



MIV - Metoder i Vardagen:

**Utvärdering av ett utbildningsprogram som ges parallellt
till föräldrar och lärare till barn med ADHD-problematik**

Monica Östberg
Leg psykolog, fil.dr
Institutionen för kvinnors och barns hälsa
Akademiska sjukhuset
Uppsala Universitet

Ann-Margret Rydell
Professor
Institutionen för psykologi
Uppsala Universitet

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

STATISTISK ORDLISTA	3
FÖRORD	4
BAKGRUND	5
Konsekvenser för barn och föräldrar	5
Behandlingsformer och behandlingsprogram	5
Syfte och frågeställningar	8
METOD	8
Undersökningsgrupp	8
Beskrivning av undersökningsgruppen	10
Procedur och genomförande	13
Utbildningens innehåll och uppläggning	14
Mätinstrument	14
Analyser	17
RESULTAT	18
Beskrivning av grupperna vid undersökningens början	18
Samband mellan olika skattare vid undersökningens början	19
Effekter av utbildningen	20
1.Klinisk signifikans	20
2.Effekter av utbildningen på antalet symptom enligt SNAP-IV	21
3.Effekt av utbildningen på SDQ skalan	24
4.Effekter av utbildningen för övriga utfallsvariabler	27
5.Effekter på barnens skattningar	31
6.Resultat när både föräldrar och lärare har deltagit i utbildningen	31
7.Effekter av utbildningen enligt sekundära uppgiftslämnare i hem och skola	34
Förväntningar och uppfattning om utbildningen	34
DISKUSSION	36
Vilka var det som deltog?	36
Var skattningarna av barnen tillförlitliga?	36
Effekter av utbildningen	37
Barnens fungerande	37
Föräldrars och lärares upplevelse av situationen	38
Modererande faktorer	39
Rapporter från de sekundära uppgiftslämnarna	39
När både föräldrar och lärare har deltagit i utbildningen	40
Metodöverbägganden	40
Slutsatser	41
REFERENSER	42
BILAGA med tabeller angående förväntningar och uppfattning om utbildningen	46

STATISTISK ORDLISTA

För att underlätta läsningen har vi gjort en sammanställning av termer som förekommer i rapporten.

Variabel är något som varierar, d.v.s. kan anta olika värden. Man operationaliserar de fenomen man vill studera genom de mått/variabler man använder, t.ex. ADHD-symptom mäts via en skattningsskala

En *kategorisk, eller diskret*, variabel består av olika kategorier, i vårt fall variabeln ”grupp” med två lägen, utbildningsgrupp och kontrollgrupp. En *kontinuerlig* variabel kan anta stigande - sjunkande värden inom sitt variationsområde, exempelvis ålder eller värden på en skala från 1-5.

Oberoende variabel (*OBV*) är en variabel vars inverkan eller effekter på andra variabler man vill undersöka. Vi har två oberoende variabler, grupp och tidpunkt. Beroende variabel (*BV*) är en variabel som antas variera med olika lägen på den oberoende variabeln. De olika måtten på fungerandet i denna rapport är de beroende variablerna

Medelvärde (genomsnittligt värde) och **standardavvikelse** (variationsmått) används för att beskriva hur värdena på en variabel fördelar sig.

Chi²/χ²- test används för att pröva om fördelningen av individer på två kategoriska variabler är slumpmässig eller systematisk, exempelvis om andelen barn med ensamstående eller sammanboende föräldrar är densamma i vår utbildningsgrupp och kontrollgrupp.

Oberoende t-test används för att pröva om två grupper har systematiskt olika värden på en kontinuerlig variabel, exempelvis om antalet ADHD-symptom skiljer sig mellan utbildningsgruppen och kontrollgruppen.

ANOVA (Analysis of Variance)/variansanalys används för att pröva om tre eller flera grupper systematiskt skiljer sig åt på en kontinuerlig variabel. **Upprepad ANOVA** används för att pröva om samma individer har förändrat sina värden på en variabel över tid. Grovt sett kan t-värden och F-värden sägas ange hur stor variationen mellan grupperna/tidpunkterna är i förhållande till variationen inom grupperna/tidpunkterna.

Interaktionseffekt innebär att man prövar om två variabler samverkar med avseende på en tredje variabel. När man undersöker effekter av behandlings- eller utbildningsinsatser är interaktionen mellan grupp och tid ett väsentligt mått. Om behandlingsgruppen men inte kontrollgruppen förändrats i positiv riktning över tid kan man tro att insatsen haft effekt.

Korrelationer undersöker riktningen och styrkan i ett samband mellan två variabler. Pearsons produktmomentkorrelationskoefficient, *r*, kan variera mellan -1.0, en negativ korrelation vilket innebär att höga värden i den ena variabeln motsvaras av låga värden i den andra variabeln, och 1.0, en positiv korrelation, d.v.s. höga värden i den ena variabeln motsvaras av höga värden i den andra variabeln.

Signifikansprövning sker för att försöka fastställa om samband är systematiska eller slumpmässiga. Vanligt är att man fastställer en signifikans- eller risknivå. En konvention är ett p-värde (probability=sannolikhet) på < .05, d.v.s. man accepterar en fem procentig risk att ett funnet samband i själva verket inte finns. Ett p-värde < .10 anger en tendens till signifikant samband.

FÖRORD

MIV - Metoder i Vardagen är ett utbildningsprogram som riktar sig till föräldrar och skolpersonal som har, och som arbetar med, barn med konstaterade svårigheter med uppmärksamhet och hyperaktivitet. Programmet har utvecklats på Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Uppsala inspirerat av Barkleys föräldraträningsprogram. Under årens lopp, och med hjälp av en tidigare utvärdering, har programmet förändrats och försvenskats. Mycket resurser har lagts ner både på programmets utveckling och på gruppverksamheten.

Inom vårdsektorn betonas mer och mer vikten av att undersöka evidens för använda metoder. Vi vill idag veta om de behandlingsmetoder som vi använder verkligen också gör avsedd nytta. Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala tillsammans med Riksförbundet Attention, har genom forsknings- och utvecklingsmedel beviljade från Allmänna Arvsfonden fått en möjlighet att göra en utvärdering av Metoder i Vardagen. Undertecknade fristående forskare har genomfört en studie för att söka svar på frågan om metoden kan anses ha vara till nytta för den avsedda gruppen.

Många människor har bidragit till denna studie, först och främst alla föräldrar, barn och lärare som har deltagit i studien. Genom det randomiserade arbetssättet fick hälften av gruppen vänta i ca 6 månader på att få utbildning. När man befinner sig i en jobbig situation och efterlyser praktisk hjälp, är en så pass lång väntan inte alltid så lätt. Tack vare att Ni trots detta ville delta blev denna studie möjlig. Vidare vill vi erinra om de gruppledare som har haft hand om utbildningen, delat ut frågeformulär, antecknat frånvaro, skickat ut påminnelser osv. Ni har gjort allt detta inom ramen för ert ordinarie arbete och varit till ovärderlig hjälp. Självklart skulle arbetet inte ha blivit av om inte klinikledningen hade tagit initiativ och sedan stöttat på olika sätt.

En randomiserad undersökning av denna storleksordning är inte vanligt förekommande inom barnpsykiatri. Med den uppläggning som vi valt, bl.a. med ett brett val av utfallsmått, har vi försökt att söka svar på om Metoder i Vardagen är värt att fortsätta att satsa resurser på. Som framgår av rapporten har vi kunnat påvisa ett flertal positiva förändringar för den grupp som gått i utbildningen. Vi hoppas att utvärderingen kan bidra till att ytterligare utveckla och förbättra utbildningen i framtiden, dels utifrån vissa aspekter där vi inte har kunnat redovisa några effekter, och dels utifrån de utvärderingsfrågor som lärare och föräldrar har besvarat.

Uppsala, juni 2008

Monica Östberg
Leg psykolog, fil.dr
Institutionen för kvinnors och barns hälsa
Akademiska sjukhuset
Uppsala Universitet

Ann-Margret Rydell
Professor
Institutionen för psykologi
Uppsala Universitet

MIV - Metoder i Vardagen: Utvärdering av ett utbildningsprogram som ges parallellt till föräldrar och lärare till barn med ADHD-problematik

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), uppmärksamhetsstörning med eller utan hyperaktivitet, är en av de vanligaste psykiska störningarna hos barn och ungdomar. Ungefär 3 – 5 % av barn i skolåldern beräknas ha denna problematik (American Psychiatric Association, [APA], 1994). ADHD är vanligare hos pojkar än hos flickor. Andelen pojkar/flickor brukar anges till mellan 4/1 och upp till 9/1 (APA, 1994). Studier har visat att det finns vissa beteendemässiga skillnader mellan pojkar och flickor när det gäller hur ADHD problematiken kommer till uttryck. Fler pojkar har problem med trots och uppförande, medan fler flickor visar brister i uppmärksamhet (Arnold, 1996). En genomgång av studier som utrett etiologin bakom ADHD visar på en uttalad ärftlighetsfaktor, i en genomgång av Farone och Biederman (1998) har upp till en fjärdedel av barnen med ADHD också haft en förälder med ADHD.

Förutom de primära symptomen, uppmärksamhetsstörning och hyperaktivitet, brukar många barn med ADHD också uppvisa ett flertal andra problembeteenden. Komorbiditetsstudier visar att ungefär hälften av alla barn med ADHD även uppfyller kriterierna för antingen trotsyndrom (oppositional defiant disorder, ODD) eller uppförandestörning (conduct disorder, CD; Pliszka, 1998). Ett flertal andra studier har rapporterat associerade beteendeproblem som t.ex. aggressivitet, trots och inlärningsproblem, men även problem av inåtvänd karaktär som t.ex. ångest och nedstämdhet/depression (Barkley, 1998; Brown, 2000).

Konsekvenser för barn och föräldrar

Barn med ADHD beskrivs ofta ha en dålig social kompetens. De har svårigheter med att fungera adekvat tillsammans med kamrater i skolan, och i hemmet tillsammans med föräldrar och syskon (Barkley, 1998). Longitudinella undersökningar har visat att ADHD bl.a. är relaterat till sämre akademiska prestationer, täta byten av arbetsplats, större olycksfallsrisk och droganvändning (Barkley, 1990; Rasmussen & Gillberg, 2000). Problemen är större när det finns en komorbiditet i problembilden (Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish, 1991).

Föräldrar till barn med ADHD upplever en högre grad av stress i föräldrarollen än andra föräldrar, de upplever sig som mindre kompetenta och relationsproblem mellan makarna och mellan barn och föräldrar är vanligare. När det gäller uppfostran tenderar föräldrarna att reagera mer kraftfullt och att använda sig av allvarligare former av bestraffning (Anastopoulos, Guevremont, Shelton & DuPaul, 1992; Johnston & Mash, 2001; Mash & Johnston, 1983).

Behandlingsformer och behandlingsprogram

Behandling med centralstimulantia är idag den vanligaste behandlingsformen för ADHD. Ett stort antal studier har visat positiva effekter av medicinering. Barnets hyperaktivitet reduceras och uppmärksamheten förbättras (se t.ex. Swanson, McBurnett, Christian & Wigal, 1995; The MTA Cooperative Group, 1999a och b). Vid sidan av medicinering får föräldrarna ofta även professionell hjälp att utveckla ett mer positivt samspelebetende i hemmet. Detta stöd har

tidigare framför allt bestått av individuella kontakter, men under senare år har olika former av föräldraträning i grupp börjat användas (se Kazdin, 2005 för en översikt). Ett flertal program för föräldraträning har utvecklats framför allt i USA och Kanada. Dessa program har spritts och vissa används nu även i Sverige. Några av de program som är vanligast förekommande i Sverige presenteras kortfattat nedan.

Den teoretiska basen för de flesta föräldrautbildningsprogrammen är social inlärningsteori (Bandura, 1977) och teorier om operant betingning (Baer, Wolf & Risley, 1968). Barn tränar sitt sociala beteende i samspel med föräldrar och andra viktiga vuxna. Barnets beteende, både det positiva och det negativa, förstärks och vidmakthålls genom omgivningens reaktioner. De vuxna runt barnet är förebilder för barnet. Föräldrautbildningen syftar till att bryta negativa samspelsmönster och förstärka positiva beteenden. I vissa program finns även influenser från kognitiv psykologi (Bandura, 1982). Ett viktigt mål i dessa program är att påverka föräldrarnas negativa föreställningar och förväntningar både på den egna föräldraförmågan och på hur de kan hantera barnets problembeteenden. Attachmentteori (Ainsworth, 1982; Bowlby, 1980) och systemisk familjeterapi (Minuchin, 1974) har också influerat föräldraträningens programmen. Familjens samspelsmönster och den känslomässiga kvalitén i samspelet mellan föräldrar och barn har därför också betonats i träningen.

Vissa program har framför allt konstruerats för att stödja familjer med barn som har fått diagnosen ODD, men andra har även kommit till användning för barn med ADHD. I utvärderingar som är gjorda har man framför allt sett effekter för ODD/CD men även beträffande ADHD finns rapporterade positiva effekter (Anastopoulos, Shelton, DuPaul & Guevremont, 1993; Kazdin, 2005).

Ett av de tidiga föräldraträningensprogrammen är Barkleys Defiant Children. Det är ett program som har reviderats ett flertal gånger, senast 1997 (Barkley, 1997), och som har influerat många senare föräldrautbildningsprogram. Det är uppbyggt som en niostegsmodell där varje steg bygger på de föregående. Barkleys program riktar sig mer specifikt till barn med ADHD problematik. Ett grundläggande mål är att öka harmonin i familjen. Detta ska uppnås genom att öka föräldrarnas kunskap om barnet och dess svårigheter, och genom att ge föräldrarna ”verktyg” i vardagen för att kunna hjälpa sitt barn. Programmet är utvärderat i USA (Anastopoulos et al., 1993) med vissa positiva resultat. Föräldrarnas upplevda stress minskade, deras självkänsla ökade och bedömningen av allvarlighetsgraden i barnets problem reducerades hos de föräldrar som gått i utbildningsgrupp. Programmet har översatts till svenska och används på många ställen i landet.

Carolyn Webster-Stratton (Webster-Stratton, 1994) har utvecklat flera versioner av utbildningsprogram för föräldrar till barn i åldrarna 3 till 12 år med sociala beteendeproblem (ODD, CD). En version riktar sig även till lärare. I utbildningen använder man sig av hemuppgifter och videovinjetter och diskuterar och byter erfarenheter utifrån dessa. I utvärderingar har programmen visat flera positiva effekter både för barn och för föräldrar. Ingen utvärdering har gjorts i Sverige.

Komet (KOMmunikationsMETod) är ett föräldrautbildningsprogram utvecklat i Sverige, där influenserna bl. a kommer från Barkley och Webster-Stratton. Man har tagit fram svenska videovinjetter och gjort vissa andra anpassningar till inhemska förhållanden. Programmet riktar sig till föräldrar med barn mellan 3 och 11 år, som är bråkiga, trotsiga eller svårhanterliga. Det är inriktat på att öka det positiva samspelet mellan föräldrar och barn och minska fokuseringen på negativa beteenden. Efter en utvärdering 2006 (Kling, Sundell, Melin & Forster) som visade positiva effekter på bl.a. föräldrakompetens och problembeteende, men också på att en stor andel av föräldrarna inte hade fått den hjälp som de behövde, har en förstärkt version av programmet tagits fram (Förstärkt föräldraKomet = ffKomet). I det nya

programmet har man bl. a lagt in individuella träffar mellan föräldrar och gruppledare mellan varje gruppträff. Man riktar sig framför allt till familjer med en hög social belastning, och det kombinerade programmet har nyligen utvärderats (Kams & Seppälä, 2007) med ett positivt resultat. Barnens beteendeproblem minskade och föräldrarnas psykiska hälsa förbättrades jämfört med en grupp föräldrar som gick i utbildning enligt Metoder i Vardagen (se nedan). P.g.a. skillnader i upplägg och gruppsammansättning är resultatet beträffande Metoder i Vardagen svårtolkat. Komet har även använts i lärarutbildningar, men grupperna för föräldrar och lärare har ägt rum utan inbördes samordning.

COPE, Community Parent Education Program (Cunningham, 1998), som riktar sig till föräldrar som har barn 3-12 år med svårhanterligt beteende (uppförandeproblem, trots, koncentrationsproblem och hyperaktivitet) är ett kanadensiskt program som används på många håll i Sverige. Programmet är tänkt att både fungera förebyggande för föräldrar som upplever att de har krävande barn, och vara en hjälp för föräldrar som har barn med diagnosen ADHD. Föräldrarna ska själva söka sig till gruppen, inte remitteras till utbildningen. I Uppsala län håller kommunerna i COPE-grupperna, och utbildningen vänder sig brett till alla föräldrar som önskar stöd. Det aktuella barnet behöver alltså inte ha fått en diagnos. En utvärdering som nyligen gjorts visar att utbildningen uppfattas positivt av föräldrarna och att man kunde konstatera mätbara effekter på föräldrarnas uppfattning av kontroll och nivå av stress, samt en minskning av barnets utåtagerande problembeteende. Effekterna gällde endast för barn med lättare problem, och föräldrar till barn med stora problem var något mindre nöjda med utbildningen än föräldrar till barn med en lättare problematik (Thorell & Hellström, 2008).

Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken (BUP) i Uppsala har, sedan 1997, arbetat med ett föräldrautbildningsprogram inspirerat av Barkleys modell. Till en början användes modellen utan förändringar. En utvärderingsstudie gjordes 1998. Den kunde inte påvisa någon påtaglig förbättring i stressnivån hos föräldrarna och inte heller i barnens beteende. Utvärderingen pekade på en rad punkter där utbildningen inte var anpassad till svenska förhållanden (Lundmark, 2000). Struktur och innehåll har därefter förändrats och blivit mer anpassade till svenska uppfostringsprinciper även om grundtankarna från Barkleys program finns kvar.

BUP-klinikens utbildning som kallas Metoder i Vardagen, finns presenterad i en bok, ”Lekfulla metoder – allvarligt funktionshinder” (Wirkberg, 2000). Förutom studiematerial för kursen innehåller boken förklaringar till vad barnets problem innebär i vardagen för barnet och familjen, samt ett antal idéskisser till metoder för hur barn med denna problematik kan bemötas. För att göra gruppverksamheten likformig över länet finns en tryckt studiehandledning (Wirkberg, 2003), och man har utbildat gruppledare för utbildningarna. I metodavsnittet nedan presenteras utbildningens innehåll och uppläggning.

Föräldragrupperna riktar sig till föräldrar som har barn med konstaterade svårigheter med uppmärksamhet och hyperaktivitet (ADHD/DAMP). Många föräldrar kan redan ha deltagit i COPE-utbildningar via kommunens verksamhet, men har ändå ett fortsatt behov av hjälp och stöd. En stor andel av barnen medicinerar med centralstimulantia. Målgruppen för utbildningen är således en grupp barn med förhållandevis stora svårigheter jämfört med målgrupperna för många andra utbildningsprogram. Det unika med utbildningen är också att den inte bara riktar sig till barnets båda föräldrar, utan även till de lärare/skolpersonal som har den närmaste kontakten med barnet i skolan. Tanken är att om man samtidigt kan ge kunskap och redskap både till barnets lärare och till barnets föräldrar är förutsättningarna för att få till stånd en positiv förändring större. Grupperna för föräldrar och lärare/skolpersonal äger rum parallellt och har likartad uppläggning. Gruppverksamheten bedrivs både i Uppsala och vid BUPs filialer i länet (Tierp, Enköping och Östhammar).

Stora resurser satsas på dessa utbildningar, både från BUP-klinikens sida och från föräldrar och skolpersonal som deltar. Det är därför viktigt att utvärdera insatserna. Påverkas familjernas, skolans och barnens situation positivt när föräldrar och lärare deltar i utbildningsgrupperna? Endast ett mindre antal utvärderingar av utbildningsprogram har gjorts i Sverige (Kams & Seppälä, 2007; Kling et. al., 2006; Lundmark, 2000; Thorell & Hellström, 2008), och ingen med direkt syfte att utvärdera denna utbildning. Eftersom barnuppfostran och vårt förhållningssätt till barn är så starkt kulturelaterat, kan man inte förutsätta att resultaten från en utvärdering som gjorts i ett annat land ska gälla även för svenska förhållanden. I tidigare utvärderingar har man också sett att ett program kan visa sig vara mer effektivt för vissa grupper av barn än för andra (Thorell & Hellström, 2008).

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna undersökning var att bidra till evidensbaserad kunskap genom att undersöka effekterna av BUP klinikens utbildning som riktar sig till föräldrar och lärare/skolpersonal till barn som har en uttalad neuropsykiatrisk problematik. Undersökningen avsåg att mäta effekter av grupputbildningen i en rad avseenden.

Frågeställningarna handlade om huruvida problembeteenden i hemmet och i skolan reducerades, om föräldrars och skolpersonalens syn på barnets svårigheter förändrades genom grupputbildningen, om deras kontroll över vardagssituationer i skolan/hemmet ökade och om föräldrarnas upplevda föräldrastress reducerades. Vidare undersöktes om barnen påverkades så att deras psykiska fungerande inklusive självbilden blev bättre, skoltrivseln ökade och deras upplevelse av kamratrelationerna blev mer positiv. Föräldrar, lärare och barn besvarade frågor angående dessa områden vid tre tillfällen, innan utbildningen startade, direkt efter utbildningen och som en uppföljning 3-4 månader därefter.

METOD

Undersökningsgrupp

Undersökningsgruppen bestod av föräldrar till barn med neuropsykiatriska problem som har kontakt med BUP i Uppsala län, skolpersonal (en till tre per barn) som har en daglig kontakt med barnen, samt barnen själva. Barnen var mellan 7 år och 14 år. Barn med en konstaterad utvecklingsstörning exkluderades. Föräldrarna bedömdes av BUPs personal ha behov av föräldrautbildning enligt "Metoder i vardagen". Endast föräldrar som accepterade en randomisering till antingen utbildning (utbildningsgrupp = Grupp 1), eller till att vänta en termin på utbildningen (kontrollgrupp = Grupp 2), inkluderades i undersökningen. Övriga föräldrar fick inbjudan till gruppverksamhet på sedvanligt sätt, men ingick inte i undersökningen.

Antalet datakällor per barn varierar. I vissa fall deltog barnets båda föräldrar i undersökningen, i andra fall bara en förälder och i några fall hade föräldrarna accepterat att delta i undersökningen, men svarade sedan inte på enkäterna. Beträffande skolpersonalen fanns det för vissa barn data från upp till tre lärare per barn, medan skolan för andra barn inte kunde frigöra någon personal alls. Där flera datakällor fanns för varje barn utsågs bland föräldrar respektive lärare en huvudsaklig uppgiftslämnare.

Kriterier för huvudsaklig uppgiftslämnare bland föräldrar var:

1. deltog på minst 5 av utbildningens 10 gruppträffar (föräldrar i Grupp 1)
2. fullständigt dataset, dvs. alltid data från enkät 1 (T1) samt från enkät 2 (T2) och/eller enkät 3 (T3)

3. uppgiftslämnaren ska vara barnets biologiska förälder eller den förälder som barnet huvudsakligen bor hos
4. den förälder som enligt enkät 1 har ett högre antal poäng på SNAP-IV skalan (se nedan)

Kriterier för huvudsaklig uppgiftslämnare bland skolpersonalen var:

1. deltog på minst 4 av utbildningens 8 gruppträffar (lärare i Grupp 1)
2. antal ggr i utbildningsgrupp om lärarna/skolpersonalen tillhörde Grupp 1
3. fullständigt dataset, dvs. alltid data från enkät 1 (T1) samt från enkät 2 (T2) och/eller enkät 3 (T3)
4. uppgiftslämnaren ska helst se barnet i klassrummet, dvs. hellre vara klasslärare än fritidspersonal
5. den lärare/skolpersonal som enligt enkät 1 har ett högre antal poäng på SNAP-IV skalan (se nedan)

Undersökningsgruppen bestod till att börja med av 92 barn, deras föräldrar och lärare. Efter exklusion enligt kriterierna ovan återstod data från 70 föräldrar (76 %) och från 77 skolpersonal (84 %) som var huvudsakliga uppgiftslämnare. Sex av föräldrasvaren fick uteslutas p.g.a. lågt deltagande i utbildningen och 16 svar totalt för att för få enkäter var besvarade. Anledningen till att man inte deltagit i utbildningen eller besvarat frågeformulären bedömdes i många fall (minst 15) vara att hemsituationen var jobbig, man hade pågående separationer, sjukdom i familjen eller andra specifika belastande faktorer. Beträffande lärarsvaren avböjde skolan i 10 fall att delta i studien. Ett svar togs bort p.g.a. lågt deltagande, och sammanlagt 4 svar p.g.a. för få enkätsvar. Anledningen till att skolan inte deltog var i tre fall att barnet hade flyttat från skolorten/bytt skola, i övrigt angavs bristande resurser som skäl.

Ett föräldrapar gav inte sin tillåtelse till att barnet fick tillfrågas. Tre barn sa själva ifrån att de inte ville svara på enkäterna och ytterligare 10 barn lämnade inte alls in några enkätsvar. Resterande 78 barn svarade helt eller delvis på enkäterna. På motsvarande sätt som ovan inkluderades endast de barnsvar där enkät 1 och/eller enkäterna 2 respektive 3 var besvarade. Sammanlagt ger detta svar från 33 barn i utbildningsgruppen och från 31 barn i kontrollgruppen (64 barn, dvs. 70 %). Svarens fördelning över grupp och uppgiftslämnare framgår av Tabell 1.

Tabell 1. *Fördelning av enkätsvar över grupp och kommun efter exklusion enligt kriterier*

	Grupp 1			Grupp 2			Totalt
	T	E/B	U	T	E/B	U	
Föräldrar, huvudsaklig uppgiftslämnare	7	14	15	10	12	12	70
Svar på enkät 1, 2 och 3	6	7	10	7	6	9	45
Svar på enkät 1 och 2	0	2	5	0	1	1	9
Svar på enkät 1 och 3	1	5	0	3	5	2	16
Skolpersonal, huvudsaklig uppgiftslämnare	9	13	16	9	14	16	77
Svar på enkät 1, 2 och 3	9	11	13	9	11	13	66
Svar på enkät 1 och 2	0	1	3	0	2	3	9
Svar på enkät 1 och 3	0	1	0	0	1	0	2
Barn	6	13	14	10	10	11	64
Svar på enkät 1, 2 och 3	4	5	10	4	7	8	38
Svar på enkät 1 och 2	0	2	2	0	1	2	7
Svar på enkät 1 och 3	2	6	2	6	2	1	19

Notering. T = Tierp, E/B = Enköping och Bålsta, U = Uppsala

Beskrivning av undersökningsgruppen

Beskrivningen av föräldrar och barn gäller den grupp på 70 föräldrar som är huvudsaklig uppgiftslämnare för lika många barn (Tabell 2). För skolpersonalen gäller sampelesbeskrivningen de 77 personer som är huvudsakliga uppgiftslämnare (Tabell 3).

Tabell 2. *Beskrivning av barn och föräldrar.*

	Grupp 1		Grupp 2	
	Antal	%	Antal	%
Kön, pojkar	31	86	28	82
Huvudsaklig uppgiftslämnare				
Mamma	28	78	28	82
Pappa	7	19	6	18
Familjehemsamma	1	3		
Utbildning, mamma				
9-årig grundskola	3	8	3	9
Gymnasium	14	39	13	38
Eftergymn yrkutb	3	8	6	17
Univ högskoleutb	16	44	12	35
Utbildning, pappa				
9-årig grundskola	7	21	10	29
Gymnasium	12	35	13	38
Eftergymn yrkutb	4	12	3	9
Univ högskoleutb	11	32	8	24
Ålder i år	<i>M</i>	<i>S</i>	<i>M</i>	<i>S</i>
Barnet	11.1	2.1	10.8	1.7
Mamma	39.3	5.5	38.2	5.8
Pappa	41.5	6.1	41.0	7.1
Deltagit i grupp antal ggr	8.4	1.3		

Notering. N = 70 (36 i grupp 1 och 34 i grupp 2) M = Medelvärde, S = Standardavvikelse

Det fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna beträffande kön, ålder eller föräldrars utbildning ($p > .05$). Barnen hade i snitt drygt 2 syskon var. De flesta barn var födda i Sverige

(93 %), hade mödrar som var födda i Sverige (91 %) och fäder födda i Sverige (87 %). Knappt 60 % av barnen bodde tillsammans med båda sina föräldrar, ca 7 % bodde växelvis hos mamma och pappa, drygt 30 % bodde hos mamma eller pappa och en liten andel, 3 % (2 barn) bodde i familjehem. Grupperna var jämförbara även beträffande dessa bakgrundsvariabler ($p > .05$).

Något färre än hälften av föräldrarna, 46 %, hade tidigare gått någon form av föräldrautbildning. En övervägande majoritet av dessa hade deltagit på COPE utbildningar (ca 70 %). Endast 2 föräldrar hade tidigare gått på en utbildning som kan jämföras med "Metoder i vardagen".

Sexton procent av föräldrarna fick poäng på WHO:s Vuxen-ADHD självrapporteringskala som enligt rekommendationer skulle motivera vidare utredning. Skalan är inget diagnosinstrument, men visar på symptom som i hög grad överensstämmer med ADHD hos vuxna (skalan beskrivs nedan under Instrument). Inte heller här fanns någon signifikant skillnad mellan föräldrarna i de bägge grupperna.

I gruppen med sekundära uppgiftslämnare som åtminstone hade uppgifter från T1 och T3 (totalt 42 föräldrar; 22 i grupp 1 och 20 i grupp 2) dominerade papporna (65 %). En mindre andel var mammor, 20 %, och de övriga var icke-biologiska pappor till barnen. Drygt 30 % hade tidigare gått någon form av föräldrautbildning, de flesta i COPE-grupp. Av de 22 uppgiftslämnarna i grupp 1, deltog 4 personer inte alls på utbildningen. Övriga deltog i snitt 5,4 gånger.

Tabell 3. *Beskrivning av skolpersonal*

	Grupp 1		Grupp 2	
	Antal	%	Antal	%
Huvudsaklig uppgiftslämnare				
Klasslärare	19	50	20	51
Övriga lärare	9	24	8	21
Speciallärare	5	13	1	3
Elevassistent	1	3	7	18
Fritidspersonal	3	8	3	8
Kurator	1	3		
	<i>M</i>	<i>S</i>	<i>M</i>	<i>S</i>
Ålder i år	43.9	11.0	43.1	9.7
Yrkserfarenhet	14.9	10.3	14.4	10.7
Arbete med barnet i år	1.0	0.7	1.5	1.2
Deltagit i grupp antal ggr	6.7	1.1		

Notering. N = 77 (38 i grupp 1 och 39 i grupp 2)

Sammansättningen av huvudsakliga informationslämnare bland skolans personal skiljde sig inte åt mellan grupperna ($p > .05$). Cirka 80 % var lärare, övriga elevassistenter eller fritidspersonal. I ett fall deltog en kurator som hade regelbunden kontakt med barnet i skolan. Uppgiftslämnarna i grupp 1 hade arbetat något kortare tid med barnet (1 år) och i grupp 2 något längre (1,5 år; statistiskt säkerställd skillnad, $p < .05$). I övrigt skiljde sig grupperna inte åt. På grund av klass- och stadiemyte ersattes 3 lärare i vardera gruppen vid T3 (uppföljningsenkäten) av nya lärare som besvarade denna enkät.

I gruppen med sekundära uppgiftslämnare bland skolpersonal som åtminstone hade uppgifter från T1 och T3 (totalt 52 personer, 26 i Grupp 1 och 26 i Grupp 2) var andelen elevassistenter och fritidspersonal större, ca 45 %. Av de ca 55 % som var lärare, var ungefär 25 % barnets klasslärare. Ålder, yrkeserfarenhet och den tid man arbetat med det aktuella barnet var

jämförbart med de primära uppgiftslämnarna. En av de 26 personerna deltog inte alls på utbildningen, övriga deltog i snitt på 6,8 gruppträffar.

Ytterligare 53 personer (26 i Grupp 1 och 27 i Grupp 2) från skolan som känner barnet men som inte deltog i utbildningen fick svara på frågeformulären. Många av formulären från dessa uppgiftslämnare var bristfälligt ifyllda p.g.a. att man inte ansåg sig ha tillräckligt nära kontakt med barnet i skolan för att kunna besvara frågorna på ett tillförlitligt sätt. På grund av kvalitén på dessa data har de inte analyserats.

Tabell 4. *Journaluppgifter för barnen*

	<u>Grupp 1</u> Antal	<u>Grupp 2</u> Antal
<u>Huvuddiagnos</u>		
Ingen diagnos	2	3
Aktivitets och uppmärksamhetsstörning	33	30
Aspergers syndrom	1	
<u>Tilläggsdiagnos</u>		
Tics	2	1
Aspergers syndrom	2	2
Övriga diagnoser	5	1
<u>Medicinering</u>		
Ingen medicinering	4	8
Stimulantia	31	25
Lugnande	1	1
Antidepressiv	1	0
Sömnhormon	5	4

Notering. N = 69 (36 i grupp 1 och 33 i grupp 2)

Ett föräldrapar lämnade inte sitt medgivande till journalgenomgång, uppgifterna grundar sig därför på 69 barn. Över 90 % av barnen hade diagnosen Aktivitets och uppmärksamhetsstörning (ADHD). Några enstaka barn hade ännu inte fått någon diagnos, men hade en problembild som överensstämde med ADHD. Ett barn hade Aspergers syndrom som huvuddiagnos och några barn hade Aspergers syndrom som tilläggsdiagnos. Övriga diagnoser var t.ex. tics, tal- och språkstörning samt depression, ångest och somatisk problematik. Över 80 % av barnen medicinerade med olika stimulantia. Cirka 17 % hade inte någon medicinering. Uppgifterna angående diagnos och medicinering skiljde sig inte åt mellan grupperna ($p > .05$)

Journalgenomgången visade att vid sidan av medicinering, kontroll av denna samt grupputbildning, fick endast enstaka barn och föräldrar ytterligare insatser från klinikens sida. Dessa insatser bestod t.ex. i två fall av stöd i beteendeträning till föräldrar och i två fall av att barnet hade placerats i liten undervisningsgrupp.

Procedur och genomförande

Föräldrar/lärare till ca 10 barn brukar utgöra en utbildningsgrupp. Så snart det fanns ett tillräckligt antal barn med allvarliga neuropsykiatriska problem inbjöds föräldrarna till ett informationsmöte där utbildningen, samt studiens syfte och uppläggning presenterades. En förutsättning för att bjuda in var att BUP-personalen hade bedömt att ett deltagande i den aktuella grupputbildningen skulle vara en konstruktiv åtgärd för familjen. De föräldrar som ville delta i studien fick acceptera att bli lottade till att antingen delta i grupputbildningen den aktuella terminen, eller till att få vänta ca 6 månader på att få gå i utbildningsgrupp.

Ett deltagande innebar dessutom att man vid tre tillfällen skulle besvara enkäter med frågor om bakgrundsfaktorer och om hur man såg på sitt barn i olika avseenden, barnets svårigheter, konfliktsituationer mm samt om hur man såg på sitt eget föräldraskap. Enkäterna skulle besvaras innan utbildningen startade (T1), efter samtliga gruppträffar (T2), samt som en uppföljning ca tre månader efter avslutad kurs (T3). Även föräldrar i kontrollgruppen skulle besvara samma enkäter vid motsvarande tidpunkter.

Föräldrarna tillfrågades om deras barn kunde få besvara ett antal frågor om hur de ser på sig själva och sin skolsituation (om barnen själva samtyckte). De fick även lämna sitt medgivande till att barnets lärare fick inbjudas till en parallell utbildning och svara på tre enkäter. Enkäterna skulle besvaras vid samma tidpunkter som föräldrarnas, och innehöll bakgrundsfrågor samt frågor om barnet i skolan. Slutligen kunde de föräldrar som ville delta i undersökningen lämna sitt samtycke till att vissa uppgifter fick hämtas ur barnens journaler. Samtliga föräldrar förutom två föräldrapar accepterade journalgranskningen. De som ville gå i grupputbildning men inte ville vara med i undersökningen, erbjöds motsvarande utbildning i en annan grupp.

För att kunna sätta samman två likvärdiga grupper fick föräldrarna besvara ett frågeformulär (SNAP-IV, se nedan) angående barnets problem. Utifrån dessa svar, samt från uppgifter om barnens ålder och kön konstruerades par av barn där kön, ålder och problemtyndgd var matchade. Därefter randomiserades, med hjälp av en slumpstalstabell, ett av barnen i varje par till antingen Grupp 1 (utbildningsgrupp) eller Grupp 2 (kontrollgrupp).

Sammanlagt genomfördes under tre terminer 6 olika grupputbildningar för både föräldrar och lärare. I Uppsala hade man tre grupper och i Tierp, Enköping och Bålsta en grupp vardera. Grupperna redovisas kommunvis (Tabell 1 samt Resultat). Varje grupp hade två gruppleddare som tidigare deltagit i gruppleddarutbildning. Totalt medverkade 6 gruppleddare i olika konstellationer på de 4 orterna. Innehållet i gruppträffarna följde, enligt uppgift från gruppleddarna, studiehandledningen "Metoder i vardagen". Närvaro/frånvaro på gruppträffarna registrerades, och som regel också orsak till frånvaro, t.ex. sjukdom, sjukt barn och svårighet att vara frånvarande från arbetet. Föräldragrupperna träffades 10 gånger och skolpersonalsgrupperna 8 gånger. Varje träff var två timmar lång.

Vid sidan av gruppträffarna fortsatte föräldrar, barn och skolpersonal i båda grupperna med sina "vanliga" kontakter med BUP-kliniken (ex. enskilda samtal, uppföljning av medicinering mm). De barn som samtyckte till att besvara frågeformulären fick vid behov hjälp med att läsa upp frågorna. En av gruppleddarna åkte runt och hjälpte till med detta, och i några fall fick barnens föräldrar hjälpa till. Ifyllda formulär, identifierade endast med kodnummer, skickades till BUP för dataregistrering. Påminnelser skickades ut vid uteblivna svar. Studien är granskad och godkänd av den regionala Etikprövningsnämnden för Medicinsk forskning i Uppsala.

Utbildningens innehåll och uppläggning

Utbildningen i grupperna följde Studiehandledningen för ”Metoder i vardagen” och kallas en ”4S-modell”. Detta står för att innehållet kretsar kring fyra områden, struktur, språk, samarbete och strategier. Föräldrar och lärare ska lära sig att skapa struktur runt barnet. Deltagarna får t.ex. öva problemlösning, att motivera barnet och lära sig att använda förstärkningssystem. S nummer två, språk, står t.ex. för kommunikationsträning, att tala till barnet så att det lyssnar och förstår. Samarbetet mellan hem och skola betonas. Gemensamma rapportssystem, åtgärdsprogram och andra program som kan användas i både hem och skola diskuteras och prövas. Arbetet med struktur, språk och samarbete leder fram till att barn och vuxna kan hitta fungerande strategier i vardagen.

Återkommande teman i gruppträffarna är:

1. att ge kunskap om neuropsykiatriska funktionshinder
2. att deltagarna delger information till de andra i gruppen
3. kommunikationsträning
4. problemlösningsträning
5. att göra metoder i vardagssituationer (förstärkningssystem mm)
6. hemuppgifter som diskuteras vid nästa gruppträff

För en utförligare redovisning av innehållet hänvisas till Studiehandledningen ”Metoder i vardagen” och till boken ”Lekfulla metoder – allvarligt funktionshinder”.

Mätinstrument

Tabell 5. Mätinstrument vid de tre datainsamlingarna.

Mätinstrument	Föräldrar			Skolpersonal			Barn		
	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3
SNAP-IV	X	X	X	X	X	X			
SDQ	X	X	X	X	X	X			
Upplevd kontroll	X	X	X	X	X	X			
Vardagliga situationer i hemmet	X	X	X						
Konfliktsituationer i hemmet	X	X	X						
SPSQ	X	X	X						
Vuxen-ADHD	X								
Vardagssituationer i skolan				X	X	X			
Konflikter med barnet				X	X	X			
Rapport om skoldagen (grupp 1)				vid utbildningen					
Becks Ungdomsskalor							X	X	X
Ensamhet och skoltrivsel							X	X	X
Förväntningar (grupp 1)	X			X					
Utvärdering (grupp 1)		X			X				

Notering. T1 = vid studiens början, T2 = vid avslutad utbildning eller motsvarande tid för jämförelsegruppen, T3 = vid uppföljningstillfället.

Högre poäng på mätinstrumenten visar på mer problem eller en större problempplevelse. Det enda undantaget gäller den av Becks Ungdomsskalor som kallas Självbild. Där visar högre värden en mer positiv självuppfattning.

Beskrivning av mätinstrumenten:

1. SNAP-IV (ett frågeformulär baserat på DSM-IV kriterier för ADHD och ODD). Formuläret innehåller 9 frågor om koncentrationsproblem, 9 frågor om hyperaktivitet och 9 frågor om ODD. Frågeformuläret finns i likalydande versioner för föräldrar och lärare (DuPaul, Power, Anastopoulos, & Reid, 1998). Frågorna besvaras på en skala där 0 = aldrig/sällan, 1 = ibland, 2 = ofta och 3 = mycket ofta. Ett svar på 2 eller mer räknas som en poäng på symtom inom respektive område. Kriterier för att uppfylla ADHD-U (= uppmärksamhet) är minst sex symtom på uppmärksamhetsdimensionen, kriterier för att uppfylla ADHD-HI (= hyperaktivitet/impulsivitet) är minst sex symtom på hyperaktivitetsdimensionen, och kriterier för ADHD-K (= kombinerad typ) är sex symtom på varje dimension. Enligt DSM-IV krävs dessa nivåer av problem i minst två olika omgivningar, exempelvis hem och skola, för att en diagnos ska kunna ställas. För att uppfylla kravet för ODD-diagnos gäller att ha minst 4 poäng på de 9 ODD-frågorna. Avseende ODD-diagnos gäller inte kravet på problem i flera miljöer.
2. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Smedje, Broman, Hetta & von Knorring, 1999). SDQ är ett välkänt skattningsinstrument för att mäta styrkor och svårigheter hos barn och ungdomar. Det innehåller fem olika domäner; uppförandeproblem, hyperaktivitet/koncentrationsproblem, inåtvända problem, kamratproblem och prosocialitet. De fyra första domänerna ger tillsammans ett totalt belastningsmått, SDQ-total. Varje domän mäts med 5 frågor som besvaras på en tregradig skala. För att kunna differentiera svaren bättre är de i denna studie uppdelade i fem svarsalternativ där 1 = stämmer inte alls, 3 = stämmer delvis och 5 = stämmer helt och hållet. Frågorna finns formulerade både för föräldrar och för lärare. Till skalan riktad till föräldrar/lärare hör också 5 frågor som rör föräldrarnas/lärarnas problemupplevelse (här benämnd SDQ-betydelse).
3. Upplevd kontroll (Campis, Lyman & Prentice-Dunn, 1986). "Locus of Control", föräldrars/lärares upplevda kontroll, är en ofta använd skala som i 10 frågor mäter upplevd kontroll i föräldra- respektive lärarrollen. Likalydande frågor till föräldrar och till lärare. Besvaras på en femgradig skala från 1 = stämmer inte alls, till 5 = stämmer mycket bra.
4. Vardagliga situationer i hemmet (Barkley & Murphy, 1998). Barkleys "Home Situation Questionnaire" består av 17 frågor som mäter problem i vardagliga situationer, som t.ex. dagliga rutiner runt måltider men även sociala situationer som t.ex. att leka med kamrater. Frågorna är utformade för föräldrar och besvaras med JA eller NEJ. Antalet JA svar adderas. Vid svaret JA får föräldrarna skatta problemets storlek från 1 = mycket små till 9 = mycket stora.
5. Konfliktsituationer i hemmet. 12 nykonstruerade påståenden för föräldrar som kan jämföras med Piantas konfliktskala (se punkt 9 nedan). Påståendena besvaras på en femgradig skala där 1 = stämmer inte alls, 2 = stämmer ganska dåligt, 3 = stämmer ibland och ibland inte, 4 = stämmer ganska bra och 5 = stämmer mycket bra.

6. Swedish Parenthood Stress Questionnaire (SPSQ; Östberg, Hagekull & Wettergren, 1997) är ett instrument för att mäta föräldrastress som bygger på delar av Parenting Stress Index (Abidin, 1990). SPSQ är utprovat och validerat på svenska föräldrar. Här används vissa delar av skalan (15 av 34 påståenden). Föräldrarna tar ställning till påståendena på en femgradig skala från 1 = stämmer inte alls, till 5 = stämmer mycket bra. Ett totalmått på föräldrarnas stressupplevelse räknas fram från svaren.
7. Vuxen-ADHD Självrapportskala (ASRS-v1.1), från WHO's Composite International Diagnostic Interview (Kessler m.fl., 2005). Eftersom det finns en stark ärftlighetsfaktor i ADHD problematik fick föräldrarna besvara 6 frågor som rör vuxen-ADHD. På så sätt kan man undersöka om föräldrarnas egna ev. problem påverkar hur man kan tillgodogöra sig utbildningen. Frågorna besvaras på en sexgradig skala där 1 = aldrig, 2 = sällan, 3 = ibland, 4 = ofta och 5 = mycket ofta. Poäng högre än en rekommenderad cut-off visar att den vuxne uppvisar symptom som i hög grad överensstämmer med ADHD hos vuxna, och motiverar vidare utredning.
8. Frågor om "Vardagssituationer i skolan". Nykonstruerade frågor (antal 14) som är jämförbara med föräldrafrågorna under punkt 3 ovan (Barkleys "Home Situation Questionnaire"). Frågorna rör skolans dagliga rutiner, och besvaras med JA eller NEJ. Antalet JA svar adderas. Vid svaret JA får lärarna skatta problemets storlek från 1 = endast små, till 9 = väldigt stora.
9. Konflikter med barnet (lärare-barn relationen). En internationell välanvänd konfliktsskala med 13 påståenden som också är använd i Sverige (Pianta, 1996). Påståendena besvaras på en femgradig skala där 1 = stämmer inte alls, 2 = stämmer ganska dåligt, 3 = stämmer ibland och ibland inte, 4 = stämmer ganska bra och 5 = stämmer mycket bra.
10. Rapport om skoldagen. Teacher daily report (Barkley, 1998). Tolv frågor om hur den aktuella skoldagen har varit. Elva frågor angående barnets beteende i klassrummet (ex. "stört andra") besvaras med JA eller NEJ. Den tolfte frågan är en bedömning av barnets skolarbete i klassrummet den aktuella dagen och svaren graderas från 1 = mycket dåligt till 10 = mycket bra. Frågorna besvarades i början av varje gruppträff.
11. Becks Ungdomsskalor (Beck, Beck & Jolly, 2004) är ett internationellt använt frågeformulär, normerat för svenskt bruk. Formuläret mäter ångest, depression, ilska, normbrytande beteende och självbild. Varje delskala innehåller 20 påståenden som barnet ska ta ställning till på en 4-gradig skala där 1 = aldrig, 2 = ibland, 3 = ofta och 4 = alltid. Poängsummorna jämförs med normtabeller för flickor respektive pojkar. På skalorna ångest, depression, ilska och normbrytande beteende betecknas percentilvärden på 90 och mer som mycket förhöjda, percentilvärden på 75 – 89 som något förhöjda och percentilvärden på 74 eller lägre som genomsnittliga. På skalan självbild räknas värden på 90 och högre som höga, värden mellan 26 och 89 som genomsnittliga, värden mellan 11 och 25 som något låga och värden på 10 eller mindre som mycket låga.
12. Ensamhet och frågor om skoltrivsel (Ascher, Hymel & Renshaw, 1984; Cassidy & Asher, 1992; Ladd & Price, 1987). Formuläret innehåller 24 påståenden, 16 om ensamhet och 8 om skoltrivsel. Barnet ska ta ställning till frågorna på en 4-gradig skala där 1 = stämmer mycket bra, 2 = ganska bra, 3 = inte så bra och 4 = inte alls.

13. Förväntningar på utbildningen. Föräldrar/skolpersonal i grupp 1 får svara på frågor om sin motivation att gå utbildningen och om hur man bedömer att ens kunskaper om barnets funktionshinder mm är.
14. Utvärdering. Föräldrar/skolpersonal får svara på utvärderingsfrågor rörande utbildningen samt på nytt frågor om sina kunskaper.

Analyser

Eventuella gruppskillnader vid studiens början, och mellan olika uppgiftslämnare, analyserades med hjälp av χ^2 och t -test. Effekter av utbildningen på hur föräldrar och lärare bedömde att diagnoskriterier för ADHD respektive ODD uppfylldes, studerades med hjälp av χ^2 vid tre tidpunkter, före grupputbildningen (T1), efter utbildningen (T2) och vid uppföljningstillfället (T3).

Effekter av utbildningen på olika kontinuerliga utfallsvariabler analyserades med hjälp av variansanalys (ANOVA) med upprepad mätning. Eventuella interaktionseffekter mellan gruppstillhörighet och tid studerades, dvs. om skillnaden mellan T1 och T2/T3 var större i den grupp som hade varit med i grupputbildningen (Grupp 1) i jämförelse med kontrollgruppen (Grupp 2). Vid signifikant interaktion räknades storleken av effekten fram med hjälp av Cohens effektstorleksmått (d ; Clark-Carter, 2004). Enligt gängse rekommendationer betecknas en effekt på .80 som stor, en effektstorlek på .50 som måttlig och en effekt på .20 som liten.

Så kallade modererande faktorer som kan påverka resultaten studerades också. En modererande faktor villkorar ett samband mellan två andra variabler. Man vill t.ex. undersöka om en god effekt av grupputbildningen framför allt gäller för barn med hög, i motsats till låg, symptomnivå vid studiens start. Modererande effekter studerades som interaktioner i variansanalys, d.v.s. genom att korsa två kategoriska variabler, i detta exempel grupp (utbildningsgrupp/kontrollgrupp) och hög/låg symptomnivå och se läget på utfallsvariablerna i de olika kategorierna.

I analyser av föräldrarnas skattningar har följande moderatorer studerats:

- Barnens nivå av *utåtriktade problem* vid studiens start enligt föräldraskattningar. Denna variabel skapades genom att summera antalet ADHD- och antalet ODD-symptom. Fördelningen delades sedan på mitten och bildade en högsymptomatisk och en lågsymptomatisk grupp.
- Barnens nivå av *inåtriktade problem* vid studiens start. Barnens poäng på Becks skalor för ängslan och nedstämdhet summerades. Fördelningen delades på mitten och två grupper skapades. Barnens självrapporter användes som det mest tillförlitliga måttet på dessa ”tysta” problem.
- Föräldrarnas upplevelse av *belastning* vid studiens start. Medelvärden av föräldrarnas skattningar av upplevd kontroll, konfliktsituationer i hemmet och upplevd stress i föräldrarollen räknades fram. Som ovan delades fördelningen på mitten och bildade en hög- och en lågbelastad grupp. Det fanns ett måttligt samband mellan föräldrarnas upplevda belastning och barnens symptomnivåer, $r = .39, p < .001$.
- Om föräldrarna hade uppgivit *egna svårigheter av ADHD-karaktär*. Även här räknades antal problem, och två grupper skapades genom att dela gruppen på mitten.

- Om föräldrarna *deltagit i föräldrautbildningar tidigare* Ja/Nej.

I analyser av lärarnas skattningar användes följande moderatorer:

- Barnens utåtriktade *symptom* vid studiens start enligt lärarskattningar. Se ovan för beskrivning av hur grupperna bildades.
- Barnens nivå av *inåtriktade problem* vid studiens start, enligt ovan.
- Lärarnas upplevelse av *belastning* vid studiens start. Medelvärden av lärarnas upplevda kontroll och konflikter med barnet räknades fram, och grupper skapades som ovan. Sambandet mellan lärarnas upplevda belastning och barnens symptomnivå var starkt, $r = .70, p < .001$.

Eftersom gruppstorlekarna var små i vissa av dessa analyser, är resultaten kontrollerade för extrema värden, d.v.s. gruppskillnaderna beror inte på att enstaka barn i någon av grupperna förändrats ovanligt mycket eller lite över tid.

RESULTAT

Beskrivning av grupperna vid undersökningens början

Ungefär 30 % av barnen i respektive grupp uppfyllde enligt föräldrarnas bedömning kriterierna för ADHD-K, dvs. kombinerad typ. En något större andel, drygt 40 %, ansågs uppfylla kriterierna för ADHD-HI (hyperaktivitet/impulsivitet), och en ännu större andel kriterierna för ADHD-U (uppmärksamhet), ca 60 %. Ungefär 40 % uppfyllde kriterierna för ODD-diagnos. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna ($p > .05$).

Inte heller beträffande skolpersonalens bedömningar fanns det någon signifikant skillnad mellan grupperna ($p > .05$), trots att andelen som uppfyllde kriterier för ADHD-K var ngt lägre i grupp 1 än i grupp 2 (21 % i grupp 1, jämfört med 39 % i grupp 2). Lärarna ansåg att ca 35 % uppfyllde kriterier för ADHD-HI, och ca 55 % för ADHD-U. Även skolpersonalen ansåg att ca 40 % av barnen uppfyllde kriterierna för en ODD-diagnos.

När både föräldrar och skolpersonalen var överens om att respektive kriterium skulle vara uppfyllt minskade antalet barn jämfört med när antingen hem eller skola gjorde motsvarande bedömning (inte heller här någon signifikant skillnad mellan grupperna). Hem och skola var överens om att ca 10 % av barnen uppfyllde kriterierna för ADHD-K och ca 25 % kriterierna för ODD.

För övriga studerade variabler (SDQ, vardagliga situationer i hemmet, vardagssituationer i skolan, konfliktsituationer i hem och skola, upplevd kontroll i hem och skola samt föräldrastress) fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna vid T1, vare sig det gäller föräldrarnas eller skolpersonalens uppgifter.

Beträffande några av dessa variabler kunde jämförelser göras med andra grupper av barn. I denna studie hade barnen värden som låg 1-2 standardavvikelser över värdena för en grupp på 1200 svenska tioåringar när det gäller föräldraskattade kamratproblem och emotionella problem enligt SDQ-skalorna (Rydell, personligt meddelande april, 2008). Lärarnas skattningar av graden av konflikter med barnen, låg ca 5 standardavvikelser över hur lärare skattade sina konflikter med ett 100-tal problemfria 9-åringar, men på samma nivå som en liten grupp mycket utagerande barn (Henricsson & Rydell, 2004).

Även beträffande barnvariablerna, Becks ungdomsskalor, ensamhet och skoltrivsel, var utgångsvärdena för de två grupperna jämförbara ($p > .05$). De 64 barnen fördelade sig på 53 pojkar och 11 flickor. Pojkar och flickors resultat jämfördes med normer för respektive kön enligt manualen. På ångest skalan hade både pojkar och flickor något förhöjda värden, flickorna på gränsen till mycket förhöjda värden (percentilvärden; pojkar 85,1, flickor 89,5). På depressionsskalan hade både pojkar och flickor något förhöjda värden (83e percentilen). Detsamma gällde normbrytande beteende där pojkarna låg högre än flickorna (percentilvärden; pojkar 82 och flickor 75, dvs. på gränsen till ett genomsnittligt värde). På skalan som mäter ilska hade flickorna något förhöjda värden (86e percentilen), medan pojkarnas värden låg precis över gränsen till mycket förhöjda (90e percentilen). Beträffande självbild hade både pojkar och flickor genomsnittliga värden (31a percentilen för pojkarna och 37e för flickorna).

När pojkars och flickors resultat jämfördes utan hänsyn till de två normgrupperna (könstillhörighet) visade det sig att den enda signifikanta skillnaden fanns på ångest skalan, där flickorna rapporterade en högre ångestnivå ($t = 2.56, p < .05$).

Vad gäller skoltrivsel, låg medelvärdet i denna grupp obetydligt under det värde man funnit i en studie av 800 vanliga 12-åringar (Henricsson, 2006). Däremot låg barnen ungefär en standardavvikelse över dessa 12-åringar i upplevelsen av ensamhet (Nyberg, Henricsson & Rydell, 2008).

Samband mellan olika skattare vid undersökningens början

För 55 av de 70 barnen fanns uppgifter från såväl föräldrar som lärare (huvudsakliga uppgiftslämnare). En jämförelse av deras bedömningar av samma barn ger överensstämmande diagnoser för ADHD på 68 % respektive 52 % i de två grupperna. Detta innebar att för 68 % av barnen i grupp 1 var man överens om att de antingen uppfyllde diagnoskriterierna eller inte gjorde det, medan resterande 32 % av barnen i grupp 1 bedömdes uppfylla kriterierna av en bedömare men inte av båda. Beträffande ODD diagnos var motsvarande siffror för överensstämmelse i diagnos, 64 % i grupp 1 och 63 % i grupp 2.

Samstämmigheten, i form av korrelation mellan föräldrars och lärares skattningar av barnens beteende, varierar (se Tabell 6). När det gäller antalet ADHD och ODD symptom är sambandets styrka signifikanta. Beträffande SDQ skalorna är föräldrar och lärare mest överens när de bedömer barnets emotionella problematik. Även uppförandeproblem och kamratproblem visar på en signifikant överensstämmelse.

Det finns också en överensstämmelse mellan barnens syn på sitt eget fungerande och föräldrars respektive lärares skattning på motsvarande område. Barnens egenrapporterade utåtriktade problem, mätt med en summering av Becks skalor för normbrytande beteende samt ilska, korrelerade signifikant med föräldrarnas bedömning av deras ODD symptom ($r = .35, p < .01$), och med bedömningen på uppförandeproblem enligt SDQ ($r = .40, p < .01$). Deras inåtvända problem, mätt med summan av Becks skalor för depression och ångest, hade ett högt samband med föräldrabelömmningen av barnens emotionella problem enligt SDQ ($r = .60, p < .0001$). Lärarnas motsvarande skattningar av barnets problem hade likartade nivåer av överensstämmelse med barnens egna bedömningar. Barnens utåtriktade problem korrelerade signifikant med lärarbedömmningen av deras ODD symptom ($r = .42, p < .01$), och med uppförandeproblem ($r = .37, p < .05$) och den inåtvända problematiken med lärarnas motsvarande bedömning ($r = .53, p < .0001$).

Tabell 6. Korrelationer mellan föräldra- och lärarskattningar av barnens beteende

	<i>r</i>
ADHD symptom	.34**
ODD symptom	.30*
SDQ-total	.24+
Uppförandeproblem	.43**
Hyperaktivitet/koncentrationsproblem	.13
Emotionella problem	.52****
Kamratproblem	.37**
Prosocialitet	.23+

Notering. + $p < .10$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, **** $p < 0.0001$

Effekter av utbildningen

1. Klinisk signifikans

Som ett mått på klinisk signifikans användes andelen barn som uppfyllde kriterier för diagnos av ADHD och ODD enligt DSM-IV (se Metod). En kliniskt signifikant effekt av utbildningen vore att andelen barn som nådde diagnoskriterier skulle minska i utbildningsgruppen, men inte i kontrollgruppen.

Föräldrars respektive lärares skattningar i de två grupperna analyserades var för sig med hjälp av χ^2 vid T1, T2 och T3. Vid T3 var det signifikant fler barn som av sina föräldrar bedömdes uppfylla kriterierna för ADHD-K, $\chi^2 = 4.0$, $p < .05$, ADHD-HI, $\chi^2 = 5.4$, $p < .05$ och ODD $\chi^2 = 6.8$, $p < .01$ i den grupp vars föräldrar *inte* varit med i grupputbildningen jämfört med utbildningsgruppen. Det fanns således färre barn med dessa typer av problem vid T3 i den grupp som hade varit med på grupputbildningen. Dessa gruppskillnader fanns inte när utbildningen startade. När undersökningen startade var det också fler barn i Grupp 1 (utbildningsgruppen) som uppfyllde diagnoskriteriet för ADHD-U, $\chi^2 = 4.1$, $p < .05$. Denna skillnad hade dock försvunnit vid de senare mättillfällena. Se Tabell 7.

Tabell 7. Barn som enligt föräldrar uppfyller diagnoskriterer för ADHD och ODD i grupp 1 och grupp 2 vid T1, T2 och T3

	Uppfyller krav Vid T1		Uppfyller krav vid T2		Uppfyller krav vid T3	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
ADHD-K						
Grupp 1	11	38	4	17	5	17
Grupp 2	8	25	7	32	13	41
ADHD-HI						
Grupp 1	13	45	5	22	7	24
Grupp 2	13	41	9	41	17	53
ADHD-U						
Grupp 1	21	72	9	39	12	41
Grupp 2	15	47	11	50	16	50
ODD						
Grupp 1	11	38	6	26	6	21
Grupp 2	14	44	9	41	17	53

*Notering. Föräldrar som besvarat enkät 1 och 3 eller samtliga enkäter;
N = 61 för enkät 1 och 3, N = 45 för enkät 2*

Andelen barn som enligt föräldraskattningarna ”förbättrats” respektive ”försämrats” i de två grupperna undersöktes även, d.v.s. de barn som vid studiens början (T1) uppfyllde någon av diagnoserna men som inte gjorde det vid uppföljningsmätningen (T3), alternativt vid uppföljningsmätningen uppfyllde diagnoskriterier men som inte gjort det vid studiens start. I utbildningsgruppen hade 40 % ”förbättrats” med avseende på ADHD-diagnos (ADHD-K, ADHD-HI eller ADHD-U) mot 25 % i kontrollgruppen. Inget barn i utbildningsgruppen hade ”försämrats”, vilket 40 % av barnen i kontrollgruppen hade. Med avseende på ODD-diagnos var motsvarande siffror 46 % ”förbättrade” (14 % i kontrollgruppen) respektive 0 % ”försämrade” (28 % i kontrollgruppen).

Enligt lärarnas bedömningar fanns det inga signifikanta skillnader beträffande antalet barn som uppfyllde diagnoskriterierna i de två grupperna, varken vid undersökningens början eller vid de två senare enkäterna.

2. Effekter av utbildningen på antalet symptom enligt SNAP-IV

Effekter av utbildningen på antalet symptom över tid studerades med hjälp av ANOVA med upprepad mätning. När alla tre föräldramätningarna togs med i analysen visade antalet ADHD symptom, kombinerad typ, på en viss minskning över tid för utbildningsgruppen. Se Tabell 8.

Tabell 8. Upprepad ANOVA för föräldraskattningar av antal symptom på ADHD och ODD i grupp 1 och grupp 2 vid T1, T2 och T3

	<u>T1</u>	<u>T2</u>	<u>T3</u>	<u>Interaktion</u> Tid x Grupp	<u>Effektstorlek</u>	
	<i>M (S)</i>	<i>M (S)</i>	<i>M (S)</i>	<i>F</i>	T1-T2 <i>d</i>	T2-T3 <i>d</i>
Symptom ADHD-K				2.75+		
Grupp 1	10.8 (3.8)	9.1 (4.5)	7.7 (4.7)		.41	.30
Grupp 2	10.7 (4.7)	9.8 (6.0)	10.1 (5.3)		.17	.05
Symptom ADHD-HI				2.04		
Grupp 1	4.5 (2.8)	3.9 (2.8)	3.2 (2.7)			
Grupp 2	4.9 (2.8)	4.7 (3.2)	4.8 (3.0)			
Symptom ADHD-U				1.64		
Grupp 1	6.3 (2.1)	5.2 (2.3)	4.5 (2.5)			
Grupp 2	5.8 (2.6)	5.1 (3.1)	5.3 (2.9)			
Symptom ODD				0.08		
Grupp 1	2.9 (2.4)	2.5 (2.3)	1.7 (2.0)			
Grupp 2	3.6 (2.6)	3.3 (2.6)	3.4 (2.7)			

Notering. + $p < .10$

Effekterna av undervisningen blir kraftigare när T1 jämförs med T3, se Tabell 9. Antalet ADHD symptom, kombinerad typ, minskar signifikant över tid när de föräldrar som gått i grupp bedömer sina barn, i jämförelse med den andra gruppen där antalet symptom i stort sett är oförändrad (medelstor effekt i undervisningsgruppen). Detsamma gäller också både för uppmärksamhet och för hyperaktivitet. Även där är effektstorlekarna medelstora, för uppmärksamhetssymptomen nära gränsen till stor. Däremot finns inga signifikanta skillnader mellan grupperna beträffande ODD symptom även om nivån är något lägre vid T3 hos utbildningsgruppens föräldrar.

Tabell 9. Upprepad ANOVA för föräldraskattningar av antal symptom på ADHD och ODD i grupp 1 och grupp 2 vid T1 och T3

	<u>Interaktion</u> Tid x Grupp	<u>Effektstorlek</u>
	<i>F</i>	<i>d</i>
Symptom ADHD-K	6.56*	
Grupp 1		.73
Grupp 2		.12
Symptom ADHD-HI	4.05*	
Grupp 1		.47
Grupp 2		.03
Symptom ADHD-U	6.72*	
Grupp 1		.78
Grupp 2		.18
Symptom, ODD	2.34	

Notering. * $p < 0.05$

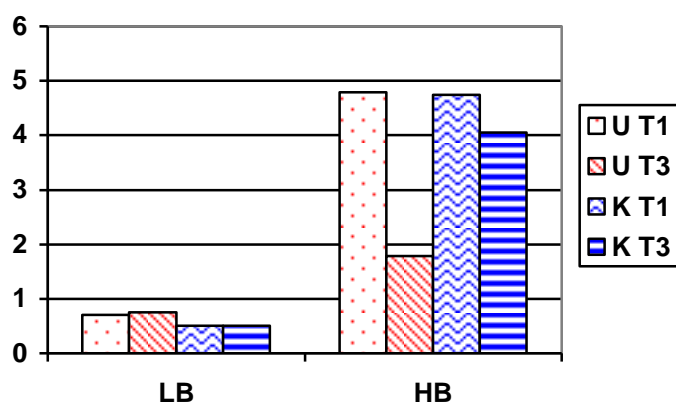
På motsvarande analyser av lärarnas svar framkommer inga signifikanta skillnader mellan grupperna över tid. Detta gäller både vid jämförelser över alla tre enkäterna (se Tabell 10) och när endast förmätningen (T1) analyseras mot uppföljningstillfället (T3).

Tabell 10. Upprepad ANOVA för lärarskattningar av antal symptom på ADHD och ODD i grupp 1 och grupp 2 vid T1, T2 och T3

	<u>T1</u>	<u>T2</u>	<u>T3</u>	<u>Interaktion</u> Tid x Grupp <i>F</i>
	<i>M (S)</i>	<i>M (S)</i>	<i>M (S)</i>	
Symptom ADHD-K				0.09
Grupp 1	8.1 (5.2)	7.7 (6.3)	7.7 (5.7)	
Grupp 2	10.2 (5.4)	9.4 (6.3)	9.4 (5.4)	
Symptom ADHD-U				0.09
Grupp 1	4.6 (3.1)	4.4 (3.5)	4.1 (3.4)	
Grupp 2	5.8 (2.7)	5.5 (3.3)	5.5 (2.6)	
Symptom ADHD-HI				0.51
Grupp 1	3.5 (2.9)	3.3 (3.2)	3.6 (2.9)	
Grupp 2	4.4 (3.2)	4.0 (3.6)	3.9 (3.3)	
Symptom ODD				1.17
Grupp 1	2.2 (2.7)	1.6 (2.5)	1.2 (2.0)	
Grupp 2	3.2 (3.4)	2.9 (3.4)	2.7 (3.5)	

När lärarnas upplevda belastning (se Analyser ovan) prövades som modererande faktor framkom dock en signifikant skillnad beträffande synen på barnens ODD-symptom. Utbildningen hade olika effekt beroende på den upplevda belastningen vid studiens start, $p < .05$ för interaktionen. Bland lärare som upplevt sig mer belastade minskade antalet ODD symptom kraftigt. I utbildningsgruppen var skillnaden mellan tidpunkterna stor, $d = 1.15$, medan den var liten i kontrollgruppen, $d = .19$. se Figur 1.

Figur 1. Lärarskattade ODD-symptom vid T1 och T3 i grupp 1 och grupp 2 för lärare med hög (HB) och låg upplevd belastning (LB) vid T1



3. Effekt av utbildningen på SDQ skalan

På både föräldrars och lärares bedömningar av barnen med hjälp av SDQ-skalan fanns vissa signifikanta interaktionseffekter som tyder på att förändringen i utbildningsgruppen är större än i kontrollgruppen. För föräldraskattningarna var skillnaderna störst när T1 kontrasterades mot T3, men även när alla tre mätningarna studerades kunde signifikanta effekter konstateras (Tabell 11 och 12).

Tabell 11. Upprepad ANOVA för föräldraskattningar av SDQ-skalar i grupp 1 och grupp 2 vid T1, T2 och T3

	<u>T1</u>	<u>T2</u>	<u>T3</u>	<u>Interaktion</u>	<u>Effektstorlek</u>	
	<i>M</i> (<i>S</i>)	<i>M</i> (<i>S</i>)	<i>M</i> (<i>S</i>)	Tid x Grupp <i>F</i>	T1-T2 <i>d</i>	T2-T3 <i>d</i>
SDQ – total				4.74*		
Grupp 1	2.8 (0.5)	2.7 (0.5)	2.5 (0.6)		.18	.44
Grupp 2	2.7 (0.5)	2.7 (0.6)	2.7 (0.6)		.0	.0
SDQ emotionella probl.				2.74+		
Grupp 1	2.6 (0.9)	2.5 (0.9)	2.1 (0.8)		.11	.47
Grupp 2	2.4 (1.0)	2.3 (0.9)	2.5 (0.9)		.11	.22
SDQ hyperaktivitet				6.22**		
Grupp 1	3.8 (0.5)	3.6 (0.6)	3.4 (0.9)		.36	.26
Grupp 2	3.7 (0.7)	3.8 (0.9)	3.7 (0.9)		.12	.11
SDQ uppförande probl.				0.20		
Grupp 1	2.2 (0.8)	2.2 (0.7)	2.1 (0.7)			
Grupp 2	2.4 (0.7)	2.3 (0.7)	2.4 (0.7)			
SDQ kamratproblem				1.18		
Grupp 1	2.5 (0.8)	2.5 (0.9)	2.3 (0.9)			
Grupp 2	2.4 (0.7)	2.5 (0.7)	2.5 (0.7)			
SDQ prosocialitet				0.29		
Grupp 1	3.5 (0.8)	3.5 (0.8)	3.7 (0.8)			
Grupp 2	3.7 (0.8)	3.7 (0.8)	3.7 (0.7)			
SDQ betydelse				1.77		
Grupp 1	4.1 (1.9)	3.9 (2.3)	3.4 (2.6)			
Grupp 2	3.7 (2.2)	4.5 (2.6)	4.2 (2.6)			

Notering. + $p < .10$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Som framgår av Tabell 11, skattar föräldrar som har gått i grupputbildning sina barn över tid som mindre hyperaktiva än de som inte har varit med. Den totala problembelastningen är också lägre, och barnens emotionella problematik minskar över tid, även om minskningen inte är statistiskt säkerställd.

Vid en jämförelse mellan T1 och T3 (Tabell 12) skattar föräldrar som gått i grupputbildning sina barn som mindre hyperaktiva och de tycker att barnens totala problematik och deras emotionella problem har minskat i jämförelse med föräldrar som inte har gått i grupp. Samtliga dessa effektstorlekar är medelstora. Betydelsen av barnets problem (SDQ betydelse) har också minskat något.

Tabell 12. Upprepad ANOVA för föräldraskattningar av SDQ-skalor i grupp 1 och grupp 2 vid T1 och T3

	<u>Interaktion</u> Tid x Grupp <i>F</i>	<u>Effektstorlek</u> <i>d</i>
SDQ – total	8.95**	
Grupp 1		.63
Grupp 2		.0
SDQ emotionella problem	5.97*	
Grupp 1		.59
Grupp 2		.11
SDQ hyperaktivitet	8.26**	
Grupp 1		.55
Grupp 2		.0
SDQ uppförande problem	0.58	
SDQ kamratproblem	1.30	
SDQ prosocialitet	1.14	
SDQ betydelse	3.27+	
Grupp 1		.31
Grupp 2		.21

Notering. + $p < .10$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Motsvarande analyser för lärarna ger inga signifikanta effekter av utbildningen över tid när alla tre enkäterna tas med i analyserna (Tabell 13).

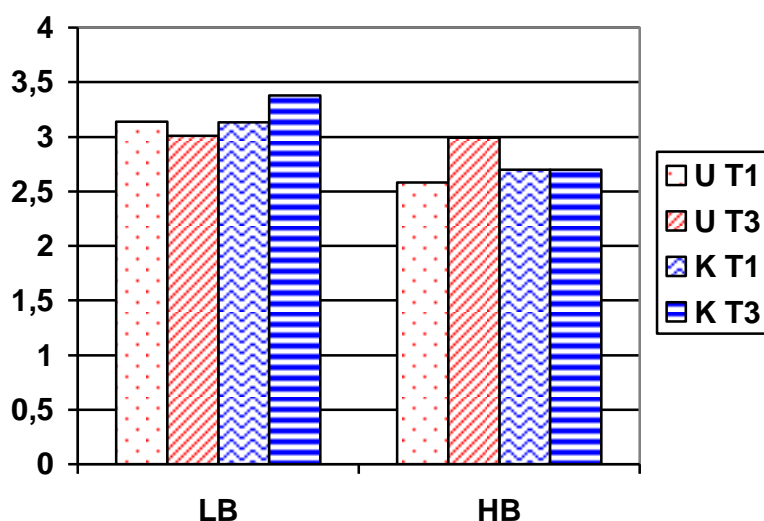
Tabell 13. Upprepad ANOVA för lärarskattningar av SDQ-skalor i grupp 1 och grupp 2 vid T1, T2 och T3

	<u>T1</u>	<u>T2</u>	<u>T3</u>	<u>Interaktion</u> Tid x Grupp <i>F</i>
	<i>M (S)</i>	<i>M (S)</i>	<i>M (S)</i>	
SDQ – total				1.48
Grupp 1	2.7 (0.5)	2.5 (0.6)	2.5 (0.5)	
Grupp 2	2.8 (0.6)	2.8 (0.6)	2.9 (0.6)	
SDQ emotionella problem				2.11
Grupp 1	2.4 (0.9)	2.1 (0.9)	2.1 (0.9)	
Grupp 2	2.4 (0.9)	2.4 (0.9)	2.5 (1.1)	
SDQ hyperaktivitet				0.16
Grupp 1	3.5 (0.8)	3.4 (1.0)	3.4 (1.0)	
Grupp 2	3.7 (0.9)	3.7 (0.8)	3.8 (0.8)	
SDQ uppförande problem				0.78
Grupp 1	2.3 (0.9)	1.9 (0.8)	2.0 (0.8)	
Grupp 2	2.6 (1.0)	2.2 (0.8)	2.5 (1.0)	
SDQ kamratproblem				0.47
Grupp 1	2.6 (0.8)	2.5 (0.9)	2.4 (0.8)	
Grupp 2	2.6 (0.8)	2.7 (0.8)	2.6 (0.7)	
SDQ prosocialitet				0.38
Grupp 1	2.9 (0.8)	2.8 (0.8)	3.0 (0.8)	
Grupp 2	3.0 (0.8)	3.0 (0.8)	2.9 (0.9)	
SDQ betydelse				0.66
Grupp 1	2.6 (1.7)	1.9 (1.8)	1.9 (1.7)	
Grupp 2	2.8 (1.7)	2.2 (1.9)	2.3 (1.9)	

När problemen vid T1 jämförs med problemen vid T3 anser lärarna att de barn som tillhör utbildningsgruppen har minskat sina emotionella problem medan den andra gruppen har en marginellt något högre nivå av emotionella problem, $F = 4.29$, $p < .05$ för interaktionen. Storleken för denna effekt är liten ($d = .33$ för grupp 1 och $d = .10$ för grupp 2). Inga andra effekter av utbildningen nådde signifikans för de lärarskattade SDQ-skalorna.

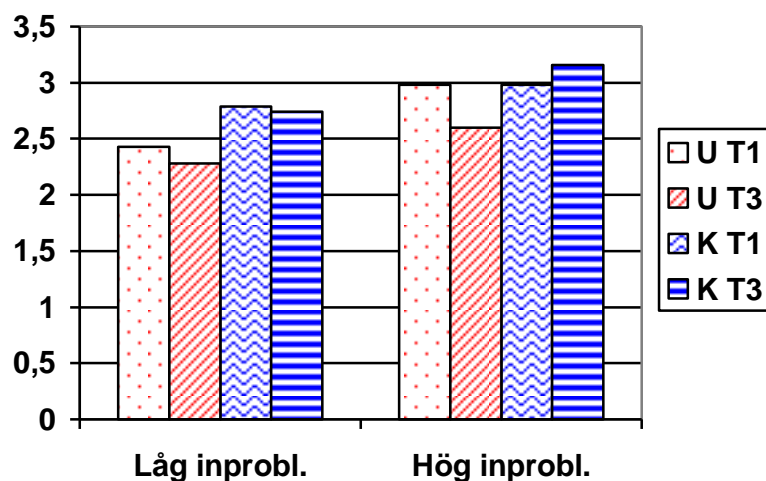
Det fanns faktorer som modererade effekten så att vissa barn hade ett större utbyte av utbildningen än andra enligt lärarskattningarna. Detta gäller t.ex. lärarnas upplevda belastning vid studiens början. Belastningen påverkade lärarnas bedömningar av barnens prosocialitet, så att lärare som deltagit på utbildningen och som hade en hög initial belastning upplevde barnen som mer prosociala efter utbildningen. Interaktionen var signifikant, $p < .05$, men effekterna var måttliga (se Figur 2). Bland lärare med hög belastning var skillnaden mellan förmätning och uppföljning medelstark, $d = .46$, medan kontrollgruppen skattades exakt likadant, $d = 0$.

Figur 2. Lärarskattad prosocialitet på SDQ vid T1 och T3 i grupp 1 och grupp 2 för lärare med hög (HB) och låg upplevd belastning (LB) vid T1

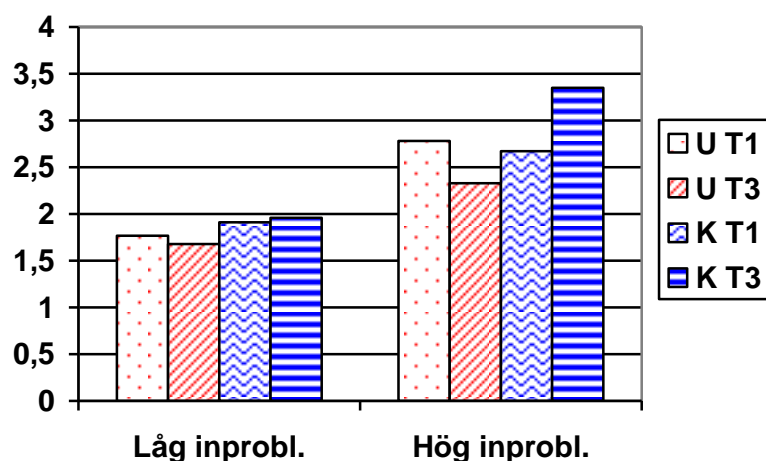


En annan modererande faktor är barnens egna skattningar av sin internaliserade problematik (se Analyser ovan). Utbildningen har effekter på lärarnas skattningar av de totala problemen på SDQ skalan, samt av barnens emotionella problem enligt SDQ beroende på barnens skattningar av sina egna internaliseringsproblem, $p < .10$ respektive $p < .05$ för de två interaktionseffekterna. Figur 3 visar att lärare till barn med höga problemnivåer upplevt en stor förbättring i total problematik enligt SDQ efter utbildningen, $d = .79$, medan barnen i kontrollgruppen fått något mer problem, $d = .34$. Effekterna på emotionell problematik enligt SDQ var snarlika men något mindre. Barn i gruppen med höga internaliserade problem minskade sina problem (enligt lärarnas bedömning), $d = .54$, medan kontrollgruppen bedömdes ha mer problem vid T3, $d = .58$ (Figur 4).

Figur 3. Lärarskattade totala problem enligt SDQ vid T1 och T3 i grupp 1 och grupp 2 för barn med höga och låga nivåer av självskattade inåtriktade problem vid T1



Figur 4. Lärarskattade emotionella problem vid T1 och T3 i grupp 1 och grupp 2 för barn med höga och låga nivåer av självskattade inåtriktade problem vid T1



4. Effekter av utbildningen för övriga utfallsvariabler

Inga signifikanta interaktionseffekter har registrerats för de övriga studerade föräldra- och lärarvariablerna (se tabellerna 14 – 15). Beträffande antal konfliktsituationer i hemmet fanns en tendens till signifikans när grupperna jämfördes från den första enkäten till uppföljningstillfället (T3), $F = 3.44$, $p < .10$ för interaktionen. Föräldrar som gått i utbildning rapporterar något färre konfliktsituationer vid uppföljningen. Effektstorleken är liten ($d = .36$ i grupp 1 och $d = .01$ i grupp 2).

Tabell 14. Upprepad ANOVA för föräldraskattningar på övriga utfallsvariabler i grupp 1 och grupp 2 vid T1, T2 och T3

	<u>T1</u>	<u>T2</u>	<u>T3</u>	<u>Interaktion</u> Tid x Grupp
	<i>M (S)</i>	<i>M (S)</i>	<i>M (S)</i>	<i>F</i>
Upplevd kontroll				0.52
Grupp 1	3.4 (0.8)	3.4 (0.6)	3.4 (0.9)	
Grupp 2	3.3 (0.8)	3.2 (0.8)	3.3 (0.8)	
Vardagliga situationer				0.79
Grupp 1	8.9 (3.6)	9.0 (4.1)	7.2 (4.0)	
Grupp 2	8.6 (4.1)	8.4 (4.5)	8.3 (4.8)	
Vardagliga situationer, svårighetsgrad				1.55
Grupp 1	4.7 (1.3)	4.8 (1.4)	4.3 (1.9)	
Grupp 2	4.7 (1.2)	4.6 (1.2)	4.7 (1.3)	
Konfliktsit. i hemmet				0.35
Grupp 1	2.8 (0.8)	2.8 (1.0)	2.5 (0.8)	
Grupp 2	2.9 (0.8)	2.9 (0.9)	2.9 (0.9)	
SPSQ				0.20
Grupp 1	2.9 (0.8)	2.9 (0.7)	2.8 (0.8)	
Grupp 2	2.7 (0.7)	2.9 (0.8)	2.8 (0.8)	

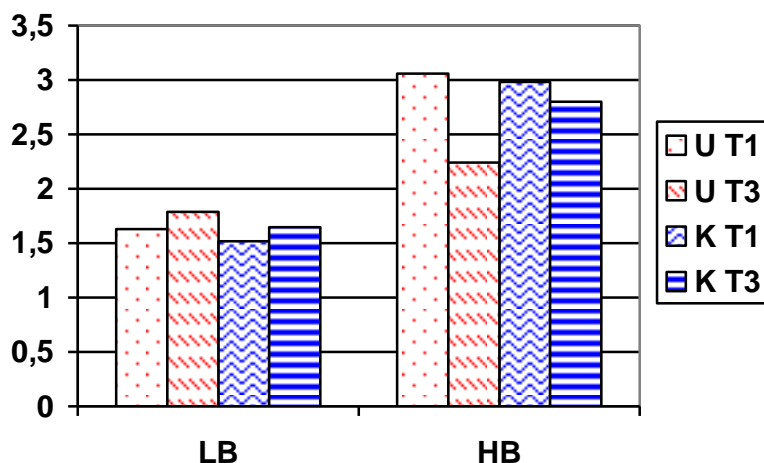
Tabell 15. Upprepad ANOVA för lärarskattningar på övriga utfallsvariabler i grupp 1 och grupp 2 vid T1, T2 och T3

	<u>T1</u>	<u>T2</u>	<u>T3</u>	<u>Interaktion</u> Tid x Grupp
	<i>M (S)</i>	<i>M (S)</i>	<i>M (S)</i>	<i>F</i>
Upplevd kontroll				0.24
Grupp 1	3.7 (0.8)	3.7 (0.8)	4.0 (0.7)	
Grupp 2	3.6 (0.9)	3.7 (0.9)	3.6 (0.9)	
Vardagssit. i skolan				0.11
Grupp 1	7.8 (3.8)	6.5 (3.8)	7.5 (3.7)	
Grupp 2	8.4 (4.2)	7.3 (4.5)	8.4 (4.3)	
Vardagssituationer, svårighetsgrad				0.29
Grupp 1	5.5 (1.8)	5.1 (2.0)	5.1 (1.6)	
Grupp 2	5.9 (2.0)	5.4 (2.1)	5.0 (1.9)	
Konfl skolan				1.36
Grupp 1	2.3 (0.8)	2.2 (0.8)	2.0 (0.7)	
Grupp 2	2.4 (0.9)	2.3 (0.9)	2.3 (0.9)	

För lärarnas del fann vi att den upplevda belastningen vid studiens start påverkade effekten av utbildningen i några avseenden. Lärare som ansåg sig ha en hög belastning i form av liten kontroll i klassrummet och mycket konflikter med barnet, rapporterade förbättringar även med avseende på konflikter med barnet och vardagssituationer i skolan, i jämförelse med kontrollgruppens lärare. Dessa effekter gällde inte de lärare som tyckte sig mindre belastade vid studiens början. Interaktionseffekten var signifikant, $p < .05$, i bägge fallen. Som framgår av figur 5 var skillnaderna mycket små mellan grupper och över tid i den lågbelastade

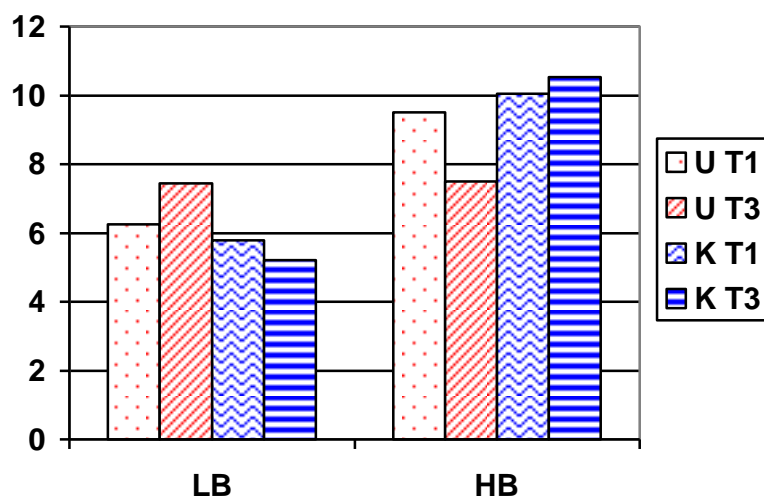
gruppen vad gäller konflikter med barnet. För lärare med hög belastning däremot var det en stor effekt före-efter utbildning, $d = 1.44$, medan den för kontrollgruppen var liten, $d = .22$.

Figur 5. Lärarskattade konflikter med barnet vid T1 och T3 i grupp 1 och grupp 2 för lärare med hög (HB) och låg upplevd belastning (LB) vid T1



I Figur 6 presenteras resultatet för problematiska vardagsituationer i skolan. I den högbelastade gruppen var effekten av utbildningen måttlig, $d = .52$ mellan för- och uppföljningsmätning. För kontrollgruppen var skillnaden mycket liten, $d = .13$, och tydde på något fler problemsituationer vid T3. I den lågbelastade gruppen fanns inte denna effekt.

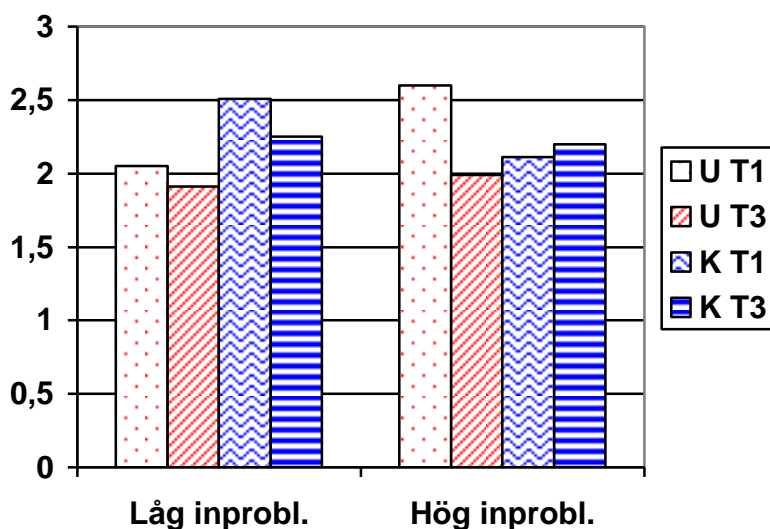
Figur 6. Lärarskattade vardagsituationer i skolan vid T1 och T3 i grupp 1 och grupp 2 för lärare med hög (HB) och låg upplevd belastning (LB) vid T1



Liknande effekter erhöles när barnens självskattningar av inåtriktade problem undersöktes som modererande variabel. Barnen i utbildningsgruppen tycktes ha förbättrats efter utbildningen beträffande antal konflikter i skolan och beträffande lärarnas känsla av kontroll i skolsituationen, men bara om de hade höga, och inte låga nivåer av inåtriktade problem, $p < .10$ för interaktionen.

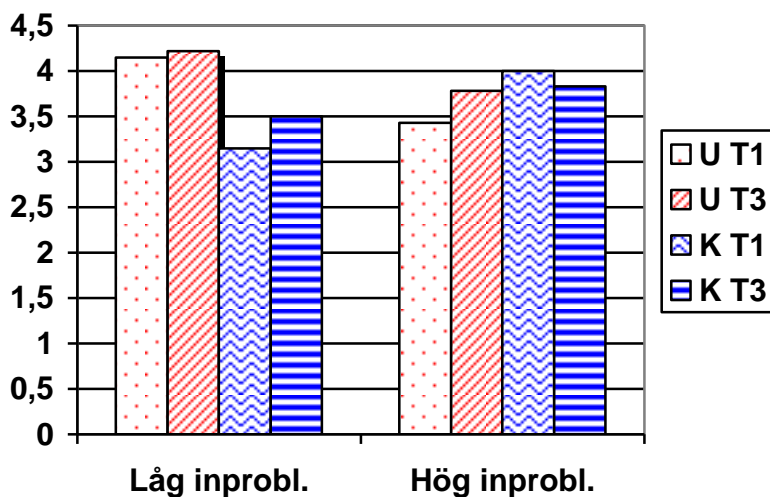
Antalet konflikter med barnet i skolan, se Figur 7, sjönk enligt lärarbedömningarna kraftigt i den högsymptomatiska utbildningsgruppen, $d = 1.01$, medan kontrollgruppen fick en liten ökning fler konfliktskattningar, $d = .08$ vid uppföljningen (T3).

Figur 7. Lärarskattade konflikter med barnet vid T1 och T3 i grupp 1 och grupp 2 för barn med höga och låga nivåer av självskattade inåtriktade problem vid T1



Beträffande lärarnas känsla av kontroll var effekten densamma, men med måttliga effekter, d.v.s. lärare till barn med höga symptomnivåer hade fått en högre känsla av kontroll efter utbildningen, $d = .47$, jämfört med kontrollgruppen, $d = .21$, se Figur 8.

Figur 8 Lärarskattad upplevd kontroll vid T1 och T3 i grupp 1 och grupp 2 för barn med höga och låga nivåer av självskattade inåtriktade problem vid T1



Lärare som deltog i grupputbildningen fick vid början av varje grupptillfälle besvara frågor om hur barnet fungerat i skolan den aktuella skoldagen ("Rapport om skoldagen", se Mätinstrument). Lärarnas svar angående barnets beteende i klassrummet jämfördes över tid. När de två första tillfällena jämfördes med de två sista var det en signifikant minskning av antalet problembeteenden mot slutet jämfört med i början ($t = 2.3$, $p < .05$). Bedömningen som gällde barnets skolarbete visade dock ej på någon signifikant skillnad över tid, även om bedömningarna antydde en liten förbättring.

5. Effekter på barnens skattningar

Några effekter av behandlingen på hur barnen upplevde sig själva och sin situation fanns inte. Ingen av interaktionseffekterna för de studerade barnvariablerna, Becks ungdomsskalor, skoltrivsel och ensamhet var signifikanta. Istället var värdena på dessa variabler anmärkningsvärt lika över både grupp och tid (Tabell 16).

Tabell 16. Upprepad ANOVA för barnskattningar på Becks Ungdomsskalor, Skoltrivsel och Ensamhet i grupp 1 och grupp 2 vid T1, T2 och T3

	<u>T1</u>		<u>T2</u>		<u>T3</u>		<u>Interaktion</u>
	<i>M</i>	<i>(S)</i>	<i>M</i>	<i>(S)</i>	<i>M</i>	<i>(S)</i>	Tid x Grupp <i>F</i>
Beck ångest							1.48
Grupp 1	16.8	(9.6)	14.2	(7.8)	14.5	(8.5)	
Grupp 2	14.3	(9.1)	11.8	(8.0)	12.0	(7.2)	
Beck depression							0.83
Grupp 1	15.4	(8.5)	12.6	(6.5)	12.1	(6.4)	
Grupp 2	14.4	(9.4)	11.4	(8.0)	11.5	(8.2)	
Beck normbryt. bet.							0.74
Grupp 1	9.4	(7.8)	8.5	(7.3)	8.1	(6.3)	
Grupp 2	9.3	(6.6)	8.8	(5.9)	9.5	(6.9)	
Beck ilska							1.04
Grupp 1	17.9	(9.7)	16.0	(9.2)	13.7	(8.5)	
Grupp 2	18.9	(10.3)	14.8	(9.2)	15.3	(9.5)	
Beck självbild							1.57
Grupp 1	36.3	(12.0)	39.5	(10.7)	40.7	(12.1)	
Grupp 2	36.4	(11.1)	40.2	(10.3)	40.2	(10.8)	
Skoltrivsel							0.66
Grupp 1	3.1	(0.7)	3.1	(0.8)	3.1	(0.9)	
Grupp 2	3.0	(0.7)	3.0	(0.6)	2.9	(0.8)	
Ensamhet							0.64
Grupp 1	1.9	(0.6)	1.9	(0.6)	1.7	(0.6)	
Grupp 2	1.7	(0.5)	1.7	(0.5)	1.7	(0.5)	

6. Resultat när både föräldrar och lärare har deltagit i utbildningen

Effekter av utbildningen undersöktes slutligen för den grupp barn där a) både föräldrar och lärare gått utbildningen enligt uppsatta kriterier och b) det fanns uppgifter från förmätning (T1) och uppföljningsmätning (T3) från både föräldrar och lärare. Antagandet var att eventuella effekter borde vara tydligast för dessa barn, eftersom deras sociala miljö fått en maximal dos av utbildningen. Gruppen utgjordes av 45 barn, 41 pojkar och 4 flickor. Av dessa tillhörde 23 barn utbildningsgruppen och 22 barn, däribland de fyra flickorna, tillhörde kontrollgruppen. Alla resultat är kontrollerade för extrema värden.

Tabell 17 visar att antalet barn som uppfyllde kriterier för någon av ADHD –diagnoserna (enligt SNAP-IV skalan) i hemmiljön sjunkit avsevärt i utbildningsgruppen, men inte i kontrollgruppen. Vid T1 fanns inga gruppskillnader i antal barn i de olika kategorierna i tabell 17, men vid T3 fanns en påtaglig gruppskillnad, $\chi^2 = 10.9$, $p < .05$. I skolmiljön fanns varken vid T1 eller vid T3 några gruppskillnader i andelen barn som uppfyllde diagnoskriteriet.

Tabell 17. Antal barn som enligt föräldrar respektive lärare uppfyller diagnoskriterier för ADHD/ODD vid T1 och T3 i grupp 1 (n = 23) och grupp 2 (n = 22)

	<u>Föräldraenkäter</u> uppfyller krav		<u>Lärarenkäter</u> uppfyller krav	
	vid T1 Antal	vid T3 Antal	vid T1 Antal	vid T3 Antal
<u>ADHD-K</u>				
Grupp 1	7	2	3	2
Grupp 2	6	11	0	6
<u>ADHD-HI</u>				
Grupp 1	2	2	4	1
Grupp 2	4	3	7	3
<u>ADHD-U</u>				
Grupp 1	8	5	10	6
Grupp 2	6	2	10	4
<u>Uppfyller ej kriterier</u>				
Grupp 1	6	14	6	14
Grupp 2	6	6	5	9
<u>ODD</u>				
Grupp 1	7	4	9	2
Grupp 2	11	13	9	8

Beträffande ODD-diagnos enligt föräldrarnas bedömning fanns inga gruppskillnader vid T1. Vid eftermätningen hade antalet som uppfyllde kriterierna i utbildningsgruppen sjunkit, samtidigt som antalet hade ökat något i kontrollgruppen, $\chi^2 = 8.32, p < .01$. Även i skolmiljön fanns en säkerställd effekt. Vid förmätningen fanns inga gruppskillnader, men vid uppföljningen hade antalet som uppfyllde kriterier i utbildningsgruppen sjunkit medan andelen fortfarande var relativt hög i kontrollgruppen, $\chi^2 = 4.98, p < .05$, se Tabell 17.

På vissa kontinuerliga mått, i synnerhet i föräldrabedömningarna, kunde man också se effekter av utbildningen, se Tabell 18. Barnen i utbildningsgruppen hade fått sänkta nivåer av samtliga typer av ADHD-symptom liksom lägre nivåer av emotionella problem och total problembelastning enligt SDQ-skalan. I de flesta fall var effektstorlekarna måttliga. Barnen i kontrollgruppen hade förändrats i mycket liten utsträckning. Vad gäller föräldrarnas upplevelse av barnens problem och sina konflikter med barnet beror de signifikanta interaktionseffekterna på att det hade skett små förändringar till det bättre i utbildningsgruppen men små förändringar till det sämre i kontrollgruppen.

Tabell 18. Föräldrars bedömning av barnets beteende, problemupplevelse samt konflikter med barnet vid T1 och T3 i grupp 1 ($n = 23$) och grupp 2 ($n = 22$)

	T1		T3		Interaktion	Effektstorlek
	<i>M</i>	(<i>S</i>)	<i>M</i>	(<i>S</i>)	Tid x Grupp <i>F</i>	<i>d</i>
Symptom ADHD-K					8.57**	
Grupp 1	9.9	(3.6)	7.1	(4.2)		.70
Grupp 2	11.4	(4.0)	11.6	(4.6)		.05
Symptom ADHD-HI					4.57*	
Grupp 1	4.0	(2.4)	3.1	(2.5)		.38
Grupp 2	5.2	(2.7)	5.6	(2.9)		.15
Symptom ADHD-U					8.46**	
Grupp 1	5.9	(1.8)	4.0	(2.2)		.92
Grupp 2	6.2	(2.3)	6.1	(2.5)		.07
SDQ – total					9.83**	
Grupp 1	2.6	(0.4)	2.4	(0.5)		.39
Grupp 2	2.8	(0.5)	2.9	(0.5)		.20
SDQ emotionella probl.					4.92*	
Grupp 1	2.4	(0.8)	2.0	(0.8)		.45
Grupp 2	2.6	(1.1)	2.6	(0.9)		.04
SDQ hyperaktivitet					9.04**	
Grupp 1	3.8	(0.6)	3.4	(0.9)		.57
Grupp 2	3.8	(0.6)	3.9	(0.7)		.27
SDQ betydelse					4.51*	
Grupp 1	3.9	(1.9)	3.3	(2.5)		.30
Grupp 2	3.7	(1.9)	4.4	(2.6)		.30
Vardagliga situationer, svårighetsgrad					3.60+	
Grupp 1	4.7	(1.2)	4.4	(1.9)		.20
Grupp 2	4.5	(1.4)	5.0	(1.3)		.34
Konfliktsit. i hemmet					4.60*	
Grupp 1	2.7	(0.8)	2.5	(0.8)		.28
Grupp 2	2.9	(0.8)	3.0	(0.9)		.10

Notering. + $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$

Även beträffande lärarskattningarna kunde man se vissa effekter. Det mest slående är att antalet ODD-symptom sjunkit betydligt i utbildningsgruppen, men inte alls förändrats i kontrollgruppen. Man kan också se en måttlig sänkning av den totala problemnivån enligt SDQ-skalan, samt av emotionella problem enligt SDQ-skalan i utbildningsgruppen (se Tabell 19).

Tabell 19. Lärares bedömning av barnets beteende, problemupplevelse samt konflikter med barnet vid T1 och T3 i grupp 1 (n = 23) och grupp 2 (n = 22)

	<u>T1</u>	<u>T3</u>	<u>Interaktion</u> Tid x Grupp	<u>Effektstorlek</u>
	<i>M (S)</i>	<i>M (S)</i>	<i>F</i>	<i>d</i>
Symptom ODD			13.46**	
Grupp 1	2.6 (2.5)	0.7 (1.5)		.91
Grupp 2	3.3 (3.5)	3.3 (3.6)		.01
SDQ – total			6.26*	
Grupp 1	2.7 (0.5)	2.4 (0.5)		.45
Grupp 2	2.9 (0.6)	2.9 (0.6)		.12
SDQ emotionella probl.			5.20*	
Grupp 1	2.2 (0.9)	1.9 (0.8)		.33
Grupp 2	2.3 (0.9)	2.5 (1.1)		.18

Notering., * $p < .05$, ** $p < .01$

7. Effekter av utbildningen enligt sekundära uppgiftslämnare i hem och skola.

I enkätsvaren från de sekundära uppgiftslämnarna kunde ett fåtal effekter av utbildningen ses. I hemmiljön var de sekundära uppgiftslämnarna den andra föräldern, antingen den andra biologiska föräldern eller en styvförälder. Bland de 42 personer, 22 i utbildningsgruppen och 20 i kontrollgruppen, som hade lämnat uppgifter vid förmätning och uppföljningsmätning fanns dock en statistiskt säkerställd effekt avseende konflikter med barnet, F för grupp*tid (T1 till T3) var 4.0, $p = .05$. I utbildningsgruppen hade konfliktsituationerna i hemmet minskat något, $d = .19$, medan de ökat något i kontrollgruppen, $d = .28$

En mindre effekt avseende upplevd kontroll fanns också bland de 37 sekundära uppgiftslämnarna i skolan, 17 i utbildningsgruppen och 19 i kontrollgruppen, som lämnat uppgifter både vid förmätning och uppföljningsmätning, $F = 3.73$, $p < .05$. I utbildningsgruppen fanns en liten ökning av den upplevda kontrollen, $d = .43$, och i kontrollgruppen fanns en minimal minskning, $d = .12$.

Förväntningar och uppfattning om utbildningen

Föräldrar och lärare fick besvara frågor om sina förväntningar inför utbildningen, hur man såg på sina kunskaper före och efter utbildningen samt utvärderingsfrågor efter utbildningen. Svaren på samtliga dessa frågor presenteras i bilaga 1, tabellerna 1 – 10. Redovisningen gäller de föräldrar/lärare som deltog på utbildningen och som ingick i gruppen huvudsaklig uppgiftslämnare (N = 36/38). Kompletterande uppgifter från de sekundära uppgiftslämnare som också deltog på undervisningen redovisas ej eftersom de i stort överensstämmer med den förstnämnda gruppens.

En majoritet av föräldrarna, oftast fler än 90 %, hade höga eller mycket höga förväntningar på utbildningen (Tabell 1). De flesta föräldrarna, ca 80 %, tycker att deras kunskaper om den aktuella problematiken i olika avseenden är medelgod eller ganska bra. Endast en mindre del anser att kunskaperna är dåliga eller ganska dåliga, medan en ännu mindre andel anser att kunskaperna är mycket bra. Se Tabell 2. Det fanns inget signifikant samband mellan förväntningar på utbildningen och antal gånger man har deltagit. Inte heller mellan synen på sina förkunskaper och antal gånger som man sedan deltar i undervisningen ($p > .05$).

De allra flesta föräldrar, ca 80 % eller fler, förefaller nöjda med utbildningen och med den kunskap man har fått. Den relativt sett lägsta värderingen gäller frågan om man har fått kunskap om hur hem och skola kan samverka för barnets bästa, där anser ca 30 % av föräldrarna att de inte har fått tillräcklig kunskap. Ungefär lika stor andel av föräldrarna känner sig tveksamma till att utbildningen har bidragit till att vissa situationer i familjens vardag har blivit lättare att hantera. Se Tabell 3.

En majoritet, 69 % av föräldrarna, har använt sig av förstärkningssystem och med ett enda undantag tycker dessa föräldrar att det har fungerat mycket bra eller ganska bra. Föräldrarna är nöjda med kursens tre huvudmoment, kunskapsförmedling, erfarenhetsutbyte genom kontakt med andra föräldrar och problemlösningsträning (ca 90 % anger "ganska nöjd" eller "mycket nöjd"). Se Tabell 4.

Nästan hälften av föräldrarna anser att gruppträffarna borde ha varit längre, och ungefär en fjärdedel tycker att antalet träffar borde ha varit fler (Tabell 5). Det finns inget signifikant samband mellan synen på hur utbildningen har varit och hur många gånger man har deltagit i gruppundervisningen.

Även lärarna hade höga förväntningar på utbildningen, men i lärargruppen fanns också vissa som inte själva hade valt att delta, utan som anger att de deltog p.g.a. att andra önskade att de skulle vara med. Detta gäller 12 personer (drygt 30 %) om man räknar med även de som svarat "stämmer ibland och ibland inte", se Tabell 6.

De flesta lärare tycker att deras kunskaper om den aktuella problematiken i olika avseenden är medelgod eller ganska bra (ca 80 %). Mellan 15 och 20 % tycker dock att deras kunskaper är ganska dåliga (Tabell 7). Inte heller för lärarna fanns det något signifikant samband mellan förväntningar på utbildningen och antal gånger man har deltagit, eller mellan synen på sina förkunskaper och antal gånger som man sedan deltar i undervisningen ($p > .05$).

En majoritet av lärarna är nöjda med utbildningen och med den kunskap man har fått i olika avseenden under kursens gång. Spridningen i svar över de olika alternativen är större för lärare än för föräldrar och ett mindre antal lärare tycker inte att utbildningen har ökat deras kunskaper. Se Tabell 8 och 9. De allra flesta är nöjda både med antalet gruppträffar och med träffarnas längd (Tabell 10). Det fanns ett signifikant positivt samband mellan antal gånger man deltagit på utbildningen och hur nöjd man var med problemlösningsträningen ($r = .43, p > .05$).

DISKUSSION

I den grupp av barn och familjer som vi undersökt, hade utbildningen Metoder i vardagen resulterat i lägre nivåer av både kärnsymptomen i barnens utagerande problematik och av internaliseringsproblem som föräldrar uppfattade dem, jämfört med en kontrollgrupp vars föräldrar inte fått utbildning. Effekterna av utbildningen fanns även i skolmiljön men var färre. Barnens egna uppfattningar om sin situation hade inte förändrats av att föräldrar och lärare gått i utbildningsgrupp. Effekter fanns i bägge miljöerna när både föräldrar och lärare gått utbildningen. De positiva resultaten blev tydligare efter en tid, jämfört med direkt efter avslutad utbildning, och det fanns flera faktorer som inverkade på om utbildningen haft effekt eller ej, i synnerhet i skolmiljön.

Vilka var det som deltog?

Målgruppen utgjordes av föräldrar och lärare till barn med svåra utagerande problem. På det sättet skiljer sig denna undersökning från andra svenska undersökningar som har studerat mindre problemfyllda grupper (Kling et al., 2006; Thorell & Hellström, 2008; Kams & Seppälä, 2007). Barnen och familjerna var föremål för specialistvård inom barnpsykiatri, d.v.s. de hade av ansvariga samhällsinstanser (skola och barnpsykiatrisk expertis) bedömts vara i behov av den högsta nivån i en vårdkedja med flera steg. Den grupp som fick utbildning och den grupp som fick vänta på utbildning och fungerade som kontrollgrupp skilde sig inte åt i något avseende, vilket också var syftet med det förfarande som användes (se Metod). Barnen i studien var typiska för barn med ADHD aktuella inom svensk barnpsykiatri beträffande köns- och åldersfördelning, d.v.s. 85 % var pojkar och de var i genomsnitt ungefär 11 år gamla (Rydell & Diamantopoulou, 2004). Så gott som samtliga barn hade en neuropsykiatrisk diagnos. Trots att nästan alla medicinerade för hyperaktivitets- och uppmärksamhetsproblem hade många av barnen avsevärda symptom på psykiatrisk ohälsa - 30-40 % uppfyllde diagnoskriterierna för ADHD och/eller ODD i hem eller skola. Även andra indikatorer på det psykiska fungerandet visade att barnen i vår studie hade sämre värden än barn i allmänhet, och deras lärare upplevde osedvanligt mycket konflikter. Barnens egna uppgifter vittnade om förhöjda nivåer på många problemområden. Barnen i studien var alltså en ganska problemtyngd skara.

De huvudsakliga uppgiftslämnarna var till större delen mödrar. Den sociala profilen hos familjerna stämde väl med riksgenomsnittet avseende föräldrarnas ålder, utbildning och antal barn (Statistics Sweden, 2006). Däremot var barn med utomsvensk bakgrund (en eller bägge föräldrarna födda utanför Sverige) något underrepresenterade, och andelen barn som inte bodde tillsammans med bägge de biologiska föräldrarna mer än dubbelt så hög jämfört med barnbefolkningen i allmänhet. Enligt egna skattningar kände ungefär en sjättedel av föräldrarna igen problem av ADHD-typ hos sig själva (ADHD anses vara en i stor utsträckning ärftlig åkomma), vilket sannolikt är mer än vad man skulle hitta i befolkningen i stort. De deltagande lärarna var i allmänhet kvinnor (89 %) som var mycket erfarna i yrket och hade känt barnen i minst ett år. Både föräldrar och lärare får alltså anses vara tämligen typiska för befolkningen.

Var skattningarna av barnen tillförlitliga?

Ett sätt att bedöma tillförlitligheten är att undersöka hur olika bedömare av samma barn ser på barnet. Lärares och föräldrars samstämmighet vad gäller barnens problembeteenden var i samtliga fall större än slumpen, men graden av överensstämmelse var måttlig. Storleken i överensstämmelsen är i samklang med många tidigare studier av hur föräldrar och lärare skattar barn (t.ex. Stanger & Lewis, 1993), men våra resultat avvek något från det vanliga mönstret: Bedömare brukar vara mer överens om problem av utåtriktad typ än av inåtriktad

typ, men i denna studie var det tvärt om (se Tabell 6). Barnens skattningar av sina utåtriktade och inåtriktade problem stämde, i samma måttliga grad, med lärares och föräldrars syn, och även här var överensstämmelsen störst med avseende på inåtriktade problem. Möjligtvis skulle detta kunna spegla en medicineringseffekt på så sätt att barnens utagerande beteende var påverkat av medicinen i varierande grad över dagen med störst effekter under skoltid, vilket skulle kunna göra dem svårbedömda, medan de inåtvända problemen var mer stabila över dygnet. Detta är högst spekulativt, men stöds i någon mån av att barnen bedömdes ha högre nivåer av ADHD-symptom i skolan än hemma vid första mätningen, $p < .05$. Hur den överlag förhållandevis svaga överensstämmelsen ska förstås kan diskuteras. Den speglar delvis att det finns mätfel i alla skattningar, samt att lärare, föräldrar och barn har olika referensramar. Den viktigaste faktorn torde dock vara att barns beteende i stunden är en frukt av barnets disposition och miljöns/situationens krav, samt av relationerna till dem barnet samspelar med. Vidare var den individuella stabiliteten över tid hos de olika skattarna hög, med korrelationer runt .70 från T1 till T3 i många fall. Vi menar att bedömningarna av barnen var tillförlitliga, givet att barnets beteende varierar med situationen.

Effekter av utbildningen

Vi ville undersöka effekter av utbildningen på ett flertal utfallsvariabler som var relaterade både till barnet själv, och till barnets fungerande i hem- respektive skolmiljö. Utbildningen, ”Metoder i vardagen”, har en stark inriktning på problemlösning i olika situationer och man kan anta att dessa problemlösningsmetoder kan vara lättare att applicera i hemmiljön än i en skolmiljö som präglas av anpassning och hänsynstagande till fler barn och vuxna. I hemmet har föräldrarna möjlighet att direkt pröva de strategier som lärdes ut. I skolan är det fler lärare som har kontakt med barnet och omgivande faktorer är svårare att kontrollera.

Barnens fungerande

Föräldrar som deltagit i utbildningen rapporterade vid uppföljningen färre symptom som var relaterade till barnets neuropsykiatriska problematik, och de tyckte att färre barn uppfyllde kriterierna för ADHD eller ODD i jämförelse med föräldrarna i gruppen som inte fått någon utbildning. Att effekterna är tydligast märkbara vid uppföljningstillfället kan beror på att det tar en tid att träna och att lära sig att använda nya strategier och kommunikationsmetoder. Att vi hade tillgång till färre skattningar vid eftermätningen (se Tabell 1) kan också ha spelat en viss roll. Vi kan inte rapportera motsvarande förändringar när det gäller lärarnas bedömningar av barnens symptom eller kriterier för att uppfylla vissa diagnoser, vilket strider mot att man i många studier funnit tämligen betydande förändringar efter skolinterventioner (Daly, Creed, Xanthopoulos & Brown, 2007). Det är dock svårt att jämföra interventioner med varandra, i synnerhet i skolmiljön, då innehåll och struktur kan skilja sig mycket mellan studier.

Vi var också intresserade av att få veta om föräldrar och lärare förändrade sina bedömningar av barnets styrkor och svagheter efter utbildningen (SDQ). Även här var effekterna tydligast i föräldraskattningarna, och när vi jämförde med uppföljningstillfället (T3). Föräldrar och lärare var överens om att barnens emotionella problematik hade minskat hos utbildningsgruppens barn, men inte hos kontrollgruppens. Föräldrarna ansåg också att barnen var mindre hyperaktiva och att den totala problemnivån (SDQ-total) hade minskat. Effektstorleken för de föräldrarapporterade förändringarna var medelstor i utbildningsgruppen och mycket liten eller helt försumbar i den andra gruppen. Bedömningarna av barnets hyperaktivitet ligger helt i linje med föräldrarnas bedömningar av barnen angående deras kärnproblematik.

Hur går det att förklara de positiva förändringar som vi har kunnat mäta i den grupp som har fått utbildning? Vi vet att ADHD-problematik inte är snabbt övergående utan får ses som en

stabil diagnos. Det troliga är därför att föräldrar, och i viss utsträckning även lärare, har lärt sig att bemöta och förstå barnet på ett mer funktionellt sätt och genom detta kan problemframkallande situationer lättare undvikas eller bemästras på ett bättre sätt.

De medelstora effekterna av föräldrautbildningen på barnens beteende stämmer med vad man funnit i internationella studier (Daly et al., 2007). Våra resultat pekar på ett gynnsammare utfall för en klinisk population i jämförelse med COPE, då man i den svenska utvärdering som gjorts hade positiva effekter endast för en mindre problemfylld grupp men inte för en klinisk grupp som enligt föräldraskattningar uppfyllde diagnoskriterier för antingen ADHD eller ODD (Thorell & Hellström, 2008). Våra resultat överensstämmer även i stora drag med effekterna av föräldraträningsprogrammet ffKomet även om effekterna i vår studie var något svagare (Kams & Seppälä, 2007). Det fanns viktiga skillnader mellan dessa två studier, på så sätt att barnen i ffKomet gruppen var yngre, andelen flickor var större och endast ungefär en tredjedel av barnen hade en neuropsykiatrisk diagnos. Tidigare forskning har bl.a. visat att äldre barn (Dishion & Patterson, 1992) är mer svårbehandlade. Det är alltså troligt att barnen i vår studie hade en tyngre problembild. Vidare var utbildningstiden i ffKomet nästan dubbelt så lång som i Metoder i Vardagen, och innehöll individuella träffar med alla föräldrar mellan gruppträffarna. I den fortsatta utvecklingen av Metoder i Vardagen skulle kanske en sådan modell också kunna prövas. Många föräldrar efterlyste just mer praktisk träning i att hantera konkreta situationer och många tyckte att träffarna borde ha varit längre och fler.

De minskade emotionella problemen som rapporteras både från hem och skola skulle eventuellt kunna spegla förändringar i föräldrars och lärares syn på barnet när de efter kommunikationsträning och förbättrade strategier i problemsituationer kan förstå barnets uttryck bättre. Barnen själva upplever dock ingen förändring i sitt eget fungerande. Deras bedömningar av sig själva är mycket stabila över tid och kan snarast uppfattas som ett stöd för att man verkligen kan fråga barn direkt om hur de mår och har det. En möjlig orsak till dessa nollresultat skulle kunna vara att barnens negativa bild av sig själva är mycket väl cementerad efter, vanligtvis, år av problem. Man kan därför inte vänta sig positiva förändringar förrän situationen i stort, och relationerna med omgivningen, varit märkbart bättre under längre tid.

Föräldrars och lärares upplevelse av situationen

En majoritet av föräldrarna, ca 90 %, var nöjda eller mycket nöjda med den problemlösningsträning som de fått under utbildningen. Motsvarande siffror för lärarna ligger lite lägre, på ca 75 %. På frågor som inriktar sig på konfliktsituationer i hemmet eller skolan kan man se vissa, fast svaga, effekter av utbildningen. Föräldrar i Grupp 1 anser att antalet konflikter har minskat något vid uppföljningen jämfört med vid studiens början. För lärarnas del finns det inga signifikanta interaktionseffekter, men lärarna i Grupp 1 rapporterade en minskning av antal problembeteenden under utbildningen gång.

Föräldrars och lärares upplevda kontroll förändrades inte över tid i någon av grupperna och detsamma gäller för svaren på frågor om vardagssituationer i skola och hem. Kanske var tiden till uppföljningsmätningen alltför kort för att mer övergripande förändringar i samspelet mellan barn och föräldrar/lärare skulle hinna etableras, eller kanske var utbildningen inte tillräckligt inriktad på hjälp att hantera dessa typer av vardagsproblem. Ungefär en tredjedel av föräldrarna uttrycker i utvärderingen tveksamhet just till att utbildningen har hjälpt dem att kunna hantera vardagssituationer på ett bättre sätt och en något större andel av lärarna är tveksamma eller negativa till att de fått kunskap för att kunna bemöta barnet bättre. Detta är områden där utbildningen kan förbättras och utvecklas.

Föräldrarnas upplevda föräldrastress, d.v.s. stress som är direkt relaterad till föräldraskapets alla krav, har inte förändrats i någon av grupperna vid de tre enkäterna. I tidigare studier har

en reduktion av föräldrastress kunnat konstateras efter intervention (t.ex. Östberg, Hagekull, Lindberg & Dannaeus, 2005). Intervention var då direkt inriktad på att lösa ett specifikt problem som föräldrarna sökt hjälp för, och inte som i denna undersökning mot mer allmän problemlösning. I den utvärdering av COPE-programmet som gjordes av Thorell och Hellström (2008) fann man effekter av utbildningen i form av reducerad föräldrastress för två icke-kliniska grupper (en med högre och en med lägre symptomnivå), däremot inte för en klinisk grupp där barnens problem var mer jämförbara med barnen i denna undersökning. Thorell och Hellström rapporterade inte heller några förändringar i upplevd kontroll hos den kliniska gruppens föräldrar, vilket också stämmer med de negativa resultaten för upplevd kontroll i denna studie. Kanske kan den uteblivna effekten på föräldrarnas stressnivå bero på att SPSQ mäter en mer allmän belastning i föräldrarollen, som i likhet med vad som gäller för barnens syn på sig själva, har byggts upp under lång tid och därför inte går att förändra så snabbt. Trots problemlösningsträning och stöd är påfrestningar relaterade till föräldraskapet stora i dessa familjer.

Modererande faktorer

Ett viktigt resultat var att utfallet över tid till viss del tycktes bero på utbildningen i samspel med andra faktorer. Som vi konstaterat fanns knappast några effekter av utbildningen i skolmiljön generellt. Våra resultat visar dock att de lärare som upplevde sig mest belastade i den pedagogiska situationen – liten kontroll över barnet och mycket konflikter – hade haft störst nytta av utbildningen, då de upplevde att barnens ODD-symptom och allvaret i de dagliga problemsituationerna minskat medan de positiva beteendena blivit mer påtagliga. Likaledes uppskattade lärare som gått utbildningen att barnens totala problemtyngd samt emotionella problem enligt SDQ-skalorna minskat och att deras samspel med barnen förbättrats, men detta gällde endast barn som från början hade störst internaliseringsproblem. Sammanfattningsvis tyder dessa fynd på att utbildningen hjälpt de mest problemtyngda lärarna och barnen, vilket man har funnit även i en tidigare studie (Reid, Webster-Stratton & Hammond, 2007). Möjligen kan detta bero på att lärare som upplevt mest problem varit särskilt motiverade, men det kan vi inte säkert veta.

Några motsvarande effekter hittade vi inte i hemmiljön. Inte heller tycktes barnens utåtriktade problem vid studiens start, föräldrarnas egna problem av ADHD-karaktär eller om de tidigare deltagit i föräldrautbildningar ha någon betydelse för hur utbildningen verkade. I tidigare studier har man funnit att faktorer som föräldrars psykiska och sociala situation samt förekomsten av samsjuklighet hos barnet påverkat effekter av föräldrainterventioner (Chronis, Jones & Raggi, 2002; Daly et al., 2007). Dessa faktorer har vi inte studerat, då variationen var så liten, t.ex. i förekomst av andra diagnoser och föräldrars utbildning, att det inte vore meningsfullt.

Rapporter från de sekundära uppgiftslämnarna

Hittills har vi berört resultat som bygger på skattningar av huvudsakliga uppgiftslämnare. I många fall fanns det en person till som lämnat uppgifter, 42 andra föräldrar och 52 personer inom skolan. Dessa hade i stor utsträckning också deltagit i utbildningen. Bland de sekundära uppgiftslämnarna fanns inga effekter av utbildningen vad gäller hur man skattade barnets beteende, men den andre föräldern hade upplevt mindre konflikter med barnet och den andre läraren upplevt större känsla av kontroll i utbildningsgruppen än i kontrollgruppen. Detta resultat kan förstås på olika sätt. I tidigare studier av föräldraträningprogram har båda föräldrarna rapporterat positiva effekter på barnets beteende, spridning har ibland men inte alltid skett till förbättrat beteende i skolan, och i vissa, men inte alla, studier har oberoende observatörer noterat minskning i problembeteenden (Webster-Stratton & Hammond, 1997;

Webster-Stratton, Reid & Hammond, 2004; Wells et al., 2000), d.v.s. man har kunnat konstatera positiva förändringar som inte rapporterats av dem som fått interventionen.

En tolkning av de förbättringar vi funnit är således att de huvudsakligen beror på bias, d.v.s. den förälder som varit mest involverad i utbildningen är benägen att se positiva effekter, även om sådana inte är synliga för andra. Alternativt kan våra huvuduppgiftslämnare lärt sig att hantera problemen på ett sådant sätt att barnet i deras samspel visat färre problembeteenden. Vi ska också komma ihåg att de sekundära uppgiftslämnarna var utvalda så att de som grupp betraktad inte hade en lika nära kontakt med barnet vare sig i hem eller i skola, och att vissa hade ett lägre deltagande. Oavsett om förändringarna avspeglar en bias effekt eller är ej är en slutsats att barnens beteende alltid sker inom ramen för en relation och styrs av situationen. För att vara säker på att det skulle vara fråga om förändringar i barnets beteende som ligger bakom minskningen av rapporterade problem skulle en observation av barnet tillsammans med föräldrar/lärare behöva göras. Fortsatta studier på området skulle därför gärna inkludera även direkta observationer.

När både föräldrar och lärare har deltagit i utbildningen

Den kombinerade utbildningen i parallella grupper för lärare och föräldrar är specifikt i Sverige för Metoder i vardagen. Det var därför speciellt intressant att studera effekterna av utbildningen när både föräldrar och lärare till samma barn deltog i gruppundervisningen. Generellt kan sägas att i föräldraskattningarna var skillnaderna små jämfört med när analyserna inkluderade även dem där inte parallella utbildningar ägt rum. I den kombinerade gruppen hade dock svårighetsgraden på de vardagliga problemen minskat i utbildningsgruppen vid uppföljningen, men inte i kontrollgruppen, vilket inte syns i de tidigare analyserna. Särskilt intressant är dock att det i den kombinerade gruppen fanns effekter även i skolmiljön, bland annat i minskade ODD-symptom. Interventioner riktade mot både föräldrar och lärare har visat sig effektivare än interventioner riktade mot enbart föräldrar eller lärare även i andra studier (Reid, et. al., 2007). Parallella grupper för föräldrar och lärare förefaller alltså vara ett kraftfullare verktyg för förändring än utbildningar som riktar sig enbart till den ena eller andra av barnets miljöer.

Metodöverbväganden

Även om vi har använt oss av en randomisering till de två grupperna kan man inte helt utesluta att förändringar i båda grupperna också skulle kunna förklaras av att samtliga barn, föräldrar och lärare under studiens gång också fortsatte med sina ordinarie kontakter med BUP-klinikens behandlare. Den journalgenomgång som gjordes visar att det bara var fråga om enstaka insatser, förutom kontakterna som föranleddes av medicineringsuppföljningen. Det är därför knappast troligt att dessa kontakter, som för övrigt gavs till båda grupperna, skulle ha påverkat resultatet märkbart. Sex utbildade gruppledare, två i varje grupp, men i olika konstellationer, hade hand om utbildningen. En eventuell gruppledeffekt som förklaring till de erhållna resultaten förefaller därför också mycket osannolik.

Det finns också icke önskvärd variation i premisserna för utbildningen. En stor andel av barnen bodde tillsammans med en ensamstående förälder. Där det fanns två föräldrar i familjen deltog inte alltid båda i gruppverksamheten, och i vissa fall där båda deltog hade en av föräldrarna en högre närvaro. Skolan kunde inte alltid friställa personal som hade möjlighet att gå i grupp trots att föräldrarna sagt ja till utbildningen. I vissa fall fanns det två lärare som deltog, i andra fall endast en. Även lärarnas närvaro varierade. För att få en undersökningsgrupp som hade så hög och så homogen exposition som möjligt av undervisningen och som samtidigt hade en nära kontakt med barnet antingen i hemmet eller i

skolsituationen valde vi att studera en huvudsaklig uppgiftslämnare för varje barn i hem respektive skola. Detta kan naturligtvis diskuteras. Om vi valt att slå samman skattningarna från de personer som givit information hade vi fått en bredare bild av barnens fungerande, men detta hade inneburit en heterogenitet i datakällorna som gör tolkningarna osäkra.

Vi har studerat eventuella effekter och gjort statistiska analyser för en hel rad med utfallsvariabler där källorna kommer från såväl barn, föräldrar som lärare. Med så pass många testningar kan det finnas en risk att någon eller några signifikanta resultat kunde vara slumpens skördar. De konsistenta resultaten tyder dock ej på att så skulle vara fallet. Vi använde oss av ett slumpmässigt förfarande, grupperna var lika vid studiens start och de resultat som har varit signifikanta har alltid pekat åt samma håll, nämligen visat på en viss effekt av utbildningen. I andra fall har resultaten gått i förväntad riktning men utan att skillnaderna har varit tillräckliga för signifikans. Slutligen, i de fall där vi inte har sett några resultat på våra utfallsmått har dessa visat sig vara stabila över tid och mycket lika i de två grupperna.

Slutsatser

Utbildningsprogrammet ”Metoder i Vardagen” hade påvisbara medelstora effekter på barnens fungerande i hemmiljön. Dessa effekter var specifika för den förälder som deltagit mest i utbildningen. För det andra tycks utbildningens effekter i skolmiljön variera med karaktäristika hos mottagaren, och hade inverkan huvudsakligen för de lärare som upplevde sin lärarroll som tyngst. För det tredje var parallella insatser till hem och skola särskilt effektiva och detta var speciellt märkbart i skolmiljön. Då barnen var typiska för barn med ADHD aktuella inom svensk barnpsykiatri och familjerna i de flesta avseenden typiska för svenska familjer torde dessa fynd kunna generaliseras till landet i stort. Sammanfattningsvis tycks alltså Metoder i Vardagen ge vissa positiva resultat i hem och skola för barn med neuropsykiatriska tillstånd, ovanpå vinster av medicinering och övriga barnpsykiatriska insatser, och vi rekommenderar att utbildningen sker parallellt till föräldrar och lärare. Dock finns utrymme för ytterligare utveckling av utbildningen, framförallt att lära föräldrar och lärare att hantera problematiska situationer.

REFERENSER

Abidin, R. R. (1990). *Parenting stress index (PSI) – manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.

Ainsworth, M. D. S. (1982). Attachment: Retrospect and prospect. In C. M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.). *The place of attachment in human behaviour*. New York: Basic Books.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., Shelton, T. L., & DuPaul, G. J. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 503-520.

Anastopoulos, A. D., Shelton, T. L., DuPaul, G. J., & Guevremont, D. C. (1993). Parent training for attention deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 581-596.

Arnold, L.E. (1996). Sex differences in ADHD:conference summary. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 555-569.

Ascher, S. R., Hymel, S., & Renshaw, P. D. (1984). Loneliness in children. *Child Development*, 58(5), 1456-1464.

Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). Some Current Dimensions of Applied Behavior Analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97.

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.

Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (1998). *Home Situations Questionnaire. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Barkley, R. A. (1990). Developmental course and adult outcome. In: *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guildford Press.

Barkley, R. A. (1997). *Defiant children: A clinican's manual for assessment and parent training*. New York: Guildford Press.

Barkley, R. A. (1998). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment* (2:a rev uppl). New York: Guildford Press.

Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S., & Smallisch, L. (1991). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: 3. Mother-child interactions, family conflicts, and maternal psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 233-255.

- Beck, J. S., Beck, A. T., & Jolly, J. B. (2004). *Beck Ungdomsskalor, Manual*. Stockholm, Sweden: Psykologiförlaget.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Vol. 3: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Brown, T. E. (2000). *Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents and Adults*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Campis, L. K., Lyman, R. D., & Prentice-Dunn, S. (1986). The parental locus of control scale: Development and validation. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15, 260-267.
- Cassidy, J., & Asher, S. R. (1992). Loneliness and peer relations in young children. *Child Development*, 63, 350-365.
- Chronis, A.M., Jones, H.A., & Raggi, V.L. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 26, 486-502.
- Clark-Carter, D. (2004). *Quantitative Psychological Research – A Students Handbook*. New York: Psychology Press.
- Cunningham, C. E. (1998). A large group community based family systems approach to parent training. In R. A. Barkley (ed) *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment*. (2^{ed} ed). New York: Guilford Press.
- Daly, B. P., Creed, T., Xanthopoulos, M., & Brown, R. T. (2007). Psychosocial treatments for children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Neuropsychology Review*, 17, 73-89
- Dishion, T. J., & Patterson, G. R. (1992). Age effects in parent training outcome. *Behavior Therapy*, 23, 719-729.
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., & Reid, R. (1998). *ADHD rating scale – IV. Checklists, norms, and clinical interpretation*. New York: Guilford Press.
- Farone, S.V., & Biederman, J. (1997). Do attention deficit hyperactivity disorder and major depression share familiar risk factors? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 533-541.
- Henricsson, L., & Rydell, A-M. (2004). Elementary school children with behaviour problems: Teacher-child relations and self-perception. A prospective study. *Meerrill Palmer Quarterly*, 50, 111-138.
- Henricsson, L. (2006). *Warriors and Worriers. Development, Protective and Exacerbating Factors in Children with Behavior Problems. A Study Across the First Six Years of School*. Doktorsavhandling, Institutionen för Psykologi, Uppsala Universitet.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183-207.
- Kams, P., & Seppälä, G. (2007). *En jämförande studie av två föräldraträningsprogram för barn med allvarliga beteendeproblem*. Psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala Universitet.

- Kazdin, A. E. (2005). *Parent Management Training: Treatment for oppositional, aggressive and antisocial behaviour in children and adolescents*. New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. (1997). Parent Management Training: Evidence, outcomes, and issues. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1349-1356.
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demier, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, K., Spencer, T., Ustun, T. B., & Walters, E. E. (2005). The World Health Organization Report Scale (ASRS). *Psychological Medicine*, 35 (2), 245-256.
- Kling Å., Sundell K., Melin L., & Forster, M. (2006). *Komet för föräldrar. En randomiserad effektutvärdering av ett föräldraprogram för barns beteendeproblem*. (FoU-rapport 2006:14). Stockholms Socialtjänstförvaltning: FoU-enheten.
- Ladd, G. W., & Price, J. M. (1987). Predicting children's social and school adjustment following the transition from preschool to kindergarten. *Child Development*, 58 (5), 1168-1189.
- Lundmark, K. (2000). *Föräldraträning för föräldrar till barn med ADHD – effekter på föräldrars upplevda stress och barnens beteende*. Psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala Universitet.
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1983). Parental perceptions of child behaviour problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 68-99.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Harvard University Press
- The MTA Cooperative Group (1999a). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.
- The MTA Cooperative Group (1999b). Moderators and mediators of treatment response for children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Archives of General Psychiatry*, 56, 1088-1096.
- Nyberg, L., Henricsson, L., & Rydell, A-M. (2008). Low social inclusion in childhood: Adjustment and early predictors. Manuskript inskickat för publicering.
- Pianta, R. C. (1996). *Manual and scoring guide for the student-teacher relationship scale*. Charlottesville VA: University of Virginia.
- Pliszka, S. R. (1998). Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (suppl 7), 50-58.
- Rasmussen, P. & Gillberg, C. (2000). Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1424-1431.
- Reid, M.J., Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (2007). Enhancing a classroom social competenc and problem-solving curriculum by offering parent training to families of moderate- to high risk elementary school children. *Journal of Clinical Child and Adolescent*

Psychology, 36, 605-620.

Rydell, A-M. & Diamantopoulou, S. (2004). *Barn med ADHD/DAMP inom barnpsykiatri och barnhabilitering*. Institutionen för psykologi, Uppsala universitet.

Smedje, H., Broman, J-E., Hetta, J., & von Knorring, A-L. (1999). Psychometric properties of a Swedish version of the "Strength and Difficulties Questionnaire". *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8, 63-70.

Stanger, C. & Lewis, M. (1993). Agreement among parents, teachers and children on internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 107-115.

Statistics Sweden, 2006). www.scb.se/BE

Swanson, J. M., McBurnett, K., Christian, D. L., & Wigal, T. (1995). Stimulant Medications and the Treatment of Children with ADHD. *Advances in Clinical Child Psychology*, 17, 265-322.

Thorell, L. B, & Hellström, A. (2008). Community parent education program (COPE): Treatment effects in a clinical and a community based sample. Manuskript inskickat för publicering.

Webster-Stratton, C., Reid, M.J., & Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 105-124.

Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 583-593.

Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 93-109

Wells, K.C., Epstein, J.N, Hinshaw, S.P., Conners, C.K., Klaric, J., Abikoff, H.B. et al. (2000). Parenting and family stress treatment outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: An empirical analysis in the MTA study - ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 543-553.

Wirkberg, E. (2000). *Lekfulla metoder – allvarligt funktionshinder. ADHD. DAMP. WiLu Struktur & Metod*, Uppsala.

Wirkberg, E. (2003). Studiehandedning. "Metoder i vardagen".

Östberg, M., Hagekull, B., & Wettergren, S. (1997). A measure of parental stress in mothers with small children: Dimensionality, stability and validity. *Scandinavian Journal of Psychology*, 38, 199-208.

Östberg, M., Hagekull, B., Lindberg, L., & Dannaeus, M. (2005). Can a child-problem focused intervention reduce mothers' stress? *Parenting: Science and Practice*, 5, 153-174.

BILAGA
med tabeller som redovisar svar på förväntningar och uppfattning om utbildningen

Tabell 1. *Procentuell fördelning av föräldrasvar i Grupp 1 på förväntningsfrågor vid T1*

	Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Stämmer ibland och ibland inte	Stämmer ganska bra	Stämmer mycket bra
1. Jag hoppas att föräldrautbildningen ska ge mig mer kunskap om mitt barns funktionshinder			6.3	25.0	68.7
2. Jag hoppas att föräldrautbildningen ska ge mig mer kunskap om hur mitt barn påverkas av sitt funktionshinder			3.1	18.8	78.1
3. Jag hoppas att föräldrautbildningen ska ge mig mer kunskap om hur jag kan bemöta mitt barn			3.0	18.2	78.8
4. Jag hoppas att föräldrautbildningen ska ge mig mer kunskap om hur hem och skola kan samverka för barnets bästa			3.0	33.3	63.6
5. På föräldrautbildningen hoppas jag att få träffa andra föräldrar som har barn med samma typ av problem			15.2	24.2	60.6
6. Jag hoppas att föräldrautbildningen ska ge mig stöd i min föräldraroll			9.1	24.2	66.7
7. Jag hoppas att föräldrautbildningen ska bidra till att vissa situationer i familjens vardag blir lättare att hantera			6.1	21.2	72.7
8. Jag är angelägen om att gå den här utbildningen			2.9	23.5	73.5
9. Jag har inga större förväntningar på föräldrautbildningen	61.8	20.6	8.8	8.8	
10. Jag deltar framför allt för att andra personer vill att jag ska vara med	97.1	2.9			

Notering. Grupp 1 = Utbildningsgrupp, N = 36

Tabell 2. Procentuell fördelning av föräldrasvar i Grupp 1 på kunskapsfrågor vid T1

	Dåliga	Ganska dåliga	Medel	Ganska bra	Mycket bra
1. Jag tycker att mina kunskaper om mitt barns funktionshinder är	2.9	8.6	37.1	45.7	5.7
2. Jag tycker att mina kunskaper om hur mitt barn påverkas av sitt funktionshinder är	2.9	11.4	40.0	42.9	2.9
3. Jag tycker att mina kunskaper om hur jag kan bemöta mitt barn är	2.8	13.9	41.7	38.9	2.8
4. Jag tycker att mina kunskaper om hur hem och skola kan samverka är	2.8	16.7	50.0	27.8	5.7

Notering. Grupp 1 = Utbildningsgrupp, N = 36

Tabell 3. Procentuell fördelning av föräldrasvar i Grupp 1 på utvärderingsfrågor vid T2

	Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Stämmer ibland och ibland inte	Stämmer ganska bra	Stämmer mycket bra
1. Föräldrautbildningen har gett mig mer kunskap om mitt barns funktionshinder		3.5	10.3	41.4	44.8
2. Föräldrautbildningen har gett mig mer kunskap om hur mitt barn påverkas av sitt funktionshinder			6.9	51.7	41.4
3. Föräldrautbildningen har gett mig mer kunskap om hur jag kan bemöta mitt barn		7.1	7.1	39.3	46.4
4. Föräldrautbildningen har gett mig mer kunskap om hur hem och skola kan samverka för barnets bästa	3.5		27.6	41.4	27.6
5. På föräldrautbildningen har jag fått träffa andra föräldrar som har barn med samma typ av problem	3.5		6.9	13.8	75.9
6. Jag tycker att föräldrautbildningen har gett mig stöd i min föräldraroll	3.5	3.5	10.3	44.8	37.9
7. Föräldrautbildningen har bidragit till att vissa situationer i familjens vardag har blivit lättare att hantera	3.5	10.3	17.2	37.9	31.0

Notering. Grupp 1 = Utbildningsgrupp, N = 36

Tabell 4. Procentuell fördelning av föräldrasvar i Grupp 1 på frågor om hur nöjd man är med olika moment av utbildningen vid T2

	Missnöjd	Inte alls nöjd	Sådär	Ganska nöjd	Mycket nöjd
Kunskapsförmedlingen?		3.5	10.3	27.6	58.6
Problemlösningsträningen?			10.3	48.3	41.4
Utbyta erfarenheter med andra föräldrar?			10.3	31.0	58.6

Notering. Grupp 1 = Utbildningsgrupp, N = 36

Tabell 5. Procentuell fördelning av föräldrasvar i Grupp 1 på frågor, vid T2, om utbildningens längd

	För få / För kort	Lagom	För många / För lång
Antal utbildningstillfällen?	27.6	58.6	13.8
Längden på varje utbildningstillfälle?	44.8	55.2	

Notering. Grupp 1 = Utbildningsgrupp, N = 36

Tabell 6. Procentuell fördelning av lärarsvar i Grupp 1 på förväntningsfrågor vid T1

	Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Stämmer ibland och ibland inte	Stämmer ganska bra	Stämmer mycket bra
1. Jag hoppas att skolpersonalutbildningen ska ge mig mer kunskap om det aktuella barnets funktionshinder		2.6	2.6	42.1	52.6
2. Jag hoppas att skolpersonalutbildningen ska ge mig mer kunskap om hur det aktuella barnet påverkas av sitt funktionshinder			2.6	39.5	57.9
3. Jag hoppas att skolpersonalutbildningen ska ge mig mer kunskap om hur jag kan bemöta det aktuella barnet i skolan		2.6		29.0	68.4
4. Jag hoppas att skolpersonalutbildningen ska ge mig mer kunskap om hur hem och skola kan samverka för barnets bästa		5.3	5.3	26.3	63.2
5. På skolpersonalutbildningen hoppas jag att få träffa andra lärare som undervisar barn med samma typ av problem			13.2	39.5	47.4
6. Jag hoppas att skolpersonalutbildningen ska ge mig stöd i min yrkesroll	2.6	2.6	2.6	26.3	65.8
7. Jag är angelägen om att gå den här utbildningen		2.6	7.9	55.3	34.2
8. Jag har inga större förväntningar på skolpersonalutbildningen	36.8	50.0	5.3	5.3	2.6
9. Jag deltar framför allt för att andra personer vill att jag ska vara med	26.3	42.1	13.2	15.8	2.6

Notering. Grupp 1 = Utbildningsgrupp, N = 38

Tabell 7. Procentuell fördelning av lärarsvar i Grupp 1 på kunskapsfrågor vid T1

	Dåliga	Ganska dåliga	Medel	Ganska bra	Mycket bra
1. Jag tycker att mina kunskaper om det aktuella barnets funktionshinder är	2.6	18.4	31.6	47.4	
2. Jag tycker att mina kunskaper om hur det aktuella barnet påverkas av sitt funktionshinder är	2.6	15.8	34.2	47.4	
3. Jag tycker att mina kunskaper om hur jag kan bemöta det aktuella barnet är		18.4	31.6	50.0	
4. Jag tycker att mina kunskaper om hur hem och skola kan samverka är		18.4	34.2	39.5	7.9

Notering. Grupp 1 = Utbildningsgrupp, N = 38

Tabell 8. Procentuell fördelning av lärarsvar i Grupp 1 på utvärderingsfrågor vid T2

	Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Stämmer ibland och ibland inte	Stämmer ganska bra	Stämmer mycket bra
1. Skolpersonalutbildningen har gett mig mer kunskap om det aktuella barnets funktionshinder	2.8	8.3	22.2	41.7	25.0
2. Skolpersonalutbildningen har gett mig mer kunskap om hur det aktuella barnet påverkas av sitt funktionshinder	5.6	8.3	25.0	41.7	19.4
3. Skolpersonalutbildningen har gett mig mer kunskap om hur jag kan bemöta det aktuella barnet	5.6	2.8	30.6	36.1	25.0
4. Skolpersonalutbildningen har gett mig mer kunskap om hur hem och skola kan samverka	11.1	11.1	25.0	38.9	13.9

Notering. Grupp 1 = Utbildningsgrupp, N = 38

Tabell 9. Procentuell fördelning av lärarsvar i Grupp 1 på frågor om hur nöjd man är med olika moment av utbildningen vid T2

	Missnöjd	Inte alls nöjd	Sådär	Ganska nöjd	Mycket nöjd
Kunskapsförmedlingen?		5.6	16.7	44.4	33.3
Problemlösningsträningen?		8.3	16.7	41.7	33.3
Utbyta erfarenheter med andra lärare?		2.8	25.0	33.3	38.9

Notering. Grupp 1 = Utbildningsgrupp, N = 38

Tabell 10. Procentuell fördelning av lärarsvar i Grupp 1 på frågor, vid T2, om utbildningens längd

	För få / För kort	Lagom	För många / För lång
Antal utbildningstillfällen?	5.7	85.7	8.6
Längden på varje utbildningstillfälle?	2.9	97.1	

Notering. Grupp 1 = Utbildningsgrupp, N = 38