag och elevers hälsa**

I skollagen (2010:800) föreskrivs att alla elever ska ha tillgång till en samlad elevhälsa. Den samlade elevhälsan ska finnas tillgänglig för elever inom grundskola, grundsärskola, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan. Elevhälsan består av fyra professioner, skolsköterska, skolkurator, skolpsykolog och personal med specialpedagogisk kompetens. Uppdraget som beskrivs i Socialstyrelsen och Skolverkets gemensamma dokument *Vägledning för elevhälsan* (2014) är framför allt hälsofrämjande och förebyggande arbete. I vägledningsdokumentet står att elever ska ges inflytande över utbildningen och att elevernas hälsa har stor betydelse för deras skolprestationer, trivsel och möjlighet att fungera i skolmiljön. Eleverna ska fortlöpande stimuleras att ta aktiv del i arbetet med att vidareutveckla utbildningen och hållas informerade i frågor som rör dem. Likaså ska informationen och formerna för elevernas inflytande anpassas efter deras ålder och mognad. Generella insatser i skolan som arbetet med att främja lika rättigheter och möjligheter ska genomföras utan att det först har uppstått problem. Det främjande arbetet för en god psykisk arbetsmiljö är en uppgift som ska bedrivas kontinuerligt och bör därför inte bestå av ett enskilt projekt eller enstaka tillfälliga insatser. Elevhälsans personal har ett särskilt ansvar för elever i behov av stöd (Skolverket och Socialstyrelsen, 2014).

Resultat från den internationella studien Skolbarns hälsovanor visar att självrapporterad ohälsa, såsom huvudvärk, sömnsvårigheter och nedstämdhet har ökat de senaste 30 åren.

Folkhälsomyndigheten som ansvarar för studien i Sverige skriver att det finns forskning som pekar på samband mellan elevers prestation i skolan och deras psykiska hälsa. Riskfaktorer för ökad psykisk ohälsa kan vara provsituationer, prestationskrav och stress. Psykosomatiska besvär bland tonåringar som känner sig stressade av skolarbete är dubbelt så vanligt jämfört med tonåringar som inte stressas av sin skolsituation. Dåliga skolprestationer kan orsaka psykosomatiska besvär med det kan också vara det motsatta. Det vill säga att elever med psykisk ohälsa och psykosomatiska besvär presterar sämre i skolmiljö. Oavsett riktningen på sambanden menar Folkhälsomyndigheten att det finns belägg för att elevers psykiska hälsa nära hänger samman med deras upplevelse av stress i skolan och synen på sina egna skolprestationer (Folkhälsomyndigheten, 2016).

Gustafsson et al. (2010) visar att om en elev upplever av att man anstränger sig för att klara av skolan och inte lyckas så kan det bidra till utvecklingen av depression. I Skolverkets undersökning Attityder till skolan (2015) beskrivs att stressen bland elever blir allt vanligare. Av elever i åk 4–6 svarade två av tio att de känner sig stressade i skolan en till flera gånger i veckan eller varje dag. Bland elever i årskurs 6 hade andelen som kände sig stressade varje dag ökat från tre till nio procent sedan 2012. Flickor kände sig i något högre grad stressade än vad pojkarna gjorde (Skolverket, 2015).

Barns rätt i samhället (BRIS) är en stödorganisation för barn upp till 18 år. BRIS har bland annat en stödtelefon och en stödchatt och år 2016 hade nästan 30 000 barn kuratorskontakt via BRIS. I årsrapporten för 2016 skriver BRIS att ”Det är mer regel än undantag att samhället brister i att göra barn delaktiga i frågor som rör dem, så även i vården. Det är naturligtvis helt oacceptabelt”. Man konstaterat också att ”Det behövs mer kunskap om hur skolan bäst kan arbeta för att främja barns psykiska hälsa” (Bris rapport 2017:1, sid 3). BRIS sammanställning av 2016 års kontaktområden visar att psykisk ohälsa var den vanligaste områden barn behövde prata om, före familj/familjekonflikter, vänner och skolan (BRIS, 2017).

### **Skolan som arena för delaktighet**

Hierarkier och maktförhållanden i skolmiljö har betydelse för lärande och påverkar det hälsofrämjande arbetet. Hatties (2012) beskriver i sin forskning lärarrollen och lärarens relation till eleven som bärande för att skapa delaktighet och främja lärande. Elever kommer



till skolan med skilda förutsättningar och olika syn på skolan och läraren behöver lyssna och lära känna sina elever. Vuxna i skolan behöver skapa en lärandemiljö som är trygg och utmanande. Eleverna ska uppmanas att förlita sig på sina inre förmågor och läraren måste låta elevernas röst ta plats i klassrummet. Enligt Hattie ställer lärare mellan 200–300 frågor per dag och elever får i genomsnitt mindre än en sekund på sig att svara. Ju sämre skolresultat en elev har desto kortare tid får den eleven på sig att svara på lärarens frågor (Hattie, 2012).

För att stödja skolans arbete med att inkludera alla elever och stärka elevernas delaktighet publicerade specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM) år 2015 en modell och ett stödmaterial, *Delaktighet- ett arbetssätt i skolan*. Modellen har använts i denna studie som en grund för att teoretiskt definiera begreppet delaktighet och som ett stöd i urvals- och analysprocess.

Bild 1: Delaktighetsmodell, SPSM, 2015.



Begreppet delaktighet delas upp i sex aspekter som alla hänger ihop och påverkar varandra. Delaktighet sker i ett sammanhang, i en aktivitet som påverkas av andra deltagare och vilken kultur eleven befinner sig i. Alla delar är lika viktiga att uppmärksamma och alla delar har betydelse för elevens möjligheter till delaktighet i sin skolmiljö.

1. **Tillgänglighet:** kan delas upp i tre delar. Fysisk tillgänglighet, tillgängligt meningssammanhang (möjligheten att förstå) och tillgängligt sociokommunikativt samspel (begripligt språk, kod och regler).
2. **Tillhörighet:** rätt att ingå i ett sammanhang, i en skola och i en klass.
3. **Engagemang:** elevens egna upplevelser av delaktighet. Möjlighet att berätta om sina egna tankar och känslor.
4. **Samhandling:** två eller flera deltar i samma aktivitet. Behöver inte göra samma sak men man bidrar på olika sätt runt en gemensam aktivitet.
5. **Autonomi:** möjlighet att bestämma över sitt eget handlande. Inflytande inom ramen för skolans regelverk.
6. **Erkännande:** erkänd och accepterad av omgivningen. Andras subjektiva syn på eleven.

## Delaktighet – en rättighet

Barns och elevers delaktighet har en bärighet i arbetet med mänskliga rättigheter och beskrivs i olika typer av lagstiftning och modeller. Förenta nationernas (FN) generalförsamling antog 1989 konventionen om barnets rättigheter och 1990 ratificerade Sverige barnkonventionen. Barnkonventionen är genom ratificeringen en del av den internationella folkrätten. (Barnombudsmannen, 2017).

Shiers beskrev år 2001 en modell som visar hur barns delaktighet kan mätas och föreslår också olika steg för att stärka och utveckla barns delaktighet. Modellen är som en trappa där första steget handlar om att lyssna på barnets röst. I mitten av trappan tar man barnets åsikt i beaktande inför beslut och översta steget innebär att barnet också delar makt och inflytande över sitt eget liv (Shier, 2001).

Sveriges riksdag antog den 1 december 2010 en särskild strategi för att stärka barnets rättigheter (prop. 2009/10:232). Avsikten var att förtydliga för offentliga aktörer hur barnkonventionen ska tolkas. En viktig kunskap då barnkonventionen under år 2018 troligtvis kommer att antas som svensk lag. Barnombudsmannen har tillsammans med Handikappförbunden tagit fram en översättning av en engelsk modell för att öka barns delaktighet. Modellen bygger på artikel 12.1 i barnkonventionen: ”*Konventionsstaterna skall tillförsäkra det barn som är i stånd att bilda egna åsikter att fritt uttrycka dessa i alla frågor*

*som rör barnet, varvid barnets åsikter skall tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad”* (Barnombudsmannen, 2010, sid 1).

Skolan är Sveriges största arbetsplats och enligt arbetsmiljölagen ska elever från åk 7 ges möjlighet att medverka i skolans arbetsmiljöarbete genom elevskyddsombud (AMF 1977:1166). Bestämmelser i diskrimineringslagen (2008:567) och skollagen (2010:800) ställer krav på att skolan bedriver ett systematiskt arbete för att främja elevers lika rättigheter och möjligheter och att arbetet sker i samråd med eleverna. I flera andra lagtexter (Socialtjänstlagen, 2001:453; Patientlagen, 2014:821) finns bestämmelser som handlar om att man ska ta ställning till barnets åsikter utifrån deras ålder och mognad. Socialstyrelsen (2015) har tagit fram ett särskilt kunskapsstöd, för att stödja personal som behöver göra en bedömning av barns mognad. Delaktighet definieras på följande sätt: ”Barnets rätt till delaktighet i vård och omsorg består av tre olika delar:

1. Barns rätt till information
2. Barns rätt att komma till tals och bli lyssnat på
3. Barns rätt till inflytande och självbestämmande

Den ena nivån är förutsättningen för nästa” (Socialstyrelsen, 2015, sid 10).

## **Problemformulering**

Tidigare studier visar att relationer i skolan, såväl mellan elever som mellan elever och vuxna, och elevers möjlighet att vara delaktiga är faktorer som främjar lärande. Att klara sina studier har en positiv inverkan på den egna hälsan, både på kort och på lång sikt. Individens delaktighet och möjlighet att påverka sin livssituation lyfts ofta fram i hälsofrämjande arbete. Det finns modeller och tidigare studier som beskriver hur elevers delaktighet och inflytande över den egna skolsituationen kan stärkas. Det finns dock få studier på befolkningsnivå som undersökt om det finns ett samband mellan upplevd delaktighet i skolmiljön och självskattad hälsa.

## **Syfte**

Syftet med denna studie var att undersöka om det fanns ett samband mellan elevers upplevda delaktighet i skolsituationen och deras hälsa samt att belysa vilka faktorer i skolsituationen som verkade ha betydelse för upplevd delaktighet.

Frågeställningarna var:

- Finns det ett samband mellan elevers upplevda delaktighet i skolsituationen och deras hälsa?
- Vilka faktorer i skolsituationen har betydelse för upplevd delaktighet?

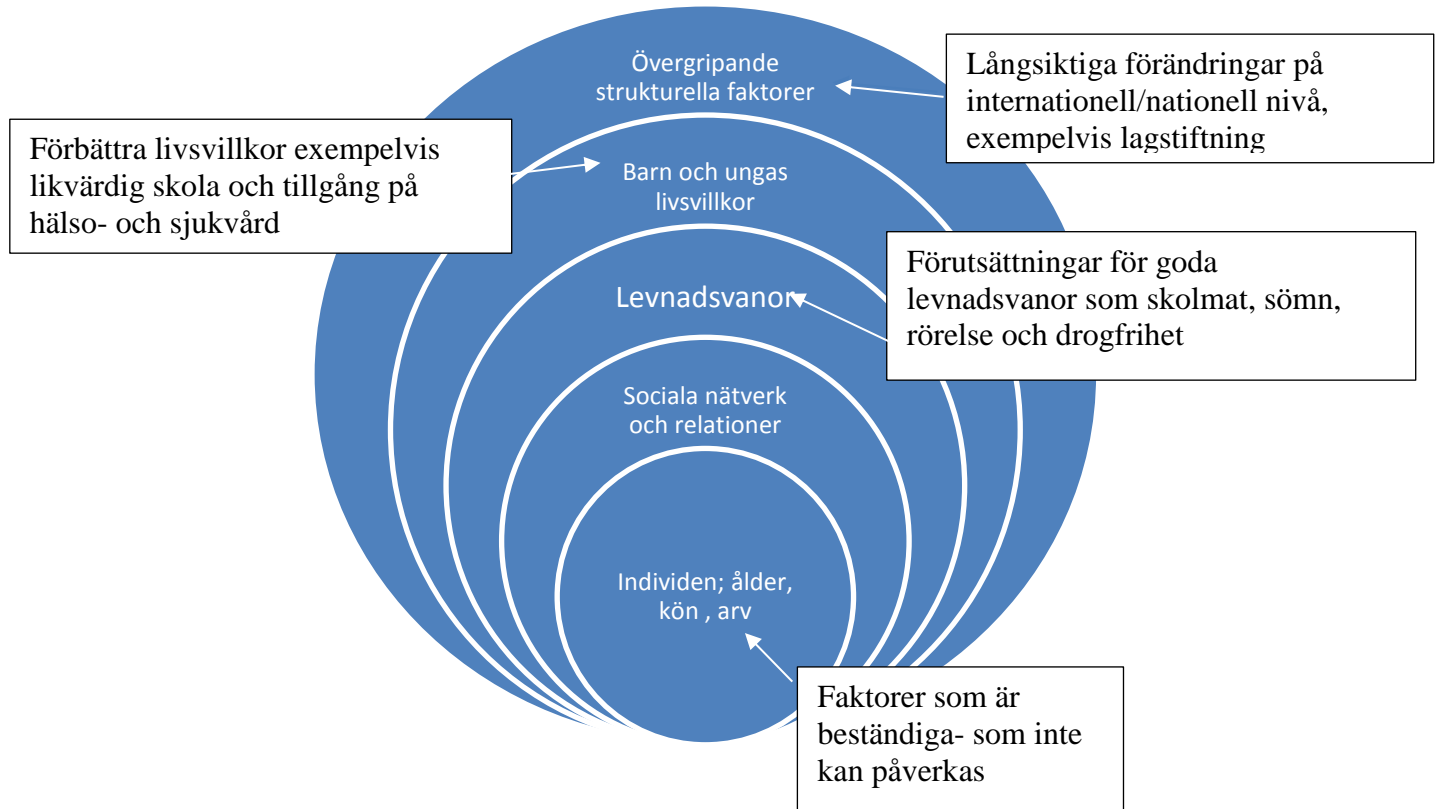
## **Teoretisk referensram**

Den teoretiska utgångspunkten i studien är systemteoretisk med grunden i Bronfenbrenners (1979) ekologiska modell. Bronfenbrenners modell är en struktur för att analysera risk- och skyddsfaktorer och ger en möjlighet att förstå barns hälsa och utveckling och hur de påverkas av sammanhanget runt omkring. Modellen beskriver en konstruktion där bestämningsfaktorerna befinner sig på flera systemnivåer och påverkar varandra och förändras över tid. Bronfenbrenners modell innehåller följande system:

- Mikrosystem; relationen mellan individen och den närmaste omgivningen
- Mesosystem; relationen mellan mikrosystemen och exosystem
- Exosystem; sociala miljöer som påverkar individen
- Makrosystem; attityder, normer, värderingar, synsätt, kultur
- Chronosystem; utveckling som sker över tid

Dahlgren och Whiteheads (1991) har utifrån systemteoretisk grund utvecklat en förklaringsmodell för att placera in hälsans bestämningsfaktorer i förhållande till individen. Precis som i Bronfenbrenners modell påverkar faktorerna varandra och hänger ihop i ett system. För att förtydliga ett barnperspektiv gjorde Folkhälsomyndigheten (2013) en tolkning av modellen som delades in i fyra nivåer. Längst in i modellen finns faktorer som inte går att påverka. Nivåer kan användas för att identifiera vilka insatser som behövs för att stärka barns hälsa och på vilken nivå de har störst möjlighet att få önskad effekt. I rutorna beskrivs författarens egen tolkning av modellen.

Bild 2. Hälsans bestämningsfaktorer ur ett barnperspektiv. Folkhälsomyndigheten, 2013.



## Metod

### Val av metod

Studien genomfördes som en kvantitativ tvärsnittsstudie. En tvärsnittsstudie ger ingen möjlighet att undersöka kausala samband, det vill säga vad som orsakar vad. Det kan dock vara en lämplig metod att undersöka risk- och skyddsfaktorer i relation till ålder och kön (Bonita, Beaglehole & Kjellström, 2010).

### Datakälla

Elevhälsans medicinska insatser erbjuder elever lagstadgade hälsobesök med hälsosamtal regelbundet under skoltiden. I elevhälsodatabasen ELSA registreras årligen sedan år 2009 oidentifierad data från elevers hälsobesök hos skolsköterskan, motsvarande drygt 9000 elever per år i förskoleklass, i årskurs 4 och 7 och i årskurs 1 på gymnasiet, kopplat till åldrarna 6, 10, 13 och 16 år. Vid hälsobesöket används hälsoenkäter som underlag för ett hälsosamtal. Eleverna svarar bland annat på frågor om hälsa, levnadsvanor, arbetsmiljö och trivsel. Även bakgrundsfaktorer som exempelvis kön, ålder, etnicitet, boende och eventuella funktionsnedsättningar ingår (Engh et al., 2016).

Enkätfrågorna har en salutogen ansats och baseras på frågeformulär som tidigare använts inom medicinska elevhälsan i Sverige samt frågor i instrumentet 5–15 som är ett nordiskt formulär för utredning av barns utveckling och beteende (Kadesjö et al., 2004). Enkäterna baseras också på frågor från SDQ-formuläret (The Strengths and Difficulties Questionnaire) som används för att bedöma barns psykiska hälsa. SDQ är enligt Socialstyrelsen (2017) en bedömningsmetod som används för att mäta barn och ungdomars psykiska hälsa. Detta formulär bygger i sin tur på två andra etablerade och internationellt spridda instrument, Rutters formulär och ChildBehaviourChecklist (Socialstyrelsen, 2017).

I Värmland har frågorna validerats tillsammans med cirka 20 000 elever och drygt 90 skolsköterskor. Frågor som elever missförstått har tagits bort från enkäten eller formulerats om. Denna förståelsekorrigering/validering har pågått sedan 2009. Några ändringar av frågorna har inte bedömts nödvändig sedan år 2012. Elever i förskoleklass svarar på hälsoenkäten tillsammans med sina föräldrar. Övriga elever svarar enskilt i skolan och lämnar

den själva till skolsköterskan. En mindre grupp elever kan ha svårt att fylla i enkäten och får då hjälp av skolsköterskan. Svaren på frågorna valideras i samband med hälsosamtalet och missuppfattningar korrigeras av skolsköterskan tillsammans med eleven (Engh et al., 2016).

## Urval

Elevhälsodata har hämtats från läsåren 2012/2013, 2013/2014, 2014/2015. Med data från årskurs (åk) 4 och 7 samt åk 1 på gymnasiet i Värmland. För att undvika att samma individer skulle kunna återfinnas i materialet flera gånger begränsades urvalet till tre läsår. Samma elever skulle annars kunna ha svarat på enkäten två gånger, dock i olika årskurser.

Förskoleklass valdes bort då frågor kring delaktighet och skolsituation är formulerade på ett annat sätt till den åldersgruppen. Den totala svarsfrekvensen för samtliga tre läsår var för åk 4 91 %, 80 % för åk 7 och för gymnasiet åk 1 82%.

## Variabler

Valet av variabler bygger på tidigare forskning och modellen för delaktighet som utarbetats av SPSM år 2015. Enligt modellen är delaktighet ett komplext begrepp som innehåller många dimensioner och som påverkas av kulturella sammanhang. Två variabler i materialet var aktuella för att beskriva elevers upplevda delaktighet. Dessa två var ”jag känner mig delaktig och får vara med och bestämma i skolan” och ”jag tycker att lärarna lyssnar på mig”. Den variabel som bedömdes som mest relevant för att beskriva upplevd delaktighet i den här studien var: ”jag känner mig delaktig och får vara med och bestämma i skolan”.

Variabler för att beskriva arbetsmiljö och relationer i skolan var: ”jag har vänner i skolan”, ”jag tycker att all personal i skolan är vänlig mot mig”, ”jag tycker alla elever i skolan är vänliga mot mig”, ”jag är nöjd med skolarbetet”, ”jag har arbetsro på lektionerna”, ”jag trivs i skolan”, ”jag tycker att lärarna lyssnar på mig”, ”jag får den hjälp jag behöver”, ”jag kan koncentrera mig”. Svartalternativen för frågor om arbetsmiljö och relationer var ”stämmer mycket bra”, ”stämmer ganska bra”, ”stämmer dåligt” och ”stämmer inte alls”.

Psykisk hälsa kan enligt Bremberg och Dalman (2014) mätas och beskrivas utifrån exempelvis psykologiska och psykosomatiska symtom. Utvalda variabler i studien var: ”jag känner mig ledsen”, ”jag känner mig arg”, ”jag känner mig irriterad och på dåligt humör”, ”jag känner mig orolig och ängslig”, ”jag har ont i rygg, nacke eller axlar”, jag känner mig yr”, ”jag har ont i magen”, ”jag har huvudvärk”. Utvalda variabler för att beskriva

välbefinnande var: ”jag känner mig nöjd med mig själv”, ”jag ser positivt på framtiden”, ”jag är nöjd med min kropp”, ”jag mår bra”. Svartalternativen för frågor om psykologiska och psykosomatiska symtom och välbefinnande var ”varje dag”, ”ofta”, ”sällan” och ”aldrig”.

## **Transformerering av variabler**

Variablerna inom områdena arbetsmiljö, skolsituation, psykosomatiska symtom, psykologiska symtom och välbefinnande kodades om till binära variabler. Svartalternativen ”stämmer mycket bra” plus alternativet ”stämmer ganska bra” kodades om till ett ”ja”. Alternativerna ”stämmer dåligt” plus ”stämmer inte alls” kodades om till ”nej”. Svartalternativen med negativa hälsoutfall, exempelvis ”jag känner mig ledsen” och ”jag har ont i magen” kodades om så att ”varje dag” plus ”ofta” blev ”ja” och alternativerna ”sällan” plus ”aldrig” blev ”nej”. Svartalternativen gällande rökning kodades om så att daglig rökning blev ett ”ja” och övriga alternativ ”nej”. För variabeln alkohol gjordes omkodning så att alternativet ”ja” blev en sammanslagning av ”har provat” plus de som svarat att man dricker ”någon gång per år alternativt månad alternativt vecka. Svartalternativet att man ”aldrig” druckit alkohol okodades till ett ”nej”.

## **Analys av data**

Statistiska analyser gjordes i analysprogrammet IBM SPSS statistics version 22. Första steget var att redovisa sociodemografiska data för hela materialet, se vidare tabell 1.

I tabell 2 redovisas det totala utfallet för de två variabler som tydligast beskriver elevers delaktighet, i förhållande till kön och ålder. Alla sambandsanalyser gjordes med Chi2 test, signifikant var  $<0.05$ . I första sambandsanalysen (tabell 3) redovisas variabeln ”delaktighet och får vara med och bestämma” mot variabler som beskriver elevens skolsituation, relationer, självbild och riskbeteende. Nästa steg var en analys av sambandet mellan delaktighet och hälsa (tabell 4).

För att göra en analys av en möjlig linjär korrelation mellan upplevd delaktighet och dess koppling till hälsa gjordes en sambandsanalys för samtliga svartalternativ på delaktighet. Svartalternativen var ”stämmer mycket bra”, ”stämmer ganska bra”, ”stämmer dåligt” och ”stämmer inte alls. I den analysen ingick tre frågeområden, välbefinnande, psykosomatiska symtom och psykologiska symtom. För att pröva stabiliteten i data, då det i vissa grupper var få individer, gjordes även analys med Chi2 test, då mot delaktighet med svartalternativen ”ja” eller ”nej”. I analysen gjordes en uppdelning på kön.



## **Etiska överväganden**

All data som använts i studien var avidentifierade och inga personnummer eller namn fanns kodade eller registrerade. När hälsoenkäterna fylldes i informerades både elever och vårdnadshavare om att avidentifierade data kunde komma att användas till forskning i samverkan med Karlstads universitet. Data från hela Värmland ingick i sammanställningen vilken minimerar risken för att kunna härleda information till enskild elev eller skola.

## **Studiens förväntade betydelse/nytta**

Resultatet av studien kan förhoppningsvis öka kunskapen om vad elevers upplevda delaktighet har för betydelse för deras hälsa och lärande. Kunskap som sedan kan användas både i mötet med enskilda elever och för att utveckla elevhälsans och skolans verksamhet. Om skolsköterskan får ökad kunskap om hur elever upplever delaktighet i sin skolsituation och vilka samband detta har med hur eleverna skattar sin hälsa kan det stärka det hälsofrämjande och förebyggande arbetet inom medicinska elevhälsan och i skolan som helhet. Resultatet kan diskuteras med rektor, elevhälsoteam och övrig skolpersonal och generera ny kunskap kring arbetssätt och bemötande som kan påverka elevernas skolsituation positivt.

## **Resultat**

### **Sociodemografiska data**

Av tabell 1 framgår att det var en jämn fördelning mellan könen i urvalsgruppen. Även åldersmässigt var det en likvärdig fördelning mellan årskurserna med en något högre andel, drygt 35%, i åk 4 jämfört med 32 % i åk 7 och åk 1 på gymnasiet. I studien var 92 % av eleverna födda i Sverige eller övriga Norden. Nästan 37 % hade någon form av diagnostiserad funktionsnedsättning/ sjukdom. I studien bodde 35 % av eleverna inte med båda sina föräldrar.

Tabell 1: Sociodemografisk data

Variabel		N (%)
Elever	Alla	20 407
Kön	Pojkar	10 023 (49,1)
	Flickor	10 385 (50,9)
Årskurs	Åk 4	7208 (35,3)
	Åk 7	6546 (32,1)
	Åk 1 gymnasiet	6653 (32,6)
Födelseland	Född i Norden	18 844 (92,4)
	Utlandsfödda (utanför Norden)	1563 (7,6)
Diagnostiserad funktionsnedsättning/sjukdom	Ja	7506 (36,8)
	Nej	12 901 (63,2)
Boende	Båda föräldrar	13 259 (65)
	En förälder	2931 (14,4)
	Växelvis boende	3399 (16,7)
	Övrigt (familjehem, eget boende)	818 (3,9)

## Upplevd delaktighet

I ett inledande skede jämfördes två variabler, som utifrån tidigare forskning och SPSM:s delaktighetmodell (2015), bedömdes relevanta för att beskriva elevers upplevda delaktighet. Dessa var ”jag känner mig delaktig och får vara med och bestämma” och ”lärarna lyssnar”. Bägge variablerna analyserades mot andra frågeställningar och svaren var jämförbara i flertalet aspekter, se även tabellbilaga, tabell A. Då det inte var uppenbart att relevant information skulle gå förlorad valdes ”lärarna lyssnar” bort som en del av att bedöma elevers upplevda delaktighet och lades i stället in som en variabel för att beskriva elevens skolsituation.

Tabell 2: Jämförelser variabler för upplevd delaktighet

Variabel N (%)		Antal	Pojkar	Flickor	Åk 4	Åk 7	Åk 1 gymn.
Lärarna lyssnar	Ja	19 622 (96,2)	9964 (96)	9658 (96,4)	6690 (97)	6257 (95,6)	6375 (95,8)
	Nej	707 (3,5)	378 (3,6)	329 (3,3)	194 (2,7)	251 (3,8)	262 (3,9)
Delaktig/ får bestämna	Ja	18 512 (90,7)	9264 (89,2)	9248 (92,3)	6611 (91,7)	5929 (90,6)	5972 (89,8)
	Nej	1732 (8,5)	1032 (9,9)	700 (7,0)	551 (7,6)	568 (8,7)	613 (9,2)

Tabell 2 visar att de båda variablerna stämmer väl överens med varandra i resultat. När den totala mängden data analyserats fanns inte några signifikanta skillnader på att ”lärarna lyssnar” mellan pojkar och flickor. På variabeln ”delaktig och får vara med och bestämma” var det dock nästan 3 % fler pojkar som svarat nej. Fler flickor kände sig delaktiga och fick vara med och bestämma. Det var en högre andel elever som uppgav att ”lärarna lyssnar” än vad det var elever som kände sig delaktiga. När stratifiering av ålder gjordes visar det sig att antalet elever som svarat nej på både frågan ”lärarna lyssnar” och på att de känner sig ”delaktig och får vara med och bestämma” ökade med stigande ålder. Upplevelsen av att vara delaktig i sin skolsituation och att lärarna lyssnade minskade ju äldre eleverna blev.

### **Delaktighet och skolsituation, relationer, självbild och riskbeteende**

Uppgifterna i tabell 3 togs fram genom sambandsanalyser mellan delaktighet och elevers skolsituation, relationer, självbild samt riskbeteende. Signifikanta samband kunde påvisas inom samtliga områden.

Tabell 3: Delaktighet; skolsituation, relationer, självbild och riskbeteende

<b>DELAKTIG OCH FÅR VARA MED OCH BESTÄMMA</b>							
<b>Variabel N (%)</b>			<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Total</b>	<b>P Value<sup>1</sup></b>	
SKOLSITUATION	Jag har arbetsro på lektionerna	<b>Ja</b>	16 792 (90,9)	1162 (67,4)	17 954	<0,001	
		<b>Nej</b>	1677 (9,1)	562 (32,6)	2239		
	Lärarna lyssnar	<b>Ja</b>	18 134 (98,3)	1344 (77,8)	19 478	<0,001	
		<b>Nej</b>	316 (1,7)	383 (22,2)	699		
	Får hjälp	<b>Ja</b>	18 096 (98)	1373 (79,5)	19 469	<0,001	
		<b>Nej</b>	375 (2)	354 (20,5)	729		
	Nöjd med skolarbetet	<b>Ja</b>	17 337 (94)	1236 (72,1)	18 573	<0,001	
		<b>Nej</b>	1103 (6)	479 (27,9)	1582		
	RELATIONER	Vänner i skolan	<b>Ja</b>	18 318 (99,2)	1603 (93)	19 921	<0,001
			<b>Nej</b>	149 (0,8)	121 (7,0)	270	
Vänliga vuxna		<b>Ja</b>	18 279 (99,1)	1504 (87,3)	19 783	<0,001	
		<b>Nej</b>	169 (0,9)	219 (12,7)	388		
SJÄLVBILD	Jag är vänlig mot elever och personal	<b>Ja</b>	18 292 (99,3)	1598 (93,1)	19 890	<0,001	
		<b>Nej</b>	138 (0,7)	118 (6,9)	256		
	Kan koncentrera mig	<b>Ja</b>	14 563 (78,9)	909 (52,7)	15 472	<0,001	
		<b>Nej</b>	3901 (21,1)	816 (47,3)	4717		
RISKBETEENDE	Rökning <sup>2</sup>	<b>Ja</b>	412 (3,5)	86 (7,3)	498	<0,001	
		<b>Nej</b>	11 401 (96,5)	1090 (92,7)	12 491		
	Alkohol <sup>3</sup>	<b>Ja</b>	4630 (39,1)	596 (50,8)	5226	<0,001	
		<b>Nej</b>	7211 (60,9)	577 (49,2)	7788		

Elever som inte upplevde sig delaktiga uppgav en lägre grad av arbetsro på lektionerna, de var mindre nöjda med sitt skolarbete, hade färre vänner i skolan och upplevde i en lägre grad att vuxna var vänliga. Elever som inte upplevde sig delaktiga uppgav också att de själva var mindre vänliga mot andra elever i skolan. Mer än dubbelt så många elever som inte upplevde delaktighet uppgav också att de inte kunde koncentrera sig i skolan. Daglig rökning var vanligare bland elever som inte upplevde delaktighet. Andelen elever som provat alkohol fanns i lägre grad (39 %) bland elever som upplevde sig delaktiga. Bland elever som inte

<sup>1</sup> P <0,05 är signifikant

<sup>2</sup> Ja = daglig rökning

<sup>3</sup> Ja = druckit alkohol

upplevde sig delaktiga hade drygt hälften (51 %) provat alkohol. Analyser gjordes, som inte redovisas i denna rapport, på skillnader mellan pojkar och flickor när det gällde delaktighet kopplat till skolsituation, relationer, självbild och riskbeteende. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan pojkar och flickor förutom när det gäller arbetsro i skolsituationen och daglig rökning. Pojkar uppgav en högre grad av arbetsro oavsett om de upplevde sig delaktiga eller inte. För daglig rökning var det motsatt förhållande vid jämförelse mellan könen. Det var vanligare att flickor uppgav dagligen rökning oavsett om de upplevde sig delaktiga eller inte.

## Delaktighet och samband med upplevd hälsa

Resultatet redovisas i sin helhet i tabellbilaga, tabell B. I tabell 4 nedan redovisas en sammanfattning.

Tabell 4: Delaktighet och hälsa

<b>DELAKTIG OCH FÅR VARA MED OCH BESTÄMMA</b>						
<b>Variabel N (%)</b>			<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Total</b>	<b>P Value<sup>4</sup></b>
VÄL- BEFINNANDE	Nöjd med mig själv	<b>Ja</b>	17 034 (92,2)	1310 (75,9)	18 344	<0,001
		<b>Nej</b>	1434 (7,8)	416 (24,1)	1850	
	Nöjd med min kropp	<b>Ja</b>	15 787 (85,5)	1201 (69,5)	16 988	<0,001
		<b>Nej</b>	2678 (14,5)	526 (30,5)	3204	
	Positiv framtidstro	<b>Ja</b>	18 048 (98,2)	1530 (89,6)	19 578	<0,001
		<b>Nej</b>	334 (1,8)	178 (10,4)	512	
PSYKO- SOMATISKA SYMPTOM	Huvudvärk	<b>Ja</b>	3172 (17,2)	460 (26,7)	3632	<0,001
		<b>Nej</b>	15 297 (82,8)	1265 (73,3)	16 562	
	Magont	<b>Ja</b>	2278 (12,3)	412 (23,9)	2690	<0,001
		<b>Nej</b>	16 175 (87,7)	1310 (76,1)	17 485	
	Yr	<b>Ja</b>	1183 (6,4)	238 (13,8)	1421	<0,001
		<b>Nej</b>	17 623 (93,6)	1485 (86,2)	18 748	
PSYKOLOGISKA SYMPTOM	Ledsen	<b>Ja</b>	1460 (7,9)	431 (25)	1891	<0,001
		<b>Nej</b>	17 006 (92,1)	1290 (75)	18 296	
	Oro	<b>Ja</b>	1515 (8,2)	408 (23,7)	1923	<0,001
		<b>Nej</b>	16 921 (91,8)	1317 (76,3)	18 238	
	Irriterad dåligt humör	<b>Ja</b>	2289 (81,1)	535 (18,9)	2824	<0,001
		<b>Nej</b>	16 477 (93,2)	1185 (6,8)	17 362	

<sup>4</sup> P <0,05 är signifikant

Resultatet i tabell 4 visar att det fanns en statistisk signifikant positiv korrelation mellan delaktighet och välbefinnande både för pojkar och för flickor. Ju mer delaktig eleven kände sig desto tydligare utfall av ett gott välbefinnande. Pojkar hade en högre grad av välbefinnande än flickor och var mer nöjda med sin kropp. Det var dubbelt så vanligt att elever som inte kände sig delaktiga också var missnöjda med sin kropp. Ett missnöje med den egna kroppen kan också vara en orsak till upplevelsen av utebliven delaktighet. Elevers framtidstro hade ett samband med upplevd delaktighet. Det var nästan tio gånger vanligare med en negativ framtidstro vid utebliven delaktighet och här skiljde sig inte pojkar och flickor nämnvärt åt.

När det gällde psykisk ohälsa fanns en negativ signifikant korrelation med delaktighet. Vid hög delaktighet minskade omfattningen av psykologiska och psykosomatiska symtom. Pojkar med låg delaktighet hade dubbelt så ofta huvudvärk och mer än dubbelt så ofta magont jämfört med pojkar med hög delaktighet. Yrsel var nästan fyra gånger vanligare, för både pojkar och flickor, vid låg upplevd delaktighet.

Flickor uppgav oftare psykisk ohälsa än pojkar. Upplevelsen av låg delaktighet hade ett starkt samband med den psykiska ohälsan bland både pojkar och flickor. Det var mer än dubbel så många med upplevd låg delaktighet, bland både pojkar och flickor, som kände sig ledsna och oroliga. Flickor angav oftare än pojkar att de kände sig arga, irriterade och på dåligt humör. Anmärkningsvärt var att i gruppen elever som upplevde sig irriterade och på dåligt humör hade den övervägande delen också en hög grad av delaktighet. Gruppen elever som angav att de inte känner sig irriterade och på dåligt humör hade dock en ännu högre grad av upplevd delaktighet.

## Diskussion

### Resultatdiskussion

Resultatet i den här studien visade att elevers upplevda delaktighet hade signifikanta samband med deras hälsa. Syftet med denna studie var att ta reda på om det förelåg ett sådant samband och får därför anses vara positivt besvarat. Faktorer som verkade ha betydelse för upplevd delaktighet var skolmiljö/skolsituation, relationer, självbild, riskbeteende och psykisk hälsa. Resultatet diskuteras nedan utifrån samma rubriker som återfinns i resultatredovisningen.

### Skolmiljö och skolsituation

För att uppleva sig delaktig räckte det inte, enligt resultatet i denna studien, med att som elev få sin röst hörd eller bli lyssnad på. Antalet elever som uppgav att de blir lyssnade på var fler än andelen elever som kände sig delaktiga. Arbetsro i klassrummet och upplevelsen av att få stöd och hjälp påverkades också negativt av att inte känna sig delaktig. Resultatet visar vidare att de elever som kände sig delaktiga i sin skolsituation också uppgav att de fick hjälp i skolan. Bland elever som inte upplevde delaktighet uppgav däremot en femtedel att de inte fick hjälp. Det kan också vara så att den uteblivna hjälpen och bristen på arbetsro var det som skapade upplevelsen av att inte vara delaktig. Hur enskilda eleverna i den här studien tolkar begrepp som delaktighet och att bli lyssnad till går inte att klargöra. Resultat styrks dock av Shiers (2001) teoretiska modell för barns delaktighet där att bli lyssnad till utgör basnivån för att skapa delaktighet. För att komma högre upp på ”delaktighetsstegen” måste barnet få uttrycka sin åsikt, deras åsikt måste bli tagen på allvar, barnet behöver få bli involverat i att ta beslut och tillåtas att ta ansvar för dessa beslut. I en skolsituation skulle det betyda att det är eleverna som kommer med idéer och utformar arbetssätt men bjuder in vuxna för att få stöd och hjälp i beslutsfattandet (Shier, 2001).

Andra studier har visat att upplevelsen av att inte få hjälp och stöd bidrar till en negativ upplevelse av skolsituationen för den enskilda eleven. Skolmiljön kan vara stärkande för elever men också en riskfaktor för att utveckla ohälsa (Eriksson & Sällström, 2010; Gillander Gådin, 2002; Moknes et al. 2014; Warne, 2013; Wihlsson et al., 2016). För att skapa ett gott klassrumsklimat behöver läraren ställa realistiska krav på sina elever. (Eriksson & Sällström, 2010). Gustafsson et al. (2010) har visat att svårigheter tidigt i ett barns skolgång, i synnerhet läs- och skrivsvårigheter, orsakar internaliserande och externaliserande psykiska problem.

Resultatet i denna studie påvisade att elevers upplevelse av skolmiljön, exempelvis sin arbetsro, att man är nöjd med skolarbetet och att lärarna lyssnar, hade ett samband med delaktighet. Tidigare studier bekräftar detta resultat (Gillander Gådin, 2002; Warne, 2013). Warne anser att elevers upplevelse av och möjlighet till delaktighet i klassrummet och i hela skolmiljö är hälsofrämjande. Eleverna i Warnes forskning lyfter fram att samma faktorer främjar hälsa och lärande. Bemötande, personligt stöd från lärare och klasskamrater samt möjlighet till återhämtning var centrala delar i en stödjande skolmiljö. Eleverna menade också att skolan bidrog till att skapa skillnader mellan låg- respektive högpresterande elever (Warne, 2013). Gillander Gådins forskning (2002) visade att skolans psykosociala arbetsmiljö hade en högre påverkansgrad för att utveckla psykisk ohälsa än elevernas socio-ekonomiska bakgrund.

Låg delaktighet hade i den här studien ett samband med sämre relationer till både vuxna och andra elever i skolan. Det fanns också ett samband med koncentrationssvårigheter och nästan en fjärdedel tyckte inte att lärarna lyssnade. Det finns forskning gjord i samma skolmiljö som en del av eleverna i innevarande studie har befunnit sig i och resultaten tangerar varandra. Perssons (2016) avhandling om hälsofrämjande aktiviteter i skolmiljö belyser elevers inflytande över sin skolsituation, både den fysiska arbetsmiljön och lärandesituationen, som viktiga för att lyckas i skolan och för att få kamrater i klassen. Persson har forskat på hälsofrämjande aktiviteter som pågått i Karlstads kommun under åren 2006–2012. Eleverna i Perssons studie beskriver det psykosociala klimatet i skolan, bland både vuxna och elever, som avgörande för att trivas och lyckas med sina studier. Eleverna vill ha en hög vuxennärvaro i skolan och tydliga regler för vilka normer och värderingar som gäller i det egna klassrummet. Skolledare i studien uttrycker att det krävs ett långsiktigt arbete för att skapa hälsofrämjande skolmiljöer och i den miljön ingår goda relationer mellan vuxna och elever och mellan elever och elever (Persson, 2016).

Skolmiljön är viktigt då skolan har ett lagstadgat uppdrag (SFS, 2010:80) att arbeta kompensatorisk. Alla elever ska få stöd och stimulans utifrån sina individuella förutsättningar för att nå så långt som möjligt enligt utbildningens mål. Elever med någon form av funktionsnedsättning ska få stöd så att det motverkar funktionsnedsättningens konsekvenser. Utvecklingen av en inkluderande skola och Specialpedagogiska skolmyndighetens arbete med en modell för delaktighet bottnar i ett arbete för att stärka möjligheterna till en god skolgång för barn och unga med funktionsnedsättning (Nilholm et al., 2014; SPSM, 2015). Resultatet i



den här studien pekar på vinsten av att utveckla arbetssätt och skolmiljöer som stärker elevers delaktighet. Det verkar gagna elevers upplevda hälsa och välbefinnande, oavsett vilken typ av funktionsvariation som finns i elevgruppen.

## **Relationer, självbild och riskbeteende**

Elever med en lägre grad av delaktighet uppgav i den här undersökningen en mer negativ bild av sig själv och sina relationer i skolan. Resultatet visade en statistisk signifikant positiv korrelation mellan delaktighet och välbefinnande, för både pojkar och flickor.

Nästan alla elever med hög delaktighet var nöjda med sitt skolarbete. Vid låg delaktighet var enbart en femtedel av eleverna nöjda med sitt skolarbete. Resultatet visade att även kroppsuppfattningen påverkades, i gruppen flickor med hög delaktighet var drygt tre av fyra ”nöjda med sin kropp” att jämföra med hälften av flickorna med låg delaktighet. Andelen elever som uppgav koncentrationssvårigheter var mer än dubbel så stor i gruppen med låg delaktighet. I den här studien uppgav gruppen med låg delaktighet fem gånger så ofta att dom inte hade vänner i skolan. Upplevelse av dåliga relationer till både vuxna och andra elever hade ett samband med en låg upplevd delaktighet. Eller så är det bristen på goda relationer som förstärker upplevelsen av låg delaktighet och bidrar till en sämre självbild och svårigheter med koncentration. Dåliga relationer kan ha bidragit till att skapa den låga delaktigheten och upplevelsen av att vara mindre vänlig mot andra.

Samband mellan delaktighet i skolmiljö, relationer, välbefinnande och hälsa som påvisats i denna studie stärks av det som Gustafsson et al. (2010) lyfter fram i en kunskapsöversikt om psykisk hälsa kopplat till inläring och skolmiljö. Relationer har en avgörande betydelse för elevers upplevda hälsa och en god självuppfattning påverkar lärande och skolprestationer i en positiv riktning. Relationer till lärare och klasskamrater kan vara både risk- och skyddsfaktorer för utvecklingen av psykisk ohälsa. Skolmisslyckande kan ha en koppling till psykisk ohälsa. Att jämföra sina resultat med klasskamrater påverkar självbilden men till vilken grad och i vilken riktning beror på olika delar av skolmiljön, till exempel gruppammansättningen (Gustafsson et al., 2010).

Det finns starkt stöd i forskning att mobbing är en riskfaktor för psykisk ohälsa (Beckman, 2013; Carleby, 2012). Sverige och 34 andra länder tillhör Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) som vart tredje år genomför elevenkäter. Dessa undersökningar redovisas i det som kallas PISA-rapporter, PISA står för Programme för

International Student Assessment. Resultatet från PISA år 2015 visar att elever som mobbas skolkar oftare, presterar sämre på prov och har sämre resultat i naturvetenskap, läsförståelse och matematik (Skolverket, 2017).

Annan aktuell forskning om relationer och elevers stress i skolmiljö visar att goda relationer till både vuxna och kamrater och tillgången på anpassad information kan vara främjande faktorer (Moknes et al., 2014; Wihlsson et al., 2016). Dessa resultat verkar vara överförbart även inom andra områden som till exempel hälso- och sjukvård. Forskning kring barn i perioperativ vård, det vill säga före, under och efter en operation, visar att relationen med vårdpersonalen plus tydlig och detaljerad information kring vårdförloppet var en viktig del för att skapa trygghet och delaktighet i en stressfull situation (Sjöberg et al., 2015). Ett barns erfarenhet av en operation kan inte jämföras med vardagen i skolan men det verkar handla om samma skyddsfaktorer för att bättre kunna hantera upplevelsen av att vara i beroendeställning och utsatt för stress.

I den här studien var daglig rökning och att ha provat alkohol vanligare bland elever med låg delaktighet. I gruppen elever med låg delaktighet var daglig rökning dubbelt så vanligt jämfört med gruppen elever som upplevde hög delaktighet. Flickor uppgav oftare daglig rökning än pojkar oavsett om de upplevde sig delaktiga eller inte. Som tidigare beskrivits hade i den här studien även elevernas självbild och välbefinnande ett samband med upplevd delaktighet. Liknade resultat återfinns i Bond et al. (2007) som i en studie visar att trivsel i skolan och goda relationer med klasskamrater kan minska risken för framtida droganvändning. Kopplingen mellan självbild och alkohol- och tobakskonsumtion bland unga bekräftas av en annan aktuell undersökning. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) utför årligen en undersökning om skolelevers drogvanor. Enkätundersökningen riktar sig till elever i årskurs 9 och årskurs 2 på gymnasiet. Undersökningen år 2016 visar att en större andel av eleverna som röker var missnöjda med sig själva och sin hälsa respektive sin familjs ekonomiska situation jämfört med icke-rökarna. Det fanns en större andel elever som drack alkohol i gruppen som var missnöjda med sig själva, sin hälsa och sin ekonomiska situation jämfört med de som uppgav att de var nöjda med detta (CAN, 2016).

## **Samband med psykisk hälsa**

Den här studiens resultat visade en negativ signifikant korrelation mellan psykologiska och psykosomatiska symtom och upplevd delaktighet. Elever som uppgav hög delaktighet i sin skolsituation hade en lägre grad av psykisk ohälsa. Elever med hög delaktighet hade en bättre självupplevd psykisk hälsa eller så förutsätter skolsystemet en god psykisk hälsa för att kunna vara delaktig. I den här studien hade flickor en högre andel psykosomatiska symtom än pojkar vilket skulle kunna ha ett samband med en högre grad av stress hos flickorna. Resultatet att flickor i högre grad än pojkar upplever stress och psykosomatiska symtom återfinns även i annan forskning (Gillander Gådin, K.; Hammarström, A. 2005; Gustafsson et al, 2010; Randal, 2016; Wihlsson et al., 2016).

Andra studier klarlägger sambandet mellan prestationer i skolan och psykisk hälsa (Boman, 2016; Folkhälsomyndigheten, 2016; Gustafsson et al, 2010; Skolverket, 2015). Boman (2016) påvisar i sin avhandling att elevers psykiska hälsa har ett signifikant samband med deras kunskaper i matematik och svenska och detta oberoende av andra faktorer. Redan under de första åren i grundskolan går det att hitta samband mellan god psykisk hälsa och goda skolresultat. Lärarens engagemang men också vilken skolan och vilken klass man går i kan påverka skolresultaten positivt. Sämst skolresultat påvisas bland gruppen elever med låg socio-ekonomisk bakgrund kombinerat med egen psykisk ohälsa (Boman, 2016).

## **Skillnader mellan kön och ålder**

I den här studien var det fler flickor som svarade ja på frågan om de ”känner sig delaktiga och får vara med och bestämma” i skolan. Pojkar i gruppen med låg delaktighet hade en högre grad av psykosomatiska symtom jämfört med pojkar med hög delaktighet. Pojkar med låg delaktighet hade dubbelt så ofta huvudvärk och mer än dubbelt så ofta magont jämfört med pojkar med hög delaktighet. Flickor med låg delaktighet hade dock oftare magont och huvudvärk jämfört med pojkar med låg delaktighet. Yrsel var nästan fyra gånger vanligare, för både pojkar och flickor, vid låg upplevd delaktighet. Flickor uppgav oftare psykisk ohälsa än pojkar. Det kan också vara så att de psykosomatiska och psykologiska symtomen leder till upplevelsen av låg delaktighet. Det var mer än dubbel så många elever med upplevd låg delaktighet, bland både pojkar och flickor, som angav att det kan känna sig arga, ledsna och oroliga varje dag eller ofta.

Ovanstående resultat, som visar på skillnader mellan pojkar och flickors psykiska ohälsa kopplat till skolsituationen, återkommer även i andra studier (Gillander Gådin, K.; Hammarström, A. 2005; Gustafsson et al, 2010; Randal, 2016; Wihlsson et al., 2016). Att flickor har fler symtom på psykisk ohälsa förklaras och problematiseras på olika sätt i olika studier. Sexuella trakasserier som flickor utsätts för i högre grad i skolmiljön kan vara en förklaring (Gillander Gådin, K.; Hammarström, A. 2005). Skolrelaterade problem med låga skolresultat och upplevelsen av att inte kunna prestera tillräckligt bra orsakar internaliserande symptom för flickor under tonåren (Gustafsson et al., 2010). Wihlsson et al. (2016) menar att flickor och pojkar har olika förhållningsätt när det gäller att hantera stress i skolan och andra utmaningar i det dagliga livet. Det är viktigt för både pojkar och flickor att lyckas men pojkar har en mer avslappnad attityd till sina studier. Flickor pratar mer om stress och använder en större del av sin fritid till att studera. Båda könen upplever en stress över att vilja se bra ut. Det som är mest stressande för flickor är att få höga betyg medan det för pojkar är att lyckas i sport och ha en vältränad kropp (Wihlsson et al., 2016). I Moknes et al. (2014) studie uppgav flickor i högre grad än pojkar, att de kände stress i samband med relationskonflikter, både i och utanför skolan och även kände en högre grad av stress inför skolprestationer. För pojkarna kunde skolstress vara kopplat till både ångest och depression medan det för flickor framför allt var kopplat till depressiva symtom.

Pojkars upplevelse av sin egen hälsa påverkas enligt Randal (2016) av ett samspel mellan relationer och upplevda social status. Randalls avhandling visar att tillitsfulla relationer och att känna tillhörighet var viktigare faktorer än den fysiska hälsan. En god självskattad hälsa kopplades till en hög social status och stolthet verkade vara en skyddsfaktor för god hälsa. Kroppen uppfattades som ett verktyg att nå hälsa och vissa av pojkarna hade svårt att se hälsa som en helhet när de skulle hantera svåra känslor. Att kunna stå emot traditionella normer kring maskulinitet och ändå behålla sin sociala status bidrog till att stärka hälsan (Randall, 2016).

Hälsoproblem tenderar enligt Gustafsson et al. (2010) att minska när eleverna börjar på gymnasiet och får fler valmöjligheter och en ökad tillgång på aktiviteter. Resultatet i den här studien visade att elevernas psykiska hälsa inte förbättrades när de blev äldre (se tabellbilaga, tabell C). En förklaringsmodell kan vara att det i innevarande resultat fanns en korrelation mellan psykisk ohälsa och upplevd delaktighet. Den upplevda delaktighet minskade när eleverna i den här studien kom i gymnasiet och det skulle kunna vara en del av förklaring till

att hälsoproblemen inte minskade. Då blir tolkningen att en förutsättning för minskade hälsoproblem skulle vara en hög upplevd delaktighet i skolan. Det kan också vara så att elever tolkar begreppet delaktighet annorlunda när man blir äldre och att det påverkar resultatet.

Det finns internationella undersökningar som belyser samband mellan elevers delaktighet och deras studiemotivation och skolresultat. I PISA 2015 svarade eleverna på en enkät och samtidigt gjorde de ett prov i naturvetenskap, läsförståelse och matematik. Skolverket (2017) skriver i sin analys att elever som känner tillhörighet i skolan presterar bättre i naturvetenskap, läsförståelse och matematik. I Sverige och i övriga OECD-länderna kvarstår denna skillnad även om man tar hänsyn till socioekonomiska faktorer. Andelen 15-åriga elever som känner sig utanför i skolan har ökat från första mätningen år 2003. Det är något vanligare att flickor känner sig utanför. När det gäller känslan av utanförskap har socioekonomiska faktorer betydelse, både i Sverige och övriga OECD-länder. Fler elever i socioekonomisk gynnsamma områden och skolor känner större tillhörighet i skolan och har en högre grad av arbetsro. Pojkar uppger i högre grad att de känner sig orättvist behandlade av sin lärare jämfört med flickor. Elever med utrikesfödda föräldrar upplever sig mest utsatt för en orättvis behandling från sina lärare. Graden av tillhörighet och delaktighet har minskat och Skolverkets slutsats blir att detta påverkar lärandet (Skolverket, 2017).

## Resultatet i teori och praktik

ELSA data som ligger till grund för den här studien samlas in på individnivå. Graden av delaktighet hade signifikanta samband med välbefinnande, hälsoutfall och riskbeteende. Det fanns en negativ korrelation mellan psykologiska och psykosomatiska symtom och upplevd delaktighet. Resultatet kan förstås genom att sorteras in i under de olika nivåerna i en systemteoretisk modell (Folkhälsomyndigheten, 2013). Individen/eleven finns i centrum och vissa faktorer så som kön och arv är beständiga. Risk- och skyddsfaktorer för att stärka eller försämra hälsan, hälsans bestämningsfaktorer, hänger samman i ett system och faktorerna påverkar varandra och individen. Elevers skolsituation och hälsa påverkas av deras livsvillkor, levnadsvanor och samhällets strukturella delar. Elevernas relationer i skolan, både med vuxna och klasskamrater påverkar deras studieresultat. Resultatet i den här studien stärks av tidigare forskning som visar att inom alla delar av modellen, såsom **samhällsutveckling** (Folkhälsomyndigheten, 2016; Gustafsson et al., 2010), barn- och ungas **livsvillkor** (Boman, 2016; BRIS, 2017), **levnadsvanor** (Bond et al., 2007), **relationer** (Moknes et al., 2014;

Wihlsson et al., 2016) och **individfaktorer** som elevernas kön och ålder (Gillander Gådin, K., Hammarström, 2005; Gustafsson et al., 2010; Randal, 2016; Wihlsson et al., 2016) återfinns som bestämningsfaktorer för barn och ungas upplevda delaktighet och hälsa.

När resultatet från den här studien och tidigare forskning synas mot den ovan beskrivna modellen blir nästa fråga att ställa sig; Vilka insatser skulle vara relevanta för att främja elevers delaktighet och på vilken nivå har de störst möjlighet att få effekt?

### **Insatser för att främja elevers delaktighet**

En relevant insats skulle vara att arbeta för att främja elevers skolnärvaro. Ett effektivt sätt att främja elevers skolnärvaro är att arbeta med just delaktighet. Sveriges kommuner och landsting (SKL) gav år 2013 ut en guide för systematiskt skolnärvaroarbeta i kommunen. I kunskapsguiden skriver man att det är viktigt att lyssna på eleverna och att delaktighet skapas genom att lyssna på elevens tankar (SKL, 2013). En hög skolfrånvaro ökar risken för ett framtida utanförskap och en mindre gynnad plats på arbetsmarknaden. Även levnads- och hälsovanor påverkas då dessa i hög grad fastställs under skoltiden. Konkreta och effektiva insatser på individnivå kan vara att förbättra frånvaroregistrering och snabbt följa upp frånvaron med elev och vårdnadshavare. Det kan också vara att bli bättre på att kartlägga orsakerna till frånvaron hos varje elev så att rätt åtgärder vidtas. På strukturell nivå behöver samverkan med andra aktörer, exempelvis socialtjänsten förbättras. Pedagoger och annan personal i skolan behöver också höja sin kunskapsnivå om vad som främjar skolnärvaro (SOU 2016:94).

En annan viktig insats borde vara arbetet med att forma en skolmiljö som ger elever möjligheter att vara delaktiga utifrån sina individuella förutsättningar, styrkor och svagheter. Elever definierar delaktighet som ”att vara med”, ”att ha roligt tillsammans”, ”att vara självklar” och ”att förstå och kunna” (SPSM, 2015. *Delaktighet- ett arbetssätt i skolan*, sid 11). Det går inte att arbeta inkluderande med delaktighet på en skola eller i ett klassrum utan att fråga samtliga elever om hur de ser på sitt eget lärande och sin skolsituation. En tidigare litteraturstudie (Lundgren-Kullgren, 2015) och resultatet i innevarande studie kopplat till relevant forskning stärker författarens bild av att miljön i skolan är avgörande för vilka förutsättningar elever har att på riktigt få ta kontroll över sin skolsituation och sitt lärande.

Insatser för att främja relationer och ett gott bemötande är högst relevanta för att stärka elevers delaktighet. Det verkar vara ännu viktigare när eleverna blir äldre. I den här studien upplevde elever mindre delaktighet när de blev äldre och Folkhälsomyndighetens rapport *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/14* pekar åt samma håll. Den visar att majoriteten av svenska skolbarn i alla åldrar har en positiv bild av sina lärare. De anser att lärarna bryr sig om dem, accepterar dem som de är och är att lita på. Den positiva uppfattningen om lärarna avtar dock med stigande ålder. Relationen mellan lärare och elever försämras när eleverna blir äldre. Andra nationella studier visar att den vanligaste orsaken till avhopp från skolan är att man är utsatt för mobbing av andra elever. Dåligt bemötande av lärare och brist på pedagogiskt stöd leder också till att elever inte vill gå kvar i skolan (Ungdomsstyrelsen, 2013).

Det krävs politiska beslut som lyfter elevers delaktighet som en förutsättning för att skolan ska klara av sitt kompensatoriska uppdrag (SFS, 2010:800). Det finns tillgång till både forskning, beprövad erfarenhet och konkreta verktyg (SPSM, 2015) som kan användas i det verksamhetsnära arbetet. I lärarutbildning behöver det läggas ett större fokus på kunskaper om miljöns betydelse för inlärning och varje enskild pedagogs ansvar för att arbeta inkluderande.

### **Elevhälsans ansvar och möjligheter**

I skollagen (2010:800) står att den samlade elevhälsans olika insatser, den medicinska, den psykologiska, den psykosociala och den specialpedagogiska, ska bidra till att skapa en så positiv lärsituation som möjligt för eleverna. Det innebär att även personal som arbetar inom elevhälsan måste ha kunskaper om vad som påverkar elevernas fysiska och psykosociala arbetsmiljö. Problematisk är att det egentligt inte finns något gemensamt styrdokument för den samlade elevhälsan. Först år 2014 kom ett vägledningsdokument (Socialstyrelsen och Skolverket, 2014) med syftet att vara ett kunskapsstöd och bidra till utvecklingen av en likvärdig elevhälsa. Vägledningsdokumentet nämner arbetet med arbetsmiljö, värdegrund och kränkande behandling samt det individuellt inriktade arbetet. Det saknas väsentliga delar av nationell styrning kring vilken utbildning och arbetsuppgifter elevhälsan professioner ska ha. Ansvaret läggs på skolhuvudmannen att avgöra vilken personal som behövs förutsatt att det svarar mot elevernas behov av insatser. Det tydligaste lagstyrda åtagandet har skolsköterskan med sitt ansvar för hälsobesök, vaccinationer och enklare sjukvårdsinsatser (Socialstyrelsen och Skolverket, 2014).

Förarbeten till skollagen framhåller att folkhälsovetenskaplig kompetens är värdefullt inom den medicinska elevhälsan (Prop. 2009/10). Det folkhälsovetenskapliga kunnandet behövs för att på grupp- och organisationsnivå utveckla det hälsofrämjande och förebyggande uppdraget. Något som författaren anser borde efterfrågas på flera nivåer och inom flera professioner inom skolans verksamhet. Organisationen av elevhälsan och tillgången till elevhälsans olika insatser ser mycket olika ut i Sveriges skolor (Skolinspektionen, 2012). Skolhuvudmännen behöver i högre grad säkerställa att det finns tillgång till elevhälsans alla professioner och att personalen har en utbildning som svarar mot elevernas behov (Prop. 2009/10). Skolledning måste ta ansvar för att elevhälsans kompetens används på grupp- och organisationsnivå och blir ett stöd för pedagoger i det dagliga arbetet. Om skolhuvudmannen vill utveckla arbetet mot en likvärdig utbildning och elevers delaktighet bör elevhälsans kompetens också tillvara tas i det systematiska kvalitetsarbetet som ska bedrivas, både på skol- och organisationsnivå (SFS 2010:80).

## **Generella insatser**

Kan det vara så att skolsystemet i Sverige generellt sett är bättre på att främja delaktighet och goda relationer när eleverna är yngre? Eller får äldre elever en annan förståelse för begreppet delaktighet och därmed högre förväntningar på vad det innebär att vara delaktigt?

En aktuell statlig utredning (SOU 2016:77) föreslår olika åtgärder med perspektivet att förbättra skolnärvaron. Åtgärder som också skulle främja elevers delaktighet och öka deras möjlighet att skapa goda relationer. Några av dessa förslag är;

- Sammanhållna skoldagar, det vill säga färre håltimmar och färre antal möten med människor under en och samma skoldag.
- En nationell utbildning för elevskyddsombud.
- Tillgång till studie- och yrkesvägledning även för elever i lägre årskurser.
- Tydligare styrning och lagstiftning kring elevhälsan uppdrag och tillgången på elevhälsans olika professioner.
- Ändringar i skollagen som säkerställer en systematisk överlämning i alla övergångar, inte bara mellan skolformerna som det står idag utan även mellan stadier inom grundskolan.



En elevs möjligheter för att vara delaktig skiljer sig åt beroende på kontext och aktivitet. SPSM (2015) menar att elevens engagemang är en del av den upplevda delaktigheten och engagemang inte kan tvingas fram. På vilket sätt är aktiviteter tillgänglig och möjlig att förstå för eleven? Till vilken grad kan eleven vara med och bidra? Kan eleven vara med i samma handling som övriga i gruppen? Engagemanget påverkas i mötet med andra och av vilket erkännande man får för sitt engagemang. Om man som elev får ett lågt erkännande eller ofta utesluts ur gruppen är det lätt att sluta försöka. Det kan då uppfattas som att man är nöjd med att inte vara delaktig och frivilligt ställer sig utanför (SPSM, 2015). Här är den enskilda pedagogens kunskap och bemötande avgörande för hur elevers skolvardag formas.

Det finns en tendens i skolan att lägga ansvaret på skolmisslyckande och beteendeproblem hos den enskilda eleven (Elvén, 2014). Elvén menar att pedagoger ska undvika undervisningsmetoder som placerar ansvaret utanför dom själva, exempelvis hos elevens vårdnadshavare. Elever gör det som är mest begripligt för dom i en given situation och försöker att behålla sin självkontroll. Om pedagog eller rektor placerar ansvaret för en skolhändelse hos eleven eller elevens vårdnadshavare blir skolan maktlös utan möjlighet att påverka. Barn lär sig inte av få veta vad de gjort fel och speciellt inte ungdomar som misslyckats ofta under skoltiden. God pedagogik är att ställa relevanta krav på eleven på ett sätt som de kan leva upp till. Fokus bör ligga på inläringen och elevens eventuella beteendeproblem ska inte behandlas utan hanteras professionellt så att eleverna uppnår kunskapsmålen (Elvén, 2014).

Varje pedagog måste få både förväntningar och förutsättningar från sin skolledning att ta ansvar för att använda pedagogiska metoder som stärker alla elevers delaktighet och därmed deras hälsa. Samtliga professionerna inom elevhälsan behöver ta ett större ansvar för att miljön på den egna skolan präglas av positiva lärsituationer för alla elever

## **Metoddiskussion**

Resultatet bygger på data från en stor mängd möten med elever och visar på samband mellan delaktighet och upplevd hälsa. Analys av kausala samband är dock inte möjligt. För att vara en tvärsnittsstudie som bygger på en enkätundersökning styrks resultatet av den höga svarsfrekvensen (Troost, 2012). Det lilla bortfallet har berott på olika saker, som att

skolsköterskor på grund av hög arbetsbelastning inte hunnit föra in svaren i ELSA. Enkäten fylls i när elever träffar skolsköterskan på ett hälsosamtal och detta samtal är frivilligt. Elever, framför allt på gymnasiet, har tackat nej till sitt hälsosamtal. För yngre elever kan vårdnadshavare ha avstått från att ge sitt samtycke till sammanställningen av enkäten. Enkäten är inte översatt till andra språk och därför faller elever bort som inte har tillräckliga kunskaper i svenska. Nyanlända elever är en riskgrupp när det gäller psykisk ohälsa och den gruppen var i liten grad registrerad i ELSA under de aktuella läsåren. Hur detta har påverkat resultatet är svårt att veta men erfarenhetskunskap säger att förutom de nyanlända eleverna så kan det vara elever med hög skolfrånvaro som avstår från sina hälsosamtal och därmed inte registreras i ELSA. Bägge dessa grupper har enligt forskning en hög grad av ohälsa (Andersson et al., 2010; Socialstyrelsen och Skolverket, 2014).

Den stora gruppen elever som ingått i studien är inte en homogen grupp. Olika bakgrundsfaktorer, olika skolmiljöer och andra faktorer kan ha påverkat elevernas sätt att svara på sin hälsoenkät och därmed påverkat resultatet av studien. I vilken riktning går inte att veta utan fortsatt fördjupad forskning. Nästan 37 % av eleverna har en diagnostiserad funktionsnedsättning eller sjukdom. Det kan tyckas som en hög siffra men i den sammanställning ingår också vanliga fysiska sjukdomar som astma och allergi.

Arbets sättet kring datainsamlingen med frågeenkäterna och inramningen med skolsköterskans hälsosamtal innebär en hög grad av standardisering och detta ökar möjligheterna att jämföra resultatet med annan forskning. Det som stärker reliabiliteten är att enkätfrågorna är enkelt utformade och skolsköterskan har möjlighet att förklara och säkerställa att eleven förstått frågorna (Trost, 2012). Kraven på reliabilitet bör vara uppfyllda då inget systemfel har upptäckts och studie kan upprepas utifrån beskrivningar i metodavsnittet.

En begränsning med studien kan vara att elever inte svarar helt sanningsenligt på vissa frågor, eftersom enkäten inte är anonym utan också är ett underlag i mötet med skolsköterskan. Ytterligare en begränsning med denna studie kan vara att det centrala begreppet, delaktighet, uppfattas och betyder olika saker för olika elever. En elevs tolkning av begreppet delaktighet kan också ändras med ålder och mognad vilket kan vara en del av förklaringen till att upplevd delaktighet i den här studien minskar när eleverna blir äldre. Precis som i den här studien visade De Róiste et al (2012) att elevs delaktighet sjönk med stigande ålder och att flickor rapporterade en högre grad av delaktighet. De Róiste et al (2012) definierade delaktighet som

en möjlighet att få göra sin röst hörd och få vara med och bestämma skolan regler. En definition som har en liknande innebörd som frågan kring delaktighet i innevarande studie, ”jag känner mig delaktig och får vara med och bestämma”.

Tolkningen av begreppet delaktighet i den här studien kan granskas mot SPSM:s (2015) modell. Modellen beskriver sex olika aspekter av delaktighet; **tillgänglighet, tillhörighet, engagemang, samhandling, autonomi** och **erkännande**. Det finns inte en enstaka frågeställning i denna studie som täcker in alla dessa delar men däremot belyses olika aspekter av modellen i de sambandsanalyser som genomförts i studien. **Tillgänglighet** och **tillhörighet** handlar om att som elev förstå och rätten att höra till. I den här studien ingår frågorna ”jag är nöjd med skolarbetet”, ”jag har arbetsro på lektionerna”, ”jag kan koncentrera mig” och ”jag tycker att all personal i skolan är vänlig mot mig”. **Erkännande** beskrivs i modellen som att man blir accepterad av omgivningen. En relevant frågeställning i studien är ”jag har vänner i skolan” och ”jag får den hjälp jag behöver”. Elevens egen upplevelse av delaktighet och elevens möjlighet att få bestämma över sitt eget handlande beskrivs i modellen som **engagemang** och **autonomi**. Frågan om delaktighet i den här studien är formulerad ”jag känner mig delaktig och får vara med och bestämma”. En självupplevd delaktighet som beskrivs i SPSM:s modell (2015) är också det som mäts i innevarande studie.

Det som styrker validitet i den här studien är att sedan år 2009 har alla ELSA frågor validerats tillsammans med cirka 20 000 elever och drygt 90 skolsköterskor. Missuppfattningar korrigeras av skolsköterskan tillsammans med eleven innan registreringen sker i ELSA. Frågor som elever missförstått har tagits bort från enkäten eller formulerats om. Sedan år 2012 har inga frågor i enkäten ändrats (Eng et al.; 2016).

## Konklusion

Elevers upplevda delaktighet i sin skolsituation har i den här studien signifikanta samband med relationer, självbild, riskbeteende och självskattad hälsa. Flickor uppgav en högre grad av delaktighet än pojkar. Graden av delaktighet avtog när eleverna blir äldre, detta gällde för både pojkar och flickor. Resultatet stärks genom att liknade resultat påvisas i tidigare forskning. Så även om det kausala sambandet inte kan påvisas i denna studie så går det att ändå att konstatera hur centralt elevers upplevda delaktighet är för deras hälsa och livssituation.

Arbetet med den här studien har väckt många nya frågor. Är det bristande delaktighet som leder till upplevd ohälsa eller finns det skolmiljöer där ohälsa och vissa bakgrundsfaktorer hindrar delaktighet? Finns det samband mellan elevernas skolresultat och upplevd delaktighet på individnivå? Har skolan för låga förväntningar på vissa elevgrupper som leder till en känsla av exkludering och låg delaktighet hos eleverna? Nyanlända elever och elever med hög skolfrånvaro är exempel på utsatta elevgrupper och deras svar saknas till viss del i ELSA databasen. Hur dessa grupper upplever delaktighet vore intressant att undersöka vidare.

Det skulle också vara intressant att försöka kartlägga varför skolhuvudmän, rektorer och elevhälsans personal inte i högre grad använder den kunskap som redan finns om inkluderande arbetssätt och skolmiljöns påverkan på elevers hälsa. Varför är inte elevhälsans hälsofrämjande och förebyggande uppdrag en självklar del i elevers och pedagogers skolvardag på alla landets skolor? Om inte förutsättningarna finns, ekonomiskt eller organisatoriskt på vissa skolor, då behöver det lyftas via forskning och i offentlig debatt. Det finns ju också många goda exempel att lära av. Skolor med engagerade rektorer, pedagoger och elevhälsoteam som tillsammans med sina elever skapar goda och hälsofrämjande skolmiljöer.

## Referenser

Andersson, H., Ascher, H., Eastmond, M. & Björnberg, U. (2010). *Mellan det förflutna och framtiden: Asylsökande barns välfärd, hälsa och välbefinnande*. Göteborg. Centrum för Europaforskning.

Arbetsmiljölagen (SFS 1977:1166). Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet.

Barnombudsmannen (2010). *Vägar till delaktighet: Öppningar, möjligheter och skyldigheter. En modell för att öka barns möjligheter att fatta beslut i enlighet med artikel 12.1 i FN:s konvention om barnets rättigheter* hämtad från url;  
<https://www.barnombudsmannen.se/barnombudsmannen/i-media/nyheter/2010/2010/6/egen-vaxtkraft-ger-verktyg-for-att-gora-barn-delaktiga/>

Barnombudsmannen (2017). *Barnkonventionen*. hämtad från url;  
<https://www.barnombudsmannen.se/barnombudsmannen/barnkonventionen/>

Beckman, L. (2013). *Traditional bullying and cyberbullying among Swedish Adolescents – gender differences and associations with mental health*. Doktorsavhandling. Karlstads universitet: Karlstad.

Blair, Stewart-Brown, Hjern & Bremberg (2013). *Barnhälsovetenskap*. Lund: Studentlitteratur

Bond, L., Butler, H., Thomas, L., Carlin J., Glover, S., and Bowes, G., & Patton, G. (2007). Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health and academic outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 357: 9-18.

Boman, F. (2016). *Breaking the vicious circle. Studies om the interplay between mental health and school achievement among student in their first years of primary school in Sweden*. Doktorsavhandling. Lunds universitet: Lund.

Bonita, R, Beaglehole, R, Kjellström, T. (2010). *Grundläggande epidemiologi*. Lund: Studentlitteratur.

Bremberg, S, Dalman, C (2014). *Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga*. Formas, Forte, Vetenskapsrådet & Vinnova. Stockholm.

BRIS (2017) Bris rapport 2017:1 *Barns psykiska ohälsa- det är dags att bryta trenden*. hämtad från url; [https://www.bris.se/globalassets/pdf/rapporter/bris-rapport-2017\\_1.pdf](https://www.bris.se/globalassets/pdf/rapporter/bris-rapport-2017_1.pdf)

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge Harvad Univ. press.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. (2016). *Skolelevers drogvanor*. Rapport 16. Stockholm.

Carleby, H. (2012). *Health and social determinants among boys and girls in Sweden – focusing on parental background*. Doktorsavhandling. Mittuniversitetet: Sundsvall.

Dahlgren G, Whitehead M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institutet för framtidsstudier.

De Róiste, C., Molcho, M., Gavine, A., & Gabhainn, S. (2012). Is school participation good for children? Associations with health and wellbeing. *Emerald Health Education*, 112 (2): 88-104.

Diskrimineringslag (SFS, 2008:567). Stockholm: Kulturdepartementet.

Engh, L., Janson, S., Svensson, B., Bornehag, CG., & Eriksson, U. (2016) Swedish population-based study of pupils showed that foster children had increased risk for ill-health, negative lifestyle and school failure, *Submitted 2016*.

Eriksson, U., & Sällström, E. (2010). School demands and subjective health complaints among Swedish schoolchildren: A multilevel study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, 344-350.

Folkhälsomyndigheten (2013). *Barn och unga*. Folkhälsomyndigheter. Stockholm. Hämtad från url: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12824/R2013-02-Barn-och-unga-2013.pdf>

Folkhälsomyndigheten (2015). *Barns hälsovanor i Sverige 2013/14*. Folkhälsomyndigheten: Stockholm.

Folkhälsomyndigheten (2016). *Skolprestationer, skolstress och psykisk ohälsa bland tonåringar*. Folkhälsomyndigheten: Stockholm.

Griebler, U., Rojatz, D., Simovska, V., & Forster, R. (2014). Effects of student participation in school health promotion: a systematic review. *Health Promotion International*, 06, 1–12.

Gillander Gådin, K. (2002). *Does the psychosocial school environment matter for health? A study of pupils in Swedish compulsory school from a gender perspective*. Doktorsavhandling. Umeå Universitet: Umeå.

Gillander Gådin, K, Hammarström, A (2015). A possible contributor to the higher degree of girls reporting psychological symptoms compared with boys in grade nine? *Eur Journal of Public Health* 15(4):380–5.

Gustafsson, J.-E., Allodi Westling, M., Alin Åkerman, B., Eriksson, C., Eriksson, L., Fischbein, S., et al. (2010). *School, Learning and Mental Health: a systematic review*. Stockholm: Kungliga vetenskapsakademien.

Göransson, K., Nilholm, C., och Karlsson, K. (2011). Inclusive education in Sweden? A critical analysis. *International Journal of Inclusive Education*, 15(5), (s.541–555).

Haraldsson, K., Lindgren, E-C., Hildingh, C., & Marklund, B. (2010). What makes the everyday life of Swedish adolescent girls less stressful: a qualitative analysis. *Health Promotion International*, Vol. 25 No. 2.

Hattie, J.A.C. (2009). *Visible Learning: a synthesis of over 800 meta-analyses relating to achievement*. London, New York: Routledge.

Hattie, J. (2012). *Synligt lärande för lärare*. Stockholm. Natur och kultur.

Hejlskov Elvén, B. (2014). *Beteendeproblem i skolan*. Stockholm. Natur och kultur.

Kadesjö, B., Janols, L-O., Korkman, M., Mickelsson, K., Strand, G., & Trillingsgaard, A. (2004). The FTF (Five to Fifteen): the development of a parent questionnaire for the assessment of ADHD and comorbid conditions. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13.

Lundgren-Kullgren, M. (2015). *En litteraturstudie om framgångsfaktorer för att stärka elevers delaktighet i hälsosamtalen- det måste vara ” på riktigt”*. Magisteruppsats. Karlstads Universitet: Karlstad

Moknes, K U., Espnes, A G., & Haugan, G. (2014). Stress, sense of coherence and emotional symptoms in adolescents. *Psychology & Health*, 29, 32–49.

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor. (2015). *När livet känns fel – Ungas upplevelser kring psykisk ohälsa*. Stockholm.

Naidoo, J., & Wills, J. (2009). *Foundation for Health promotion. Public Health and Health promotion practice. Third edition*. London: Bailliere Tindall.

Nilholm, C., & Göransson, K. (2013). *Inkluderande undervisning-vad kan man lära om forskningen?* Specialpedagogiska skolmyndigheten, FoU skriftserie nr 3.

Persson, L. (2016). *Hälsofrämjande arbete i skolan – Resultat från ett folkhälsoprojekt*. Doktorsavhandling. Karlstads universitet: Karlstad.

Prop. 2009/10:232 (2010). *Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige*. Stockholm Socialdepartementet.



Prop. 2009/10:165 (2010). Den nya skollagen- för kunskap, valfrihet och trygghet. Stockholm. Utbildningsdepartementet.

Randell, E. (2016). *Adolescent boys' health - managing emotions, masculinities and subjective social status*. Doktorsavhandling. Umeå universitet: Umeå.

Shier, H. (2001). Pathways to participation: openings, opportunities and obligation. A new model for enhancing childrens participation in decision making in line with article 12.1 of the united nations convention on the rights of the child. *Children and Society*, 5, 107-117.

Sjöberg, C et al. (2015) The perspective of children on factors influencing their participation in perioperative care. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 24 Issue 19/20, p2945-2953.

Skolinspektionen. (2012). *Elevhälsan-Inspektionsblad*. Hämtat från url: <https://www.skolinspektionen.se/globalassets/0-si/04-rad-och-vagledning/stallningstaganden/informationsblad-elevhalsa.pdf>

Skollag (SFS, 2010:800). Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Skolverket (2012). *Betygsgapet mellan flickor och pojkar förstoras*. Hämtat från url: <https://www.skolverket.se/statistik-och-utvardering/nyhetsarkiv/nyheter-2012/betygsgapet-mellan-flickor-och-pojkar-forstoras-1.185599>

Skolverket (2014). *Forskning i klassrummet*. Stockholm: Skolverket.

Skolverket (2015). *Delaktighet för lärande*. Stockholm: Skolverket.

Skolverket (2015). *Attityder till skolan*. Stockholm: Skolverket.

Skolverket (2017). *PISA 2015. Så mår svenska 15-åringar i skolan*. Hämtad från url: [https://www.skolverket.se/om-skolverket/publikationer/visa-enskildpublikation?\\_xurl\\_=http%3A%2F%2Fwww5.skolverket.se%2Fwtpub%2Fws%2Fskolbok%2Fwpubext%2Ftrycksak%2Fblob%2Fpdf3771.pdf%3Fk%3D3771](https://www.skolverket.se/om-skolverket/publikationer/visa-enskildpublikation?_xurl_=http%3A%2F%2Fwww5.skolverket.se%2Fwtpub%2Fws%2Fskolbok%2Fwpubext%2Ftrycksak%2Fblob%2Fpdf3771.pdf%3Fk%3D3771)

Socialstyrelsen (2010). *Social rapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2012). *Skolans betydelse för barns och ungas psykiska hälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2015). *Bedöma barns mognad för delaktighet. Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2017). *SDQ- the Strength and Difficulties Questionnaire*. Hämtat från url: <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/sdq>

Socialstyrelsen och Skolverkets (2014). *Vägledning för elevhälsan*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialtjänstlag (SFS 2001:453). Stockholm: Socialdepartementet.

SOU 2016:94. *Saknad - uppmärksamma elevers frånvaro och agera*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Specialpedagogiska skolmyndigheten. (2015). *Delaktighet- ett arbetssätt i skolan*.

Sveriges Kommuner och Landsting (2013). *Vänd frånvaro till närvaro. Guide för systematiskt skolnärvaroarbete i kommuner*. Stockholm.

Sveriges kommuner och landsting. *Öppna jämförelser 2014*. Hämtad från url: <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/oppna-jamforelser-folkhalsa-2014.html>

Patientlag (SFS 2014; 821). Stockholm: Socialdepartementet.

Trost, J. (2012). *Enkätboken*. Studentlitteratur. Lund

Ungdomsstyrelsen (2013). *10 orsaker till avhopp*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.

Warne, M. (2013). *Där eleverna är: Ett arenaperspektiv på skolan som en stödjande miljö för hälsa*. Doktorsavhandling. Mittuniversitetet: Östersund.

Wilhsson, M. Svedberg, P. Carlsson, I-M. Högdin, S. & Nygren, J. (2016). Handling demands of success among girls and boys in primary school: A conceptual model. *The journal of school nursing*. 6, 1–10.

## Tabellbilaga

**Tabell A. Jämförelser mellan variabeln ”Jag känner mig delaktig och får vara med och bestämma” och variabeln ”lärarna lyssnar”**

Variabel N (%)		”jag känner mig delaktig och får vara med och bestämma”		”lärarna lyssnar”		P- value <sup>5</sup>
		Ja	Nej	Ja	Nej	
Jag har arbetsro på lektionerna	Ja	16 792 (90,9)	1162 (67,4)	17 648 (90,2)	1928 (9,8)	0,000
	Nej	1677 (9,1)	562 (32,6)	382 (54,5)	319 (45,5)	0,000
Nöjd med skolarbetet	Ja	17 337 (94)	1236 (72,1)	18 195 (93,2)	437 (62,3)	0,000
	Nej	1103 (6,0)	479 (27,9)	1334 (6,8)	264 (37,7)	0,000
Arg	Ja	1165 (6,3)	1165 (6,3)	1317 (6,7)	217 (30,9)	0,000
	Nej	17 299 (93,7)	361 (21)	18 249 (93,3)	486 (69,1)	0,000
Nöjd med min kropp	Ja	15 787 (85,5)	1201 (69,5)	16 622 (84,9)	436 (61,9)	0,000
	Nej	2678 (14,5)	526 (30,5)	2945 (15,1)	268 (38,1)	0,000
Nöjd med mig själv	Ja	17 034 (92,2)	1310 (75,9)	17 942 (91,7)	478 (67,9)	0,000
	Nej	1434 (7,8)	416 (24,1)	1630 (8,3)	226 (32,1)	0,000
Huvudvärk	Ja	3172 (17,2)	460 (26,7)	3397 (17,4)	16 175 (82,6)	0,000
	Nej	15 297 (82,8)	1265 (73,3)	244 (34,6)	461 (65,4)	0,000
Ledsen	Ja	1460 (7,9)	431 (25)	1677 (8,6)	227 (32,2)	0,000
	Nej	17 006 (92,1)	1290 (75)	17 886 (91,4)	478 (67,8)	0,000
Oro	Ja	1515 (8,2)	408 (23,7)	1734 (8,9)	210 (29,9)	0,000
	Nej	16 921 (91,8)	1317 (76,3)	17 804 (91,1)	493 (70,1)	0,000

<sup>5</sup> P <0,05 är signifikant

**Tabell B. Delaktighet och samband hälsa**

Delaktighet								
Kön	Variabel N (%)		I Stämmer mycket bra	II Stämmer ganska bra	III Stämmer dåligt	IV Stämmer inte alls	Linear by linear association (I-II-III-IV)	P- value (I-II) vs (III-IV)
Välbefinnande								
Flicka	Nöjd med mig själv	Ja	4920 (91,3)	3132 (81,7)	360 (62,2)	77 (65,3)	0,000	0,000
		Nej	468(8,7)	703 (18,3)	216 (37,8)	41 (34,7)		
Pojke		Ja	5052 (98,3)	3930 (95,7)	697 (86,9)	176 (77,5)	0,000	0,000
		Nej	86 (1,7)	177 (4,3)	105 (13,1)	51 (22,5)		
Flicka	Nöjd med min kropp	Ja	4575 (84,9)	2691 (70,2)	316 (54,5)	64 (53,8)	0,000	0,000
		Nej	813 (15,1)	1144 (29,8)	264 (45,5)	55 (46,2)		
Pojke		Ja	4852 (94,5)	3669 (89,3)	649 (81)	172 (75,8)	0,000	0,000
		Nej	283 (5,5)	438 (10,7)	152 (19)	55 (24,2)		
Flicka	Mår bra	Ja	5289 (98,1)	3623 (94,4)	477 (82,5)	92 (77,3)	0,000	0,000
		Nej	101 (1,9)	214 (5,6)	101 (17,5)	27 (22,7)		
Pojke		Ja	5092 (99,2)	4023 (97,8)	743 (92,8)	193 (85)	0,000	0,000
		Nej	41 (0,8)	90 (2,2)	58 (7,2)	34 (15)		
Flicka	Positiv framtidstro	Ja	5318 (99)	3683 (96,4)	510 (89,3)	99 (86,1)	0,000	0,000
		Nej	55 (1,0)	136 (3,6)	61 (10,7)	16 (13,9)		
Pojke		Ja	5063 (99,1)	3984 (97,6)	731 (91,8)	190 (84,1)	0,000	0,000
		Nej	47 (0,9)	96 (2,4)	65 (8,2)	36 (15,9)		
Psykosomatiska symtom								
Flicka	Huvudvärk	Ja	965 (17,9)	1079 (28,1)	203 (35,1)	45 (37,8)	0,000	0,000
		Nej	4419 (82,1)	2757 (71,9)	376 (64,9)	74 (62,2)		
Pojke		Ja	516 (10,0)	612 (14,9)	153 (19,1)	59 (26,1)	0,000	0,000
		Nej	4619 (90,0)	3502 (85,1)	648 (80,9)	167 (73,9)		
Flicka	Magont	Ja	703 (13,1)	808 (21,1)	196 (33,9)	44 (37,3)	0,000	0,000
		Nej	4678 (86,9)	3022 (78,9)	382 (66,1)	74 (62,7)		
Pojke		Ja	340 (6,6)	427 (10,4)	124 /15,5)	48 (21,2)	0,000	0,000
		Nej	4791 (93,4)	3684 (89,6)	676 (84,5)	178 (78,8)		
Flicka	Yr	Ja	328 (6,1)	479 (12,5)	113 (19,6)	26 (22,2)	0,000	0,000
		Nej	5053 (93,9)	3349 (87,5)	464 (80,4)	91 (77,8)		
Pojke		Ja	171 (3,3)	205 (5,0)	69 (8,6)	30 (13,2)	0,000	0,000
		Nej	4954 (96,7)	3907 (95)	733 (91,4)	197 (86,8)		

<b>Kön</b>		<b>Variabel N (%)</b>	<b>I</b> Stämmer mycket bra	<b>II</b> Stämmer ganska bra	<b>III</b> Stämmer dåligt	<b>IV</b> Stämmer inte alls	<b>Linear by linear association (I-II-III-IV)</b>	<b>P- value (I-II) vs (III-IV)</b>
Psykisk ohälsa								
Flicka	Ledsen	<b>Ja</b>	374 (6,9)	651 (17,0)	209 (36,2)	50 (42,4)	0,000	0,000
		<b>Nej</b>	5016 (93,1)	3180 (83,0)	368 (63,8)	68 (57,6)		
Pojke		<b>Ja</b>	174 (3,4)	261 (6,3)	114 (14,3)	58 (25,7)	0,000	0,000
		<b>Nej</b>	4958 (96,6)	3852 (93,7)	686 (85,8)	168 (74,3)		
Flicka	Oro	<b>Ja</b>	397 (7,4)	620 (16,2)	186 (32,1)	43 (36,4)	0,000	0,000
		<b>Nej</b>	4987 (92,6)	3207 (83,8)	393 (67,9)	75 (63,6)		
Pojke		<b>Ja</b>	207 (4,0)	291 (7,1)	140 (17,5)	39 (17,3)	0,000	0,000
		<b>Nej</b>	4917 (96,0)	3810 (92,9)	662 (82,5)	187 (82,7)		
Flicka	Arg	<b>Ja</b>	245 (4,5)	386 (10,1)	138 (23,9)	32 (27,6)	0,000	0,000
		<b>Nej</b>	5154 (95,5)	3453 (89,9)	440 (76,1)	84 (72,4)		
Pojke		<b>Ja</b>	192 (3,8)	342 (8,3)	134 (16,7)	57 (25,3)	0,000	0,000
		<b>Nej</b>	4928 (96,3)	3773 (91,7)	668 (83,3)	168 (74,7)		
Flicka	Irriterad dåligt humör	<b>Ja</b>	547 (32,6)	862 (51,4)	215 (12,8)	52 (3,1)	0,000	0,000
		<b>Nej</b>	4842 (58,7)	2971 (36,1)	361 (4,47)	66 (0,8)		
Pojke		<b>Ja</b>	351 (30,6)	529 (46,1)	187 (16,3)	81 (7,1)	0,000	0,000
		<b>Nej</b>	4775 (52,4)	3586 (39,3)	615 (6,7)	143 (1,6)		

**Tabell C. Psykologiska och psykosomatiska symtom kopplat till ålder**

Variabel N (%)		Årskurs 4	Årskurs 7	Gymn åk 1	Linear by linear association (I-II-III-IV)
Yrsel	<b>Ja</b>	483 (6,7)	435 (6,7)	517 (7,1)	0,016
	<b>Nej</b>	6694(93,3)	6077 (93,3)	6112 (92,9)	
Magont	<b>Ja</b>	981 (13,7)	814 (12,5)	923 (13,9)	0,666
	<b>Nej</b>	6205 (86,3)	5706 (87,5)	5700 (86,1)	
Huvudvärk	<b>Ja</b>	1144 (15,9)	1121 (17,2)	1391 (20,9)	0,000
	<b>Nej</b>	6038 (84,1)	5403 (82,8)	5253 (79,1)	
Ledsen	<b>Ja</b>	580 (8,1)	499 (7,6)	834 (12,6)	0,000
	<b>Nej</b>	6607 (91,9)	6029 (92,4)	5794 (84,4)	
Oro	<b>Ja</b>	520 (7,2)	452(6,9)	982 (14,8)	0,000
	<b>Nej</b>	6661(92,8)	6063 (93,1)	5638 (85,2)	