



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Föräldraprogrammet De otroliga åren i klinisk praxis

En utvärdering med långtidsuppföljning

Stefan Löfgren & Johan Thelander

Psykologexamensuppsats. Vol. XI (2009):01

Handledare: Mats Fridell

Biträdande handledare: Eva Zackrisson

Examinator: Roger Sages

Löfgren, S., & Thelander, J. (2009). *The Parenting Program The Incredible Years in Clinical Practice: An Evaluation with a Long Term Follow-up*. Master's Thesis in Psychology, Department of Psychology, Lund University. Vol. XI (2009):01.

Abstract

The purpose of this study was to examine the impact of the parent training *The Incredible Years* in clinical settings. The study included 33 families in clinical practice. There were two parts to the study; a main part with a before and after measurement, and a follow-up study on 12 children one year later. On baseline the children (3-9 years) as a group were on the borderline clinical range, ($M = 61.8$), with 70 % of the children in the borderline or clinical range. The childrens emotional and behavioral problems were measured with Child Behavior Checklist (CBCL). The results of the main part showed significant decrease of the childrens problems, with large effect sizes. The results of the follow-up study were hard to interpret since the interviews and the results of CBCL in part pointed in different directions. Findings of earlier studies, as well as the current, suggests that the parenting program *The Incredible Years* is a valuable intervention for families with children having conduct and internalizing problems, and additionally supports parents insecure in their parenting role.

Keywords: Parenting program, *The Incredible Years*, conduct problems, internalizing problems, CBCL, long term follow-up

Löfgren, S., & Thelander, J. (2009). *Föräldraprogrammet De otroliga åren i klinisk praxis: En utvärdering med långtidsuppföljning*. Psykologexamensuppsats, Institutionen för Psykologi, Lunds Universitet. Vol. XI (2009):01.

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att undersöka effekten av föräldraprogrammet *De otroliga åren* i klinisk verksamhet. Studien inkluderade 33 familjer i klinisk praxis. Det fanns två delar i studien, dels en huvuddel med en förmätning och en eftermätning på 33 barn och dels en uppföljningsstudie på 12 barn ett år senare. Vid förmätningen befann sig barnen (3-9 år) som grupp på en gränsklinisk nivå, ($M = 61.8$), med 70 % av barnen i det gränskliniska eller kliniska området. Barnens emotionella och beteendemässiga problem mättes med Child Behavior Checklist (CBCL). Resultaten i huvuddelen visade att barnens problem minskade signifikant med medelstora till stora effektstorlekar. Resultaten för uppföljningsdelen var svårtolkade då intervjuerna och CBCL till viss del pekade i olika riktningar. Tidigare studier, och föreliggande, visar att föräldraprogrammet *De otroliga åren* är en värdefull intervention för familjer vars barn har utagerande problem och inåtvända problem, men även till föräldrarna som är osäkra i sin föräldraroll.

Nyckelord: Föräldraprogram, *De otroliga åren*, utagerande problem, inåtvända problem, CBCL, långtidsuppföljning

Innehåll

Föräldraprogrammet De otroliga åren i klinisk praxis: En utvärdering med långtidsuppföljning.	1
Utagerande problem hos barn.....	2
Definitioner på barns utagerande problem.	3
Riskfaktorer för att utveckla utagerande problem.	3
Inåtvända problem hos barn	6
Depression.	6
Riskfaktorer för depression.	6
Ångest.	6
Riskfaktorer för ångest.....	7
Föräldrastöd och föräldraprogram.....	7
Effekterna av föräldraprogram.....	8
Föräldrastöd och föräldraprogram i Sverige.....	9
Föräldraprogram.	9
Aktuella debatter.	11
Föräldraprogrammet De otroliga åren Basic.....	12
Tidigare studier med långtidsuppföljning	13
De otroliga åren vid inåtvända problem	16
Sammanfattning	17
Syfte och frågeställning	17
Metod	17
Design	18
Deltagare i huvuddelen	18
Deltagare i uppföljningsdelen	21
Intagningsförfarande.....	22
Procedur	22
Mätinstrument.....	24
CBCL	24
Intervjufrågorna	26
Dataanalys	26
Resultat	27
Huvuddel	27
Bortfallsanalys och närvaro hos deltagarna.....	27

Förändring i emotionella och beteendemässiga problem.....	27
Uppföljningsdel	29
Bortfallsanalys och närvaro hos deltagarna.....	29
Förändring i emotionella och beteendemässiga problem.....	30
Intervjuerna vid uppföljningen.....	30
Diskussion.....	32
Studiens huvuddel	32
Studiens uppföljningsdel.....	34
Generella begränsningar hos studien	35
Framtida forskning	36
Referenser.....	38
Bilagor	
BILAGA A: Inbjudan till föräldrautbildningen.....	A-1
BILAGA B: Intervjuguide för intagningsintervju.....	B-1
BILAGA C: Informationsbrev uppföljning.....	C-1
BILAGA D: Samtyckesformulär.....	D-1
BILAGA E: Intervjuguide för uppföljning.....	E-1
BILAGA F: Formler för beräkning av Cohens d och justering för låga n	F-1

Tillkännagivanden

Först vill vi tacka alla föräldrar som deltagit i denna studie. De har ställt upp med att svara på personliga frågor både i formulär och vid intervjuer helt utan kompensation – tack. Sedan vill vi tacka vår biträdande handledare Eva Zackrisson för värdefull kunskap om De otroliga åren samt alla andra som hjälpt oss mycket på Resursteamet. Vi vill tacka vår handledare Mats Fridell för de erfarenheter kring klinisk forskning som han välvilligt delat med sig av. Slutligen vill vi tacka nära och kära som stöttat och korrekturläst mer än en gång under arbetet med denna uppsats.

Malmö i januari 2009

Föräldraprogrammet De otroliga åren i klinisk praxis:

En utvärdering med långtidsuppföljning.

1900-talets förändringar av de materiella villkoren har medfört att barns fysiska hälsa dramatiskt har förbättrats (Bremberg, 2004). Då det gäller barns psykiska hälsa visar däremot flera studier på att psykiska problem har ökat bland barn och unga sedan början av 1990-talet. Under en stor del av uppväxtåren och senare i vuxenlivet är psykisk ohälsa ett av de största hälsoproblemen. Psykiska sjukdomar utgör 25 % av den totala sjukdomsburden i Sverige och för befolkningen upp till 45 år hela 55 % (Socialstyrelsen, 2005).

Risikfaktorer för vuxnas ohälsa som exempelvis rökning, alkohol-, och drogmissbruk, bristande kost- och motionsvanor grundläggs redan i tidig ålder (Bremberg, 2004). Det finns ett tydligt samspel mellan dessa beteenden och psykisk ohälsa. Detta innebär att en av de främsta möjligheterna till att förändra dessa risker för psykisk ohälsa i vuxen ålder ligger i att förbättra barns psykiska hälsa. Föräldrastöd är ett av de bästa sätten för att förebygga denna typ av psykiska problem.

Psykiska störningar i barn- och ungdomsåren kan grovt delas in i inåtvända problem, utagerande problem samt de som innefattar både inåtvända- och utagerande problem (Gillberg & Hellgren, 2000). Inåtvända problem innebär främst emotionella påfrestningar, som depression och ångest, där barnet förefaller lida mest själv. Utagerande problem innebär beteendestörningar som innebär mer problem för omgivningen. Många av insatserna för familjer internationellt och i Sverige har kommit till för barn och ungdomar med utagerande problem, de som inte klarar att följa våra sociala regler (Bremberg, 2004). Detsamma gäller för de vanligaste föräldraprogrammen. Det är också det absolut vanligaste att deras effekter studeras på just utagerande problem, och mer sällan på inåtvända problem som exempelvis depression och ångslan. Inåtvända problem vållar omgivningen ringa bekymmer, och det är troligen skälet till att dessa uppmärksammas mindre än utagerande problem. Till dags datum har det internationellt endast gjorts en studie på De otroliga åren i samband med inåtvända problem (Webster-Stratton & Herman, 2008). En insats för föräldrar som förebygger utagerande problem förebygger eventuellt även inåtvända, då de två typerna ofta förekommer samtidigt. När föräldraprogram utvecklar föräldrars sätt att möta barnen förebyggs rimligtvis både utagerande och inåtvända problem.

I Sverige har det tidigare endast gjorts en större studie på Webster-Strattons De otroliga åren (Axberg, Hansson & Broberg, 2007). Detta var en studie med enkelgruppsdesign, vilket innebär att man på en experimentgrupp utför en förmätning, intervention och en eftermätning. Föreliggande studie har två delar, en större studie med enkelgruppsdesign, och en mindre studie med enkelgruppsdesign med långtidsuppföljning. I föreliggande studie fanns en stor grupp barn

som vid förmätningen hade en hög nivå av inåtvända problem. Detta gav oss möjligheten att se resultatet av De otroliga åren på denna typ av problem, vilket som tidigare påpekats endast undersökts vid ett tillfälle (Webster-Stratton & Herman, 2008).

I det följande ges en bild av de problem som föräldraprogram i huvudsak adresserar och riskfaktorerna bakom dessa problem. Föräldraprogrammens införande i Sverige beskrivs också. Vidare redovisas studier på föräldrainterventioners effekter generellt samt studier på De otroliga åren specifikt.

Utagerande problem hos barn

Aggression och bråk är en del av barns normala utveckling, och kan stärka deras självförtroende och därmed hjälpa dem att stå upp för och försvara sig själva (Scott, 1998). Men ständigt och dåligt kontrollerat utagerande beteende kan däremot vara socialt handikappande och leda till en svag anpassningsförmåga som vuxen. De som diagnostiseras för någon typ av utagerande problem i ung ålder har i jämförelse med en kontrollgrupp, enligt Carr (2006), större risk för utvecklande av kriminella beteenden, fler psykiatriska symtom av alla de slag, längre tiders inläggning på sjukhus och tidigare död, mer avhopp från skola och lägre prestationsnivå, högre arbetslöshetsnivå, arbetar på fler arbetsplatser, har högre separations- och skilsmässofrekvenser, fler giftermål, mindre kontakt med anhöriga, vänner, grannar och kyrkan, och fler egna barn med utagerande problem. Långtidsuppföljningar visar att mellan cirka 40 och 60 % av pojkar och cirka 20 % av flickor med utagerande problem i barndomen uppvisar kriminellt beteende i vuxen ålder.

Utagerande problem innebär höga kostnader för samhället, och är de enskilt mest kostsamma diagnoserna för barn och tonåringar (Andershed & Andershed, 2005; Carr, 2006) med anmärkningsvärt svag respons på behandling. Cirka 60 % av barnen med dessa typer av diagnos har en dålig prognos, och dessutom överförs problemen över generationerna, då vuxna som haft utagerande problem får egna barn med hög prevalens av samma problemtyp (Carr, 2006). Det blir även svårare att förändra problemen ju äldre barnen blir, och under tonåren förvärras ofta problemen till alkohol-, drogmissbruk och kriminalitet, vilket gör att det är strategiskt viktigt att bemöta problemen i de tidiga skolåren (Webster-Stratton, 2001; Bremberg, 2004). I USA sägs det vara mindre än 10 % av de behövande barnen som får psykiatrisk hjälp (Webster-Stratton, 2001).

Det finns ingen storskalig svensk normalpopulationsstudie eller klinisk studie på barn som tittat på prevalensen av normbrytande beteendeproblem (Andershed & Andershed, 2005). Men enligt Svensk BUP-förening (2003) är utagerande beteenden som trotsighet, olydighet och

aggressivitet några av de allra vanligaste sökorsakerna till barn- och ungdomspsykiatri (BUP) för barn i åldersgruppen upp till 12 år. I utländska studier har man funnit förekomsten av dessa problem hos mellan 1 och 10 % bland barn i normalbefolkningen (Andershed & Andershed, 2005) och andra internationella studier visar på att 7–20 % av förskolebarn och de i lågstadiet passar in på diagnoskriterierna för trotsyndrom och uppförandestörning (Webster-Stratton, 1998; Webster-Stratton & Hammond, 1998). Det kan vara upp till 35 % av barnen från familjer med låg inkomst som passar in på dessa diagnoser.

Definitioner på barns utagerande problem. Barns utagerande problem kan definieras på olika sätt. Utagerande beteendeproblem innefattar oftast både att bryta normer och att uppträda aggressivt mot andra (Andershed & Andershed, 2005). Det kan innebära allt från störande beteenden som att skrika och trotsa, till värre aggressiva handlingarna som att stjäla, slåss och skada andra. Ofta förekommer utagerande och antisociala beteenden i komplexa kombinationer och en rad benämningar och begrepp används för att beskriva dem. Inom forskningen används antisocialt och normbrytande beteende synonymt med utagerande beteenden, men även för att specifikt beskriva brottsligt beteende. Andershed & Andershed (2005) använder sig av beteckningen normbrytande beteende då de vill inkludera icke-aggressivt normbrytande beteende. I denna uppsats använder vi utagerande problem som ett samlingsnamn för aggressivt normbrytande beteende, trotsyndrom och uppförandestörning.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (American Psychiatric Association (APA), 2002), APAs sammanställning av diagnostiska kriterier, använder följande psykiatriska diagnoser för att diagnostisera utagerande problem hos barn och ungdomar: Uppförandestörning, Trotsyndrom, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet UNS.

Riskfaktorer för att utveckla utagerande problem. Det finns många riskfaktorer som bidrar till ett barns utveckling av utagerande beteende-problem där de flesta orsaksfaktorer är hopflätade, samverkande och kumulativa. (Webster-Stratton, 2001; Andershed & Andershed, 2005; Carr, 2006). Riskfaktorer är bland annat föräldrarnas uppfostringsmetoder och uppfostringsstil, faktorer som kan hänföras till barnet, miljöfaktorer samt skol- och kamratfaktorer, se Figur 1. Bland annat är det en risk då förälder-barn relationen inte fungerar så väl, då föräldern bristfälligt involverar sig i barnet och dess skolgång, då föräldern brister i både övervakning och stimulering av barnet samt då föräldern är hård, kritisk och inkonsekvent mot barnet.

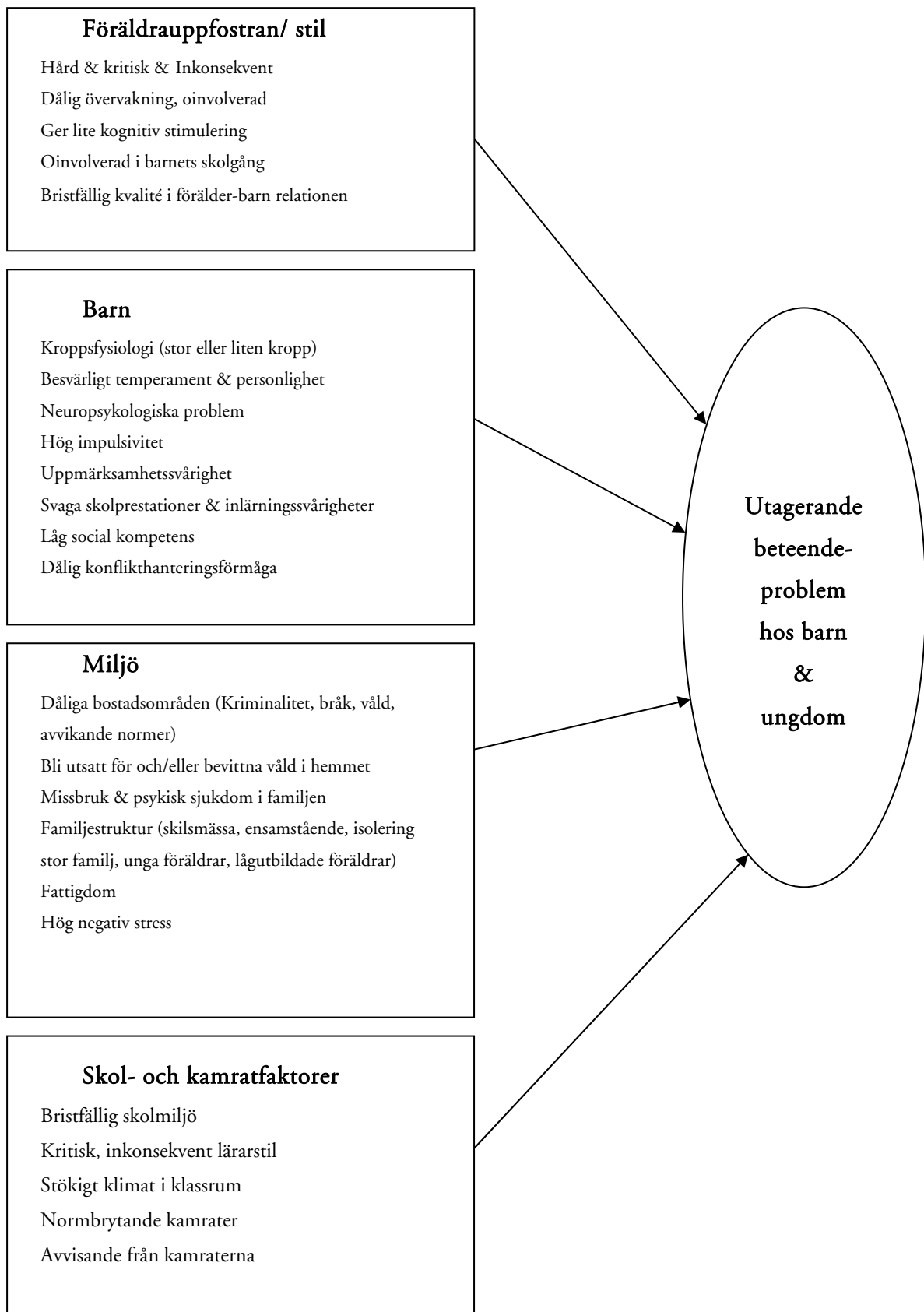
Barn med mer impulsivt, ouppmärksam och hyperaktivt temperament får troligtvis mindre uppmuntran och stöd av sina lärare och får istället mer bestraffning. Dessa barn upplever troligen mer avvisande från jämnåriga i skolan. Detsamma gäller barn med ett besvärligt temperament

och annorlunda eller svår personlighet. Barn med avvikande utseende, svaga skolprestationer, inlärningssvårigheter, låg social kompetens samt svårigheter att hantera konflikter är också i riskzonen för att utveckla utagerande problem (Webster-Stratton, 2001).

Det är en risk då barnet bor i ett område som är kriminellt belastat, då någon i familjen har psykiska problem, missbruksproblem eller är kriminellt belastad. Det är en riskfaktor att barnet lever i fattigdom och upplever eller bevittnar våld i hemmet. Familjens struktur är viktig, där unga, osäkra, stressade, ensamstående, lågutbildade, isolerade föräldrar är en risk, likväl som att en stor familj kan vara en risk.

Bristfällig skolmiljö, stökiga klassrum, stökiga skolgårdar, kritiska, inkonsekventa lärare som saknar klara regler, som inte klarar av konflikthantering, avvikande skolkamrater och avvisning av skolkamraterna är också riskfaktorer.

Alla dessa faktorer ökar risken för att ett barn ska utveckla utagerande beteenden. Risken ökar dessutom ju fler av riskfaktorerna som barnet utsätts för. Forskningsöversikter på riskfaktorer visar dock att sammansatta mått på föräldrars uppfostringsmetoder är den bästa prediktorn för brottsligt och antisocialt beteende (Loeber & Dishion, 1983; Lagerberg & Sundelin, 2000). Lagerberg och Sundelin (2000) hävdar att den sämsta möjliga uppfostran sker med brutalitet och nyckfullhet. Det är istället viktigt med ett varmt och kärleksfullt familjeklimat där föräldrarna är konsekventa, har tillsyn över barnet, kan lösa konflikter på ett icke-aggressivt sätt, och kan ge barnen lämpliga sanktioner då de beter sig olämpligt.



Figur 1. Riskfaktorer kopplat till utagerande problem. En bearbetning av Webster-Stratton (2001, s 10) och Andershed & Andershed (2005, s 117).

Inåtvända problem hos barn

Inåtvända problem, är vanligt förekommande i barndomen (Gillberg & Hellgren, 2000). Uttryck för inåtvända problem är bland annat ängslan, oro, rädsla, ångest, blyghet, överkänslighet, överdriven självmedvetenhet, upplevelse av att vara underlägsen, depression och kroppsliga symtom. Inåtvända problem förekommer dessutom ofta i kombination med utagerande problem (Carr, 2006).

Det är lätt att förbise depression och ångest hos barn då de har svårt att berätta hur de känner (Gillberg & Hellgren, 2000). De kan inte som vuxna beskriva sina känslor på ett begripligt sätt för andra människor. Barn kan även dölja depression och ångest genom fantasilekar och symbollekar samt genom att gråta för sig själv. Uppskattningar visar att endast 25- 50 % av de deprimerade barnen i samhället får någon sorts behandling (Broberg, Almqvist & Tjus, 2003). Dessutom har endast hälften av ungdomarna som kommer in för upprepade självmordsförsök fått behandling efter första försöket.

Depression. Att vara ledsen och nedstämd emellanåt är en del av den normala utvecklingen (Broberg et al., 2003). Men när nedstämdheten hos barn blir bestående kan de uppfylla diagnoserna depression eller dystymi enligt DSM-IV. Depression hos barn och ungdomar visar sig i nedstämdhet, irritabilitet, olust, ointresse, aptitstörning, sömnstörning, agitation, hämning, trötthet, energibrist, värdelöshetsupplevelser, skuldkänslor, koncentrationsstörning och självmordstankar. Förekomsten av depression hos barn innan tonåren är 0,5 – 2 %. För barn upp till 18 år är prevalensen 2 – 9 % (Carr, 2006). Depression tenderar att fortsätta upp i vuxen ålder, där det finns en förhöjd risk för missbruk, bipolär sjukdom och suicid. Risken för att deras egna barn kommer att drabbas av depression är också hög.

Risikfaktorer för depression. Disposition för att få depression är sådant som genetisk sårbarhet, komplikationer före, under och efter förlossning, tidiga kränkningar, skador och sjukdomar, låg intelligens, svårt temperament, låg självkänsla och extern locus of control (Carr, 2006). Det som utlöser depressiva symtom kan vara olika i olika åldrar. Generellt sett kan det vara stress över smärtsamma förluster som; separation från förälder, föräldrar som separerar eller förlust av vänner. Det kan även vara barnmisshandel, mobbning, sjukdom, skador, byte av skola, flytt till nytt hem eller misslyckanden i skolan.

Ångest. Oro, rädsla och ångest är inget ovanligt hos barn och utgör en del av den normala utvecklingen (Broberg et al., 2003). Men när barn upplever rädsla och ångest i en omotiverat hög grad kan man tala om en ångeststörning. De ångeststörningar, enligt DSM-IV, som drabbar barn är separationsångest, fobier (gällande t.ex. djur, mörker, död, skola), generaliserad ångest (inkl. överdriven ängslighet), panikångest, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), tvångsyndrom och

selektiv mutism (Carr, 2006). Ångeststörningar drabbar 5 – 10 % av alla barn (Broberg et al., 2003). Vanliga symtom i samband med ångeststörning är nedstämdhet, social isolering, mar-
drömmar, huvudvärk, yrsel, magont, övertrötthet, kräkning och diarré (Carr, 2006). Att barnet
isolerar sig förvärrar problemen eftersom barnet går miste om social träning och ett socialt nät-
verk. Studier som undersökt socialt fungerande i allmänhet visar att ångestproblem i barndomen
kan ha betydande negativa följder senare i livet (Broberg et al., 2003). Risken för att vid vuxen
ålder få psykiska problem, om man som barn haft ångeststörning, är oklar (Gillberg & Hellgren,
2000).

Riskfaktorer för ångest. Disposition för att få ångestproblem är sådant som genetisk
sårbarhet, hämmat temperament, låg självkänsla och extern locus of control (Carr, 2006). Ut-
lösande faktorer för ångestproblem kan vara livskriser gällande familjen såsom föräldrar som blir
arbetslösa, föräldrar som separerar, separation från förälder eller syskon, nya syskon, sjukdom
eller skador och barnmisshandel. Det kan även faktorer i omgivningen såsom flytt till nytt hem,
byte av skola, smärtsamma förluster av vänner och mobbning.

Föräldrastöd och föräldraprogram

Behandlingslitteraturen betonar att det är ovanligt dåliga behandlingsresultat för barn med ut-
agerande problem (Carr, 2006). De flesta traditionella individuella och gruppbase-
rade psyko-
terapeutiska behandlingar har nästan inte någon positiv effekt alls över tid. Däremot stödjer
forskningen familjeinterventioner som exempelvis beteendearikade föräldraprogram, familje-
terapi, multisystemiska terapier och program för nyblivna familjer. Detta är i linje med att det är
just föräldrarnas uppfostran som är den mest prediktiva faktorn för utagerande problem hos barn
(Loeber & Dishion, 1983; Lagerberg & Sundelin, 2000).

De beteendearikade föräldraprogrammen kallas internationellt för *Parent management
training* eller *Parent training*. I Sverige kallas dessa program bland annat för *föräldraträning* och
föräldrautbildning. Bremberg (2004) kallar dem i folkhälsoinstitutets (FHI) rapport för
Samspelesprogram. Vi har valt att i denna uppsats konsekvent kalla dem *föräldraprogram*. Dessa är
manualbaserade program som syftar till att utveckla ett positivt samspel mellan föräldrar och
barn och därigenom minska risken för att barn ska utveckla beteendeproblem (Bremberg, 2004).
Dessutom får osäkra föräldrar vägledning av både grupp och gruppleddare i barnuppfostran. De
flesta av dessa program bygger på den forskning som Gerald Patterson och medarbetare sedan
60-talet bedrivit vid Oregon Social Learning Center i USA (Axberg et al., 2007; Bremberg,
2004).

Tre centrala moment är gemensamma i programmen (Bremberg, 2004): stöd till föräldern att ge barnet positiv uppmärksamhet, stöd till klar kommunikation samt stöd till genomtänkta sätt att möta barnet på då konflikter uppstår. Programmen genomförs ofta i grupper om 10 – 15 föräldrar som träffas 2 – 3 timmar per vecka under 10 – 15 veckor. Gruppdiskussionerna utgår från vardagliga situationer med föräldrar och barn, som visas på korta videovinjetter. Föräldrarna diskuterar och rollspelar olika lösningar på de vardagliga situationerna. De får även hemläxor att öva de nya färdigheterna samt att anteckna hur de fungerar för att därigenom öka sin självmedvetenhet i dessa situationer. Gruppledarna söker ta tillvara på och utveckla föräldrarnas erfarenheter, genom att låta föräldrarna själva föreslå och diskutera olika alternativa förhållningssätt.

Effekterna av föräldraprogram

Effekterna av dessa föräldraprogram är påtagliga och mycket väl dokumenterade i kontrollerade studier (Bremberg, 2004). I en översikt med resultat från 58 studier på barn från förskoleålder till tonåren visade 53 av dessa positiva effekter. För de studier som tittade på föräldrarnas förhållningssätt och andra föräldraegenskaper som påverkar barnens psykiska hälsa visade 37 av 44 studier på positiva effekter.

En översikt över evidensbaserad psykosocial behandling (Eyberg, Nelson & Boggs, 2008) för barn och tonåringar med uppförandestörning och trotssyndrom framhöll att föräldraprogram bör vara den första åtgärden för familjer till yngre barn (2-5 år). För familjer med äldre barn var det även lämpligt att använda program inriktade enbart på barn.

Piquero, Farrington, Welsh, Tremblay & Jennings (2008) definierar *Early family/parent training* (EFPT) som program bestående av metoder för att minska barns beteendeproblem och senare ungdomskriminalitet. Deras metaanalys, med 55 randomiserade studier från 1976–2008, tittade på effekterna av föräldrastöd då barnen är upp till, eller i genomsnitt, fem år. Resultaten visade att program för föräldrar/familjer är effektivt för att minska beteendeproblem hos barn. Effektstorleken varierade mellan 0.23 – 0.46 där den generella ovägda effektstorleken på 0.46 kan motsvara 28 % återfallsförbrytare i experimentgruppen jämfört med 50 % återfallsförbrytare i kontrollgruppen. Deras slutsats blev att föräldraprogram till viss del kan förebygga antisocialt och kriminellt beteende. De anser dessa program vara användbara, billiga och effektiva metoder för att uppnå sina syften, med klara fördelar för både barn och föräldrar som sannolikt sprider sig till andra områden med få negativa effekter.

Det fanns två generella kategorier av program med i Piquero et als (2008) metaanalys. Den ena kategorin med 8 studier var hembesök hos blivande och nyblivna mödrar. Dessa program arbetar med att förbättra mödrars hälsa, minska komplikationerna vid födseln, ge vägledning och

stöd i deras omhändertagande av den nyfödde och förbättra moderns egen livskvalité. Den andra kategorin med 47 studier tittade på effekterna av föräldraprogram med antingen individuella eller gruppbaseade sessioner. De vanligaste programmen var *De otroliga åren*, *Triple P-positivt föräldraprogram* och *Parent-child interaction therapy*. Författarna betonar att under tiden som föräldrarna deltog i programmen gick barnen i organiserad barnpassning eller förskola. Påpekan- det om barnpassning och förskola kan tyckas övertydligt men förskola som är det gängse för barn i Sverige, och en del andra länder, finns inte alls i många länder.

Föräldrastöd och föräldraprogram i Sverige

Föräldrastöd har diskuterats sedan slutet på 1960-talet (Socialdepartementet, 1997). Men när barn är i åldern 2–9 år saknas brett täckande förebyggande verksamhet avsedd för föräldrar motsvarande den verksamhet som erbjuds under spädbarnstiden (Bremberg, 2004). Däremot erbjuder flera organisationer stöd till föräldrar. De viktigaste formerna är individuella kontakter med personal inom barnhälsovården, förskola och skola, strukturerade diskussionsgrupper inriktade på barns behov och öppna diskussionsgrupper. Föräldrar kan få stöd vid enskilda kontakter med professionella, exempelvis en sjuksköterska eller en socialsekreterare. Det finns även stöd att få via media; böcker, tidningar, radio, TV och Internet. Dessa stöd saknar dock interaktivitet, då föräldern ofta inte kan påverka innehållet.

FHI fick ett regeringsuppdrag att ta fram en plan på hur direkt föräldrastöd kunde utvecklas i Sverige (Bremberg, 2004). De lämnade en rapport med ett barnperspektiv men även ett folkhälsoperspektiv. FHI rekommenderade kommunerna att brett erbjuda föräldraprogram, i första hand då barnen nått 2–3 års ålder, men även senare under förskoleåren. De rekommenderade även staten att ge ekonomiskt stöd till frivilliga organisationer, kommuner och landsting för spridning av föräldraprogram och att stödja forskning av dessa program.

Intresset för olika former av stöd undersöktes med en enkät år 2003 som skickades till 4000 föräldrar med barn i åldern 0–17 år. Det visade sig att ca 40 % av föräldrarna var intresserade av samtal i grupp och lika många av enskilda samtal (Bremberg, 2008a). Regeringen har nu avsatt 70 miljoner kr per år 2009 och 2010 för att utveckla föräldrastödet i Sverige.

Socialdepartementen leder denna utredning och strategin redovisas senast dec 2008 (Bremberg, 2008c).

Föräldraprogram. De vanligaste föräldraprogrammen i Sverige för barn 2–9 år är Cope, Komet, OÅ och Aktivt föräldraskap (Bremberg, 2004). Dessa erbjuds vanligen av kommunens social-, barn- och ungdoms- eller skolförvaltning. Ofta arrangeras insatsen i samarbete med landstingets barn- och ungdomspsykiatri eller andra enheter inom landstinget. De föräldra-

program som används i Sverige har riktats både till föräldrar i allmänhet, till föräldrar i socialt belastade bostadsområden och till föräldrar vars barn redan har tydliga problem.

FHI rekommenderar de föräldraprogram som har utvärderats i kontrollerade studier och där det finns en svensk organisation för utbildning av gruppleddare (Bremberg, 2008b). Dessa program är; *The Community Parent Education Program (COPE)*, *De otroliga åren*, *Komet för föräldrar*, *Föräldrakraft*, *Aktivt föräldraskap* och *Familjeverkstan*.

COPE infördes i Sverige 2000 och har sitt ursprung i Kanada. *COPE* utarbetades först för föräldrar till barn i åldern 3-12 år med påtagliga utagerande problem men erbjuds idag till alla föräldrar som har behov av stöd i att hantera typiska vardagsproblem och konfliktsituationer med sina barn.

De otroliga åren kom till Sverige 2001 från Seattle, USA och har främst använts för föräldrar med barn i åldern 2-10 år som har utagerande problem men en bredare användning är också möjlig. *De otroliga åren* finns i två varianter för föräldrar, *Basic* och *Advanced*, ett program för lärare och ett för barn. De lösningar som föreslås är relativt styrda av handledningen. Härifrån och framåt i denna uppsats används förkortningen *OÅ* för *De otroliga åren Basic*.

Komet för föräldrar har använts sedan år 2003 och har utvecklats vid *Preventionscentrum* i Stockholm, men är baserat på arbetet vid *Social Learning Centre* i Oregon. Det är avsett för föräldrar med barn i åldern 3-12 år som har utagerande problem, dåliga kamratrelationer eller koncentrationssvårigheter.

Föräldrakraft har utvecklats i Sverige av Birgitta Kimber baserat på en amerikansk förlaga, *Iowa Strengthening Families Program*. Särdrag är att programmet är avsett för alla föräldrar och innefattar moment för barnen separat och för föräldrar och barn tillsammans. Detta innebär att programmet med fördel genomförs tillsammans med förskolan alternativt skolan.

Aktivt föräldraskap utgör en grupp av metoder för alla föräldrar och har sitt ursprung i arbete bedrivet av Michael Popkin i USA. Metoderna söker särskilt stärka föräldrarnas roll som ledare. Programmet finns i två versioner, *Aktiva småbarnsföräldrar* (1-4 år) samt *Aktivt föräldraskap Idag* (2-12 år).

Familjeverkstan är ett DVD-baserat föräldraprogram utvecklat i Sverige av FHI och *Preventionscentrum* i Stockholm, avsett för att kunna nå ut till alla föräldrar genom studiecirkelar arrangerade i kommunerna.

Det finns fler program som är uppbyggda på liknande sätt som de ovan, men de är inte kontrollerade i randomiserade studier eller så väl etablerade i Sverige. FHI (Bremberg, 2004) nämner: *Mellow Parenting*; för föräldrar med barn i åldern 3-12 år. *Parent Management Training Oregon (PMT-O)*; används enbart för familjer där barnet har tydliga beteendeproblem. *Tripple P*;

Föräldraprogram från Australien som vänder sig till vanliga föräldrar med vanliga problem som de kan möta i vardagen med sina barn (Föräldrastödsprojektet, 2008). Programmet används i 16 länder, och har nu även prövats i Uppsala förskolor under hösten 2008.

Under perioden 2004-2006 har andelen familjer som tagit del av de nya formerna av föräldraprogram ökat väsentligt (Lager, Guldbrandsson & Bremberg, 2007). År 2006 erbjöds de nya metoderna i en tredjedel av landets kommuner. Andelen deltagande familjer, med första barn i ålder 2-10 år, ökade från 2 % (år 2004) till 7 % (år 2006). Ökningen har varit ännu större för familjer med barn i åldern 11-15 år där andelen deltagande familjer ökat från 2 till 26 %.

Aktuella debatter. Det går att ifrågasätta om det är rätt att påverka en så djupt personlig uppgift som föräldraskap. Det kan därför vara en kontroversiell uppgift att staten föreslår att offentliga aktörer ska erbjuda föräldrar stöd, likväl som vilket stöd de anser vara bäst (Bremberg, 2008d). I Nordamerika skiljer sig synen på barn delvis från den svenska. Detta kan vara anledningen till att debatten i Sverige periodvis varit het kring olika tekniker inom föräldraprogrammen. Förespråkarna hävdar att relationerna och samspelet mellan barn och föräldrar förbättras (Svensson, 2008) och ger tryggare relationer inom familjen istället för skrik och våld. Kritikerna däremot hävdar att föräldraprogrammen leder till att barn blir kränkta och psykologiskt övergivna. De talar om skamvråns återkomst och maktmissbruk, vilket enligt dem leder till ångest och separationsskräck hos barnen. Barnläkaren Lars H Gustafsson kritiserade i Barnombudsmannens (2007) årsrapport *Klara färdiga gå* de metoder för föräldrastöd som FHI rekommenderat. Han framhöll att föräldraprogram som domineras av disciplinära åtgärder skadar barn och på sikt saknar positiva effekter. Han ansåg att det är betänkligt att FHI utan reservationer rekommenderat föräldraprogram som innehåller repressiva strategier, även om de är evidensbaserade.

Brembergs (2008d) svar på kritiken var att hos de rekommenderade programmen dominerar de metoder som avser att hjälpa föräldrar till att utveckla en varm relation till barnen. Angående kritiken kring disciplinering och maktmissbruk påpekade Bremberg att metoderna främst har utvecklats i Nordamerika där synen på barn och föräldraskap delvis är annorlunda jämfört med den syn som råder i Sverige. Men de hävdade även att de flesta föräldraprogram som idag erbjuds i Sverige inte ger några klara lösningar utan föräldragrupperna diskuterar själva fram lösningar på problematiska situationer. Dilemmat var dock att i de översatta manualerna förekommer förslag till åtgärder som bättre passar synen på föräldraskap i Nordamerika än föräldraskap i Sverige. Men de ansåg samtidigt att om de helt avstod från att rekommendera några program så skulle det leda till att alternativ som *Supernanny* på TV skulle få dominera, vilket de inte önskade. De för-

litade sig istället tills vidare på föräldraprogramsledarna och arbetar på sikt med att få fram utvärderade program helt anpassade för svenska förhållanden.

När Patterson, Reid, och Eddy (2002) sammanfattade forskningen vid Oregon Social Learning Center från 60-talet och framåt, framhöll de att det inte räckte med enbart positiva förstärkningar för att uppnå goda resultat hos barn med utpräglat utagerande problem. Det fungerade däremot bättre då man införde sanktionsmetoder som exempelvis *timeout*, vilket i huvudsak innebär att barnet avskiljs från den problematiska situationen i syfte att lugna ner situationen. Detta är även i linje med Lagerberg och Sundelins (2000) slutsatser om tydliga sanktioner vid negativt beteende, se resonemanget ovan under riskfaktorer.

Föräldraprogrammet De otroliga åren Basic

Föräldraprogrammet OÅ bygger på väletablerade beteendeteorier och sociala inlärningsteorier som beskriver hur beteende lärs in och förändras (Webster-Stratton, 2001). OÅ är ett manualbaserat program för föräldrar med barn i åldern 2–7 år som ingår i en serie av program utarbetade av Carolyn Webster-Stratton, psykolog vid University of Washington i Seattle. Målgrupp är familjer vars barn har utagerande problem. Men det används även för familjer med barn utan problem, där föräldrarna lär sig effektiva tekniker för vardagliga problembeteenden. En annan målgrupp är föräldrar som själva haft en svår uppfostran och därmed riskerar att försumma sina barn. Dessutom är programmet utmärkt för alla som arbetar med eller vill lära sig mer om barn. Ett huvudmål med programmet är att förebygga problem på ett kostnadseffektivt sätt och att förbättra prognoserna för barn med utagerande problem. Kortsiktigt är målet att öka barnens sociala kompetens, deras problemlösningsförmåga, empati, förmåga att hantera ilska och att även förbereda dem för skolan. För föräldrarna vill man kortsiktigt förbättra deras kommunikationsförmåga med mer uppskattning, beröm och mindre kritik, deras förmåga att sätta gränser på ett godtagbart och icke våldsamt sätt, deras förmåga att hantera ilska, deras problemlösningsförmåga, deras involvering i barnets skolgång och generellt stärka familjens nätverk (Webster-Stratton, 2001).

Kärnan i dessa program är den enkla idén att människor ändrar sig på grund av vardagens interaktioner med andra människor (Webster-Stratton, 2001). En viktig del i programmen är dess fokus på de interpersonella interaktionerna mellan föräldrar och barn. Då barnen beter sig illa och familjen inte fungerar är det nödvändigt att ändra på föräldrarnas beteende likväl som barnets beteende. Detta betyder inte att man ska klandra barnet eller föräldern utan istället fokuserar man på att hjälpa föräldern till mer positiva interaktioner med barnet. Man vill via föräldrarnas nya positiva strategier även stärka barnens sociala kompetens och därmed öka deras

chanser till ett positivt umgänge med jämnåriga. Det handlar även om att stärka föräldrarna genom att öka deras positiva uppfostringsstrategier och självförtroende som förälder. I programmet samarbetar ledarna med föräldrarna och undervisar utan att framstå som experter. Ledarna anpassar programmet till föräldragruppen, och föräldrarna väljer vilka problem de vill lösa samt vilka delmål de sätter upp vid varje träff. Föräldrarnas resurser och erfarenheter valideras av ledarna och de stöttas i att hitta egna lösningar på sina problem. Rollspel används som ett sätt att lära in, och träna på, de tekniker föräldrarna får lära sig.

Programmet är uppbyggt på tolv träffar á 2 timmar med olika teman som; förälderns lek med barnet, beröm och belöningar, gränssättning, ignorering av oönskade beteenden, problemlösning och disciplin. Man tar hjälp av videovinjetter för att illustrera bra och mindre lyckade strategier vid olika situationer. Föräldrarna får med sig hemläxor varje vecka och man får en partner i gruppen att ha telefonkontakt med för att få och ge extra stöd mellan sessionerna.

Axberg, Hansson och Broberg (2007) gjorde en utvärdering på OÅ då programmet introducerades till Sverige. Resultaten var goda, med en signifikant minskning av uppförandestörning och trotsigt beteende. Det blev även en signifikant förbättring av mödrarnas välmående. Föräldrar till 113 barn i åldern 3–9 år, deltog i studien. På CBCL (Child Behavior Check List, Achenbach & Rescorla, 2001) låg alla barnen på förmätningen inom det kliniska området med 82 % på mer än 1,5 *SD* högre värde än normalvärdet. De förbättrades mellan 40 och 60 % till eftermätningen (Ext, int, totalt) där endast 56 % hade 1,5 *SD* eller mer över normalvärdet. Deras slutsats var att OÅ är effektivt för att bemöta utagerande problem hos barn och ungdomar i Sverige. Begränsningar i studien var att mätningarna endast gjordes med föräldrarnas skattningar, och att det inte fanns någon kontrollgrupp. Det fanns inte heller några långsiktiga data för att se om effekten bibehölls över tid.

Tidigare studier med långtidsuppföljning

Långtidsuppföljningar, ett år eller längre, har genomförts på grupper som deltagit i OÅ sedan slutet på 1980-talet (t. ex. Webster-Stratton, Hollinsworth & Kolpacoff, 1989; Webster-Stratton, 1990; Webster-Stratton & Hammond, 1997). Dessa har alla visat på bestående effekter i form av minskade utagerande problem. I denna inledning har vi valt att närmare redovisa studier på enbart OÅ med långtidsuppföljning, ett år eller längre, gjorda under 2000-talet. Studier som jämfört olika kombinationer av program i The Incredible Years Series redovisas inte.

I Wales gjordes en studie på OÅs effekt på förskolebarn med uppförandestörning och ADHD (Jones, Daley, Hutchings, Bywater & Eames, 2008). Mätningar gjordes 6, 12 och 18 månader efter utbildningens start. Resultatet var även långsiktigt mycket framgångsrikt för upp-

förändring. Då det gäller ADHD hade vid första uppföljningen 58 % av familjerna fallit ner under den kliniska cut-off poängen. Vid andra uppföljningen hade 60 % kommit under cut-off poängen och vid tredje uppföljningen 57 %. Enligt Cohens (1992) kriterier hade majoriteten av alla barnen en blygsam förbättring, över hälften hade åtminstone en stor förbättring och en tredjedel bibehöll en mycket stor förbättring vid varje uppföljning. Slutsatsen blev att resultatet höll i sig minst 12 månader efter avslutat program och att de barn som hade de svåraste symptomen fick de största förbättringarna. Föräldrarna till 50 barn deltog i interventionen med 29 familjer i en kontrollgrupp på en väntelista. Alla barn som deltog i studien hade fått högre än cut-off poängen för det kliniska området på *Eyberg Child Behaviour Inventory* (ECBI) och på *Hyperactivity subscale of the Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ). Ett 10-skalgigt formulär (*Connors*) användes för att mäta förekomsten av ADHD symptom. Vid varje uppföljning användes en kombination av intervjuer, frågeformulär och direkta observationer. Resultat från flertalet studier tyder på att ADHD till viss del går att förebygga med hjälp av föräldraprogram (Jones et al., 2008; Bremberg, 2004).

Gardner, Burton och Klimes (2006) gjorde en randomiserad studie på OÅ i England, med 6 och 18 månaders uppföljning på 76 familjer med barn med en uppförandestörning. 44 familjer deltog i interventionen och 32 familjer hamnade på en väntelista. Mätningar gjordes både på barnens beteenden, självständigt lekande, problem med barnets syskon och på föräldrarnas förmågor, självförtroende och känslotillstånd. De fann på första eftermätningen signifikanta effekter på barnens negativa beteenden med föräldrarnas skattning ($ES = .48$) och med oberoende observatör ($ES = .78$). Frekvensen av barnens oberoende lektid förbättrades ($ES = .78$). Föräldrarna fick signifikanta effekter både på användandet av negativa strategier, på ett ökat positivt föräldraskap och på sina upplevelser av kompetens som förälder. Resultaten fanns kvar vid 18 månaders uppföljning. Syftet med studien var att se om OÅ fungerade i ”verkliga livet” och om man skulle kunna nå ut till ett större antal familjer med lättillgängliga effektiva åtgärder för en liten kostnad. Deras slutsats var att frivilliga organisationer effektivt, med troligtvis lägre kostnader och större tillgänglighet än för specialiserade kliniker, kunde minska mängden utagerande problem hos barn, och stärka föräldrarnas förmågor som förälder.

Lavigne et al. (2008) tittade på OÅs resultat mot trotsyndrom i primärvården, Chicago. De jämförde hur framgångsrikt OÅ var ledd av en sjuksköterska, en psykolog eller genom en minimal intervention i form av självstudier. Slutsatserna de drog var att det krävs en ganska hög närvaro med terapeutledda sessioner för att det ska ge bättre effekt än en minimal intervention. Om familjerna inte kan delta i flertalet av sessionerna kan boken, som hör till programmet, vara den mest kostnadseffektiva interventionen. Föräldrarna till 117 barn i åldern 3–6 år med trots-

syndrom fördelades slumpvis till dessa tre typer av behandling. En stor del av barnen förbättrades signifikant. Vid förmätningen var medelvärdet för samtliga barn på externaliserandeskalan i CBCL 70.7 (SD= 5.96, range 63-87), där samtliga barn låg på en gränsklinisk eller klinisk nivå. Vid uppföljningsmätningen låg 48 % av barnen närmre en normalgrupps medelvärde, än gruppens medelvärde vid förmätningen. Grupperna med sjuksköterskor som ledare hade förbättrat sin totalpoäng på CBCL med ca 13 % vid eftermätning och 17 % vid ettårsuppföljning. De psykologledda grupperna hade förbättrats med ca 15 % respektive ca 29 % och gruppen med enbart självstudier hade förbättrats med 11 % respektive 19 % på samma skala. Mätningarna visade att närvaro vid en eller två sessioner inte gav bättre resultat än noll sessioner. Närvaro vid minst nio sessioner var konsekvent bättre än att inte ha närvarat alls.

Drugli, Larsson och Clifford (2007) gjorde en randomiserad studie i Norge på 127 barn i åldern 4–8 år med uppförandestörning. Enbart de barn som enligt ECBI befann sig på 90:e percentilen eller högre fick delta i studien. Barnens familj fick antingen delta i enbart föräldraprogrammet OÅ, eller delta i föräldraprogrammet samtidigt som barnet deltog i Webster Strattons barnterapi (OÅs Dinosarie skolprogram). Resten av gruppen sattes upp på en väntelista som kontrollgrupp. Båda experimentgruppernas sociala kompetens förbättrades signifikant. Vid eftermätningen hamnade ca 60 % av barnen i normalområdet på *Eyberg Child Behaviour Inventory* (ECBI). Uppföljningen visade att resultatet var stabilt och oförändrat ett år senare. 67 % av barnen uppfyllde då inte längre diagnoskriterierna för uppförandestörning. Däremot fick de inga signifikanta resultat på relationer till jämnåriga. De granskade specifikt deras sociala kompetens vid förmätning, eftermätning och vid ettårsuppföljningen med bland annat CBCL:s subskala för social kompetens. Det var endast de barn som deltagit i barnterapigruppen som upplevde att de hade fått signifikant fler sociala strategier som de kunde använda sig av. De drog slutsatsen att man specifikt bör titta på ett barns sociala kompetensnivå, då man utvärderar olika behandlingars effekt vid uppförandestörningar och att man bör lägga in interventioner som bemöter problem med social kompetens och relationer till jämnåriga.

Scott (2005) undersökte om föräldraprogrammet OÅ, fungerar i ”verkliga livet” genom att studera kliniska verksamheter i England och dess resultat på antisociala beteenden. 59 familjer deltog i studien. Förbättringen var stor ($d = 0.87$) i en ITT-analys. Förbättringen var måttlig till stor för två tredjedelar av gruppen men en tredjedel fick ingen förbättring. Det som förbättrades hos barnen var de känslomässiga problemen och i än högre grad de utagerande problemen. Resultaten bibehölls vid uppföljningen ett år efter avslutat program. Störst effekt fick de svårast belastade barnen. Många av de barn som inte förbättrades hade heller inte några tydliga problem från början. Något som inte förbättrades alls var relationer till jämnåriga.

En randomiserad studie gjordes för att se vilken effekt programmet OÅ skulle ha på koreansk-amerikanska mödrar (Kim, Cain & Webster-Stratton, 2007). Bakgrunden till studien var att koreanska mödrar enligt forskarna traditionellt har en hård eller sträng uppfostringsstil som karakteriseras av bristande uttryck av tillgivenhet. Detta skiljde sig från den amerikanska uppfostringsstilen, vilket fick de koreanska mödrarna att känna sig mindre kompetenta som föräldrar och deras barn hade dessutom mer depressiva symptom än amerikanska barn. Resultatet blev att de koreanska mödrarnas självskattade användning av olika disciplinära strategier utvidgades och, jämfört med kontrollgruppen, använde de signifikant mer positiv uppfostran både direkt efter programmet samt vid ettårsuppföljningen. Det var 29 första generationens mödrar med barn i åldern 3–8 år som deltog i studien.

De otroliga åren vid inåtvända problem

Endast en randomiserad studie har undersökt OÅ och dess effekt på barns depressiva och andra inåtvända symtom (Webster-Stratton & Herman, 2008). Studiens resultat blev att föräldrarna som deltog i OÅ efter programmet skattade sina barns inåtvända problem lägre än föräldrarna i kontrollgruppen. Effekttorleken för hela gruppen blev låg – medium. Det var dock inte alla barn vid förmätningen som låg på en klinisk nivå för inåtvända problem. För de barn som vid förmätningen befann sig inom det kliniska området förbättrades 49 % så mycket att de vid eftermätningen befann sig inom normalområdet. 23 % av den kliniska gruppen barn fick en förbättring på sina inåtvända symtom med minst 20 %, jämfört med kontrollgruppen där endast 3.3 % förbättrades i samma utsträckning. Resultaten var särskilt lovande med tanke på att programmet är utformat för att minska mängden utagerande problem. Det innebär att OÅ borde kunna uppnå ännu större effekter på inåtvända problem då det kombineras med interventioner specifikt inriktade på dessa problem. Webster-Stratton & Hermans (2008) resultat stödjer antagandet att OÅ har en antidepressiv effekt på barn och är i linje med den ökande mängd forskning som kopplar samman föräldrars beteenden och barns depressioner. Med andra ord stödjer denna forskning samt Webster-Stratton och Hermans (2008) resultat sociala inlärningsteoriernas förklaringar av barns depression.

Studiens deltagare valdes ursprungligen med inklusionskriteriet utagerande problem utan hänsyn tagen till eventuella inåtvända problem. Alla barn i studien hade alltså inte inåtvända problem. Detta innebär att man kanske inte kan generalisera resultatet till att föräldraprogram skulle fungera för barn med enbart inåtvända problem. Men det som talar för att man ändå kan göra det är att en stor del av barnen med utagerande problem samtidigt har inåtvända problem och en stor del av barnen med inåtvända problem även har utagerande problem.

Forskarna drog slutsatserna att det dels är lämpligt att använda föräldraprogram för att behandla barns inåtvända problem samt även lämpligt för att generellt förebygga mot risken för inåtvända problem. De uppmuntrar också till användandet av OÅ för barn utsatta för riskfaktorer avseende inåtvända problem, som till exempel; depressiva symtom, mödradepression, vara fosterhemsplacerad eller ha ADHD. Barn som har ADHD har till exempel en hög risk för att med tiden utveckla depression, delvis på grund av den vanligtvis ostrukturerade och konfliktfyllda hemmiljön. En hypotes är att OÅ skulle öka det positiva föräldraskapet för barn med ADHD, och därmed minska risken för depression. Detta skulle delvis kunna förklara de tidigare redovisade goda resultat av OÅ på ADHD (Bremberg, 2004; Jones et al., 2008). Barn i den svåra situationen med både ADHD och depression skulle följaktligen bli hjälpta av OÅ med både sina inåtvända- och utagerande problem.

Sammanfattning

Föräldraprogrammen De otroliga åren har en god långsiktig effekt på utagerande problem och är kostnadseffektivt, lättillgängligt med goda bieffekter och få negativa effekter. Detta har bekräftats i flera randomiserade studier av oberoende forskargrupper. Bäst resultat får de barn som har sämst utgångsläge. Däremot blir det inga signifikanta effekter på barns relationer till jämnåriga. Programmen stärker även föräldrarnas självförtroende i sin roll som förälder. Dessutom tyder den senaste forskningen kring sociala inlärningsteorier och OÅ att programmet även har en god effekt på inåtvända problem.

Syfte och frågeställning

Syftet är att utvärdera effekten av föräldraprogrammet OÅ i form av skattade problem hos barnen direkt efter programmet och på längre sikt.

Uppsatsen försöker således svara på följande frågeställningar: Gör föräldrautbildningen OÅ så att barnens emotionella och beteendemässiga problem minskar? Hur stor är effekt-storleken på denna studie jämfört med andra liknande studier? Hur ser effekterna ut efter ett år? Anser sig föräldrarna ha någon nytta av de färdigheter de lärt sig (consumer satisfaction)? I så fall vad?

Metod

Studien utformades i samarbete mellan författarna och kliniskt verksamma psykologer på Resursteamet, Södra innerstaden, Malmö kommun. Den 1/8 2008 bytte Resursteamet namn till Utvecklingsenheten och dess uppgifter kom till viss del att förändras. Men då merparten av utformning av, och datainsamling för, denna studie skedde under Resursteamets tid, är det detta

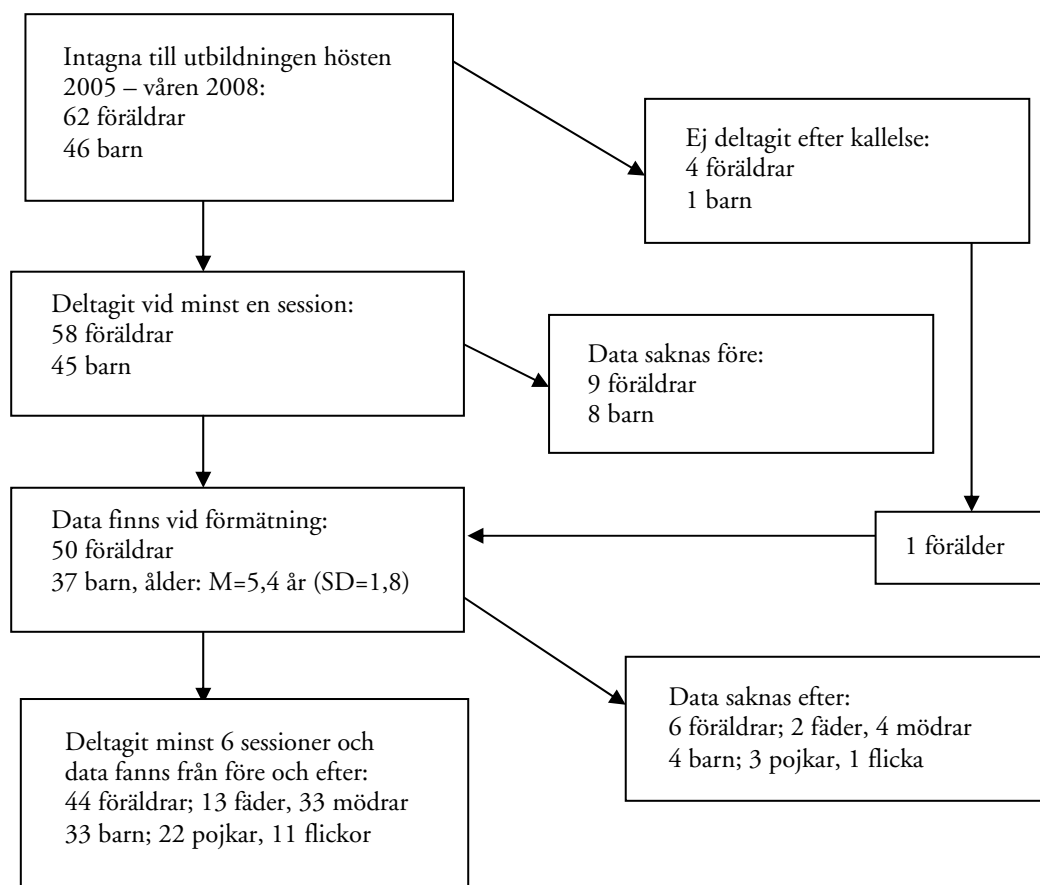
namn som används för enheten i denna uppsats. Resursteamet är en enhet inom Södra innerstadens avdelning för barn och ungdom vilken har ansvar för förskola och skola samt den del av socialtjänsten som är inriktad på råd och stöd åt familjer. Resursteamets uppdrag är att stödja barn och ungdomar med behov av särskilt stöd för sin utveckling, genom att tillhandahålla psykologiskt och pedagogiskt kunnande till förskola, grundskola och socialtjänst. Enheten ska även utgöra en resurs och ett stöd för föräldrar och familjer samt stödja verksamheten med hälsofrämjande insatser och erbjuda stöd till anställda inom stadsdelen.

Design

Denna studie har en enkelgruppsdesign med långtidsuppföljning. Den första delen, huvuddelen, innefattade en förmätning, en intervention i form av föräldraprogrammet OÅ och en eftermätning när programmet avslutades. Den andra delen, uppföljningsdelen, innefattade förutom för- och eftermätning, även en uppföljning av en del av gruppen ett år efter att programmet hade avslutats. Barnens emotionella och beteendemässiga problem mättes med CBCL. I uppföljningen ingick också en intervju. Huvuddelen av denna studie är till stor del en replikering av Axberg et al (2007) studie, med skillnaden att denna studie enbart använder barnens problem, mätt med CBCL, som utfallsvariabel. Axberg et al (2007) har ytterligare utfallsvariabler i form av barnens hyperaktivitet, föräldrarnas psykiska hälsa, salutogena faktorer, tillfredsställelse med livet samt föräldrarnas utvärdering av programmet.

Deltagare i huvuddelen

I huvuddelen av studien deltog 44 föräldrar till 37 barn. Deltagarna i huvuddelen av studien utgår från de sex terminsgrupper som deltog i programmet från och med hösten 2005 fram till och med våren 2008. Under denna period blev sammanlagt 63 föräldrar till 46 barn intagna till någon av de sex terminsgrupperna. Terminsgrupperna bestod av nio till tretton föräldrar till mellan sex och nio barn. Då deltagarna i dessa terminsgrupper har tagits in till programmet på samma sätt, haft samma ledare och deltagit i samma manualbaserade program betraktar vi dem som en enhetlig grupp. Se flödesdiagrammet för deltagare och bortfall i Figur 2. Vid förmätningen finns data från 50 föräldrar till 37 barn, men då man räknar bort de föräldrar som deltagit vid mindre än sex sessioner i programmet och de fall där data saknas vid eftermätningen återstår 44 föräldrar till 37 barn. Gränsen på sex sessioner ställdes upp då utbildningsledarna bedömer att det krävs så många tillfällen för att man ska ha tillgodogjort sig huvuddelen av programmet. I Norge har man också valt att ge de första sex sessionerna som en basmodul till alla föräldrar och de sex senare sessionerna som en tilläggsmodul till dem som har problem (Monica Möller, personlig kontakt 2008-10-24).



Figur 2. Flödesdiagram över huvuddelen; deltagare och bortfall.

I CBCL finns också frågor om barnets och föräldrarnas ursprung samt föräldrarnas yrke. I tabell 1 och 2 redovisas barnens och föräldrarnas ursprung.

Tabell 1 Utländsk bakgrund hos samtliga barn vid förmätningen

	Antal	Andel i %
Barn		
Födda i Sverige	35	95
Födda i utlandet	2	5
Totalt	37	100
Barnets föräldrar		
Båda födda i Sverige	9	24
Ena född i utlandet	12	32
Båda födda i utlandet	15	41
Uppgift saknas	1	3
Totalt	37	100

Tabell 2 Födelseland hos samtliga barn och föräldrar vid förmätningen

	Antal	Andel i %
Barn		
Sverige	35	94
Latinamerika	1	3
Afrika	1	3
Totalt	37	100
Föräldrar		
Sverige	23	46
Övriga Europa	7	14
Mellanöstern	8	16
Centralasien	1	2
Sydostasien	2	4
Latinamerika	6	12
Afrika	2	4
Uppgift saknas	1	2
Totalt	50	100

Nästan alla, 95 %, av barnen är födda i Sverige men det är bara 9 % av barnen som har båda föräldrarna födda i Sverige. Av föräldrarna är det 46 % som är födda i Sverige, medan de resterande kommer från vitt skilda delar av världen, med något större andelar från övriga Europa, Mellanöstern och Latinamerika.

Föräldrarnas socioekonomiska status har klassificerats med hjälp av deras yrke, som de angav på CBCL, enligt SCBs (1982; 2007) socioekonomiska indelning. Se tabell 3 för socioekonomisk indelning. Då det i många fall är otydligt huruvida de som deltagit som ensam förälder har angivit den biologiska faderns yrke eller en eventuell sambos yrke, redovisas båda föräldrarnas socioekonomiska status separat istället för per hushåll.

Tabell 3 *Socioekonomisk indelning efter yrke för samtliga föräldrar till barnen vid förmätningen*

	Mödrar	%	Fäder	%	Samtliga	%
Arbetare						
Ej fackligt lärda	4	11	7	55	11	22
Fackligt lärda	10	27	1	7.5	11	22
Tjänstemän						
Lägre tjänstemän	4	11	1	7.5	5	10
Tjänstemän på mellannivå	1	3	1	7.5	2	4
Högre tjänstemän	1	3	2	15	3	6
Ensamföretagare	-	-	1	7.5	1	2
Studering						
Grundskolenivå	2	5	-	-	2	4
Gymnasienivå	4	11	-	-	4	8
Högskolenivå	4	11	-	-	4	8
Arbetslösa	3	8	-	-	3	6
Uppgift saknas	4	11	-	-	4	8
Totalt	37	100	13	100	50	100

Av tabellen framgår att av samtliga föräldrar kan 44 % klassas som arbetare, 22 % som tjänstemän, 20 % som studering och 6 % som arbetslösa.

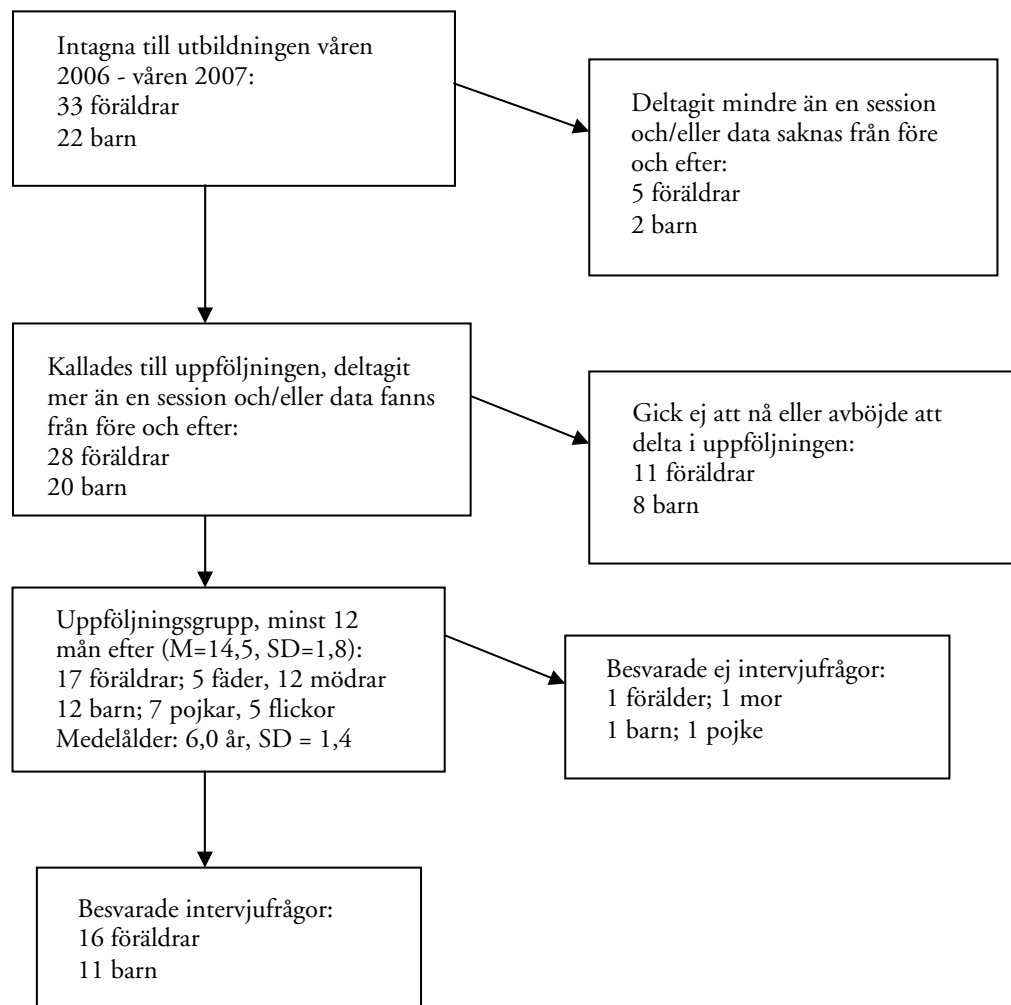
Socioekonomisk status brukar definieras i litteraturen utifrån yrke, inkomst eller utbildningsnivå (Lagerberg & Sundelin, 2000). Utbildningsnivå är ofta att föredra då den variabeln kan anges för alla individer oavsett om de har något yrke eller ej. Statistiska centralbyrån (SCB) (1982; 2007) anger en ungefärlig utbildningsnivå för varje yrkesgrupp i yrkesindelningens mest aggregerade form. Men den ungefärliga utbildningsnivån är osäker att ange för en sådan liten grupp som ingår i föreliggande studie. Här är vi alltså hänvisade till det trubbigare måttet yrke.

Idag använder sig forskare oftare av individers bostadsområden för att dela in i socialgrupp, då detta visat sig vara ett lika bra mått som att indela i socialgrupp efter individuella förhållanden (Lagerberg & Sundelin, 2000). Det låga antalet deltagare i denna studie tillåter inte heller några

jämförelser utifrån socialgrupp. Om man vid framtida jämförelser vill använda område som indelning för denna grupp kan man gå till Malmö stads (2007) statistiksamling *Områdesfakta*, vilken innehåller detaljerade uppgifter om Södra innerstaden som område.

Deltagare i uppföljningsdelen

I uppföljningsdelen av studien deltog 17 föräldrar till 12 barn. Dessa är en del av dem som antagits till de tre terminsgrupperna från våren 2006 till våren 2007, totalt 33 föräldrar till 22 barn. Av dessa kallades de som deltagit mer än en session och/eller data fanns från före och efter, ett år efter att de avslutat programmet till att delta i uppföljningen. Se flödesdiagrammet i Figur 3 för detaljerade siffror. Uppföljningsgruppen skiljer sig inte nämnvärt från huvudgruppen vad gäller ursprung och socioekonomisk status.



Figur 3. Flödesdiagram över uppföljningsdelen; deltagare och bortfall.

Intagningsförfarande

Studien genomfördes i reguljär klinisk praxis och därför fanns inga absoluta inklusionskriterier utan dessa byggde på ledarnas bedömning. Intagningsförfarandet beskrivs därför i detalj nedan.

Resursteamet har valt att vända sig till föräldrar till barn som är 2-8 år. Resursteamet sprider information om OÅ på flera olika sätt. Det har suttit lappar hos barnavårdscentralerna, förskolorna och socialtjänsten i stadsdelen. Dessa informationslappar har sett olika ut genom åren men har i princip innehållit samma information (se bilaga A för dess senaste utformning). Denna information har också funnits på Malmö stads hemsida i lite olika format, se Södergren (2008) för dess nuvarande utseende. Slutligen kan föräldrarna också ha fått tips om programmet av barnsjuksköterskorna, förskolepersonalen, socialarbetarna i stadsdelen eller av någon på Resursteamet.

Deltagandet i OÅ på Resursteamet är frivilligt och bygger på att föräldrarna själva kontaktar utbildningsledarna för programmet och anmäler sitt intresse. Därefter bokar ledarna en tid för intervju med föräldern eller föräldrarna. Efter en semistrukturerad intervju enligt en intervjuguide (se bilaga B), med båda eller en av ledarna, bedömer de om föräldern eller föräldrarna i fråga får delta eller ej. För att få en plats i programmet måste familjen ha något av följande problem: Problem hos det barn föräldrarna haft i åtanke när de sökt sig till programmet, i förälderns/föräldrarnas relation till barnet, att föräldern upplever svårigheter i sitt föräldraskap, eller att de upplever en stor osäkerhet i sitt föräldraskap. Om föräldern/föräldrarna inte har uttalade problem inom dessa områden, en konflikt mellan föräldrarna överskuggar övriga problem, ett pågående missbruk föreligger hos föräldern/föräldrarna, eller om föräldrarna har otillräckliga språkkunskaper hänvisas de till andra typer av stöd inom kommunen. Om föräldrarna har bott ihop och haft gemensam vårdnad om barnet krävdes att båda deltar i programmet för att de ska få en plats. Om föräldern som sökt sig till programmet däremot har ensam vårdnad eller om föräldrarna bor åtskiljda har den andra föräldern eller eventuell ny sambo/make/maka bjudits in till att delta i programmet. Följaktligen har föräldrar med gemensam vårdnad och som bor ihop deltagit i programmet tillsammans medan föräldrar med ensam vårdnad deltagit själv eller eventuellt tillsammans med sin sambo eller nya make. De föräldrar som har deltagit ensamma har uteslutande varit mödrar. I det följande skiljer vi inte på sambo eller förälder utan kallar samtliga deltagare för föräldrar, mödrar eller fäder.

Procedur

Studien har genomförts i samarbete mellan författarna och ledarna för programmet på Resursteamet. Ledarna för programmet gav deltagarna CBCL (Achenbach & Rescorla, 2001) i samband med intagningsintervjun, eller innan programmet började, senast vid första sessionen på

programmet. För en beskrivning av CBCL se nedan under instrument. I samband med att CBCL delades ut informerades deltagarna om att CBCL skulle användas före och efter, samt att en sammanställning av detta material skulle ske, som ett led i Resursteamets utvecklingsarbete. I och med att de fyllde i formuläret samtyckte de till detta.

Över en period om 12-13 veckor fick sedan föräldrarna delta i föräldraträningsprogrammet OÅ omfattande 12 sessioner (Webster-Stratton, 2001). Se inledningen för en utförligare beskrivning av programmet och Webster-Strattons andra program. De föräldrar som var frånvarande vid någon session försökte ledarna samla till ersättningstillfällen under veckan innan nästa session enligt manualen (Webster-Stratton, 2001). Ledarna bedömde att dessa sessioner var likvärdiga med de ordinarie sessionerna.

De som har varit ledare för programmet är en resurspedagog och en legitimerad psykolog på Resursteamet. De är utbildade och har fått handledning av Willy-Tore Mørch. De har även vid enstaka tillfälle fått handledning av Carolyn Webster-Stratton. Psykologen var den inom Resursteamet som ansvarade för utvärderingen av programmet.

Vid sista sessionen på programmet bad ledarna deltagarna att återigen fylla i CBCL. De som inte deltog vid sista sessionen, 3 av 44 deltagare, fick formuläret två veckor före eller efter sista sessionen. Johan Thelander anställdes för att handha de data och personuppgifter som ingick i huvuddelen av denna studie.

Under uppföljningen sköttes datainsamlingen och kontakten med deltagarna uteslutande av författarna. I uppföljningsdelen ingick, som tidigare nämnts, de tre terminsgrupperna som deltog i programmet från våren 2006 till våren 2007. Dessa föräldrar informerades om uppföljningen i ett brev (se bilaga C) som skickades ut ett år efter avslutat program. Följaktligen gjordes utskick- en i tre omgångar; i juni 2007, i januari 2008 respektive i juni 2008. Därefter kontaktades deltagarna via telefon för ytterligare information om uppföljningen och tidsbokning för intervju. Vid intervjun informerade författarna om den sekretess som gäller i samband med studien och delade ut ett samtyckesformulär (se bilaga D). I några fall genomfördes intervjun per telefon då deltagarna flyttat från Skåne. I några fall fyllde deltagarna i intervjufrågorna som ett frågeformulär, och skickade in svaren till Resursteamet, då det ej gick att boka en tid för intervju. Intervjufrågornas utformning beskrivs nedan under mätinstrument. Vid intervjuerna antecknades föräldrarnas svar. Deltagarna fyllde i CBCL i samband med intervjun. I de fall där intervjun utfördes per telefon eller skickades ut som frågeformulär bifogades även CBCL och fylldes i och detta returnerades tillsammans med samtyckesformuläret och eventuell intervju.

Då denna studie varit en del av Resursteamets uppföljning av den pågående verksamheten har en formell etikprövning av Etikprövningsnämnden i Lund inte bedömts som nödvändig.

Författaren som handhåvt personuppgifter i studiens huvuddel har varit anställd i organisationen och därav hanterat alla data i den delen under tjänstemannaansvar. Vad gäller uppföljningsdelen av studien har de som deltagit i denna samtyckt till att medverka med vetskap om att studenter vid Institutionen för psykologi, Lunds universitet, deltagit i datainsamlingen.

Mätinstrument

Nedan beskrivs studiens mätinstrument – CBCL (Achenbach & Rescorla, 2001) och intervjufrågornas utformning.

CBCL är ett självskattningsformulär som är en del av ASEBA-materialet (Achenbach System of Empirically Based Assessment). Formuläret finns i två varianter, en för förskolebarn (1½ - 5 år) och en för skolbarn (6 - 18 år). De CBCL-formulär som användes i denna studie är översatta till svenska utifrån den amerikanska reviderade versionen från år 2000 för förskolebarn och från år 2001 för skolbarn. Ansvariga för den svenska versionen är Institutionen för klinisk vetenskap, barn- och ungdomspsykiatri vid Umeå universitet. Då svenska normdata för denna version av CBCL inte finns tillgängliga använder vi amerikanska normdata vid transformeringen till T-värden. Larsson och Frisk (1999) fann i sin svenska normeringsstudie av CBCL (n=1308), versionen från 1991, små men dock signifikanta skillnader relaterade till kön, ålder, socioekonomisk bakgrund och uppväxtmiljö, stad eller landsbygd. Forskarna fann att nivån av känslomässiga och beteendemässiga problem i deras studie låg betydligt lägre än vad som rapporterats i tidigare studier. Den svenska gruppen låg mer i nivå med övriga skandinaviska länder, men var även bland dem lägst.

Samtliga av de studier som använt sig av CBCL och som finns redovisade eller refererade till i denna uppsats har använt sig av versionen från 1991 för skolbarn. Enligt Achenbach & Rescorla (2001) är skillnaderna mellan dessa versioner ytterst små. Se tabell 4 för korrelationerna mellan CBCLs tre problemskalor i version 1991 och 2001.

Tabell 4 *Korrelationer mellan råpoäng för CBCL, versionerna från 1991 och 2001 (Achenbach & Rescorla, 2001, s 167)*

	Internalisering	Externalisering	Totalskala
CBCL	,98	,99	1,00

Både den yngre och äldre varianten av CBCL innehåller problem- och syndromskalor, medan den för de äldre åldrarna även innehåller kompetensskalor. Problem- och syndromskalorna består av en lång rad beteendebeskrivningar för barn, 99 för de yngre och 118 för de

äldre (t. ex. klagar över ensamhet, hamnar ofta i slagsmål). Dessa beteendebeskrivningar graderas av föräldern på en skala med tre nivåer (0= stämmer inte, 1= stämmer någorlunda, eller ibland, 2 = stämmer mycket bra, eller ofta). Dessa poäng summeras till en rad specifika subskalor (t.ex. uppmärksamhetsproblem, ångest/depression). Vidare summeras dessa till två huvudsakliga dimensioner; en för externaliserande problem och en för internaliserande problem samt en totalpoäng. Externaliserandeskalan innefattar subskalorna "Attention problems" och "Aggressive behavior" i den yngre varianten och "Rule-breaking behavior" samt "Aggressive behavior" i den äldre varianten. Internaliserandeskalan innefattar subskalorna "Emotionally reactive", "Anxious/depressed", "Somatic complaints" och "Withdrawn" i den yngre varianten, samt "Anxious/depressed", "Withdrawn/depressed" och "Somatic complaints" i den äldre varianten. Resultaten på externaliserande-, internaliserande- och totalskalan överförs via normdata till T-poäng.

CBCL delar in T-poäng i 3 områden: Normalområdet (Normal range) då $T < 60$, gränsområdet (Borderline range) $60 \leq T \leq 63$ och kliniska området (Clinical range) $T > 64$. Om barnet på någon av de tre skalorna erhåller en T-poäng på klinisk nivå, bedöms barnet ha så stora emotionella och beteendemässiga problem att dessa indikerar ett uppfyllande av diagnoskriterier enligt DSM-IV och indikerar ett behov av någon form av behandling. Dessa gränser är framtagna efter en amerikansk normgrupp (Achenbach & Rescorla, 2001) som jämförts med data från en klinisk grupp.

Kompetensskalorna innehåller frågor om barnets skolprestationer och sociala kontakter. Dessa valdes dock bort i denna studie då det finns CBCL för båda åldersgrupperna och att det i många fall har använts två varianter för samma barn vid olika mättillfällen, vilket gör att kompetensskalorna inte går att jämföra mellan de olika mättillfällena.

CBCL-formuläret för yngre barn har inte använts i någon studie som vi refererat till i denna uppsats. Däremot har det yngre formuläret använts för ungefär hälften av barnen i denna studie. För att kunna jämföra barnen vid de olika mättillfällena har poängen normerats till T-poäng vilket ger ett värde som säger hur det enskilda barnet förhåller sig till normgruppen. Detta är i linje med Achenbach och Rescorlas (2000) rekommendationer.

Enligt en dansk studie (Bilenberg, Petersen, Hoerder & Gillberg, 2005) var 35 råpoäng på totalskalan en fungerande gräns för att skilja ut en klinisk grupp. Detta skulle motsvara en T-poäng på 58. Att sänka gränsen för kliniska värden är i linje med den svenska normeringsstudien (Larsson & Frisk, 1999) som visade att en svensk normalpopulation hade betydligt lägre poäng ($M = 14.1 - 14.5$, för flickor, pojkar, 6-11 respektive 12-18 år) på totalskalan jämför med den amerikanska normgruppen ($M = 22.0 - 23.7$) (Achenbach & Rescorla,

2001). Utifrån Larsson och Frisks (1999) studie skulle man kunna sänka den kliniska gränsen ytterligare. Men Crijnen, Achenbach, och Verhulst, (1997) menar att siffrorna i den svenska normeringsstudien är oproportionerligt låga. De pekar på brister i studiens insamlingsmetod, svarsfrekvens och ett ickerepresentativt geografiska urvalsområdet för landet som helhet. De jämförelser Larsson och Frisk (1999) och Bilenberg et al. (2005) gör med andra nordiska studier tyder också på att de svenska siffrorna är för låga. Utifrån detta resonemang används i föreliggande studie 58 T-poäng på totalskalan som en gräns för att skilja ut en klinisk grupp. För internaliserande- och externaliserandeskalan används samma gräns för klinisk grupp ($T \leq 60$) som hos de amerikanska normerna, då skillnaderna mot de svenska normerna varit minimal (ca en råpoäng). I föreliggande studie används benämningen klinisk grupp för både gränsklinisk- och klinisk grupp.

Intervjufrågorna till uppföljningsdelen (se bilaga E) konstruerades för att ge en uppfattning om vilka problem föräldrarna upplevde när de sökte sig till programmet och eventuella förändringar direkt efter utbildningen och senare. En del intervjufrågor konstruerades även för att undersöka om det hade tillkommit riskfaktorer, under eller efter programmet (fråga 1-8 i den senare delen). De riskfaktorer som efterfrågades, är sådana som kan hindra familjers möjligheter att förbättras med hjälp av programmet (Lagerberg & Sundelin, 2000; Webster-Stratton, & Hammond, 1990; Webster-Stratton & Hammond, 1999).

Dataanalys

Bortfallet analyserades i första hand med hjälp av de CBCL-formulär som fanns från förmätningen. Men bland de föräldrar som blivit antagna till programmet och sedan fallit bort i något skede fanns det 12 stycken som ej fyllt i CBCL vid förmätningen eller vid både för- och eftermätningen. För att kunna analysera detta bortfall fick ledarna för utbildningen skatta huruvida vart och ett av dessa barn och föräldrar hade mer eller mindre problem jämfört med de övriga som deltagit i programmet.

Alla statistiska beräkningar har genomförts med Statistical Package for Social Sciences, SPSS version 15. För beräkning av skillnader mellan grupper och skillnad mellan kön hos bortfallsgrupperna och i huvuddelen av studien användes parvisa dubbelsidiga t-test. För att undvika risken att överdriva effektiviteten av interventionen användes en intent-to-treat design (ITT) (Axberg et al., 2007) som ett komplement till beräkningarna för hela gruppen. I en ITT analys används förmätningarna som eftermätningar för de föräldrar som hoppat av eller om eftermätning saknas. För att beräkna effektstorlek används Cohens *d* (Cohen, 1992). Cohen

definierar resultat som små (0,20), medium (0,50) och stora (0,80). För beräkningar av Cohens d och justering för låga n se bilaga F.

Många studier väljer bort fädernas skattningar och tittar uteslutande på mödrarnas. Men det har visat sig att mödrars och fäders skattningar skiljer sig åt och var för sig kan bidra med viktig information (Webster-Stratton & Herman, 2008). Därför redovisas båda föräldrarnas skattningar i huvuddelen av föreliggande studie. Vid beräkningarna till uppföljningsdelen användes däremot ett medelvärde mellan mödrarnas och fädernas skattningar eftersom antalet föräldrar var betydligt lägre, $n = 17$, och antalet fäder bara var fem. Denna kompromiss blev nödvändig på grund av det låga antalet fäder vid de olika mättillfällena. För beräkning av skillnader mellan mättillfällena i uppföljningsdelen användes *Friedman nonparametric test for several related samples* och *Wilcoxon signed ranks test* (Leech, Barrett & Morgan, 2008).

Intervjuszvaren från uppföljningen renskrevs och fördes in i en tabell, svaren sorterades i kolumner och deltagarna i rader. Därefter betraktades tabellen kolumnvis, det vill säga fråga för fråga, för att sammanfatta samtliga deltagares svar på varje fråga.

Resultat

Huvuddel

Bortfallsanalys och närvaro hos deltagarna. Oberoende t -test användes för att undersöka om det förelåg några skillnader på CBCL vid förmätningen mellan de som ej deltog vid eftermätningen och de som deltog vid eftermätningen. Det fanns inga signifikanta skillnader på varken internaliserande-, $t(48) = .05, p = .96$, externaliserande-, $t(48) = 1.02, p = .31$, eller totalskalan, $t(48) = .18, p = .86$. De som föll bort till eftermätning var med andra ord varken bättre eller sämre än gruppen som deltog i eftermätningen. Av de tolv föräldrar som inte fyllt i CBCL vid förmätningen ansåg ledarna för utbildningen att de hade haft tillräckligt mycket kontakt med sex familjer för att kunna bedöma mängden problem hos barnet. Av dessa sex barn ansåg ledarna att tre av barnen hade mer problem än resten av gruppen medan de tre övriga ansågs ha mindre eller lika mycket problem som övriga i gruppen. Föräldrarna som ingick i studiens huvuddel hade deltagit i 10-12 sessioner ($M = 11.8, SD = 0.43$).

Förändring i emotionella och beteendemässiga problem. Parvisa t -test visar att skillnaderna mellan före och efter på totalskalan, externaliserandeskalan och internaliserandeskalan i CBCL är signifikant lägre. Detta gäller för både mödrarnas och fädernas skattningar, se tabell 5 för detaljerade siffror.

Tabell 5 *T-poäng för symtomskalor Child Behaviour Checklist (CBCL) vid för- och eftermätning*

	Före			Efter			<i>t-test</i>		<i>d</i>	ITT		
	n	Medel	SD	n	Medel	SD	<i>n</i>	<i>P</i>		<i>t-test</i>		<i>d</i>
										<i>n</i>	<i>p</i>	
Totalpoäng												
Mödrar	37	61.8	10.0	33	52.8	10.3	33	<.001	0.82	37	<.001	0.71
Fäder	13	54.7	11.6	11	46.4	10.5	11	<.001	0.97	13	0.001	0.77
Externalisering												
Mödrar	37	62.0	11.5	33	53.1	10.3	33	<.001	0.71	37	<.001	0.60
Fäder	13	54.8	11.0	11	47.9	9.0	11	0.018	0.88	13	0.019	0.67
Internalisering												
Mödrar	37	60.0	11.0	33	52.2	11.0	33	<.001	0.67	37	<.001	0.59
Fäder	13	54.8	10.2	11	48.5	8.5	11	0.005	0.87	13	0.007	0.68

ITT = Intent to treat design

t-test = parvis dubbelsidigt *t-test*

d = effektstorlek (Cohen, 1992); liten = 0.20 – 0.49, medium = 0.50 – 0.79, stor ≤ 0.80

Effektstorleken är att betrakta som medel till stor då den är mellan 0.67 och 0.97. Utifrån mödrarnas skattningar vid förmätningen var 66.7 % av barnen på klinisk nivå ($T \leq 58$) på totalskalan, 60.6 % ($T \leq 60$) på externaliserandeskalan och 57.6 % ($T \leq 60$) på internaliserandeskalan. Jämfört med vid eftermätningen då andelen barn på klinisk nivå för samma skalor var 30.3 %, 21.2 % respektive 21.2 %. ITT-analysen visar också att en signifikant sänkning på alla skalor för både mödrarnas och fädernas skattningar. Däremot minskar effektstorlekarna något så att alla kan betraktas som medelstora, 0.59 - 0.77.

Utifrån mödrarnas skattningar i ITT-analysen befann sig vid förmätningen; 70.3 % av barnen på klinisk nivå ($T \leq 58$) på totalskalan, 64.9 % på externaliserandeskalan och 56.8 % på internaliserandeskalan. Medan andelen på klinisk nivå vid eftermätningen var; 37.8 %, 29.7 % respektive 24.3 %. Mödrarnas och fädernas skattningar skiljer sig bara signifikant åt på totalskalan vid förmätningen, $t(48) = 2.11$, $p = 0.04$.

Om man i likhet med Piquero et al (2008) justerar Cohens *d* för låga *n* (se metod och bilaga F för vidare beskrivning) får man resultaten som framgår i tabell 6. Effektstorlekarna justeras då ner 0.01 - 0.09 enheter, men befinner sig fortfarande inom området för medelstora till stora effekter.

Tabell 6 *Cohens d justerat för låga n*

	<i>d</i>	ITT
Totalpoäng		
Mödrar	0.80	0.70
Fäder	0.89	0.72
Externaliserande		
Mödrar	0.70	0.58
Fäder	0.81	0.63
Internaliserande		
Mödrar	0.66	0.57
Fäder	0.80	0.63

ITT = Intent to treat design

d = effektstorlek (Cohen, 1992)

Eftersom barnen i denna studie var fördelade över hela skalan normala-kliniska sorterades barnen i det kliniska spannet ut för en enskild analys. Detta gjordes i syfte att skapa en grupp som kan jämföras med tidigare forskning. Se tabell 7 för resultaten av dessa analyser.

Tabell 7 *T-poäng för symtomskalor Child Behaviour Checklist (CBCL) vid för- och eftermätning, för barn i klinisk grupp utifrån total-, externaliserande- respektive internaliserandeskalan vid förmätningen*

	n	Före		Efter		<i>t-test</i>	d
		Medel	SD	Medel	SD	p	
Klinisk grupp utifrån totalskalan, totalpoäng							
Mödrar	22	66.4	6.4	56.8	8.8	< .001	1.28
Fäder	4	65.5	5.3	54.3	7.8	n/a	n/a
Klinisk grupp utifrån externaliserandeskalan, externalisering							
Mödrar	20	68.1	5.9	58.3	8.7	< .001	1.36
Fäder	5	64.2	2.9	52.4	10.1	n/a	n/a
Klinisk grupp utifrån internaliserandeskalan, internalisering							
Mödrar	19	66.9	5.6	55.8	10.7	< .001	1.33
Fäder	3	65.7	7.4	54.3	6.0	n/a	n/a

t-test = parvis dubbelsidigt *t-test*

n/a = ej applicerbart

d = effektstorlek (Cohen, 1992); liten = 0.20 – 0.49, medium = 0.50 – 0.79, stor ≤ 0.80

När de kliniska grupperna utifrån total-, externaliserings- respektive internaliserandeskalan analyserats separat framkom en signifikant sänkning av deras problemnivå på respektive skala. Mätt i T-poäng så är minskningarna i de kliniska grupperna, cirka 10-12 T-poäng, vilket är något större än motsvarande siffror för hela gruppen, cirka 6-9 T-poäng. Effektstorlekarna för de kliniska grupperna blev större jämfört med hela gruppen på de olika skalorna, $d = 1.28-1.33$. Detta på grund av att förbättringarna blev större samt att spridningen blev mindre. Om man justerar effektstorlekarna för låga *n* blir de; 1.23 för kliniska gruppen på totalskalan, 1.30 på externaliserandeskalan, och 1.27 på internaliserandeskalan.

Uppföljningsdel

Bortfallsanalys och närvaro hos deltagarna. Oberoende *t-test* användes för att undersöka om det förelåg några skillnader på CBCL vid för- eller eftermätningen mellan de som föll bort och de som deltog i uppföljningen. Vid förmätningen fanns inga signifikanta skillnader på varken internaliserande-, $t(26) = 1.54, p = .14$, externaliserande-, $t(26) = -.23, p = .82$, eller

totalskalan, $t(26) = .96, p = .77$. Detsamma gällde eftermätningen för de tre skalorna, internaliserande-, $t(24) = .45, p = .66$, externaliserande-, $t(24) = 1.24, p = .23$, eller totalskalan, $t(24) = .13, p = .28$. Föräldrarna som ingår i studiens uppföljningsdel deltog i 11-12 sessioner ($M=11,9; SD=0,24$).

Förändring i emotionella och beteendemässiga problem. Det icke-parametriska *Friedman-testet* användes för att undersöka om det förelåg några skillnader mellan barnens poäng på CBCLs respektive skala vid för-, efter- och uppföljningsmätningen. Parametriska test som ANOVA kunde ej användas då antalet barn i uppföljningen var lågt ($n = 12$) samt att poängen vid respektive mättillfälle inte var normalfördelade. *Friedman-testet* gav signifikanta skillnader på total- och externaliserandeskalan men dock inte på internaliserandeskalan. Se tabell 6 för detaljerade siffror.

Tabell 8 Medelvärde *T*-poäng för symtomskalor Child Behaviour Checklist (CBCL) vid mätningar före, efter och ett år efter avslutat program

	n*	Före		Efter		Uppföljning		Friedman test		
		Medel	SD	Medel	SD	Medel	SD	df	χ^2	p
Totalpoäng	12	57.8	13.7	49.8	13.7	57.8	12.2	2	9.2	0,01
Externalisering	12	60.2	13.3	51.4	12.2	60.4	11.1	2	11.8	0,003
Internalisering	12	53.7	13.8	49.2	13.0	55.6	12.5	2	4.9	0,09

* I de fall där skattningar av barnet fanns från både modern och fadern användes medelvärdet mellan dessa skattningar.

För att utröna mellan vilka mättillfällen det förelåg någon skillnad utfördes *Wilcoxon-test* mellan före och efter, efter och uppföljning, samt före och uppföljning. Samtliga utfördes med en Bonferroni korrektion ($\alpha = .017$). Detta visade att: Förbättringen på externaliserandeskalan från före till efter var signifikant, $z = -2.71, p = .007$. Försämringen från efter till uppföljning var signifikant, $z = 2.40, p = .016$. Men mellan före och uppföljning förelåg ingen signifikant skillnad, $z = -.078, p = .94$. På totalskalan var förbättringen från före till efter signifikant, $z = -2.80, p = .005$. Medan från efter till uppföljning fanns ingen signifikant skillnad, $z = 2.35, p = .019$, och inte heller från före och uppföljning, $z = -.024, p = .81$.

Vid förmätningen befann sig åtta barn på klinisk nivå ($T \leq 58$) avseende totalskalan, medan vid eftermätningen och uppföljningen var det endast fem barn på klinisk nivå. På klinisk nivå avseende externaliserandeskalan ($T \leq 60$) var antalet barn vid motsvarande tidpunkter åtta, fyra respektive sex och på klinisk nivå avseende internaliserandeskalan ($T \leq 60$) var det tre, två respektive fyra.

Intervjuerna vid uppföljningen. 16 föräldrar intervjuades i samband med uppföljningen ett år efter att de avslutat programmet, se bilaga E för intervjufrågorna. Av fråga 2 och 3 framgår att anledningen till att föräldrarna sökt sig till OÅ var att man upplevde problem med barnen i varierande grad, och att man ville lära sig mer om hur man kan hantera dessa, eller bara hur man blir en bättre förälder. Detta framgår av fråga 2 och 3. Det kunde vara allt från att de upplevde barnet som ”gnälligt”, ”uppmärksamhetskrävande” eller ”lyssnar inte” till att de beskrev utbrott med skrik och slag. Nio föräldrar uppgav att de i huvudsak sökt sig till programmet för barnets utagerande problem, medan sju i huvudsak sökt för att lära sig om uppfostran och för att bli en bättre förälder. Av de nio som kommit på grund av utagerande problem uppgav åtta, som svar på fråga 4, även skolan hade uppmärksammat samma problem. Fråga 2 och 3 visade att två av föräldrarna inte uppgav några problem vad gäller barnen.

14 av föräldrarna beskriver, som svar på fråga 7 och 9, att problemen minskat och att barnet utvecklats till det bättre direkt efter OÅ. De kunde beskriva förändringen med orden ”det är lugnare”, ”han lyssnar nu”, ”leker bra med andra”, ”större självförtroende” och/eller ”mer empatisk”. Av fråga 8 framgår att 15 av föräldrarna känner sig lugnare och tryggare som förälder. Flera beskriver hur de kommunicerar med, och tycker sig förstå, sina barn bättre. Elva av föräldrarna har, som svar på fråga 10 och 11, också uppfattat att skolan/förskolan noterat en positiv förändring. Två föräldrar beskrev att problemen finns kvar i skolan/förskolan. Tre gav inget svar på frågan.

På fråga 12 angav 15 av 16 föräldrar att de har kunnat använda de tekniker de lärde sig efter programmet och att de fortfarande gör det när det behövs. Av fråga 13 och 14 framkom att några föräldrar inte tyckte att tiden räckte till vid en del träffar och tre föräldrar hade velat ha mer individuella träffar, eller i par, med ledarna. Ett fåtal föräldrar uppgav vidare att de hade önskat mer information om barns utveckling vid olika åldrar. Några föräldrar hade också synpunkter på tempot som varandes för högt eller för lågt medan andra tyckte att utrymmet för gruppens diskussioner var för stort eller för litet. Av fråga 15 och 16 framkommer att alla föräldrar utom en är positiva till programmet, det som de lärt sig i programmet och ledarna.

På fråga 17 och 18 uppgav tolv av föräldrarna att problemen i familjen har fortsatt att minska under tiden fram till intervjun, och att barnet har fortsatt att utvecklas positivt i samma riktning som direkt efter programmet. Fyra beskrev en negativ utveckling, där samma problem som de uppgav vid programmets början hade återkommit eller att de upplevde nya problem med barnet. Här kan noteras att tre av dessa beskriver att en eller flera riskfaktorer har tillkommit, se nedan.

På frågorna 1-8 om andra problem som kan påverka familjen mycket framkom: Fem av föräldrarna hade flyttat en gång och en förälder två gånger. Två föräldrar beskriver flytten som problematiskt medan tre föräldrar berättar om det som något positivt. En förälder blev arbetslös under tiden efter programmet, en blev svårt fysiskt sjuk, en blev psykiskt sjuk och i en familj hade en släkting avlidit. Fem föräldrar uppger stora problem i samarbetet föräldrarna emellan.

Frågorna 1, 6 och 12 redovisas inte här då dessa endast är intressanta om man vill utvärdera detaljer i programmets utformning, vilket inte har varit syftet i denna uppsats.

Diskussion

Studiens huvuddel

Det kan vara en kontroversiell och känslig fråga om man ska behöva gå ett föräldraprogram för att bli en god förälder. Alla föräldrar har en individuell bakgrund till sitt föräldraskap, och ofta kommer erfarenheterna från den egna uppväxten med sina föräldrar. Men det är inte så enkelt att bara kopiera sina egna föräldrars uppfostringsmetoder, eftersom levnadsvillkoren idag är så annorlunda mot då de själva växte upp. Dessutom har inte alla haft en god uppfostran och har då ingen fördel i att kopiera sina föräldrars uppfostran. I de fall då ens föräldraförebilder är otillräckliga får man i hög grad istället lära sig via sina egna erfarenheter med de egna barnen. Men då knappt hälften av alla barn är första barnet, saknar en stor del av alla föräldrar egen tidigare erfarenhet att luta sig mot (Bremberg, 2004). Det kan också vara så att man fått ett barn som är svårhanterligt och därav söker hjälp trots att man tidigare haft goda erfarenheter och förebilder. Om föräldrar erbjuds bra föräldraprogram som stöd i uppgiften att vara en god förälder som ger både värme och ramar, så innebär det att fler föräldrar kan känna sig trygga i sin roll som förälder och tidigt ge bättre förutsättningar till sitt barn.

I föreliggande studie har föräldrarna kommit in till programmet enligt den bild som har beskrivits ovan. I de tidigare studier som refereras i denna uppsats, vilka överlag har visat på en god effekt, har barnen uteslutande haft en utagerande problematik på klinisk nivå. Något sådant inklusionskriterium har inte funnits i föreliggande studie. Här har istället barnen skattats, på CBCL, som antingen helt normala, gränskliniska eller kliniska på externaliserandeskalan, internaliserandeskalan eller totalskalan, alternativt i kombinationer. Deltagarna i denna studie hade vid förmätningen medelvärde 61.8 T-poäng på totalskalan, CBCL, vilket är på en gränsklinisk nivå. Detta kan jämföras med värden från Andersson och Kronvalls (2006) rapport, där de redovisar medelvärden på den totala problemskalan för olika grupper av barn som fått olika former av samhällliga åtgärder. De redovisar råpoäng men om man överför dessa till T-poäng får man följande jämförelsevärden: Barn från Södra innerstaden placerade i familjehem, $M = 54$, de

som remitterats till Multisystemisk terapi (MST) från socialtjänsten, $M = 71$, barn som placerats i Multitreatment fostercare (MTFC), $M = 70$, och barn som kommit i kontakt med barn- och ungdomspsykiatriska kliniken (BUPs) utredningsavdelning i Lund, $M = 64$. Om man vidare överför medelvärdet för gruppen i Axberg et al (2007) studie till T-poäng får man $M = 64$. Slutligen kan detta jämföras med normalgruppen från Larsson och Frisks (1999) studie där $M = 46$, överfört till T-poäng. Gruppen i denna studie har utifrån detta mått, betydligt mer problem än en normalgrupp och mer problem än de som placerats i familjehem. Gruppen ligger i nivå med BUPs utredningsgrupp och Axbergs (2007) undersökningsgrupp. Men jämfört med de barn som remitterats till MST och MTFC har de däremot klart mindre problem.

Förändringen på totalskalan, CBCL, för samtliga barn i föreliggande studie blev medelstor till stor, $ES = 0.90$, ITT $ES = 0.71$. Då man tittar enbart på den kliniska gruppen vid förmätningen, vilken är jämförbar med andra studiers grupper, är effekten stor avseende totalpoängen för gruppen i föreliggande studie, $ES = 1.28$. Detta kan jämföras med Axberg et al (2007) resultat, $ES = 0.63$, ITT $ES = 0.44$. Piquero et al (2008) metaanalys redovisar effektstorlekar på mellan 0.23 och 0.46. Resultaten för gruppen i föreliggande studie framstår då som mycket stora.

På externaliserandeskalan blev förbättringen för hela gruppen i föreliggande studie stor, $ES = 0.83$, alternativt medelstor räknat med ITT, $ES = 0.60$. Om man däremot tittar på den kliniska gruppen avseende externaliserandeskalan, minskade de externaliserande problemen ännu mer ($ES = 1.36$).

På internaliserandeskalan som mäter inåtvända problem som ångest och depression har det, som nämnts, endast gjorts en enda studie på föräldraprogrammet OÅ (Webster-Stratton & Herman, 2008). Enligt Webster-Stratton och Herman (2008) är OÅ verksamt mot många av de riskfaktorer och mekanismer som orsakar inåtvända problem i tidig barndom. Exempel på sådana riskfaktorer är oförutsägbara, ostrukturerade, stränga eller kritiska uppfostringsmetoder. De drar slutsatsen att OÅ kan få ännu bättre effekt på internaliserande symtom då man kombinerar programmet med andra standardinterventioner som används för de vanligaste problemen hos internaliserande symtom, exempelvis beteendeaktivering för depression och exponeringshierarki för rädsla och ångest. Experimentgruppens inåtvända problem i Webster-Stratton och Hermans (2008) studie minskade signifikant, $ES = 0.44$. Resultaten i föreliggande studie är i linje med deras resultat då den kliniska gruppen, avseende internaliserandeskalan, minskade sina inåtvända problem med mycket stor effekt, $ES = 1.33$. Enligt tidigare resonemang, här och i inledningen, kring barn med en kombination av utagerande- och inåtvända problem, exempelvis ADHD och depression, skulle dessa vara mycket hjälpta OÅ.

Studiens uppföljningsdel

Uppföljningsgruppen ($n = 12$) låg vid förmätningen på CBCLs totalskala ($M = 57.8$), något lägre jämfört med mödrarnas skattningar för gruppen i huvuddelen. Även på externaliserandeskalan och internaliserandeskalan skattades uppföljningsgruppen något lägre, med medelvärdena 60.2 respektive 53.7. Dessa skillnader är emellertid svårtolkade då spridningen är större i uppföljningsdelen jämfört med huvuddelen med standardavikelser på 13.3 - 13.8 respektive 10 - 11.5. Dessutom användes ett medelvärde mellan mödrarnas och fädernas skattningar i uppföljningsdelen, se metod för närmare beskrivning, vilket skulle kunna var anledningen till denna lägre nivå. Förbättringen i uppföljningsgruppen mellan före och efter är ungefär lika stor som hos gruppen i huvuddelen. Däremot går de tillbaka till samma problemnivå eller ännu sämre till uppföljningsmätningen. Detta går emot det förväntade resultatet om man ser till tidigare forskning där förbättringen bibehållits vid långtidsuppföljningar (t.ex. Jones et al., 2008; Gardner et al., 2006; Scott, 2005).

Intervjuerna visar däremot att de flesta föräldrarna, 14 av 16, direkt efter programmet sett en förbättring hos barnen och 10 av 16, ansåg ett år efter avslutad utbildning att problemen hade fortsatt att minska. 15 av 16 föräldrar kände sig också lugnare och tryggare som förälder. Intervjuerna pekar alltså i en annan riktning än CBCL. En brist i denna studie är således att det endast är barnets emotionella och beteendemässiga problem som mäts med ett standardiserat skattningsformulär. Med fler utfallsvariabler i form av föräldrarnas psykiska hälsa och deras föräldraskompetens, med därtill hörande mätverktyg, hade denna skillnad kanske kunnat fångas upp tydligare och ställts i relation till CBCL.

Då denna studie inte har någon kontrollgrupp kan man inte dra några säkra slutsatser om uppföljningsgruppens resultat. En jämförelse med kontrollgrupp hade kunnat visa om uppföljningsgruppen skulle ha haft ännu mer problem om de inte genomgått OÅ eller om OÅ inte medfört någon förbättring på lång sikt. Det faktum att uppföljningsgruppen är väldigt liten gör också att det är svårt att dra säkra slutsatser då förändringar hos ett fåtal individer påverkar gruppens värde i en sådan utsträckning att det sammantagna resultatet blir missvisande.

En möjlig förklaring till att barnen återgått till tidigare problemnivå eller högre till uppföljningen är att det tillkommit riskfaktorer i familjen, skolan eller omgivningen. I intervjuerna uppgav 2 av 16 föräldrar att de blivit allvarligt sjuka efter att de deltagit i OÅ, fem att det fanns stora problem i samarbetet med sin partner, två att de gjort en problematisk flytt, och två berättade att deras barn haft ett problematiskt byte av skola eller lärare. Webster-Stratton och Reid (2006) beskriver att depression, hög negativ stress i livet och problem i relation till den andra föräldern är faktorer som hämmat familjernas resultat av OÅ. Dessutom behöver dessa

familjer ytterligare insatser för att hantera de problem som inte direkt är relaterade till föräldraförmågan. Skolmiljön som sådan är ytterligare en riskfaktor som tillkommer då flertalet barn, nio av elva, i uppföljningsgruppen börjat skolan under tiden för, eller efter, att föräldern gått utbildningen. Detta kan ha gjort att deras problem ökat då de i skolmiljön utsatts för högre krav och påfrestningar, med allt vad det innebär att kunna fungera i ett klassrum och i större grupper av jämnåriga.

Föräldrarnas eget mående påverkar i stor utsträckning också resultatet hos föreliggande studie. Eftersom det endast är föräldrarnas skattningar på CBCL och utsagor i samband med intervjun, som används för att mäta utfallet. Den egna stressnivån kan tillfälligt vara förhöjd, vilket kan göra att man som förälder uppfattar sitt barns problem som svårare eller fler än tidigare, även om det kanske inte är så.

Sammantaget uppger föräldrarna vid uppföljningsintervjun att barnens problem minskat och fortsatt att göra så ett år efter utbildningen, samt att de blivit lugnare och tryggare. Däremot visar resultaten på CBCL vid uppföljningen att barnen försämrats. Det kan vara så att barnens problem ökat som en följd av faktorer i skolan eller föräldrarnas relation medan föräldrarna ändå upplever sig ha verktyg att hantera barnen och därigenom blir lugnare och mår bättre.

Generella begränsningar hos studien

Det finns kritik att rikta mot CBCL. Den kan tyckas vara negativ, då det endast är negativa beteendeproblem som efterfrågas. Om ett barn får ett ökat antal beteendeproblem så syns detta, men däremot syns det inte om barnet istället får ett ökat antal positiva beteenden. Det kan vara en del i barnets normala utveckling att exempelvis testa gränser, men som då enligt CBCL enbart är negativt.

Med tanke på att då barnen blir äldre och på CBCL går från det yngre till det äldre formuläret, så ökar antalet items, och det blir delvis annorlunda items. Det kan vara så att föräldern på förmätningen fyllt i formuläret för yngre barn, och på eftermätningen för äldre barn. I uppföljningsdelen i föreliggande studie har formuläret för de yngre barnen använts av åtta mödrar vid förmätning, medan alla tolv mödrar vid uppföljningsmätning använt sig av det formuläret för de äldre barnen. Detta formulär för äldre barn har fler och annorlunda frågor, (yngre; 99 respektive äldre; 118) och exempelvis finns uppmärksamhetsproblem på det yngre formuläret på externaliserandeskalan, medan det på formuläret för äldre barn finns under totalskalan. Det finns 19 delfrågor på externaliserandeskalan för de yngre barnen, medan det finns 35 delfrågor för de äldre barnen. Det enklaste för forskningssyfte är att använda sig av samma formulär om man ska mäta samma barn vid flera tillfällen. Detta har exempelvis Axberg et al. (2007) gjort i sin studie.

Däremot blir det missvisande för de yngre barnen om man svarar på det äldre formuläret för dem, då det finns frågor på det formuläret som inte alls berör dem. Manualen till CBCL anger att man bör använda sig av de yngre formulären för de yngre barnen och tvärtom, vilket gjorts i föreliggande studie. Av de fem barn som försämrades i föreliggande studie på externaliserandeskalan hade föräldrarna till två av dem fyllt i olika CBCL-formulär vid de två tillfällena, och trots försämringen enligt CBCL så angav de båda på intervjun att barnet fungerade bättre.

Ett annat problem med CBCL är att det är på svenska, då det är ett stort antal föräldrar i föreliggande studie som inte har svenska som modersmål. En hel del av frågorna är dessutom svårförståeliga, även för de med svenskt modersmål. Man kan följaktligen ifrågasätta om föräldrarna förstått alla frågor tillräckligt bra för att kunna besvara dem. För att avhjälpa detta har ledarna för utbildningen eller författarna närvarat vid de flesta tillfällen då föräldrarna fyllt i formulären, för att kunna förklara de frågor de ej förstått. Men frågan kvarstår huruvida de utnyttjat denna hjälp så mycket som de egentligen behövt, eftersom det kan upplevas genant att be om hjälp för ofta.

Förfarandet vid insamlandet av CBCL vid eftermätningen kan kritiseras och resultaten kan ifrågasättas då det gjordes vid sista tillfället för utbildningen med ledarna för utbildningen närvarande. Deltagarna kan på grund av social önskvärdhet ha svarat mer positivt än under andra omständigheter. Men det är samtidigt något som kan öka svarsfrekvensen när man har begränsade resurser och denna procedur är vanligt förekommande i forskningen på området.

Reliabiliteten i denna studie hade kunnat förbättras betydligt om det hade varit möjligt att använda utomstående bedömare för att skatta barnens problem. Detta skulle till exempel kunna vara barnets förskolelärare eller lärare. Om resurserna tillåtit det, hade observationer av barnets och föräldrarnas interaktion ha varit önskvärt, särskilt då detta har gjorts i flera tidigare studier (t. ex. Scott, 2001; Gardner et al., 2006; Jones et al., 2008).

Framtida forskning

Användandet av föräldraprogram och forskning på desamma har tidigare varit eftersatt i Sverige, men har från år 2000 accelererat. Nu finns flera etablerade program och både antalet kommuner som erbjuder föräldraprogram samt antalet föräldrar som deltagit i dessa ökar kraftigt (Lager et al, 2007). Men det finns ännu bara två randomiserade studier som undersökt föräldraprogram i Sverige (Kling, Sundell, Melin & Forster, 2006; Kams & Seppälä, 2007). Fler randomiserade studier för OÅ i Sverige är önskvärt för att kunna dra säkra slutsatser om dess effekter på en svensk population. Men enligt Ulf Axberg (personlig kontakt, 2008-11-03) pågår för närvarande en randomiserad studie av OÅ på två svenska orter. Vidare är, enligt Kjell Hansson (personlig

kontakt 2008-10-16), en omfattande randomiserad multicenterstudie under utformning. I denna avser man att jämföra tre olika program där OÅ är ett av dem.

De föräldraprogram som tagits upp i denna uppsats är främst riktade till föräldrar vars barn har utagerande problem och till osäkra föräldrar som saknar erfarenheter om föräldraskap. En svårighet för många barn med utagerande problem är den sociala kompetensen generellt samt att få välfungerande relationer med jämnåriga. Drugli et al. (2007) ansåg det önskvärt att både bedöma den sociala kompetensen och att införa interventioner i OÅ, för att stärka barns sociala kompetens och relationer till jämnåriga.

OÅ har även effekt på barn med inåtvända problem, vilket Webster-Stratton och Herman (2008) visade i sin nypublicerade studie. De menar att OÅ kan vara en effektiv intervention för barn med depression och andra inåtvända problem. De anser även att det går att utveckla programmet för denna målgrupp, genom tillägg av interventioner riktade till deras specifika problem. Det skulle vara mycket intressant att pröva OÅ som en insats för barn med ADHD kombinerat med depression, som ett exempel på en grupp med både utagerande- och inåtvända problem. Kling et al. (2006) nämner Barkleys föräldraprogram som en särskild variant av föräldraprogram för barn med ADHD utvecklad i samma tradition som Pattersons och Webster-Strattons program. Men detta program har vad vi erfar ej utvärderats i Sverige.

Det finns familjer med extra stora påfrestningar, som till exempel har barn med svåra missbildningar, förståndshandikapp, kroniska sjukdomar och autistiska syndrom. Det innebär också stora påfrestningar i familjer där en förälder sitter i fängelse eller missbrukar droger, alkohol med mera innebär. Dessa föräldrar kan behöva lära sig rent praktiska färdigheter och få stöd för att kunna hantera situation. Det finns utvärderingar gjorda av föräldraprogram riktade till föräldrar vars barn har förståndshandikapp eller är kroniskt sjuka (Bremberg, 2004). Det finns även några studier med positivt resultat gjorda på kommunikationsprogram för föräldrar med egna problem. Det fåtal studier som finns inom dessa områden visar på positiva effekter. Här finns det möjligheter att forska vidare, för att hitta de verksamma komponenter som fungerar för familjer med dessa extra påfrestningar.

Referenser

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- American Psychiatric Association (2002). *Mini-D IV diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. (J. Herlofson & M. Landqvist). Stockholm. Pilgrim Press. (Orginalet publicerat 2000).
- Andershed, H., & Andershed, A-K. (2005). *Normbrytande beteende i barndomen. Vad säger forskningen?*. Stockholm: Gothia.
- Andersson, J., & Kronvall, B. (2006). *Barn i familjehemsvård - Skolgång och psykisk hälsa hos familjehemplacerade barn och ungdomar i åldern 7-21 år*. Malmö: Malmö stad, Södra Innerstaden.
- Axberg, U., Hansson, K., & Broberg, A. G. (2007). Evaluation of the Incredible Years Series - An open study of its effects when first introduced in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61, 143-151.
- Barnombudsmannen (2007). *Klara, färdiga, gå! Om de yngsta medborgarna och deras rättigheter*. Stockholm: Barnombudsmannen.
- Bilenberg, N., Petersen, D. J., Hoerder, K., & Gillberg, C. (2005). The prevalence of child-psychiatric disorders among 8-9-year-old children in danish mainstream schools. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(1), 59-67.
- Bremberg, S. (red) (2004). *Nya verktyg för föräldrar*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Bremberg, S. (2008a). *Föräldrastöd - föräldrars intresse för olika former*. Hämtad 2008-10-10 från http://www.fhi.se/templates/Page____5038.aspx (publicerad 2008-08-13).
- Bremberg, S. (2008b). *Föräldrastöd under förskole- och skoltid, 2-9 år - samspelsprogram*. Hämtad 2008-10-10 från http://www.fhi.se/templates/Page____5027.aspx (publicerad 2008-08-13).
- Bremberg, S. (2008c). *Stöd till föräldrar främjar hälsa både under uppväxten och senare i livet*. Hämtad 2008-10-10 från http://www.fhi.se/templates/Page____4748.aspx (publicerad 2008-09-02).
- Bremberg, S. (2008d). *Föräldrastöd - kritik av metoder*. Hämtad 2008-10-10 från http://www.fhi.se/templates/Page____10964.aspx (publicerad 2008.08-13).

- Broberg, A., Almqvist, K., & Tjus, T. (2003). *Klinisk barnpsykologi: Utveckling på avvägar*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach* (2: a upplagan). London: Routledge.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*, 155-159.
- Crijnen, A. A. M., Achenbach, T. M., & Verhulst, F. C. (1997). Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: Total problems, externalizing, and internalizing. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 1269-1277.
- Drugli, M. B., Larsson, B., & Clifford, G. (2007). Changes in social competence in young children treated because of conduct problems as viewed by multiple informants. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *16*(6), 370-378.
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *37*, 215-237.
- Föräldrastödsprojektet (2008). *Triple P kommer till uppsala*. Hämtad (2008-10-10) från <http://www.akademiska.se/upload/52499/Triple%20P%20kommer%20till%20Uppsala.pdf> (publicerad 2008-08-11)
- Gardner, F., Burton, J., & Klimes, I. (2006). Randomised controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing child conduct problems: Outcomes and mechanisms of change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*(11), 1123-1132.
- Gillberg, C., & Hellgren, L. (2000). *Barn och ungdomspsykiatri* (2: a upplagan). Stockholm: Natur och Kultur.
- Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., & Eames, C. (2008). Efficacy of the incredible years programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD: Long-term follow-up. *Child: Care, Health and Development*, *34*(3), 380-390.
- Kams, P., & Seppälä, G. (2007). *En jämförande studie av två föräldraträningsprogram för barn med allvarliga beteendeproblem*. Psykologexamensuppsats, Institutionen för Psykologi, Uppsala universitet.
- Kim, E., Cain, K.C., & Webster-Stratton, C. (2008). The preliminary effect of a parenting program for Korean American mothers: A randomized controlled experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, *45*, 1261-1273.

- 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.
- Lager, A., Guldbrandsson, K., & Bremberg, S. (2007). Spridning av nya metoder för föräldrastöd under perioden 2005-2006. Hämtad 2008-10-10 från <http://www.fhi.se/upload/PDF%20Sven%20Bremberg/18867parents07.pdf>.
- Lagerberg, D., & Sundelin, C. (2000). *Risk och prognos i socialt arbete med barn: Forskningsmetoder och resultat.* Stockholm: Gothia AB.
- Larsson, B., & Frisk, M. (1999). Social competence and emotional/behavior problems in 6-16 year-old Swedish school children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8, 24-33.
- Lavigne J. V., LeBailly S. A., Gouze K. R., Cicchetti C., Pochlyly J., Arend R., Jessup B. W., & Binns H. J. (2008). Treating Oppositional Defiant Disorder in Primary Care: A Comparison of Three Models. *Journal of Pediatric Psychology*, 33, 449-461.
- Leech, N. L., Barrett, K. C., & Morgan, G. A. (2008). *SPSS for intermediate statistics : Use and interpretation.* New York : Lawrence Erlbaum.
- Loeber, R., & Dishion, T. (1983). Early predictors of male delinquency: A review. *Psychological Bulletin*, 94, 68-99.
- Malmö stad, Strategisk utveckling. (2007). *Områdesfakta 2007.* Malmö: Malmö stadskontor.
- Mørch, W.-T., Clifford, G., Larsson, B., Rypdal, P., Tjeflaat, T., Lurie, J., Drugli, M. B., Fossum, S., & Reedtz, C. (2004). *The Incredible Years - The Norwegian Webster-Stratton Programme.* Tromsø: Universitet i Tromsø, Regionsenter for barn og unges psykisk helse.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Eddy, J. M. (2002). A brief history of the oregon model. In J. B. Reid, G. R. Patterson & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention.* (pp. 3-20). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Piquero, A., Farrington, D. P., Welsh, B., Tremblay, R., & Jennings, W. (2008). *Effects of Early Family/Parent Training Programs on Antisocial Behavior and Delinquency.* Stockholm: Brottsförebyggande rådet (Brå).
- Scott, S. (1998). Aggressive behaviour in childhood. *British Medical Journal*. 316, 202-207.
- Scott, S. (2005). Do parenting programmes for severe child antisocial behaviour work over the longer term, and for whom? One year follow-up of a multi-centre controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 403-421.

- Scott, S., Spender, Q., Doolan, M., Jacobs, B., & Aspland, H. (2001). Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. *British Medical Journal*, *323*, 1–7.
- Socialdepartementet. (1997). *Stöd I föräldraskapet: kartläggning av föräldrautbildningen* (Ds 1997:6). Stockholm: gotab
- Socialstyrelsen (2005). *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statistiska centralbyrån (1982). *Socioekonomisk indelning (SEI)* (Medelanden i samordningsfrågor [MIS], 1982:2). <http://www.scb.se/sei>, (Hämtad 2008-10-20).
- Statistiska centralbyrån (2007). *Alfabetisk förteckning över yrkesbenämningar klassificerade enligt Socioekonomisk indelning (SEI)*. <http://www.scb.se/sei>, (Hämtad 2008-10-20).
- Svensk BUP-förening (2003). *Barn och ungdomar med antisocialt eller aggressivt utagerande. Kliniska riktlinjer för bedömning och handläggning inom barn- och ungdom*. Hämtad 2008-11-24 från www.slf.se/upload/14945/Slutdokumentet%20publicerat.pdf, (publicerad 2003-05-30).
- Svensson, G. (2008). *Föräldrar på kurs – en artikelserie*. Hämtad 2008-09-15 från <http://www.dn.se/DNet/jsp/polopoly.jsp?d=531&a=737594> (publicerad 2008-01-29).
- Södergren, A. (2008). *Föräldrautbildningar*. Hämtad 2008-10-31 från <http://www.malmo.se/stadsdelar/sodrainnerstaden/forskolorgrundskolor/foraldrautbildningar.4.39883b08111997b0eac8000465.html>, (publicerad 2008-10-23).
- Webster-Stratton, C. (1990). Long-term follow-up of families with young conduct problem children: From preschool to grade school. *Journal of Clinical Child Psychology*, *19*, 144-149.
- Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in head start children: strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 715-730.
- Webster-Stratton, C. (2001). *The parent and children series, a comprehensive course divided into four programs - Leaders guide*. Seattle, WA: The Incredible Years.
- Webster-Stratton, C., & Herman, K. C. (2008). The impact of parent behavior-management training on child depressive symptoms. *Journal of Counseling Psychology*, *55*, 473–484.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1990). Predictors of treatment outcome in parent training for families with conduct problem children. *Behavior Therapy*, *21*(3), 319-319.
- 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.

- Webster-Stratton, C., Hammond, M. (1998). Conduct problems and level of social competence in Head Start children: Prevalence, pervasiveness and associated risk factors. *Clinical Child Psychology and Family Psychology Review*, 1, 101-124.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1999). Marital conflict management skills, parenting style, and early-onset conduct problems: Processes and pathways. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(6), 917-927.
- Webster-Stratton, C., Hollinsworth, T., & Kolpacoff, M. (1989). The long-term effect and clinical significance of three cost-effective training programs for families with conduct-problem children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 550-553.
- Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2006). Treatment and prevention of conduct problems: Parent training interventions for young children (2-7 years old). In K. McCartney, & D. Phillips (Eds.), *Blackwell handbook of early childhood development*. (pp. 616-641). Malden, MA, US: Blackwell Publishing.



Inbjudan till föräldrautbildning - De otroliga åren

Barn och ungdoms utvecklingsenhet i Södra Innerstaden inbjuder till föräldragrupp. Ni som bor i Södra Innerstaden, eller har barn som går i förskola eller skola i stadsdelen i åldern 3-8 år, är välkomna med en intresseanmälan!

Det är inte alltid lätt att vara förälder. En del barn är mera trotsiga, arga, oroliga och okoncentrerade och därför mer krävande. **Våren 2009** kommer vi att starta grupper för föräldrar som vill utveckla sitt föräldraskap.

I föräldragruppen får du idéer och tips om:

- hur du genom lekar, roliga aktiviteter, beröm och belöningar kan uppmuntra och stödja ditt barn
- hur du kan undvika, minska och hantera konflikter och andra svåra situationer
- få stöd i din föräldraroll

Gruppen kommer att bestå av 10-12 föräldrar och 2 ledare. Grupperna träffas kvällstid i 12 veckor, ca 2 timmar varje gång. På träffen tittar vi på och diskuterar utifrån förinspelade filmer, har gemensamma övningar och genomgång av hemuppgifter.

Vi bjuder på fika och ordnar barnvakt vid behov. Ditt deltagande kostar inget.



Vill du delta,
eller veta mer?

Kontakta oss:

Eva Zackrisson

Leg Psykolog
Tel. 0709-82 26 70
E-post: eva.zackrisson@malmo.se

Monica Möller

Resurspedagog
Tel. 0708-12 88 18
E-post: monica.moller@malmo.se

Det går också bra att skicka ett SMS där du skriver OÅ och ditt telefonnummer, så ringer vi upp dig.

Södra Innerstadens stadsdelsförvaltning



Malmö stad

BILAGA B: Intervjuguide för intagningsintervju

Intervjufrågor OÅ Anmälningdag.

Namn

Adress

Tel.

Barn

Nätverk:

Vad gjorde dig intresserad av f-utb? Hur fick du informationen?

Beskriv det eller de beteenden hos ditt barn som du upplever besvärliga/svåra att hantera för dig som förälder.

Vad har du som förälder gjort för att försöka ändra på detta?

Hur påverkar barnets beteende dig själv som förälder?

Förskola / skola?

Hur beskriver förskolan/skolan ditt barn?

Behövs barnpassning under utbildningen?

Övrigt:

Språk

Läsförståelse. Behov av tolk

Anmälningdag.



Södra Innerstadens SDF
Resursteamet

Datum 09-03-01XX

Till dig,

förälder som deltagit i De otroliga åren

Resursteamet har beslutat att följa upp de barn vars föräldrar deltagit i föräldrautbildningen De otroliga åren. Uppföljningen sker i samarbete med Institutionen för psykologi, Lunds universitet. Vi som ansvarar för uppföljningen är anställda som psykologer i Resursteamet och/eller studerar vid Institutionen för psykologi, Lunds universitet.

Bakgrunden är Resursteamets strävan att ge barn och föräldrar bästa möjliga stöd för sin utveckling. Därför undersöker vi nu effekterna av De otroliga åren. Eftersom ni har deltagit i De otroliga åren är vi intresserade av om ni och ert barn har fortsatt hjälp av utbildningen. Resultaten kommer att aidentifieras och redovisas i en forskningsrapport. Då vi har forskningssekretess kommer inga uppgifter om enskilda personer att redovisas.

För att få kunskap om hur det går för er kommer vi att vilja träffa er för att ställa en del frågor och be er att fylla i några frågeformulär. Vi kommer inom kort att ta kontakt med er per telefon och hoppas då kunna få ert samtycke till att genomföra uppföljningen. Det kommer att ske inom en månad från och med dagens datum.

Med vänliga hälsningar

Eva Zackrisson, leg psykolog
mobil XXXX-XXXXXX

Johan Thelander, psykolog
mobil XXXX-XXXXXX

Stefan Löfgren, psykolog
mobil XXXX-XXXXXX

BILAGA D: Samtyckesformulär

Information till deltagare i uppföljningen av De otroliga åren

Syftet med den här uppföljningen är att bidra till ökade kunskaper om

- föräldrautbildningen De otroliga åren kan vara till hjälp för föräldrar
- hur det går för barn och föräldrar som har deltagit i De otroliga åren

Uppföljningen drivs och finansieras av Resursteamet i Södra innerstaden, Malmö Kommun, i samarbete med Institutionen för psykologi, Lunds Universitet.

Att delta i uppföljningen innebär

- att du blir intervjuad
- att du fyller i frågeformulär
- att resursteamet undersöker om du och ditt barn förekommer i socialtjänstens dokumentation, t ex en utredning eller någon form av stöd, gällande ditt barn
- att alla dina svar och personuppgifter är skyddas av sekretess
- att dina svar inte kommer att användas till något annat än statistiska analyser i vetenskapliga rapporter

Ditt deltagande är viktigt för att vi ska få rättvisande resultat av uppföljningen – du kan inte ersättas av någon annan. Ditt deltagande är helt frivilligt, och du har rätt att när som helst avbryta ditt deltagande om du skulle vilja det.

Jag samtycker till att delta i denna uppföljning

Datum _____

Underskrift _____

Namnförtydligande

BILAGA E: Intervjuguide för uppföljning

Intervjufrågor till utvärderingen av OÅ

Introduktion

Ni gick utbildningen _____ (tidpunkt), med ert barn _____ i åtanke, med ledarna X och X X.

Kom du ihåg några av de du gick kursen med?

Frågor om problemen och utbildningen

1. Hur fick du information om OÅ?
2. Vad var anledningen till att ni gick OÅ? Vilka problem hade ni?
3. Hur var _____ om du jämför med andra barn eller ett syskon?
4. Vid utvecklingssamtal eller annan kontakt med dagis/skolan innan OÅ vad sa _____s förskolelärare/lärare om henne/honom?
5. Vad var det ni ville uppnå med att gå OÅ – vad var det med andra ord för mål ni hade med att gå utbildningen?
6. Om du/ni tänker tillbaka på innehållet i OÅ – kan du/ni berätta vad som du/ni lärde er under OÅ? Om inget kommer upp – dra några punkter.
7. Hur var det med problemen när OÅ var klar?

8. För dig?

9. För ditt barn?

10. Efter utbildningen – sa förskoleläraren/läraren samma saker om _____?

11. Om nej -> Vad sa de då?

12. Har du kunnat använda detta efter utbildningen? Hur?

13. Av de delar som ingick i OÅ var det något som det var för mycket eller för lite av?

14. Var det något som du/ni saknade?

15. Vad tycker du/ni om det du/ni fick lära er i OÅ?

16. Hur fungerade samarbetet med ledarna för utbildningen?

17. Hur ser det ut med problemen idag?

18. Idag – säger förskoleläraren/läraren samma saker om _____?

Om nej -> Vad säger de nu?

Frågor om andra saker som påverkar familjen

Nu ska jag ställa en del frågor om andra viktiga saker som kan påverka hur familjer har det.

Uppge om de bor på samma eller någon annan adress jämfört med vid tiden för OÅ.

1. Samma: Har hela familjen bott på samma adress under hela tiden? Om Nej:2
2. Annan: Hur gick flytten? Har ni flyttat någon mer gång sedan ni/du ni avslutat utbildningen?

Nämn sysselsättning vid utbildningen.

3. Vad har ni/du haft för sysselsättning under tiden sedan utbildningen avslutades?
4. Arbete/studier: Vilket arbete? Bytt arbete/studieinriktning?
5. Arbetslös: När och Hur länge?
6. Om du tänker tillbaka på tiden för utbildningen och fram till idag, har någon i familjen varit sjuk? Då tänker jag inte på förkylning eller när man varit sängliggande några dagar utan om någon i familjen varit tvungna att söka sjukvård eller varit inlagd på sjukhus.
7. Hur har samarbetet mellan er föräldrar fungerat under tiden för utbildningen och därefter?
8. Är det något annat som har hänt under tiden för utbildningen eller senare som har påverkat er familj mycket?

BILAGA F: Formler för beräkning av Cohens d och justering för låga n

Cohens d

$$d = \frac{\bar{x}_t - \bar{x}_c}{\sqrt{\frac{(n_t - 1)s_t^2 + (n_c - 1)s_c^2}{n_t + n_c}}}$$

Hämtat från Piquero et al (2008), s 59.

Justering av Cohens d för låga n

$$d(\text{unbiased}) = d * \left[1 - \frac{3}{4N - 9} \right]$$

Hämtat från Piquero et al (2008), s 59.