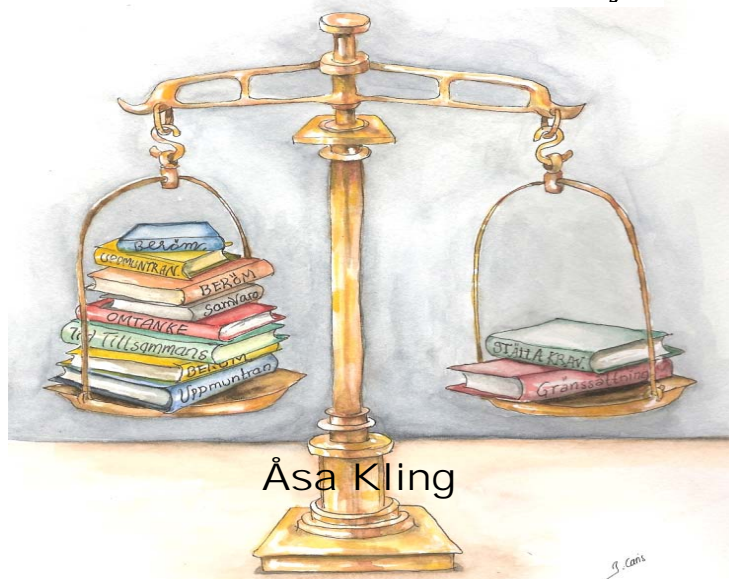


KOMET FÖR FÖRÄLDRAR

En randomiserad effektutvärdering av ett föräldraprogram för barns beteendeproblem

KOMET 2
Effektutvärdering



Åsa Kling

Knut Sundell

Lennart Melin

Martin Forster

Åsa Kling, Knut Sundell, Lennart Melin & Martin Forster

Komet för föräldrar.

En randomiserad effektutvärdering av ett föräldraprogram
för barns beteendeproblem

FoU-rapport 2006:14

Forsknings- och Utvecklingsenheten (FoU)
Stockholms stad

Rapporten finns elektroniskt på vår hemsida
www.stockholm.se/fou

Omslagsbild: Johanna Caris

Tryckt hos Zerox PrintCenter AB

ISSN: 1404-3351

ISRN: S-SotF-FoU—06/14--SE

FÖRORD

Föräldrastödsprogrammet Komet började utvecklas hösten 2002 vid Forsknings- och Utvecklingsenheten i Stockholm. Den första versionen författades av Martin Hassler och Linda Havbring som en psykologexamensuppsats. Handledare för uppsatsen var Martin Forster vid FoU-enheten och Lennart Melin, Institutionen för Psykologi vid Uppsala universitet. Som förlagor användes internationell kunskap om vad som kännetecknar effektiv prevention och psykologisk kunskap om inläring. Därefter övertogs utvecklingsansvaret för Komet av Charlotte Skawonius, Preventionscentrum Stockholm (Precens) där psykologerna Martin Hassler, Hanna Schwan och Martin Forster fortsatte programutvecklingen. Parallellt implementerades Komet i Stockholms stadsdelar. Hösten 2004 påbörjades den tredje utbildningsomgången med två nya psykologer som ansvariga för utbildningen: Anna Mautner och Fredrik Livheim.

Utvärderingen har planerats av Åsa Kling, Martin Forster, Lennart Melin samt under-tecknad. Leg psykolog Åsa Kling har varit anställd som forskningsassistent i utvärderingen och är samtidigt doktorand i psykologi vid institutionen för psykologi i Uppsala. Anna Strandberg och Johan Klint har bistått vid datainsamling. En psykologexamensuppsats om Komets effekter har även skrivits inom ramen för utvärderingen¹. Synpunkter på manuset har lämnats av Sven Bremberg på Folkhälsoinstitutet. Eventuella felaktigheter eller oklarheter som kvarstår beror endast på oss författare. Utvärderingen av Komet har finansierats av Stockholms socialtjänstförvaltning, Socialdepartementet (dnr S2003-906-FH) samt Allmänna barnhuset.

Den som är intresserad av att läsa mer om Komet rekommenderas en tidigare FoU-rapport som beskriver samtliga föräldrar som påbörjade den ordinarie Kometutbildningen under tre terminer, vilka de är, hur de upplever Komet och beskriver sina barns beteendeproblem före och efter kursen². Utöver detta finns också tre utvärderingar av Komet för lärare; en randomiserad studie om elever i lågstadiet som är bråkiga och störande³, en randomiserad studie om elever i lågstadiet med diagnosen ADHD, DAMP eller ADD⁴ och en kvasiexperimentell studie av lärare som använt Komet⁵. En ytterligare randomiserad utvärdering pågår där en grupp endast får Komet för föräldrar och en grupp får Komet för föräldrar plus Komet för lärare. Mer information om Komet finns på hemsidan www.kometprogrammet.se

Stockholm december 2006

Knut Sundell
docent i psykologi

¹ Dahlman, E. & von Otter, A. (2004).

² Kling & Sundell (2006).

³ Forster, Sundell, Melin, Morris & Karlberg (2005).

⁴ Nylin & Wesslander (2003).

⁵ Karlberg (2003).

INNEHÅLL

SAMMANFATTNING	5
BAKGRUND	7
Parent Management Training (PMT)	7
Komet – en svensk version av PMT	10
Syfte med projektet	11
METOD	12
Design	12
Undersökningsgrupp	13
Insatser	17
Procedur	19
Datainsamlingsmetoder	20
RESULTAT	23
Jämförelser vid förmätning	23
Resultat efter fyra månader	23
Resultat efter tio månader	26
Andel barn med kliniska problem	28
Samband mellan föräldrakompetenser och beteendeproblem	29
DISKUSSION	31
Sammanfattning av resultaten	31
Tillförlitlighet och allmängiltighet	33
De två versionerna av Komet	35
Socialtjänstens förebyggande arbete	36
Komets kostnadseffektivitet	37
LITTERATUR	39
BEGREPP SOM ANVÄNTS	45
BILAGOR	46

SAMMANFATTNING

En av de viktigaste riskfaktorerna för våldsbrottslighet är tidiga beteendeproblem. Barn som är okoncentrerade och bråkiga riskerar i högre utsträckning att misslyckas inlärningsmässigt och få kamratproblem. Det ökar i sin tur risken för mer allvarliga former av antisociala aktiviteter som alkohol- och drogmisbruk, kriminalitet samt psykisk ohälsa. Det finns alltså påtagliga fördelar med att så tidigt som möjligt försöka hjälpa barn som ofta bråkar och bryter mot normer. Föräldraträning är den bästa metoden för att minska dessa problem hos barn. Ingen annan metod har bättre forskningsstöd. I denna rapport undersöks om det i Sverige utvecklade föräldraträningsprogrammet Komet kan hjälpa föräldrar att bättre hantera beteendeproblem hos det egna barnet.

Utvärderingen omfattar Komet i ordinarie verksamhet och har genomförts i form av en randomiserad kontrollerad studie med 159 föräldrar till barn i åldrarna tre till tio år som av föräldrarna bedömdes vara bråkiga och trotsiga. Familjerna lottades till ett av tre alternativ: den ordinarie versionen av Komet, en kortversion av Komet samt en grupp som fick vänta en termin på behandling (väntelista). Data samlades in före interventionernas start samt efter fyra respektive tio månader. Den sista mätningen omfattade endast familjer som fått någon av Komet-versionerna. De familjer som ej deltagit i datainsamlingen vid fyra respektive tio månader (13%) har inte tillåtits snedvridda randomiseringen. I stället har deras sista mätvärde flyttats fram och använts för bortfallet. Detta sätt att hantera bortfall är det rekommenderade.

Resultaten visar att Komet ökat föräldrarnas föräldrakompetenser vid fyramånadersmätningen samt minskat barnens beteendeproblem och ökat deras sociala kompetenser. Jämfört med gruppen som befunnit sig på väntelista hade den ordinarie versionen av Komet starka effekter på föräldrakompetenser ($ES = .89$) och beteendeproblem ($ES = .68$) och medelstarka på sociala kompetenser ($ES = .41$). För kortversionen av Komet var motsvarande effekter svaga till medelstarka ($ES = .39, .35$ resp $.14$). Effekterna av Komet förefaller stabila eller ökande efter i genomsnitt tio månader. Efter kompensering för väntelistans resultat efter fyra månader (motsvarande resultat efter tio månader saknas) har det ordinarie Komet mycket starka effekter för föräldrakompetenser ($ES = 1.05$) och barns beteendeproblem ($ES = .92$) samt starka för sociala kompetenser ($ES = .69$). För kortversionen av Komet var effekterna något lägre ($.61, .55$ resp $.38$). De positiva effekterna av den ordinarie versionen av Komet är enligt två meta-analyser i nivå med eller överträffar de genomsnittliga effekterna i andra föräldraträningsprogram. Barnens minskade beteendeproblem kunde kopplas till de förändrade föräldrabetendena; ju bättre föräldrakompetens föräldrarna visade desto färre beteendeproblem hos barnen.

Sökord. Föräldraträning, bråkiga barn, beteendeproblem hos barn, randomiserad utvärdering

BAKGRUND

Utagerande problembeteenden är bland den vanligaste och mest bestående formen av anpassningsproblem hos barn⁶. Barn som är okoncentrerade, störande och bråkiga riskerar i hög utsträckning att misslyckas inlärningsmässigt och få kamratproblem, något som ökar risken att de ska söka sig till kamrater som leder in dem i mer allvarliga former av antisociala aktiviteter, speciellt om de är bosatta i områden med en generellt hög kriminalitet⁷. I tonåren och i vuxen ålder är dessa elever klart överrepresenterade i alkohol- och drogmisbruk, kriminalitet samt psykisk ohälsa⁸. Det finns alltså påtagliga fördelar med att försöka minska dessa barns bråkiga och störande beteenden så tidigt som möjligt eftersom det minskar risken att de senare ska utveckla en antisocial karriär med kriminalitet och missbruk.

I USA uppskattas mellan tre och tio procent av alla skolbarn uppvisa dessa oönskade beteenden. Resultat från Norge⁹, Danmark¹⁰ och Sverige¹¹ talar för att ungefär tio procent är störande och bråkiga. Det motsvarar i genomsnitt två elever per klass och år¹². Forskningen visar att dessa beteendeproblem är ungefär tre gånger vanligare bland pojkar än flickor¹³ och relativt stabila över tid¹⁴. Det finns med andra ord ett samhällsintresse av att tidigt förebygga och minska olika typer av allvarliga beteendeproblem hos barn och ungdomar¹⁵. Detta projekt syftar till att utvärdera ett föräldraträningsprogram för att hjälpa bråkiga barn att bli mindre bråkiga.

Parent Management Training (PMT)

Ett av de mest effektiva sätten att förebygga att barn utvecklar beteendeproblem är genom att erbjuda deras föräldrar träning i föräldrarollen¹⁶. I Sverige finns ett 60-tal former av föräldrastöd¹⁷. Endast ett fåtal av dem har utvärderats vetenskapligt.

⁶ Campbell (1995).

⁷ Conduct Problems Prevention Research Group (1999); Moffit & Caspi (2001).

⁸ t ex Kazdin (1998); Kupersmidt, Coie & Dodge (1990); Moffit & Caspi (2001); Newcomb, Bukowski & Pattee (1993).

⁹ Ogden (1995; 1998); Backe-Hansen & Ogden (1998).

¹⁰ Egelund & Foss Hansen (1997).

¹¹ Sundell & Colbiörnsen (1999).

¹² Webster-Stratton (1993).

¹³ Morris & Morris (2000).

¹⁴ Kazdin (1998); Webster-Stratton (1993).

¹⁵ Webster-Stratton (1996); Patterson, Dishion & Chamberlain (1993).

¹⁶ Carr (2000); Ferrer-Wreder, Stattin, Lorente, Rubman & Adamson (2003); Sherman, Farrington, Welsh & MacKenzie (2002).

¹⁷ Andalibi, Hagekull & Bremberg (2003).

Parent Management Training (PMT) eller Parent Training (PT) är en beteckning på olika strukturerade, beteendebaserade program som började utvecklas i USA på 1960-talet och tog form under 1970-talet¹⁸. Programmen vänder sig till föräldrar vars barn är bråkiga och trotsiga. PMT är den mest teoretiskt och empiriskt välgrundade metod som finns för att tidigt förebygga och minska olika typer av allvarliga beteendeproblem hos barn och ungdomar¹⁹. PMT kan beskrivas som en strukturerad proaktiv behandlingsmodell, som är principstyrd mer än detaljstyrd. PMT bygger på operant beteendepsykologi, social inlärningsteori och kontingensbaserade aggressionsteorier. Ett primärt antagande är att det är familjens färdigheter att handskas med varandra och omvärlden som reglerar barns antisociala beteenden²⁰.

De tre mest etablerade och utforskade PMT-programmen har utvecklats av Webster-Stratton, Patterson respektive Forehand och McMahon. Inom barnpsykiatri i Sverige omtalas Barkley ofta i samband med träning av föräldrar med barn som har diagnosen ADHD. Gemensamt för Pattersons och Webster-Strattons program är att:

1. Föräldrarna får utbildning och handledning i hur de kan stödja sitt barn.
2. Utbildningen följer en strukturerad manual och täcker olika teman.
3. Träffarna kan ske enskilt eller i grupper om upp till åtta par föräldrar.
4. Programmen omfattar 15–20 träffar om en timme vardera (enskilt), alternativt 2,5 timmar (grupp).
5. Träffarna är strukturerade och innehåller demonstrationer, rollspel och feedback. Betoningen ligger mer på att ”göra” än att ”prata”.
6. Föräldrarna får hemuppgifter där de tillämpar vad de lärt sig under träffarna.
7. Områden som behandlas är (i) uppmuntran av positiva beteenden; (ii) gränssättning och konsekvent uppföljning av barnets beteenden; (iii) problemlösning och konflikthantering, (iv) ökad tillsyn och kunskap om vad barnet gör och befinner sig på dagarna; samt (v) kontakter med skolan och stöd i skolarbetet.

Skillnader mellan de två programmen är framför allt att (1) Pattersons är utprovat för barn i åldrarna 3–12 år, medan Webster-Strattons är utprovat för barn i åldrarna 3–8 år samt (2) att Webster-Strattons innehåller ett omfattande videomaterial som används vid demonstrationer (250 avsnitt om 1–2 minuter). Dessutom används video för att spela in situationer hemma i familjerna, som sedan diskuteras med gruppledarna.

Utvärderingar av PMT. En lång rad studier har de senaste 30 åren genomförts för att undersöka hur effektivt PMT är. Ingen annan behandling för barn och ungdomar är så väl undersökt som PMT. Markant beteendeförbättring hos barn har dokumenterats av föräldrar och lärare, genom direkt observation och institutionella register. Resultaten kommer från kontrollerade studier²¹:

¹⁸ t ex Kazdin (2005).

¹⁹ t ex Webster-Stratton (1996); Patterson m fl (1993).

²⁰ Patterson, Reid & Dishion (1992).

²¹ Kazdin (2005).

- Observationer i hemmet visar att föräldrarna lyckas minska sitt barns aggressiva beteende med 20–60 procent²².
- Resultaten har i flera olika studier visats hålla i sig i flera år, även om det inte bekräftas i alla uppföljningsstudier²³.
- Runt en tredjedel av föräldrarna och barnen blir inte hjälpta av PMT. Det som ofta utmärker dessa familjer är att de har en pressad situation, som t ex relationsproblem, låg socioekonomisk status och redan etablerad kriminalitet eller missbruk²⁴.
- Bäst resultat med PMT nås i familjer där barnen är yngre än åtta år²⁵.
- PMT uppfattas som mycket positivt av föräldrar, både direkt efter avslutning och vid uppföljning²⁶.
- PMT har i jämförelser visat sig vara mer effektivt än andra behandlingsprogram, diskussionsgrupper och familjebaserade terapier²⁷.
- Enligt en genomgång av forskning om PMT hade barnen i 17 av 19 studier minskat åtminstone ett problembeteende från klinisk nivå (med krav på behandling) till normalnivå. I 14 av studierna hade barnen minskat alla uppmätta problembeteenden till normalnivå²⁸.
- Goda resultat i hemmet påverkar relativt väl även barnens agerande i skolan, både i lärarnas skattningar och i oberoende observationer av barnets beteende. Utvärderingar visar att 75 procent av PMT-barnen klarade sig bättre än barn som inte fått ta del av PMT²⁹.
- Resultaten är bättre för barn som löper hög risk att utveckla beteendeproblem³⁰.
- Föräldraträningsprogram har visats minska syskons problem, mammors depression, stress och ångest samt förbättra relationer inom familjen, mammors självförtroende och relationen till partnern³¹.
- Det är mer kostnadseffektivt att använda PMT i gruppformat än enskilt³².
- Två nya meta-analyser³³ av föräldraträningsprogram redovisar medelstarka effektstorlekar för beteendeproblem hos barn mellan situationen före och efter föräldraprogrammet och kontrollerat för jämförelsegrupp utan behandling. Den ena meta-analysen³⁴ omfattar 30 beteendebaserade föräldraträningsprogram för barn med allvarlig beteendeproblematik. Effektstorleken var ungefär lika stor för yngre som äld-

²² Webster-Stratton (1984); Patterson (1982).

²³ Miller & Prinz (1990); Patterson m fl (1993); Tremblay, Vitaro, Bertrand, LeBlanc, Beauchesne, Boileau & David (1992); DeGarmo, Patterson & Forgatch (2004).
Lundahl, Risser & Lovejoy (2006).

²⁴ McMahon, Forehand, Griest & Wells (1981); Webster-Stratton (1990).

²⁵ Ogden (1999).

²⁶ Patterson, Reid & Dishion (1992); Webster-Stratton (1984, 1989); Kling & Sundell (2006).

²⁷ Patterson, Chamberlain & Reid (1982); Taylor (1998); McCart, Priester, Davies & Azen (2006).

²⁸ Serketich & Dumas (1996).

²⁹ Serketich & Dumas (1996).

³⁰ Barlow & Stewart-Brown (2000).

³¹ Kazdin (2005); Barlow, Coren & Stewart-Brown (2002).

³² Webster-Stratton (1984).

³³ En sammanställning av resultat från flera studier, där studierna i stället för individer utgör undersökningsenheter.

³⁴ McCart m fl (2006).

re barn, liksom för behandling individuellt och i grupp ($ES = .47$). Den andra meta-analysen³⁵ omfattar ett 50-tal utvärderingar av beteendebaserade föräldraträningsprogram för barn med olika grad av normbrytande beteendeproblem. Meta-analysen redovisar medelstarka effekter på föräldrabetenden ($ES = .45$), på barnens beteenden ($ES = .42$) samt på positiva upplevelser av föräldraskapet ($ES = .53$) som exempelvis minskad stress och ökat självförtroende.

- De genomsnittliga effektstorlekarna för föräldraträningsprogram är starkare än i de mest effektiva skolprogrammen³⁶.

Senare års forskning har identifierat betydelsen av att såväl utbildare i olika preventionsprogram som föräldrar följer metoden så exakt som möjligt (behandlingsintegritet, behandlingstrohet)³⁷. Om så inte sker ökar risken att de förväntade effekterna uteblir.

Komet – en svensk version av PMT

Forsknings- och Utvecklingsenheten utvecklade våren 2003 en första svensk version av PMT som kommit att kallas föräldraKomet (fKomet). fKomet riktar sig till föräldrar med barn mellan tre och tolv år som är bråkiga, aggressiva och okoncentrerade. Delar ur Pattersons, Webster-Strattons respektive Barkleys program har bearbetats och anpassats till svenska förhållanden. Den svenska versionen består av elva träffar om två och en halv timme per gång företrädesvis under kvällstid. Programmet är strukturerat kring undervisning, hemuppgifter mellan träffarna, videodemonstrationer, gruppdiskussioner och rollspel. Två centrala moment i programmet är att öka föräldrars positiva samspel med sina barn (t ex i form av en lekstund varje dag) samt att belöna barnets positiva beteenden snarare än att uppmärksamma deras negativa. fKomet liknar i allt väsentligt de olika nordamerikanska PMT-versionerna. Den största förändringen rör avsnitten om belöningsystem i hem och skola. I dessa avsnitt har det ursprungliga innehållet bytts ut helt mot nya instruktioner och material. Föräldramaterialet har även anpassats till svenska förhållanden. Genomgående har instruktionerna till föräldrarna förkortats och förtydligats. I flera fall har nya instruktioner lagts till. Förutom en manual har även videodemonstrationer färdigställts. En pilotutvärdering i form av en randomiserad pilotstudie med 22 barn³⁸ visade att barn vars föräldrar gått fKomet-programmet var mindre bråkiga och mer koncentrerade efter 14 veckor än barnen i kontrollgruppen.

Hösten 2003 påbörjade Preventionscentrum Stockholm (Precens) vid Stockholms socialtjänst en utbildning av fKometledare som rekryterats bland huvudsakligen familjebehandlare, lärare och socialsekreterare. En första grupp på 30 ledare utbildades hösten 2003 och en andra lika stor grupp våren 2004. Under hösten 2004 samt våren 2005 påbörjades nya utbildningar med vardera i genomsnitt 40 nya cirkelledare samt föräldra-

³⁵ Lundahl m fl (2006).

³⁶ Carr (2000).

³⁷ t ex Elliott & Mihalic (2004).

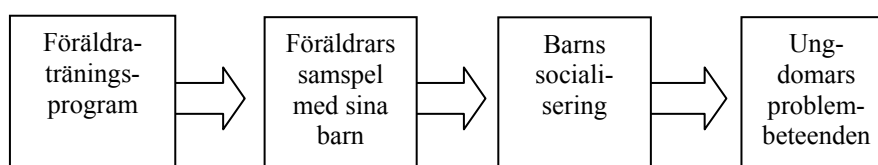
³⁸ Hassler & Havbring (2003).

grupper. Utbildningen innebär att fKomet-ledarna parallellt två och två får leda egna föräldragrupper med föräldrar till ungefär fem, sex bråkiga och störande barn. Erfarenheterna av dessa två utbildningsomgångar har inneburit vissa modifieringar av innehåll och manual för fKomet. Gruppledarnas förmåga att följa manualen och föräldrars att genomföra hemuppgifter har undersökts och visar i huvudsak på positiva resultat. Undersökningen av programtrohet i fKomet kommer att publiceras i en separat rapport.

Hösten 2004 medverkade 17 av Stockholms 18 stadsdelar i utbildningen och 2005 medverkade samtliga stadsdelar i Stockholm samt ytterligare fem kommuner i landet. FoU har fått i uppdrag att utvärdera verksamheten.

Syfte

Projektets syfte är att undersöka om fKomet kan hjälpa föräldrar att bättre hantera beteendeproblem hos det egna barnet, något som i förlängningen bedöms kunna förebygga allvarliga psykosociala problem hos ungdomar och vuxna. En första hypotes som styr projektet är att fKomet påverkar föräldrars förhållningssätt till sina barn, något som minskar barnens bråkighet och därmed förbättrar deras kamratkontakter och inläring. Det i sin tur minskar risken för en antisocial utveckling (figur 1).



Figur 1. Teoretisk modell

Undersökningens frågeställningar är:

1. Leder fKomet till att föräldrar ändrar sitt förhållningssätt till sina barn?
2. Påverkar föräldrars förändrade förhållningssätt bråkiga och störande barns beteenden?

METOD

Design

Undersökningen genomförs enligt Lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Samtliga berörda föräldrar informerades muntligt och skriftligt om undersökningen. Deltagandet var frivilligt och kunde när som helst avbrytas utan skäl. För medverkan krävdes föräldrarnas skriftliga medgivande. Studien har prövats av den regionala etikprövningsnämnden i Stockholm 2004-12-27.

Utvärderingen genomfördes i form av en jämförande studie med tre mättillfällen där föräldrar lottats till ett av tre alternativ: Komet, Korta Komet respektive väntelista³⁹. De föräldrar som lottats till väntelistan erbjöds deltagande i en ordinarie Komet-grupp efter att den andra mätningen genomförts efter fyra månader. Förmätningen genomfördes direkt efter randomiseringen, efter drygt fyra månader ($M = 127$ dagar; $SD = 26$) och den tredje efter i genomsnitt tio månader ($M = 319$ dagar; $SD = 68$). Den senare uppföljningen berörde endast de föräldrar som deltagit i Komet eller Korta Komet. Tiden mellan för- och eftermätning var i genomsnitt ungefär lika lång för Komet ($M = 126$ dagar) och Korta Komet ($M = 134$) men något kortare för väntelistan ($M = 119$)⁴⁰. Tiden mellan för- och uppföljningsmätning var lika lång för Komet ($M = 323$) och Korta Komet ($M = 315$)⁴¹.

För att öka antalet föräldrar undersökningsgrupperna rekryterades föräldrarna under tre påföljande terminer (höst 2004, vår 2005 samt höst 2005). Den randomiserade utvärderingen startade ett år efter att Komet introducerats i Stockholms stad. Mellantiden syftade till att stabilisera såväl insatsen som utvärderingsproceduren.

Randomisering. Fördelningen av familjer till de tre undersökningsalternativen styrdes av de nystartade Kometgrupperna. Rekryteringen av föräldrar påbörjades ungefär fyra till fem veckor innan Kometgrupperna startade respektive termin. Eftersom föräldrar som lottades till Komet måste beredas plats i Kometgrupper i samma stadsdel som familjerna bodde i behövde lottningen till undersökningsgrupp ske snabbt; Kometledarna behövde veta hur många egna familjer de skulle rekrytera. Ungefär två veckor innan Kometgrupperna startade lottades familjerna till grupperna med hjälp av en slumpmässigt utvald tabell och separat för åldersgrupperna 3–5 år respektive 6–10 år. Sannolikheten var lika stor för vart och ett av de tre alternativen (33%).

³⁹ FKomet kallas fortsättningsvis endast Komet.

⁴⁰ $F(2,123) = 3,17, p < .05$

⁴¹ $F(1,100) = 0,33, p > .05$

Föräldrar som ansökte om att delta i studien efter denna första randomisering fördelades fortlöpande till behandlingsalternativen i turordningen Komet, Korta Komet respektive väntelista. Om en Kometgrupp i den stadsdel som familjen var bosatt saknade ledig plats lottades de endast mellan korta Komet och väntelista. Föräldern fick besked om behandlingsalternativ i samma försändelse som förenkäten.

Undersökningsgrupp

Målgruppen för studien var föräldrar⁴² till barn mellan tre och tio år som var bråkiga, trotsiga eller svårhanterliga. För att kunna medverka krävdes att föräldrarna skattade sitt barns svårigheter som medelstora eller stora på både belastnings- och påverkansskalan ur supplementet till ”Styrkor och svårigheter”⁴³.

Av de totalt 199 föräldrar som anmälde sig till studien exkluderades fem på grund av små eller inga svårigheter hos sina barn. Av återstående 194 föräldrar avböjde 31 (16%) att medverka efter att de fått utförligare information om utvärderingen. Tio hänvisade till att Komet krävde för mycket tid, fyra eftersom de fått plats i annan samtalsgrupp. Två föräldrar avböjde med hänvisning till det sätt studien genomfördes på. För övriga 15 saknas motivering. Dessutom uteslöts en förälder ur utvärderingen som randomiserats till korta Komet och tre till väntelista eftersom de på egen hand skaffat sig plats i Kometgrupper som inte ingick i utvärderingen.

Undersökningen omfattar således 159 föräldrar med barn; 58 som lottats till ordinarie Komet, 61 till kortversionen av Komet och 40 i väntelista. Av föräldrarna kom 37 från hösten 2004, 82 från våren 2005 och 40 från hösten 2005. Med 159 barn, en riktad hypotes om att Komet är överlägset väntelistan samt traditionell signifikansgräns ($p < .05$) finns goda möjligheter att säkert identifiera (power = .77) en effektstorlek på .45, vilket är den genomsnittliga effekten i de två senast publicerade meta-analyserna om föräldrastödsprogram⁴⁴.

Familjerna. Utvärderingen omfattar 95 pojkar (60 %) och 64 flickor (40 %). Proportionen pojkar var ungefär lika stor i de tre undersökningsgrupperna⁴⁵. Barnen var mellan tre och tio år, varav 59 procent mellan tre och sex år (tabell 1). Deras genomsnittsålder varierade inte mellan de tre grupperna ($M = 6,08$; $SD = 2,30$)⁴⁶. Familjerna var bosatta i någon av Stockholms stadsdelar med ett par undantag.

Av barnen bodde de flesta (66%) hos båda föräldrarna. En mindre del bodde hos den ena föräldern och en styvförälder (4%). En knapp sjättedel (15%) bodde växelvis hos

⁴² Med förälder avses fortsättningsvis den vuxne som har vårdnaden om barnet.

⁴³ Goodman (1997).

⁴⁴ McCart m fl (2006); Lundahl m fl (2006).

⁴⁵ $\chi^2(2) = 1,98, p > .05$

⁴⁶ $F(2,158) = 0,12, p > .05$

mamma och pappa. En dryg tiondel (11%) bodde bara hos mamma. Ett barn bodde i annat boende och för tre procent saknas uppgift.

	Komet	Korta Komet	Väntelista	Totalt
3 – 5 år	36	35	23	94
6 – 10 år	22	26	17	65
<i>Totalt</i>	<i>58</i>	<i>61</i>	<i>40</i>	<i>159</i>

De allra flesta av barnen (89%) saknade diagnos som kunde förklara beteendeproblemen. Lika många som var under utredning hade fått en diagnos (4% vardera). Inget barn åt medicin för sina svårigheter. För tre procent saknas uppgift.

Mammorna var mellan 19 och 57 år ($M = 37$ år, $SD = 5,5$ år), papporna var mellan 27 och 65 år ($M = 39$ år, $SD = 7$ år). Medianåldern var 35 år för mammorna respektive 38 år för papporna. Ungefär hälften av föräldrarna hade högskoleutbildning och en tredjedel hade gymnasium eller yrkesskola som högsta utbildning. Mammorna var något mer högutbildade än papporna. En mindre del av föräldrarna hade högst grundskola eller annan typ av utbildning (under 6 procent). För fyra procent av föräldrarna saknas uppgift.

De flesta var födda i Sverige; 78 procent av mammorna respektive 72 procent av papporna. Några få var födda i annat nordiskt land (4 respektive 2%) och 16 procent av mammorna respektive 21 procent av papporna var födda utom Norden. För två procent av mammorna och fem procent av papporna saknas uppgift.

Hälften av familjerna träffade vänner eller släktingar en till några gånger i veckan och något färre (40%) träffade vänner eller släkt en till några gånger per månad. Endast två föräldrar hade daglig kontakt och en av tjugo träffade vänner eller släktingar några gånger per halvår eller ännu mer sällan. De flesta (43%) tyckte att de fick bra eller mycket bra stöd från dessa och bara en mindre del att det fick dåligt eller mycket dåligt stöd (16%). En dryg tredjedel av föräldrarna tyckte att de varken fick bra eller dåligt stöd (37%). Sammanfattningsvis hade de flesta av föräldrarna ett socialt nätverk som de kunde få stöd av. En liten grupp hade dock ett bristande kontaktnät och mycket dåligt stöd (5–7%).

Det var vanligast att endast mamma deltog i Kometgruppen (65%), näst vanligast var att både mamma och pappa deltog (20%) och minst förekommande var att endast pappa deltog (13%). I ett fall deltog en morförälder.

Komet-gruppens representativitet. Komet-familjerna⁴⁷ har jämförts med de 579 familjer som deltagit i ordinarie Kometgrupper under samma period⁴⁸ men inte medverkat i effektutvärderingen. Familjerna som deltog i korta Komet ingår inte i dessa jämförelser. Det fanns endast två statistiskt säkerställda skillnader mellan familjerna som ingår i effektutvärderingen och övriga (tabell 2): familjerna i effektutvärderingen hade barn som var något yngre och föräldrarna hoppade mindre ofta av från kursen.

Tabell 2. Likheter mellan effektutvärderingens Komet-familjer och övriga			
	Samtliga familjer (<i>n</i> = 579)	Randomiserade familjer (RCT) (<i>n</i> = 55)	Statistisk testning
Andel pojkar (%)	66	56	$X^2(1) = 2,25$
Barnets ålder (år)	6,8	6,0	$F(1,618) = 4,62^*$
Ensamstående föräldrar (%)	36	28	$X^2(1) = 1,56$
Invandrarbakgrund (%)	34	33	$X^2(1) = 0,04$
Högskoleutbildad förälder (%)	48	47	$X^2(1) = 1,70$
Avhopp från utbildning (%)	14	4	$X^2(1) = 5,10^*$
Föräldrars motivation	1,2	1,1	$F(1,617) = 2,71$
Båda föräldrar medverkar (%)	20	20	$X^2(1) = 0,01$
Mammans ålder (år)	37,4	37,4	$F(1,634) = 0,00$
Pappans ålder (år)	40,5	40,3	$F(1,634) = 0,02$
Umgänge med släkt	2,5	2,4	$F(1,634) = 0,38$
Stöd släkt	2,3	2,6	$F(1,634) = 2,41$
Problem enligt SDQ	7,4	7,1	$F(1,634) = 0,63$
Närvarat antal träffar	9,9	9,8	$F(1,442) = 0,00$

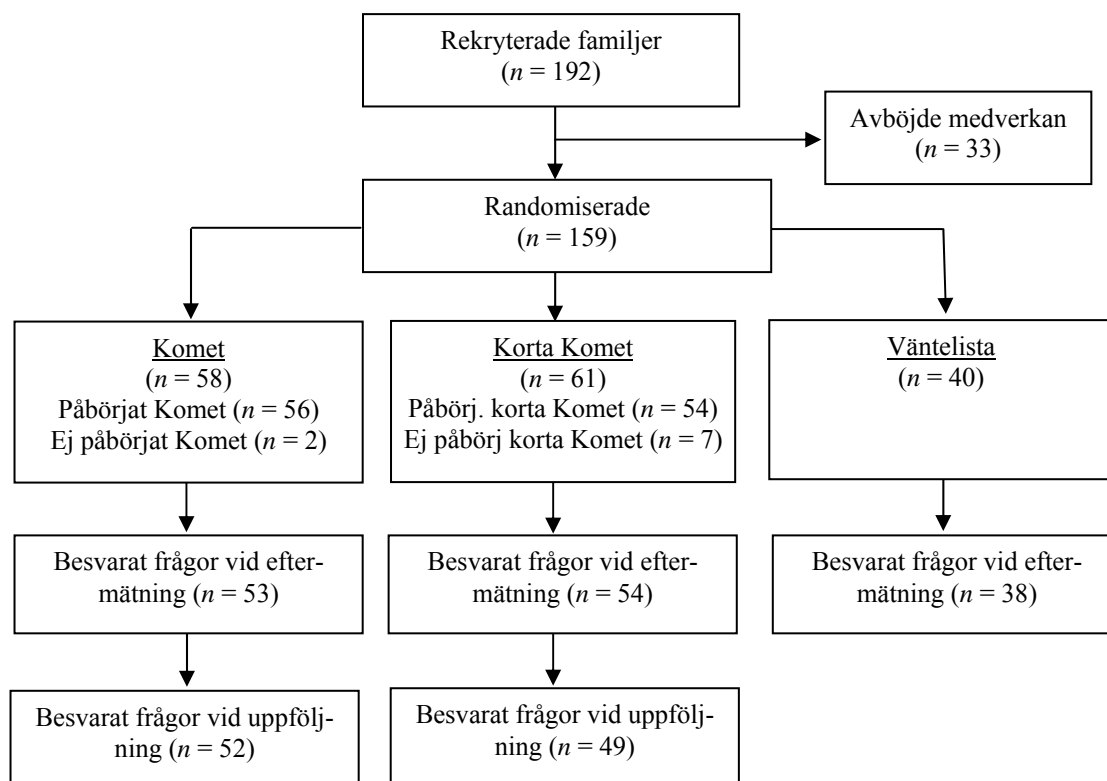
* $p < .05$

Bortfall. Två typer av bortfall är aktuella. Den första utgörs av undersökningsdeltagare som avböjt fortsatt medverkan efter att utvärderingen startat (figur 2). Vid eftermätningen hoppade 14 av de ursprungliga 159 (9%) av från studien. Bland dessa är sjukdom det vanligaste angivna skälet till avhopp. Nio av de föräldrar som lottats till det ordinarie Komet eller kortversionen kom aldrig till utbildningen. I tre fall angavs orsaken vara dödsfall i familjen, sjukdom respektive flytt utomlands. Av de 119 föräldrar som gått Komet eller korta Komet avböjde ytterligare sex (4%) fortsatt medverkan när uppföljningsmätningen skulle ske. I tre av fallen motiverade föräldrarna det med att de inte fullföljt eller använt Kometmetoden respektive inte deltagit i programmet. Det innebär

⁴⁷ Exklusive de två familjer som lottades till Komet men aldrig påbörjade utbildningen och en familj som ingår i effektutvärderingen men inte gått att identifiera bland de 635 som började Komet under perioden.

⁴⁸ Se Kling & Sundell (2006).

att totalt 20 av 159 (13%) föräldrar avbröt sin medverkan vid något tillfälle. Bortfallet är relativt lika i de tre grupperna⁴⁹.



Figur 2. Flödesschema över undersökningsgruppen (jfr Moher m fl, 2001)

För att inte bortfallet ska tillåtas snedvrider analyserna är det viktigt att de som avbryter sin medverkan fortsätter att ingå i utvärderingen (så kallat "intention-to-treat")⁵⁰. I det fallet kan exempelvis det sist mätta värdet användas som mått fortsättningsvis. I annat fall riskerar undersökningsgrupperna att inte längre vara jämförbara eftersom bortfall nästan alltid är icke-slumpmässigt; de som avbryter medverkan är ofta de som exempelvis har minst motivation, störst problem och som därför också har det sämsta utfallet vid uppföljningar. Alternativet att endast inkludera de individer som fullföljer behandling och uppföljningsmätningar (så kallat "treatment-of-treated") innebär att utvärderingen inte längre blir randomiserad och därmed får lägre bevisvärde. I denna studie tilldelades de familjer som föll bort vid eftermätning samma värde vid eftermätningen som vid förmätningen. Det innebär en konservativ analysstrategi eftersom det är rimligt att förvänta sig en genomsnittlig förbättring hos de barn som undersökningen omfattar. En separat bortfallsanalys visar att de 24 föräldrar som avbröt sin medverkan inte i något

⁴⁹ $\chi^2(2) = 5,14, p > .05$

⁵⁰ Flay, Biglan, Boruch, Gonzalez Castro, Gottfredson, Kellam, Moscicki, Schinke, Valentine, & Ji, (2005); Moher, Schulz & Altman (2001); Wright & Sim (2003).

avseende avvek från de 135 som medverkat enligt planen, vare sig i ålder, kön, utbildning, andel med utländsk härkomst eller barnens svårigheter.

Den andra typen av bortfall handlar om att uppgiftslämnarna inte besvarat alla frågor i frågeformuläret. I de fallen har dessa värden uppskattats (s k imputering) med hjälp av proceduren MI i statistikprogrammet SAS (2004) version 9.1.3. Det antogs att bortfallet av enskilda frågesvar var slumpmässigt, något som är rimligt när många variabler ingår i beräkningen av bortfall⁵¹. I enlighet med Rubins (1996) rekommendationer att medta så många variabler som möjligt gjordes beräkningarna per instrument. Endast de variabler som korrelerade med variabeln med bortfall användes dock i de slutgiltiga beräkningarna⁵² som genomfördes i två steg och med samma dataset av kovariater. Först sorterades data i ett monotont ordnat bortfallsmönster. Det gjordes med hjälp av en metod kallad Markov Chain Monte Carlo (MCMC). Fördelen med MCMC-metoden är att den skapar trovärdiga estimat även när datamängden inte är multivariat normalfördelad⁵³. En så kallad EM algoritm användes för att skapa ett startvärde för MCMC-beräkningen⁵⁴. Därefter beräknades det återstående bortfallet med hjälp av en av Rubin rekommenderad regressionsmetod⁵⁵. Det genomsnittliga antalet imputeringar var 3,5 per variabel, med en variation mellan 1 och 14. Endast i tre procent av fallen översteg antalet imputerade värden i en variabel åtta. Skillnaden i resultat beroende på om imputation genomförts eller ej är marginell.

Insatser

Komet. KOMET står för KOMmunikationsMETod. Komet är ett beteende- och manualbaserat föräldraträningsprogram som vänder sig till föräldrar med bråkiga och trotsiga barn för i huvudsak åldrarna tre till tio år. Fokus ligger på att bryta negativa beteendemönster genom att förstärka det som barnet gör bra. Större delen av programmet ägnas åt att öka barnets positiva beteenden genom uppmärksamhet och beröm.

Föräldrargrupperna leds av två gruppleddare och består av föräldrar till ca sex barn. Gruppen träffas en gång i veckan vid elva tillfällen. Varje träff varar två och en halv timme. Båda föräldrarna eller bara den ena kan delta i programmet. Träffarna har olika fokus:

- 1: Lek och umgänge
- 2: Förberedelse, uppmaning och beröm
- 3: Förberedelse, uppmaning och beröm fortsättning
- 4: Poängsystemet Ormen
- 5: Uppföljning av poängsystemet Ormen
- 6: Individuell träff med eller utan förskollärare/lärare

⁵¹ Schafer (1997), s 27-28; van Buuren, Boshuizen & Knook (1999) s 687.

⁵² Schafer (1997) s 143; van Buuren m fl (1999) s 687.

⁵³ Schafer (1997) s 147-148. Se även MI proceduren i SAS (2004).

⁵⁴ Schafer (1997) s 169.

⁵⁵ Rubin (1987) s 166-167.

- 7: Ignorera/Avleda
- 8: Regler och konsekvenser hemma
- 9: Regler och konsekvenser utanför hemmet
- 10: Problemlösning
- 11: Att förebygga framtida problem

Syftet med träff 1–6 är att förbättra relationen och samspelet mellan förälder och barn. Genom att vägleda föräldern att hitta beteenden att uppmuntra och belöna är det lättare för barnet att samarbeta. Exempel på färdigheter som tidigt presenteras i programmet är förberedelse, uppmaning och beröm. Föräldrarna övar sig i att vara tydliga och konsekventa i situationer som ofta leder till trots och bråk; exempelvis övergången från att barnet tittar på TV till att det är dags att gå och lägga sig. Metoder för gränssättning introduceras inte förrän i slutet av programmet när förtroendet mellan föräldrar och barn har byggts upp (träff 7–9). Att tidigt introducera gränssättningsmetoder kan leda till att negativa mönster förstärks i familjen i stället för att brytas.

Programmet är uppbyggt kring undervisning, videovinjetter, rollspel, hemuppgifter och skriftligt material till föräldrarna. Hemuppgifterna är en central del i programmet. Föräldrarna får hemuppgifter efter varje tillfälle och varje ny träff inleds med en noggrann genomgång av dessa uppgifter. I videovinjetterna får föräldrarna ta del av iscensatta vardagssituationer mellan föräldrar och barn. Vinjetterna diskuteras och problematiseras i föräldragruppen. I rollspelen får föräldrarna tillfälle att träna på de färdigheter och förhållningssätt de lärt sig under programmet. Ett skriftligt material som föräldrarna tilldelas sammanfattar viktiga principer i programmet och ger tips på hur föräldrarna kan genomföra hemuppgifterna. I programmet ingår även material som ska underlätta införandet av ett belöningsystem, såsom en inplastad poängplansch; ”Ormen”, diverse kort, klistermärken och diplom.

Stockholms stads enhet för drog- och brottsprevention Preventionscentrum Stockholm (Precens) ansvarade för rekrytering, utbildning, handledning och licensiering av gruppleddare i Kometgrupperna.

Gruppträffarna ägde rum i lämplig lokal, ofta i en skola/förskola eller på någon av gruppleddarnas arbetsplats, i respektive stadsdel. Video, whiteboard och blädderblock måste finnas i lokalen. I den schemalagda pausen serverades fika, förfriskningar, frukt och dylikt som gruppleddarna ordnat. Barnvakt kunde ordnas i flera stadsdelar vid behov.

Totalt ingår 72 Kometledare i studien. Av dessa arbetade 22 (31%) som familjebehandlare, 16 (21%) som lärare/förskollärare, 10 (14%) som socialsekreterare och 6 (8%) som psykolog/kurator/skolsköterska. Övriga 18 hade i de flesta fall tjänster inom socialtjänst, skola eller barnomsorg. De flesta av gruppleddarna hade socionomutbildning (42%) eller lärarutbildning (31%) och något färre hade vårdutbildning (7%). Övrig utbildningsbakgrund var oftast angränsande (20%). De flesta hade dessutom någon familj-

jeterapeutisk eller pedagogisk vidareutbildning. Samtliga av dessa gruppleddare hade erfarenhet av att arbeta med grupper, föräldrar och barn utöver Komet.

Korta Komet. Korta Komet innebar en komprimerad endagsutbildning i Kometmetoden. Under denna dag presenterades Komet och föräldrarna delgavs tillhörande material. Ett lyckat försök med endagsutbildning i Kometmetoden hade genomförts som en randomiserad pilotstudie hösten 2002⁵⁶. Resultaten visade att barnen blev både mindre bråkiga och mer koncentrerade jämfört med barn i en kontrollgrupp.

Utbildningsdagen leddes av två Kometledare och ägde rum i ett utbildnings- eller sammanträdesrum under motsvarande betingelser som för ordinarie Komet. I ett fall leddes utbildningsdagen av två psykologstuderande och i ett par fall var en av rapportförfattarna den ena gruppleddaren. De huvudsakliga skillnaderna gentemot ordinarie Komet var att föräldrarna inte fick återkoppling på hemuppgifterna med möjlighet till justeringar eller genomgång närmare i tiden av kommande veckas hemuppgift samt att föräldrarna i de flesta fall var fler i gruppen; ordinarie Komet hade i genomsnitt 5,2 föräldrar i grupperna och korta Komet hade i snitt 8,2 föräldrar i grupperna. Det korta formatet medgav inte heller tid till rollspel eller diskussioner i samma omfattning som i det ordinarie programmet. Föräldramaterialet var oförändrat med veckovisa instruktioner till hemuppgifter för elva veckor, vilket innebar att föräldrarna som gått utbildningsdagen hade blivit instruerade att följa samma elvaveckorsprogram som föräldrarna i ordinarie Komet.

Av de föräldrar som lottades till Komet var det två som aldrig påbörjade kursen och av dem som lottades till kortversionen av Komet var det sju som aldrig medverkade i den. Samtliga dessa nio föräldrar uppgav att de inte medverkat i någon annan familjestödsinsats.

Procedur

Föräldrar rekryterades genom annonser i lokalpress (28%), tips från förskola/skola (21%), tidningsartikel (16%), tips från vän eller släkting (20%), via uppsatta anslag (16%), BVC/BUP (5%) eller via Internet (5%). Endast drygt två procent hade fått veta om Komet via socialtjänsten⁵⁷.

Föräldrarna anmälde sig på Kometstudiens Internet-hemsida. Hemsidan innehöll information om Kometprogrammet, studien och villkoren för deltagande. Rekryteringen skedde ungefär en månad innan de reguljära Kometgrupperna startade respektive termin. Det gjorde att de föräldrar som lottades till Kometprogrammet i god tid kunde planera sin tid. Gruppleddarna var informerade om att bereda plats för en till två föräldrar från studien i sina reguljära grupper, som i övrigt bestod av lokalt rekryterade föräldrar.

⁵⁶ Hassler & Havbring (2003).

⁵⁷ Summan överstiger 100 procent eftersom en del föräldrar angett flera informationskällor.

Så snart ett tillräckligt antal föräldrar anmält sig skedde randomiseringen. Föräldrarna meddelades per post vilket alternativ de hamnat i. Brevet innehöll information om undersökningen, talong för underskrift av samtycke till deltagande samt den första enkäten. Parallellt med att föräldrarna fick förmättningsenkäten ringdes de upp för daglig registrering av barnets beteende fem till sex dagar i följd (se PDR nedan). Efter den första inledande intervjun kunde föräldrarna välja att fortsätta besvara samma frågor per telefon eller via Internet. Telefonintervjuerna utfördes huvudsakligen av psykologstudenter som fått en timmes introduktion och möjlighet till support. Studenterna ringde föräldrarna hemifrån mot ersättning.

Datainsamlingsmetoder

Fem datainsamlingsinstrument har använts (tabell 3): tre för att registrera barnets beteenden, ett för föräldrarnas attityder och förhållningssätt i uppfostringsfrågor samt ett om föräldrarnas tilltro till och tillfredsställelse med Kometmetoden. Det sista instrumentet har endast besvarats av de föräldrar som deltagit i Komet eller Korta Komet. Datainsamling har skett med hjälp av skriftliga frågeformulär (enkäter) och telefonintervjuer alternativt elektronisk intervju via Internet. I de flesta fall (64%) besvarades de skriftliga enkätfrågorna av mammorna. Endast i åtta procent av fallen besvarades enkäterna av papporna och i fyra procent av båda två. För 24 procent saknas uppgift.

Parent Practices Interview (PPI). PPI består av 72 frågor om föräldrars attityd och beteende angående uppfostran som besvaras med en fem- eller sjugradig Likert-skala⁵⁸. Sju områden undersöks: sträng disciplin, sträng disciplin för åldern, inkonsekvent disciplin, adekvat disciplin, positivt föräldraskap, tydliga förväntningar och tillsyn. Frågorna beskriver samspelet mellan barn och föräldrar vad gäller olydnad samt föräldrars metoder vid regelbrott och gott uppförande. Exempel på frågor är ”Hur ofta visar du ilska när du tillrättavisar barnet?” och ”Hur ofta berömmar du barnet och ger komplimanger?”. Några av frågorna bedömdes som mindre relevanta (t ex ”Hur många timmar de senaste 24 timmarna har barnet tillbringat hemma utan vuxen tillsyn”). Efter att de sorterats ut erhöles acceptabla interna konsistenser.

Parent Daily Report (PDR). PDR registrerar förekomsten av barns problembeteenden i hemmet⁵⁹. Genom telefonintervjuer tillfrågas föräldern om vilka av 34 problembeteenden som förekommit hos barnet de senaste 24 timmarna. Exempel på problembeteenden är om barnet varit aggressivt, haft sönder något, tagit saker utan lov eller fått ett ilskeutbrott. Svaren avges i form av förekomst eller icke-förekomst. PDR tar i genomsnitt tre till fyra minuter per intervjutillfälle⁶⁰. I denna utvärdering har telefonintervjuerna gjorts

⁵⁸ Webster-Stratton (1998; 2001).

⁵⁹ Chamberlain & Reid (1987).

⁶⁰ Crona Nordmark (2004).

fem eller sex dagar i följd vid varje datainsamlingsstillfälle. Föräldrarna har även beretts möjlighet att efter den första telefonintervjun välja om de vill fortsätta att bli uppringda eller om de hellre ville svara på samma frågor via Internet. Det genomsnittliga antalet telefonintervjuer var 5,6 ($SD = 1,5$) vid förmätningen, 4,9 ($SD = 1,3$) vid eftermätningen samt 4,7 ($SD = 1,1$) vid uppföljningsmätningen. Inte vid något tillfälle skilde sig antalet dagar som PDR registrerades mellan grupperna⁶¹.

Tabell 3. Beskrivning av de använda datainsamlingsinstrumenten

		Antal del-frågor	Cronbachs alpha	Medelvärde	Standardavvikelse	Min – max
Föräldrakompetens	PPI-sträng disciplin*	14	.77	5,33	0,55	3,9–6,7
	PPI-sträng för åldern*	9	.75	5,77	0,89	3–7
	PPI-inkonsekvent disciplin*	5	.68	4,60	0,83	2,2–6,6
	PPI-adekvat disciplin*	16	.88	3,82	0,97	1,6–6,3
	PPI-positivt föräldraskap*	12	.72	4,10	0,75	2,2–6,1
	PPI-tydliga förväntningar*	3	.67	5,18	1,18	1,7–7
	PPI-tillsyn*	5	.75	5,61	1,12	2–7
	PPI-totalt*	64	.90	4,92	0,53	3,5–6,8
Bet.pro.	PDR	34	.79	9,9	4,2	1–34
	ECBI-intensitet	36	.92	138,0	26,0	81–204
	ECBI-problem	36	.89	15,8	6,1	0–32
Socialt	P-COMP-prosocialt*	6	.76	12,5	4,1	3–22
	P-COMP-känslomässigt*	6	.67	7,7	3,7	0–18
	P-COMP-totalt*	12	.80	20,2	6,9	6–39
Metodens trovärdighet		5	.89	8,5	1,4	4–10

*Höga värden är positivt.

I Chamberlaines undersökning var PDRs reliabilitet och validitet hög. Normativa amerikanska data finns tillgängliga för en population av barn mellan 4–12 år⁶². Svenska utprovningar⁶³ visar att PDR ger liknande värden vad gäller reliabilitet och validitet som Chamberlain redovisar i sin studie, samt att intervjun endast i liten utsträckning tycks vara påverkad av barnets ålder, diagnos, medicinering, intervjutid eller social önskvärdhet.

Vid förmätningen kände telefonintervjuarna inte till vilket behandlingsalternativ föräldrarna tillhörde. Vid efter- och uppföljningsmätningarna har en del intervjuare ringt till

⁶¹ Förmätning: $F(2,156) = 0,46$; Eftermätning: $F(2,136) = 0,68$; Uppföljning: $F(1,101) = 0,64$ (samtliga $p > .05$).

⁶² Chamberlain (1994).

⁶³ Crona Nordmark (2004); Langkjaer (2004).

samma föräldrar för kontroll av programtrohet, varför de då kände till om föräldern gått något av Kometsprogrammen eller inte.

Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI). ECBI består av 36 problembeteenden som registreras dels för graderad förekomst på en sjugradig skala, dels för om respektive beteende uppfattas som ett problem eller inte⁶⁴. Exempel på problembeteenden är ”följer inte självmant hemmets regler”, ”slås med barn i egen ålder” och ”vrålar och skriker”. ECBI har visat hög reliabilitet och validitet⁶⁵ och är ett vanligt använt instrument i undersökningar av denna målgrupp. Metoden har även använts i Sverige⁶⁶.

Social competence scale – parents (P-Comp). P-Comp består av tolv frågor på en femgradig skala om barns prosociala förmåga (t ex löser problem själv, delar med sig, hjälper andra) och känslomässiga självkontroll (kan acceptera en motgång, kan hantera misslyckanden bra, tänker innan hon/han agerar)⁶⁷. Frågorna har besvarats av föräldrarna. Skalan har tagits fram och används vid University of Washington Parenting Clinic, där cut-offgränser för normal-, gränsfall- och kliniska poäng utvecklats.

Metodens trovärdighet. Föräldrar och lärare fick även besvara frågor om tillfredsställelse med Kometsprogrammet. Instrumentet består av fem frågor om insatsens effektivitet att lösa problemen, villighet att rekommendera insatsen till andra i samma situation, samt om man upplever att metoden lett till förbättring av problemen. Reliabiliteten är hög ($\alpha = .89$)⁶⁸.

⁶⁴ Eyberg & Pincus (1999).

⁶⁵ t ex Burns & Patterson (2001).

⁶⁶ Crona Nordmark (2004); Hassler & Havbring (2003); Langkjaer (2004).

⁶⁷ Webster-Stratton (1998; 2001).

⁶⁸ Borkovec & Nau (1972); Devilly & Borkovec (2000).

RESULTAT

Först redovisas hur de tre grupperna av familjer skilde sig åt vid förmätningen. Därefter presenteras resultaten efter fyra månader för alla tre grupperna respektive efter tio månader för dem som fått ordinarie version av Komet och kortversionen. Avslutningsvis granskas sambandet över tid mellan föräldrakompetenser respektive barnens beteenden.

Jämförelser vid förmätning

I teorin ska randomiseringen av barn till de olika undersökningsalternativen göra att grupperna vid förmätningen är i genomsnitt lika varandra. Resultaten bekräftar att så också var fallet, de tre grupperna var i princip lika vid förmätningen vad gäller föräldrakompetenser och barns beteendeproblem respektive sociala kompetenser (tabell 2). De enda statistiskt säkerställda skillnaderna handlar om att barnen som lottats till Kometgruppen visade lägre känslomässig regleringsförmåga vid förmätningen ($M = 6,73$) än barnen i korta Komet ($M = 8,4$) respektive väntelistan ($M = 8,2$). I övrigt fanns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan grupperna för vare sig barnets kön, föräldrars civilstånd, utländsk härkomst, syskon i familjen eller något av effektmåtten i tabell 2.

Resultat efter fyra månader

Två typer av analyser redovisas. Den första beskriver om det skett en generell förbättring eller försämring mellan för- och fyramånadersmätningen oberoende av grupp. Den andra analysen behandlar om de två grupperna utvecklats olika över tid, så kallad interaktionseffekt.

Analyserna genomförs med en variansanalys med faktorerna grupp (Komet, korta Komet och väntelista), barnets ålder (yngre resp. äldre) samt tid (före- resp. eftermätning). Inte i något fall fanns en statistiskt säkerställd interaktion mellan ålder och mättillfälle eller ålder, grupptillhörighet och mättillfälle. Därför redovisas inga resultat som inkluderar åldersgrupp. I tabell 4 redovisas medelvärden för de olika utfallsmåtten samt effektstorlekar⁶⁹. I bilaga A redovisas medelvärden, standardavvikelser samt signifikans-testning (F - och p -värden) för de två typerna av analyser som beskrivs ovan.

⁶⁹ Effektstorleken beräknades genom att skillnaden i medelvärde mellan första och andra (alternativt tredje) mättillfället för varje grupp dividerades med den "poolade" standardavvikelsen ($\sqrt{(\sigma_1^2 + \sigma_2^2)/2}$) (jfr McCart m fl, 2006). Effektstorlekarna är framräknade så att positiva värden alltid innebär en positiv förändring (dvs bättre föräldraförmågor, mindre bråkighet, mer sociala färdigheter).

Föräldrakompetenser. Föräldrarnas föräldraförmågor undersöktes med hjälp av sju olika dimensioner från PPI. För sex av dessa sju fanns en generell förbättring över tid som omfattade alla tre grupperna (undantag tillsyn). Som framgår av tabell 4 låg föräldraskattningarna relativt högt på den 7-gradiga skalan. För fyra av måtten (sträng disciplin, positivt föräldraskap, tydliga förväntningar, tillsyn) fanns en statistiskt säkerställd interaktion där föräldrarna i väntelistan i princip inte förändrat sitt beteende medan både föräldrarna i Komet och korta Komet förbättrat sina föräldraförmågor. Genomgående presterade föräldrarna i det ordinarie Komet bättre än i kortversionen (bilaga A), även om skillnaderna inte var statistiskt signifikanta.

Samtliga PPI-mått analyserades även tillsammans i form av en enda skala. Analysen visar att föräldrarna i väntelistan i stort sett hade oförändrade föräldraförmågor mellan för- och eftermätningen, de i korta Komet förbättrade sina föräldraförmågor något medan de i Komet förbättrade dem påtagligt. I jämförelse med väntelistan handlar det om en effektstorlek på .89 (Komet) respektive .39 (korta Komet).

Beteendeproblem. Barnens beteendeproblem har undersökts med hjälp av tre mått: PDR, ECBI-intensitet och ECBI-problem. För alla tre måtten fanns statistiskt säkerställda tids- och interaktionseffekter. De senare visar att barnen i väntelistan i princip hade oförändrade beteendeproblem medan de i Komet och korta Komet minskade sina problem. Minskningen var störst för barnen i Komet-gruppen. I jämförelse med barnen i väntelistan handlar det om en genomsnittlig effektstorlek på .68 för ordinarie Komet (.67, .61 resp. .77) och .35 för den korta versionen av Komet (.39, .33 resp. .33).

Sociala kompetenser. Barnens sociala förmågor undersöktes med hjälp av P-Comp som består av en normerad total skala och två delskalor (prosocial förmåga och känslomässig reglering). Båda de två delskalorna och totalskalan förändrades mellan för- och eftermätning och för totalskalan och barnens känslomässiga reglering fanns även en interaktionseffekt som i båda fallen visar att väntelistan var relativt oförändrad, korta Komet förbättrades något och ordinarie Komet mest. I jämförelse med väntelistan var effektstorleken för P-Comp totalt .41 (Komet) respektive .14 (korta Komet).

Sammanfattningsvis visar resultaten efter fyra månader att Komet och korta Komet förbättrat föräldrarnas föräldrakompetenser jämfört med väntelistan samt minskat barnens problembeteenden och ökat deras känslomässiga förmågor. Effektstorlekarna visar att det ordinarie Komet i så gott som samtliga jämförelser var starkare än i den korta versionen.

Tabell 4. Medelvärden (M) vid för- och eftermätning samt effektstorlekar												
		Väntelista (M)		Komet (M)		Korta Komet (M)		Effektstorlek (före minus efter)			Effektstorlek (minus väntelista)	
		Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter	Vän- telista	Komet	Korta Komet	Komet	Korta Komet
Föräldrakompetenser	PPI-sträng disciplin ^z	5,30	5,45	5,29	5,85	5,40	5,79	.29	.97	.80	.68	.51
	PPI-sträng för åldern ^z	5,76	5,88	5,68	6,02	5,86	6,09	.17	.41	.27	.24	.10
	PPI-inkonsekvent disciplin ^z	4,60	4,82	4,67	5,04	4,52	4,90	.31	.49	.46	.18	.15
	PPI-adekvat disciplin ^z	4,04	4,29	3,72	4,17	3,78	4,13	.28	.57	.35	.29	.07
	PPI-positivt föräldraskap ^z	4,16	4,15	3,97	4,43	4,18	4,39	-.02	.73	.29	.75	.31
	PPI-tydliga förväntningar ^z	5,30	5,30	5,01	5,63	5,25	5,48	0	.55	.21	.55	.21
	PPI-tillsyn ^z	5,80	5,64	5,35	5,84	5,73	5,79	-.16	.49	.06	.65	.22
	PPI-totalt ^z	4,99	5,07	4,81	5,29	4,96	5,23	.18	1.07	.57	.89	.39
Bet.problem	PDR	10,56	10,08	9,45	6,37	9,87	7,74	.11	.78	.50	.67	.39
	ECBI - intensitetsskala	140,22	139,32	137,49	121,42	137,00	126,50	.03	.64	.36	.61	.33
	ECBI - problemskala	16,36	16,42	15,47	10,75	15,23	12,95	-.01	.76	.32	.77	.33
Socialt	P-COMP-prosocialt ^z	12,55	12,70	12,14	13,19	12,75	13,42	.03	.27	.15	.24	.12
	P-COMP-känslomässigt ^z	8,15	8,83	6,74	9,09	8,39	9,44	.15	.63	.28	.48	.13
	P-COMP-totalt ^z	20,70	21,53	18,88	22,27	21,14	22,87	.10	.51	.24	.41	.14

^zHöga värden är positivt.

Resultat efter tio månader

Eftersom föräldrarna i väntelistan erbjudits Komet efter att de medverkat i eftermätningen uteslöts de i uppföljningen efter tio månader; då var de inte längre en väntelista. För de familjer som hoppat av utvärderingen har det sista mättillfället använts som uppföljningsmått. De följande analyserna baseras därför på 119 familjer. Inte i något fall fanns en statistiskt säkerställd interaktion mellan ålder och mättillfälle eller ålder, gruppstillhörighet och mättillfälle. Därför redovisas inga resultat som inkluderar åldersgrupp. I bilaga B redovisas medelvärden, standardavvikelse samt signifikanstestning (F - och p -värden).

Föräldrakompetenser. För samtliga sju dimensioner av föräldraförmågor samt det totala måttet fanns en statistiskt säkerställd förbättring över tid (tabell 5). Inte för något mått fanns en statistiskt säkerställd interaktion; skillnaden mellan ordinarie och kortversionen av Komet var inte säkerställd. Däremot var effektstorlekarna i sex av sju fall starkare för den ordinarie versionen av Komet. Eftersom väntelistan inte följts upp vid tio månader finns det inte någon "obehandlad" grupp att jämföra med. För att ändå få en uppfattning om hur stark effekten är jämfört med om föräldrarna inte fått något stöd i föräldrarollen, används väntelistans värden vid eftermätningen att kompensera Komets och korta Komets värden med. De då erhållna effektstorlekarna är i nivå eller högre än de värden som erhöles efter fyra månader. Effektstorleken för det samlade föräldramåttet är 1.05 för Komet och .61 för den korta versionen.

Beteendeproblem. Barnens beteendeproblem minskade över tid och för ett mått (ECBI - antal problem) fanns även en signifikant interaktion som visar att Komet-barnen minskade sina problem mer än barnen i kortversionen av Komet. Vid en jämförelse med väntelistan efter fyra månader var den genomsnittliga effektstorleken för alla tre beteendemåtten för ordinarie Komet .92 respektive .55 för den korta versionen. I båda fallen är effektstorlekarna högre än efter fyra månader.

Sociala kompetenser. Barnens sociala förmågor ökade med tiden och för ett mått (känslomässig reglering) förbättrades barnen i Komet mer än barnen i korta Komet. Den totala effektstorleken för ordinarie Komet var .69 och .38 för den korta versionen (kompenserat för väntelistan efter fyra månader). Även i detta fall var effekten på barnets sociala kompetenser starkare efter tio månader än efter fyra.

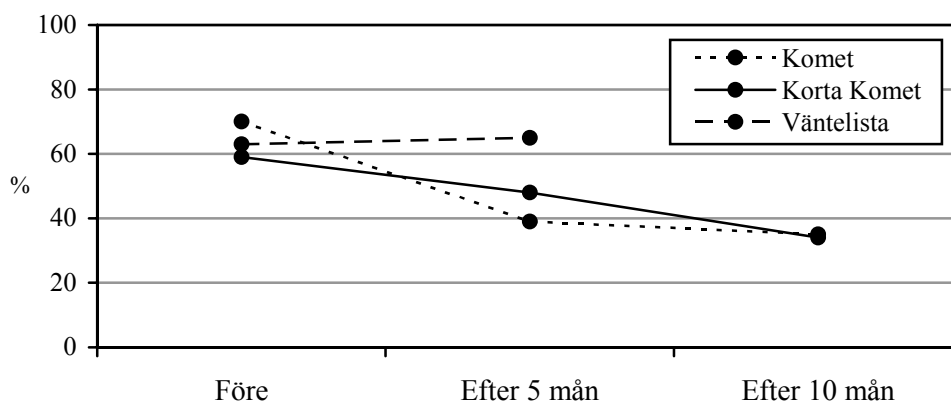
Metodens trovärdighet. Föräldrarna i båda grupperna uppfattade metoden som mycket trovärdig. På en tiogradig skala (10 = bäst) var det genomsnittliga värdet 8,5 ($SD = 1,4$). Föräldrarna i Komet-gruppen tenderade ($p < .10$) att vara något mer tillfreds.

Tabell 5. Medelvärden (M) vid för-, efter- och uppföljningsmätning för Komet och korta Komet samt effektstorlekar											
		Komet (M)			Korta Komet (M)			Effektstorlek (före-uppföljn)		Effektstorlek (minus väntelista 4 mån)	
		Före	Efter	Uppfölj	Före	Efter	Uppfölj	Komet	Korta Komet	Komet	Korta Komet
Föräldrakompetenser	PPI-sträng disciplin ^z	5,29	5,85	5,80	5,40	5,79	5,83	.88	.91	.59	.62
	PPI-sträng för åldern ^z	5,68	6,02	6,12	5,86	6,09	6,16	.55	.37	.38	.20
	PPI-inkonsekvent disciplin ^z	4,67	5,04	5,14	4,52	4,90	4,96	.62	.54	.31	.23
	PPI-adekvat disciplin ^z	3,72	4,17	4,29	3,78	4,13	4,20	.71	.43	.43	.15
	PPI-positivt föräldraskap ^z	3,97	4,43	4,65	4,18	4,39	4,58	.99	.51	1.01	.53
	PPI-tydliga förväntningar ^z	5,01	5,63	5,61	5,25	5,48	5,61	.53	.33	.53	.33
	PPI-tillsyn ^z	5,35	5,84	5,99	5,73	5,79	6,03	.65	.31	.81	.47
	PPI-totalt ^z	4,81	5,29	5,37	4,96	5,23	5,34	1.23	.79	1.05	.61
Bet.pro.	PDR	9,45	6,37	5,45	9,87	7,74	6,96	1.06	.65	.95	.54
	ECBI - intensitetsskala	137,49	121,42	118,73	137,00	126,50	119,10	.76	.60	.73	.57
	ECBI - problemskala	15,47	10,75	9,10	15,23	12,95	11,35	1.07	.54	1.08	.55
Socialt	P-COMP-prosocialt ^z	12,14	13,19	14,14	12,75	13,42	14,33	.50	.36	.47	.33
	P-COMP-känslomässigt ^z	6,74	9,09	10,11	8,39	9,44	10,38	.86	.52	.71	.37
	P-COMP-totalt ^z	18,88	22,27	24,25	21,14	22,87	24,70	.79	.48	.69	.38
Metodens trovärdighet		–	8,79	–	–	8,24	–	.40	–	–	–

^zHöga värden är positivt.

Andel barn med kliniska problem

För ECBI-intensitet och ECBI-problem finns normeringsdata. Barn med högre råpoäng än 130 respektive 15 problempoäng har problem som kan benämnas som kliniska. Som framgår av figur 3 var andelen barn med kliniska beteendeproblem på ECBI drygt 60 procent vid förmätningen för samtliga tre grupper. Vid eftermätningen hade väntelistan oförändrad andel medan ordinarie Komet och korta Komet hade minskat sina andelar med 45 respektive 19 procent⁷⁰.



Figur 3. Andel barn med kliniska beteendeproblem på ECBI (intensitet)

Vid uppföljningen efter tio månader hade andelen minskat ytterligare något och var ungefär lika stor för både Komet och den korta versionen av Komet. Efter tio månader hade exakt hälften av barnen med kliniska beteendeproblem i den ordinarie Kometgruppen upphört att tillhöra den gruppen medan minskningen i kortversionen var 42 procent. För antalet problem (figur 4) var situationen snarlik; ingen skillnad mellan de tre grupperna vid förmätningen, en signifikant skillnad vid eftermätningen, där den ordinarie versionen av Komet hade lägst andel och väntelistan hade högst⁷¹, samt en signifikant skillnad vid uppföljningsmätningen där färre av barnen från ordinarie Komet hade kliniska problem än barnen från kortversionen⁷². Minskningen enligt detta sätt att mäta handlade om 65 procent för ordinarie Komet och 36 procent för kortversionen.

Det var i princip inget av barnen som gick från icke-kliniska beteendeproblem (enligt ECBI) till kliniska mellan för- och eftermätningen⁷³, respektive mellan för- och uppföljningsmätning⁷⁴.

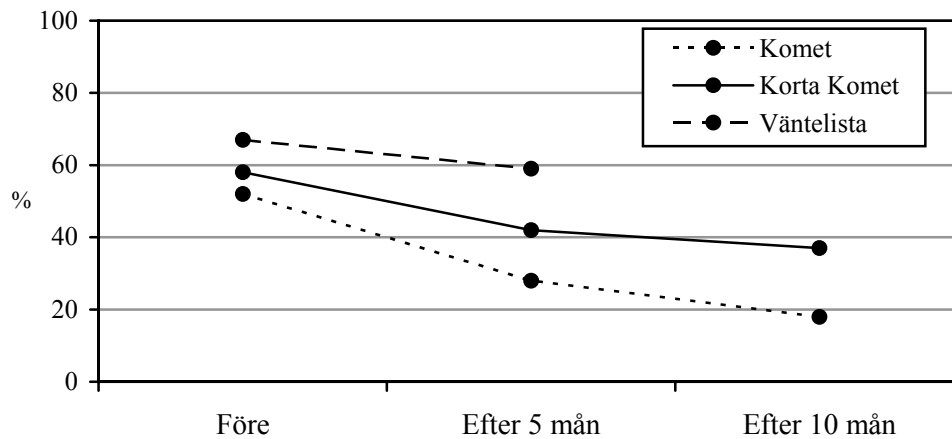
⁷⁰ $\chi^2=6,62, p < .05$

⁷¹ $\chi^2=9,54, p < .01$

⁷² $\chi^2=5,38, p < .05$

⁷³ Två av 28 i Kometgruppen, ingen av de i kortversionen och två av 13 i väntelistan.

⁷⁴ En av 28 i Kometgruppen och en av 25 i kortversionen.



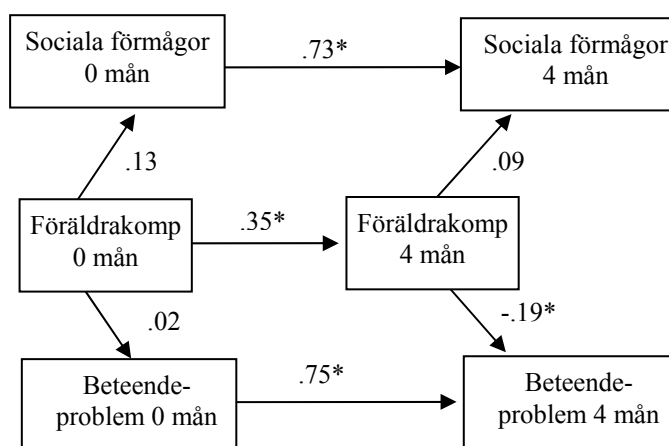
Figur 4. Andel barn med antal kliniska beteendeproblem på ECBI (problem)

Samband mellan föräldrakompetenser och beteendeproblem

Som sista del i analyserna undersöks hur relationen såg ut mellan föräldrakompetenser, beteendeproblem över tid och oberoende av grupptillhörighet. De sammanslagna måtten på föräldrakompetenser och ett motsvarande för beteendeproblem⁷⁵ användes. Analyserna genomfördes med hjälp av Windows-versionen av LISREL 8.30. Först justerades data för skaltekniska olikheter och för bristande reliabilitet med hjälp av LISREL 8:s preprocessor, PRELIS (Jöreskog & Sörbom, 1993). Den korrelationsmatris som PRELIS genererade användes därefter i analyserna.

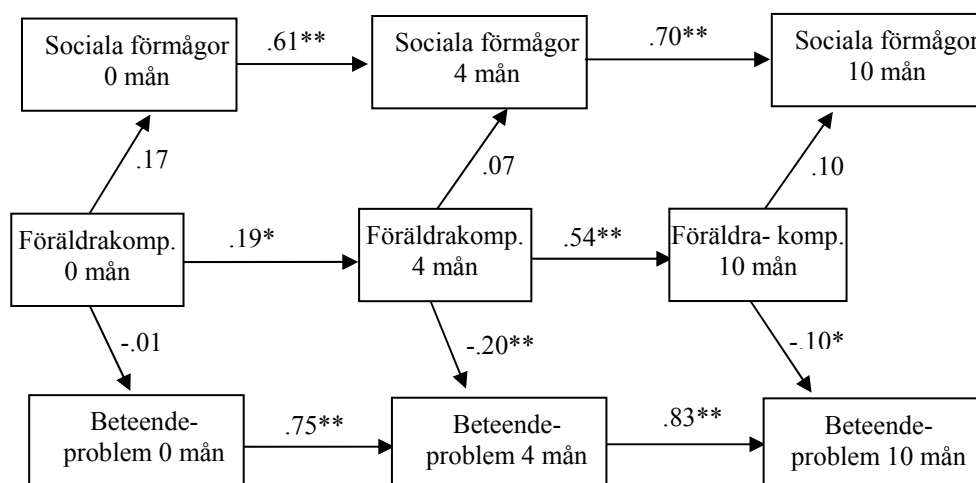
Först undersöktes hur sambanden såg ut för alla tre grupper och endast för- och eftermätning (figur 5). Resultaten visar på ett svagt samband mellan föräldrarnas föräldrakompetenser mellan för- och eftermätning, vilket är rimligt med tanke på att två av föräldragrupperna fått föräldraträning som bör ha ändrat deras förhållningssätt. Föräldrakompetenser var inte relaterade till barnens beteenden vid förmätningen medan de var det vid eftermätningen för barnens beteendeproblem; ju bättre föräldrakompetenser desto mindre beteendeproblem. Samtidigt visar figur 5 att sambanden var starka både för beteendeproblem och sociala förmågor mellan för- och eftermätning. Resultaten kan tolkas som att Komet haft effekt på föräldrabetenden som i sin tur främst minskat barns problembeteenden.

⁷⁵ De tre måtten på beteendeproblem analyserades först i en principal faktoranalys. Faktorpoängen användes sedan som ett samlat mått på barnens beteendeproblem.



Figur 5. Samband mellan föräldrakompetens och beteendeproblem mellan för- och eftermätning (* $p < .0001$)

Därefter undersöktes hur modellen såg ut för ordinarie Komet och kortversionen av Komet och alla tre mätillfällena (figur 6). Dessa analyser baseras på 119 barn och föräldrar. Analyserna visar på ett starkt samband för beteendeproblem respektive sociala förmågor hos barnen mellan för-, efter- och uppföljningsmätning. Sambanden mellan föräldrakompetenser var däremot svagt mellan för- och eftermätning och starkt mellan efter- och uppföljningsmätning. Det antyder att Komet och korta Komet förmått att förändra föräldrarnas föräldrakompetenser på ett stabilt sätt. Höga föräldrakompetenser minskade barnens beteendeproblem både vid fyra- och tio-måndersmätningarna. Relationerna mellan föräldrakompetenser och barnens sociala förmågor var inte statistiskt säkerställda vid något mätillfälle.



Figur 6. Samband mellan föräldrakompetens och barns beteendeproblem mellan för-, efter, och uppföljningsmätning för Komet och korta Komet (* $p < .0001$)

DISKUSSION

Det svenska föräldraprogrammet Komet tillhör en grupp insatser som internationellt benämns *Parent Training* eller *Parent Management Training* och som i Sverige kallas föräldrastödsprogram eller samspelsprogram. Syftet med denna studie var att undersöka om Komet utvecklar föräldrars föräldraförmågor och minskar barns utagerande beteenden respektive ökar deras prosociala beteenden. Undersökningsgruppen utgörs av 159 föräldrar till barn mellan tre och tio år som lottades till ett av tre alternativ: den ordinarie versionen av Komet, en kortversion av Komet samt en grupp som fick vänta på att delta i Komet under fyra månader (väntelista). Samtliga barn var bråkiga, aggressiva eller trotsiga. Utbildning av gruppleddare genomfördes av Preventionscentrum Stockholm (Pre-cens) inom Stockholms stads socialtjänstförvaltning. Gruppleddarna var i huvudsak socialsekreterare, familjehandlare, förskollärare eller lärare.

I detta avslutande avsnitt sammanfattas först resultaten. Därefter kommenteras resultatens tillförlitlighet och generaliserbarhet. Sist diskuteras förklaringar till resultaten och möjliga konsekvenser för socialtjänstens utvecklingsarbete.

Sammanfattning av resultaten

Ändrade föräldrabeteenden (frågeställning 1). Resultatet visar att föräldrarna i de båda Komet-grupperna förbättrade fyra av sju föräldrakompetenser jämfört med föräldrarna i väntelistan (mindre sträng disciplin, ökat positivt föräldraskap, tydliga förväntningar på barnen samt bättre tillsyn). Dessa områden motsvarar tydliga teman i Komet-programmet, såsom att uppmärksamma positiva beteenden hos barnet genom beröm och belöningar (positivt föräldraskap), minskad konfliktupptrappning och hot om straff (undvika negativ disciplin) samt tydlighet och konsekvens kring regler (tydliga förväntningar). Det fanns inte någon statistiskt säkerställd skillnad mellan föräldrarna i de två Komet-grupperna.

Jämfört med väntelistgruppen var den genomsnittliga förbättringen i föräldrakompetensen vid eftermätningen stark för ordinarie Komet ($ES = .89$) och medelstark för kortversionen ($ES = .39$). Det betyder att ordinarie Komet har en påtagligt starkare effekt än den genomsnittliga effekten i en meta-analys av föräldrastödsprogram ($ES = .45$)⁷⁶. Vid uppföljningen efter tio månader visar utvärderingen på fortsatt starka effekter för både ordinarie Komet och kortversionen. En jämförelse mellan för- och uppföljningsmätningen (utan kompensation för väntelistan) ger betydligt starkare effekter för ordinarie Komet ($ES = 1.23$) än vad som är normalt för föräldraträningsprogram vid långtidsupp-

⁷⁶ Lundahl m fl (2006).

följningar ($ES = .64$)⁷⁷. För kortversionen av Komet är resultatet ($ES = .79$) mer i nivå med vad som kan förväntas.

Barns ändrade beteenden (frågeställning 2). Resultatet visar att barnen i väntelistgruppen var i stort sett lika bråkiga vid för- och eftermätningen. För barnen i de två Komet-grupperna skedde en statistiskt säkerställd minskning av problembeteenden, liksom en ökning för två av tre mått på sociala förmågor (känslomässig reglering och P-Comp totalt). Skillnaden mellan de två Komet-grupperna var inte statistiskt säkerställd.

Efter kompensation för väntelistgruppens värden var minskningen av beteendeproblem efter fyra månader stark för ordinarie Komet (i genomsnitt $ES = .68$) och medelstark för kortversionen (i genomsnitt $ES = .35$). Effekterna på barnens sociala kompetenser var medelstarka för ordinarie Komet ($ES = .41$) och svaga för kortversionen av Komet ($ES = .14$). En nyligen publicerad meta-analys av 30 undersökningar av föräldraträningsprogram redovisar en genomsnittlig effektstyrka på $.47$ mellan situationen före och efter föräldraprogrammet vid en jämförelse med familjer där föräldrarna inte deltagit i någon föräldraträning⁷⁸. En annan meta-analys av ett 50-tal beteendebaserade föräldraträningsprogram redovisar en effekt mellan före och efter på $.42$ för barn med olika grad av beteendeproblem⁷⁹. Sammantaget betyder det att det ordinarie Komet har starkare effekter än vad föräldraträningsprogram i genomsnitt har medan kortversionen mer liknar vad som kan förväntas av föräldraträningsprogram.

Även Komets långsiktiga effekter framstår som starka. Efter tio månader hade barnen i det ordinarie Komet en fortsatt stark minskning av beteendeproblem ($ES = .96$) vid jämförelse mellan för- och uppföljningsmätningarna (utan kompensation för väntelistan), liksom en stark ökning för sociala kompetenser ($ES = .79$). För kortversionen av Komet var effekterna efter tio månader ungefär hälften mot ordinarie Komet ($ES = .60$ resp. $.48$). I en meta-analys⁸⁰ var den genomsnittliga minskningen av beteendeproblem ungefär ett år efter avslutad träning (utan kompensation för väntelista eller annan behandling) $.87$. Det betyder att framför allt ordinarie Komet är lika effektivt eller effektivare än genomsnittet av motsvarande föräldraprogram i internationell forskning i att minska barns problembeteenden.

Sammantaget var de effektstorlekar som erhöles vid uppföljningen efter tio månader i så gott som samtliga fall högre än vid eftermätningen efter fyra månader. Det betyder att de effekter som programmet skapat efter fyra månader bibehålls efter tio månader.

Ett annat sätt att beskriva de förändringar i barnens beteendeproblem som inträffat är att andelen med kliniska problem enligt ECBI nästan halverades för den ordinarie Kometgruppen vid eftermätningen efter fyra månader och minskade med 20 procent för kort-

⁷⁷ Lundahl m fl (2006).

⁷⁸ McCart m fl (2006).

⁷⁹ Lundahl m fl (2006).

⁸⁰ Lundahl m fl (2006).

versionen. För väntelistan var andelen oförändrad. Vid uppföljningen efter tio månader hade gruppen med kliniska problem minskat med två tredjedelar för den ordinarie Komet-gruppen och med en tredjedel för kortversionen.

Tillförlitlighet och allmängiltighet

Resultaten bygger på 159 barn med föräldrar från Stockholm. I allt väsentligt förefaller föräldrarna i studien vara representativa för de familjer som deltog i Komet-kurser i Stockholm under 2004 och 2005; de omfattar både en- och tvåförälderfamiljer, familjer från olika sociala områden i Stockholm och med olika socioekonomisk bakgrund samt familjer med helsvenskt ursprung och de av utländsk härkomst. Samtliga föräldrar har dessutom själva anmält sig till kursen. Däremot är det viktigt att notera att undersökningsgruppen omfattar föräldrar med bråkiga och störande barn i åldrarna tre till tio år. Det är således inte självklart att Komet fungerar lika bra för exempelvis barn som är äldre eller yngre, för föräldrar som inte är motiverade (t ex de som ”tvingas” delta genom krav från socialtjänsten) eller för föräldrar som vill förbereda sig på eventuellt kommande problem hos sina barn men som ännu inte upplevt dem.

Flera faktorer talar för resultatens trovärdighet. En första är att undersökningsgruppen av barn är relativt homogen; de kännetecknas av trots, bråkighet och okoncentration. Enligt ett av de använda instrumenten (ECBI) hade mellan 58 och 64 procent en så allvarlig problematik att den kunde betraktas som klinisk. Det är viktigt att tydliga kriterier använts för de barn som ingår i undersökningen. En heterogen undersökningsgrupp minskar möjligheten att få statistiskt säkerställda skillnader eftersom det knappast finns en behandling som passar alla.

En annan faktor är att den använda designen ger maximal möjlighet att tolka resultaten i kausala termer; en longitudinell studie där barnen lottades till Komet i två former respektive väntelista. Den senare kan betraktas som det normala alternativet för de allra flesta föräldrar som upplever brister i föräldraskapet – de får ingen hjälp alls. Randomiseringen gör att grupperna blir teoretiskt lika varandra från början, till exempel i föräldrars motivation och resurser, något som också bekräftas av analyserna i denna studie. De skillnader som finns efter att insatserna avslutats kan därför logiskt antas bero i första hand på skillnaden i insats.

Vidare är antalet undersökningsdeltagare relativt stort, 159 barn och föräldrar. Det är fler än i många andra utvärderingar av föräldraprogram; det genomsnittliga antalet deltagare i 31 randomiserade kontrollerade studier var 61⁸¹. Även om antalet är tillräckligt stort för att ganska säkert kunna identifiera (power = .77) de genomsnittliga skillnader som uppmätts när föräldrastödsprogram jämförts med en obehandlad kontrollgrupp⁸² så

⁸¹ Jfr McCart m fl (2006).

⁸² McCart m fl (2006); Lundahl m fl (2006).

är det inte tillräckligt för mindre skillnader som de mellan den ordinarie och korta versionen av Komet. För att exempelvis säkert kunna identifiera den genomsnittliga skillnaden i minskade beteendeproblem efter fyra månader mellan de två versionerna av Komet ($ES = .33$) behövs 115 individer per grupp (med riktad hypotes om att det ordinarie Komet är bäst).

Det relativt låga bortfallet är en annan fördel; nio procent hoppade av före eftermätningen och ytterligare fyra procent före uppföljningen (totalt 13 procent). Det bortfall som finns har inte tillåtits snedvrیدا lottningen till de tre grupperna genom att de uteslutits ur utvärderingen. I stället har deras förmätningssvärden använts som mätvärden för fyramånadersuppföljningen, något som innebär en konservativ analys eftersom ett genomgående resultat är att barnen blivit mindre problembelastade med tiden. Denna ansats, ”intention-to-treat”, är att föredra framför ”treatment-of-treated”⁸³ där endast de som fullföljt behandlingen medtas. Det senare minskar tolkbarheten av data eftersom de som faller bort ur utvärderingen ofta utgör en selektiv grupp (t ex de minst motiverade eller de med störst problem).

En viktig fördel är att utvärderingen omfattar Komet i ordinarie verksamhet (s k *effectiveness*) snarare än som en modellutvärdering där forskare både ansvarar för implementering och utvärdering (s k *efficacy*). Annan forskning har visat att utvärderingar av modellprogram ger starkare effekter än utvärderingar av ordinarie verksamhet⁸⁴. En förklaring till det är att forskare är mer noggranna med att behandlingsmodellen följs. I ordinarie verksamhet sker ofta en viss omformulering av innehållet, eller att endast vissa delar används. Förmågan att fullfölja ett behandlingsprogram ökar sannolikheten för positiva resultat⁸⁵. Det faktum att Komet resulterat i högre effektstorlekar än de som normalt uppnås i denna form av insatser och i ordinarie verksamhet talar desto mera till förmån för Komet.

En ytterligare fördel är att undersökningen omfattar en uppföljning av resultatens stabilitet. Uppföljningsmätningar av effekter är mindre vanligt än eftermätningar. I en av de refererade meta-analyserna fanns uppföljningssvärden för en knapp tredjedel av studierna⁸⁶. Det faktum att resultaten är stabila över tid ökar deras trovärdighet.

En sista fördel är att utvärderingen genomfördes oberoende gentemot de personer som utvecklat respektive utbildar i Komet. Det är en styrka eftersom många utvärderingar av föräldraträningssystemen i Nordamerika har utförts av forskare som medverkade till att utveckla dessa program. Det reser frågor om dessa forskares neutralitet.

⁸³ Wright & Sim (2003).

⁸⁴ Curtis, Ronan & Borduin (2004); Lösel & Beelmann (2002); Petrosino & Soydan (2005).

⁸⁵ t ex Henggeler, Schoenwald, Liao, Letourneau & Edwards (2002); Huey, Henggeler, Brondino & Pickrel (2000); Wilson & Lipsey (2001); Wilson m fl (2003).

⁸⁶ Lundahl m fl (2006).

En svaghet är att information inhämtats från endast en källa, föräldrarna. Utvärderingen planerades att även inkludera förskole- och grundskolelärares skattningar av barnens beteenden. Den ambitionen gick inte att fullfölja, dels eftersom inte alla föräldrar samtyckte till att barnets förskola eller skola kontaktades, dels eftersom bortfallet av svar var omfattande⁸⁷. Det som trots det talar till förmån för resultaten är att de datainsamlingsinstrument som använts har hög trovärdighet både vad gäller reliabilitet och validitet.

De två versionerna av Komet

Komet gavs i två versioner med olika ”dos”: det ordinarie föräldraprogrammet med elva träffar à 2,5 timme respektive kortversionen där all information gavs under en heldag omfattande sju timmar. I båda versionerna förmedlades samma innehåll, om än betydligt komprimerat i den korta versionen. Båda grupper fick samma föräldramaterial inklusive schema för hemuppgifter under elva veckor. Programmets upplägg med positiv förstärkning hela första delen och gränssättningsmetoder i slutet skulle alltså följas på precis samma sätt i båda fallen. I båda versionerna av Komet uppmuntrades föräldrarna att hålla kontakt med varandra för stöd och frågor. En viktig skillnad mellan de två versionerna är att kortversionen inte innehöll någon återkoppling med möjlighet att korrigera träningen i hemmet samt betydligt mindre träning med hjälp av coachning från Kometledarna.

Föräldrar och barn i båda versionerna av Komet förbättrades mer än föräldrar och barn i väntelistan. I de flesta fall saknades statistiskt säkerställd skillnad mellan ordinarie Komet och kortversionen. Effektstorlekarna var dock i samtliga fall utom ett större för det ordinarie programmet än för kortversionen. Även om det bara finns två statistiskt säkerställda skillnader mellan de två versionerna är resultaten således både på kort och lång sikt till fördel för det ordinarie Kometprogrammet. Annorlunda uttryckt talar utvärderingen för att det ordinarie Kometprogrammet ger något starkare effekter på föräldraförmågor och på barns beteenden än vad kortversionen gör, men att skillnaderna mellan de båda versionerna endast undantagsvis når statistisk signifikans. En sannolik förklaring till frånvaron av statistiskt säkerställda skillnader är bristande statistisk power. Power beskriver hur stora effekter som kan säkerställas med tanke på antalet deltagare i en studie. För att kunna påvisa signifikans på mått med medelstark effekt behövs fler deltagare än i denna studie. Vilken av de två versionerna som är att förordas är inte självklart med tanke på deras olika implementeringskostnader.

Förutom Komet för föräldrar finns även en version för lärare som utvärderats i två randomiserat kontrollerade studier⁸⁸ och en kvasiexperimentell⁸⁹. Dessutom utvecklas nu

⁸⁷ För barnen finns endast svar för 47 procent vid förmätningen, 43 procent vid eftermätning och 32 procent vid uppföljning (av de 119 som följdes upp).

⁸⁸ Forster m fl (2005); Nylin & Wesslander (2003).

⁸⁹ Karlberg (2003).

fem andra varianter av Komet: (1) Komet för förskolepersonal, (2) förstärkt och anpassad Komet för föräldrar där socialtjänstens myndighetsutövande pågår, (3) filmbaserad Komet som kan användas i studiecirkel för en bredare grupp föräldrar, (4) Komet för tonårsföräldrar, samt (5) Komet för föräldrar vars barn och ungdomar är placerade på SiS-institutioner.

Socialtjänstens förebyggande arbete

Utvärderingen av Komet visar att det är möjligt att utveckla ett svenskt program för föräldrastöd som har lika starka eller starkare effekter än vad som är normalt i internationell forskning. Fördelen med ett svenskutvecklat program att programmen blir kulturpassade och därmed får högre lokal trovärdighet. Ett problem med framför allt amerikanska preventionsprogram är att många svenskar är misstänksamma mot sådant som kommer från USA. En ytterligare fördel med ett svenskproducerat program som Komet är att det kan spridas utan kommersiella intressen. Nackdelen med att utveckla svenska program är att det är tidskrävande och kostsamt. Även om programutvecklingen inte startar från noll utan utgår från internationell kunskap om vad som kännetecknar effektiv prevention och allmän kunskap om inläring, tar det tid eftersom det krävs noggranna test innan programmen kan börja implementeras i vardaglig verksamhet. Dessutom bör helst två av varandra oberoende utvärderingar ge samma eller i vart fall snarlika resultat. Den första versionen av Komet för föräldrar testades våren 2003 och effektutvärderingen som presenteras i denna rapport är färdig fyra år senare.

Komet är inte enbart en effektiv metod för föräldrar, den är också mycket populär. Av samtliga 635 familjer som började Komet mellan 2004 och 2005 avbröt endast 13 procent kursen⁹⁰. Flera av avhoppet skedde på grund av orsaker som inte primärt berör Komet (t ex skilsmässa, sjukdom). Av dem som fullföljde kursen kom de flesta att delta så gott som samtliga elva kurstillfällen; närvaron var i genomsnitt 9,9 av 11 tillfällen (90%). Föräldrarna var genomgående mycket positiva till Komet. De uppskattade programmets delar, hur det genomfördes och dess effekter. Så gott som alla skulle rekommendera Komet till andra föräldrar och tyckte att programmet hjälpt barnet. En annan viktig fördel med Komet är att det är en metod som framgångsrikt implementerats i den ordinarie verksamheten inom Stockholms socialtjänst; i dag finns Komet för föräldrar i samtliga stadsdelar i Stockholm samt i ett tiotal andra kommuner. En inte ovanlig situation är att forskningseffektiva metoder inte sprids till ordinarie verksamhet.

De starka effekter som framför allt den ordinarie versionen av Komet gett är betydligt större än vad som erhålls i genomsnitt i interventionsprogram som sker i skolan. Det handlar om mer än dubbla effekten jämfört med de mest effektiva skolprogrammen⁹¹. Jämförelsen är inte helt rättvis eftersom barnen som berörs av föräldrastödsprogram

⁹⁰ Kling & Sundell (2006).

⁹¹ Carr (2000).

ofta har mer problem än barn som deltagit i program inom skolan. En jämförelse med den Kometversion som utvecklats för lärare och som enbart berört bråkiga barn i åldrarna sju till nio år antyder dock att föräldraversionen har starkare effekter än skolversionen. En randomiserad studie med 100 lärare från 37 skolor med elever i årskurs 1 och 2 visade att Komet hade en måttlig effektstorlek på elevernas beteenden ($ES = .35$)⁹². Det antyder att om ett val måste göras där endast ett område prioriteras så bör det vara att stötta föräldrar.

Komets kostnadseffektivitet

Det är omöjligt att säkert uttala sig om vad som hänt om de barn som fått Komet inte hade fått det. Många hade förmodligen ändå med tiden blivit mindre aggressiva och bråkiga. Tremblay har visat i longitudinella studier att människan är som mest aggressiv vid ungefär två års ålder⁹³. För de flesta minskar förekomsten av aggressivitet därefter. Om Komet inte funnits är det också rimligt att anta att några föräldrar skulle ha skaffat stöd från annat håll som även det skulle ha kunnat minska barnens beteendeproblem. Med denna reservation talar beräkningar för att 46 av de 1 000 barn som deltagit i Komet har räddats från att utveckla livslång allvarlig problematik⁹⁴. Om föräldrarna istället hade erbjudits kortversionen av Komet skulle uppskattningsvis 30 barn ha räddats från att ha utvecklat allvarliga problem⁹⁵.

Utöver de mänskliga vinster som är förknippade med att inte utveckla livslånga allvarliga problem så finns också stora samhällliga vinster med effektiva förebyggande insatser. Kostnaden för det ordinarie Komet (exkl. utvecklingskostnaden för Komet) är ungefär 3 300 per barn⁹⁶. Därtill kommer en engångskostnad för utbildning, lönekostnad för Kometledarna under utbildningen samt handledning av Kometledarna (23 000 per Kometledare). För de 150 Kometledare som utbildats är kostnaden således cirka 3 450 000. Den totala kostnaden för Komet till de ungefär 1 000 familjer som har deltagit i Stockholm är därmed ungefär 6 750 000. Motsvarande kostnad om 1 000 familjer hade deltagit i den korta versionen av Komet hade varit cirka 1 000 000.

⁹² Forster m fl (2007).

⁹³ Tremblay (2000); Tremblay, Nagin, Seguin, Zoccolillo, Zelazo, Boivin m fl (2004).

⁹⁴ Av de 1 000 barn som till och med 2006 deltagit i Komet i Stockholm uppfyller 33 procent diagnoskriterierna för trotsyndrom (Kling & Sundell, 2006). Longitudinella studier visar att ungefär en tredjedel av barn med diagnosen trotsyndrom utvecklar allvarliga problem i vuxen ålder (Andershed & Andershed, 2005). Den långa versionen av Komet minskar på 10 månader antalet beteendeproblem hos barnen med 42 procent (mätt som den genomsnittliga minskningen av problem enligt PDR och ECBI), vilket väl motsvarar kriterierna för trotsyndrom.

⁹⁵ Baserat på att den genomsnittliga minskningen av problem var 28 procent.

⁹⁶ Den beräkningen baseras på att Kometledaren (som ofta är en socionom) har en månadslön (inkl sociala avgifter) som är 36 000. Det ger en timkostnad på 200 kronor. Varje grupp består av föräldrar till sex barn som leds av två Kometledare som träffar gruppen vid 11 tillfällen som tar fyra timmar per gång för Kometledarna (inkl förberedelsestid). Lönekostnaden för en grupp uppgår således till 17 600 (2 ledare x 11 tillfällen x 4 timmar x 200 kronor). Därtill kommer kostnader för kopiering, kaffe, barnvakt med mera (2 200). Totalkostnaden för en grupp blir således ungefär 20 000, eller 3 300 per barn.

Enligt beräkningar av Skolverket, Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut (2004) kostar en narkotikamissbrukare samhället 15 200 000 under en 30-årsperiod (med 2% diskontering) och en person med psykisk sjukdom 8 600 000. Om Komet förhindrat att ett barn utvecklat narkotikamissbruk eller psykisk sjukdom har alltså kostnaden för Komet tjänats in och mer därtill.

Men vinsterna kan vara väsentligt högre om det stämmer att Komet förhindrat 46 barn att utveckla en livslång problematik. Om Komet gjort att dessa barn *inte* utvecklat ett narkotikamissbruk har samhället sparat 692 miljoner (minus kostnaden för Komet). Det motsvarar 102 kronor i vinst per investerad krona. Om Komet istället gjort att de 46 barnen undvikit att utveckla psykisk sjukdom är besparingen cirka 388 miljoner (57 kronor i vinst per investerad krona).

Om de 1 000 barnen istället hade deltagit i den korta versionen av Komet hade samhällsvinsten varit 455 miljoner (narkotikamissbruk) respektive 257 miljoner (psykisk sjukdom).

Även om ovanstående beräkningar är mycket ungefärliga så förefaller arbetet med Komet ha inneburit väsentliga samhälleliga besparingar.

LITTERATUR

- Andalibi, L., Hagekull, B. & Bremberg, S. (2003). Föräldrastöd i Sverige år 2002. Delrapport från regeringsuppdraget Föräldrastöd (rapport nr 2003:08). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Andershed, H. & Andershed, A-K. (2005). Normbrytande beteenden i barndomen – vad säger forskningen? Stockholm: Gothia, Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete & Statens institutionsstyrelse.
- Backe-Hansen, E. & Ogden, T. (1998). 10-åringer i Norden – risiko, kompetense og oppvekst. København: Nord forlag.
- Bandura, A. (1969). Principles of behavior modification. New York, NY: Holt.
- Bandura, A. (1977). Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barlow, J., Coren, E. & Stewart-Brown, S. (2002). Meta-analysis of the effectiveness of parenting programmes in improving maternal psychosocial health. British Journal of General Practice, *52*, 223-233.
- Barlow, J. & Stewart-Brown, S. (2000). Behavior problems and group-based parent education programs. Journal of Development Behavior Pediatrics, *21*, 356-370.
- Bergan, J. R. (1977). Behavioral consultation. Columbus, OH: Merrill.
- Borkovec, T. D. & Nau, S. D. (1972) Credibility of analogue therapy rationales. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, *3*, 257-260.
- van Buuren, S., Boshuizen, H. C. & Knook, D. L. (1999). Multiple imputation of missing blood pressure covariates in survival analysis. Statistics in Medicine, *18*, 681-694.
- Burns, L. G & Patterson, G. R. (2001). Normative data on the Eyberg Child Behaviour Inventory and Sutter-Eyberg Student Behaviour Inventory: Parent and teacher rating scales of disruptive behaviour problems in children and adolescents. Child & Family Behavior Therapy, *23*, 15-28.
- Campbell, S. B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, *36*, 113-149.
- Carr, A. (2000). What works with children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families. London: Brunner-Routledge.
- Chamberlain, P. & Reid, J. B. (1987). Parent observation and report of child symptoms, Behavioral Assessment, *9*, 97-109.
- Chamberlain, P. (1994). Methods of case and program evaluation. Ingår i P. Chamberlain (Red.), Family connections. A treatment foster care model for adolescents with delinquency (s. 97-104). Oregon: Oregon Social Learning Center.
- Conduct Problems Prevention Research Group (1999). Initial impact of the fast track prevention trial for conduct problems: I. The high-risk sample. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *67*, 631-647.

- Crona Nordmark, A-S (2004). Mätinstrumentet Parent Daily Reports psykometriska egenskaper för en normalgrupp barn. C-uppsats vid Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Cunningham, C. E., Bremner, R. & Boyle, M. (1995). Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behavior disorder: Utilization, cost effectiveness and outcome. Journal of Child Psychology and Psychiatry, *7*, 1141-1159.
- Curtis, N. M., Ronan, K. R. & Borduin, C. M. (2004). Multisystemic treatment: A meta-analysis of outcome studies. Journal of Family Psychology, *18*, 411-419.
- Dahlman, E. & von Otter, A. (2004). Kometstudien – effekten av två versioner av föräldraträning (examensuppsats). Uppsala universitet: Institutionen för psykologi.
- DeGarmo, D. S., Patterson, G. R., Forgatch, M. S. (2004). How do outcomes in a specified parent training intervention maintain or wain over time? Prevention Science, *5*, (2), 73-89.
- Devilly, G. J. & Borkovec, T. D. (2000) Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, *31*, 73-86.
- Egelund, N. & Foss-Hansen, K. (1997). Urolige elever i folkeskolens alminderlige klasser. København: Undervisningsministeriet.
- Elliott, D. S. & Mihalic, S. (2004). Issues in disseminating and replicating effective prevention programs. Preventions Science, *5*, 47-54.
- Eyberg, S. & Pincus, D. (1999) Eyberg Child behavior Inventory (ECBI) and Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised (SESBI-R). Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Ferrer-Wreder, L., Stattin, H., Lorente, C. C., Rubman, J. & Adamson, L. (2003). Successful prevention and youth development programs. New York: Kluwer academic / Plenum publishers.
- Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R. F., Gonzalez Castro, F., Gottfredson, D., Kellam, S., Mósicki, E. K. Schinke, S., Valentine, J. C. & Ji1, P. (2005). Standards of Evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. Prevention Science, *6*, 1-25.
- Forster, M., Sundell, K, Melin, L., Morris, R. & Karlberg, M. (2005). Charlie och Komet. Utvärdering av två lärarprogram för barn med beteendeproblem (FoU-rapport 2005:1). Stockholms socialtjänstförvaltning: FoU-enheten.
- Forster, M., Sundell, K, Melin, L., Morris, R. & Karlberg, M. (2007). A Randomized Controlled Trial of a Manualized Behavior Management Intervention Targeting Students with Behavior Problems. Behavior Therapy (Under tryckning).
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. Journal of Child Psychology and Psychiatry, *38*, 581-586.
- Hassler, M. & Havbring, L. (2003). Föräldracirklar - en metod för att utveckla sitt föräldraskap (FoU-rapport 2003:8). Stockholms socialtjänstförvaltning: FoU-enheten.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Liao, J. G., Letourneau, E. J. & Edwards, D. L. (2002). Transporting efficacious treatment to field settings: The link between su-

- pervisory practices and therapist fidelity in MST programs. Journal of Clinical Child Psychology, *31*, 155-167.
- Huey, S. J., Henggeler, S. W., Brondino, M. J. & Pickrel, S. G. (2000). Mechanisms of change in Multisystemic therapy: Reducing delinquent behaviour through therapist adherence and improved family and peer functioning. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *68*, 451-467.
- Hughes, J. L. (1993). Behavior therapy. Ingår i T. R. Kratochwill & R. J. Morris (Red.), Handbook of psychotherapy with children and adolescents. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Jöreskog, K. G. & Sörbom, D. (1993). New features in LISREL 8. Chicago: Scientific Software International.
- Karlberg, M. (2003). Motivera störande barn (Magisteruppsats). Rapport FkC/D0301. Uppsala Universitet: Institutionen för lärarutbildning.
- Kazdin, A. E. (1998). Conduct disorder. Ingår i T. Kratochwill and R. Morris (Red.), The Practice of Child Therapy (3rd ed.) New York: Pergamon Press.
- Kazdin, A. E. (2005). Parent Management Training: Treatment for oppositional, aggressive and antisocial behavior in children and adolescents. New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E., Siegel, T. C. C., & Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *60*, 733-747.
- Kazdin, A. E. & Wassel, G. (1998). Treatment completion and therapeutic change among children referred for outpatient therapy. Professional Psychology: Research and Practice, *29*, 332-340.
- Kling, Å. & Sundell, K. (2006). Komet för föräldrar. En verksamhetsutvärdering av föräldrars deltagande och upplevelse av programmet Komet (FoU-rapport 2006:13). Stockholms stadsledningskontor: FoU-enheten.
- Kratochwill, T. R., & Bergan, J. R. (1990). Behavior consultation and therapy. New York, NY: Plenum Press.
- Kupersmidt, J. B, Coie, J. D, & Dodge, K. A. (1990). The role of poor peer relationships in the development of disorder. Ingår i S. R. Asher & J. D. Coie (Red.), Peer rejection in childhood (s. 309-337). New York: Cambridge University Press.
- Langkjaer, S. (2004). Psykometriska egenskaper hos mätinstrumentet Parent Daily Report. Stockholms universitet: Psykologiska institutionen.
- Lipsey, M. W. & Derzon, J. H. (1998). Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood. Ingår i R. Loeber & D. P. Farrington (Red.), Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Lubrecht, J. (1992). Family Satisfaction Survey. Ingår i K. Kutash & T. R. Rivera, Measures of Satisfaction with Child Mental Health Services. Unpublished manuscript, Florida Mental Health Institute, University of South Florida.
- Lundahl, B. W., Risser, H. J. & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. Clinical Psychology Review, *26*, 86-104.

- Lösel, F. & Beelmann, A. (2003). Effects of child skill training in preventing antisocial behaviour: A systematic review of randomized evaluations. The Annals of the American Academy, 587, 84-109.
- Malmberg, M. & Ingstedt Jarl, B. (2000). Att mäta barns psykiska hälsa. En psykometrisk studie av det kortfattade formuläret SDQ med kompletteringsfrågor. Psykolog-examensuppsats vid Institutionen för psykologi, Uppsala universitet.
- McMahon, R. J., Forehand, R., Griest, D. L. & Wells, K. C. (1981). Who drops out of treatment during parent behavioral training? Behavioral Counseling Quarterly, 1, 79-85.
- McCart, R., Priester, P. E., Davies, W. H. & Azen, R. (2006). Differential effectiveness of Behavioral Parent-Training and Cognitive-Behavioral Therapy for antisocial youth: A meta-analysis. Journal of Abnormal Child Psychology, 34, 525-541.
- Miller, G. E. & Prinz, R. J. (1990). Enhancement of social learning family interventions for childhood conduct disorder. Psychological Bulletin, 110, 291-307.
- Moffitt, T. E. & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. Development and Psychopathology, 13, 355-375.
- Moher, M., Schulz, K. F. & Altman, D. G. for the CONSORT Group (2001). The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials. Lancet, 357, 1191-4.
- Morris, R. J. (1985). Behavior modification with exceptional children: Principles and practices. Glencoe, IL: Scott-Foresman and Company.
- Morris, R. J. & Kratochwill, T. R. (Red.) (1998). The practice of child therapy (3rd ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Morris, R. J. & Morris, Y. P. (2000). Practice guidelines for conducting psychotherapy with children and adolescents. Ingår i G. Stricker, W. G. Troy & S. A. Shueman (Red.), Handbook of quality management in behavioral health (s. 237-264). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Newcomb, A. F., Bukowski, W. M. & Pattee, L. (1993). Childrens' peer relations: A meta-analytic review of popular, rejected, neglected, controversial, and average sociometric status. Psychological Bulletin, 113, 99-128.
- Nylin, A. & Wesslander, E. (2003). Lärbaserade insatser för elever med ADHD/DAMP/ADD-diagnos: en randomiserad studie (FoU-rapport 2003:5). Stockholms socialtjänstförvaltning: FoU-enheten.
- Ogden, T. (1995). Kompetanse i kontekst. En studie av risiko og kompetanse hos 10- og 13-åringer (Rapport 3). Oslo: BVU.
- Ogden, T. (1998). Elevatferd og læringsmiljø. Lärares erfaringer med og syn på elevatferd og læringsmiljø i grunnskolen. Oslo: Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.
- Ogden, T. (1999). Marginalisering eller inkludering? Risikoutsatte barn og unge i Norden - en forskningsoversikt. Oslo, Nordisk Ministerråd.
- Patterson, G. R., Chamberlain, P. & Reid, J. B. (1982). A comparative evaluation of a parent training program. Behavior Therapy, 13, 638-650.

- Patterson, G. R. (1982). Coercive family process. Eugene, OR: Castalia Publishing Company.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). A social learning approach. IV. Antisocial Boys. Eugene, OR: Castalia Publishing Company.
- Patterson, G. R., Dishion, T. J. & Chamberlain, P. (1993). Outcomes and methodological issues relating to treatment of antisocial children. Ingår i T. R. Giles (Red.), Handbook of effective psychotherapy. New York: Plenum Press.
- Petrosino, A. & Soydan, H. (2005). The impact of program developers as evaluators on criminal recidivism: Results from a meta-analysis of experimental and quasi-experimental research. Journal of experimental criminology, 1, 435-450.
- Rubin, D. B. (1987). Multiple imputation for nonresponse in surveys, New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Schafer, J. L. (1997). Analysis of incomplete multivariate data. New York: Chapman and Hall.
- Serketish, W. J. & Dumas, J. E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. Behavior Therapy, 27, 171-186.
- Sherman, L. W., Farrington, D. P., Welsh, B. C. & MacKenzie, D. L. (Red.) (2002). Evidence-based crime prevention. London: Routledge.
- Smedje, H. Broman J. E. & Hetta, J. & von Knorring A. L. (1999). Psychometric properties of a Swedish version of the "Strength and Difficulties Questionnaire". European Child Adolescent Psychiatry, 8, 63-70.
- Skolverket, Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut (2004). Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stage, S. A. & Quiroz, D. R. (1997). A meta-analysis of interventions to decrease disruptive classroom behavior in public education settings. School Psychology Review, 26, 333-368.
- Sundell, K. & Colbiörnsen, M. (1999). De bortvalda barnen. Kamraters betydelse i grundskolans årskurs två (FoU-rapport 1999:10). Stockholms socialtjänstförvaltning: FoU-enheten.
- Taylor, T. K. (1998). A comparison of eclectic treatment with Webster-Stratton's Parent and Children Series in a Children's mental health center: A randomized controlled trial. Behavior Therapy, 29, 221-240.
- Tremblay, R. E. (2000). The development of aggressive behaviour during childhood: What have we learned in the past century? International Journal of Behavioral development, 24, 129-141.
- Tremblay, R. E., Nagin, D. S., Seguin, J. R., Zoccolillo, M., Zelazo, P., Boivin, M., et al. (2004). Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictors. Pediatrics, 114, 43-50.
- Tremblay, R. E., Vitaro, F., Bertrand, L., LeBlanc, M., Beauchesne, H., Boileau, H. & David, H. (1992). Parent and child training to prevent early onset of delinquency. The Montreal longitudinal-experimental study. Ingår i J. McCord & R. E. Tremblay

- (Red.), Parenting antisocial behavior. Interventions from birth through adolescence (s. 151-236). New York: Guilford.
- Webster-Stratton, C. H. (1984). Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 666-678.
- Webster-Stratton, C. H. (1989). Systematic comparison of consumer satisfaction of three cost-effective parent training programs for conduct problem children. Behavior Therapy, 20, 103-115.
- Webster-Stratton, C. H. (1990). Long-term follow-up of families with young conduct problem children. From preschool to grade school. Journal of Clinical Child Psychology, 58, 144-144.
- Webster-Stratton, C. H. (1993). Strategies for helping early school-aged children with oppositional defiant and conduct disorders: The importance of home-school partnerships. School Psychology Review, 22, 437-457.
- Webster-Stratton, C. H. (1996). Early-onset conduct problems: Does gender make a difference? Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 540-551.
- Webster-Stratton, C. H. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66, 715-730.
- Webster-Stratton, C. H. (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. Journal of Clinical Child Psychology, 30, 283-302.
- Wilson, D. B. & Lipsey, M. W. (2001). The role of method in treatment effectiveness research: Evidence from meta-analysis. Psychological methods, 6, 413-429.
- Wilson, S. J., Lipsey, M. W. & Derzon, J. H. (2003). The effects of school-based intervention programs on aggressive behavior: A meta-analysis. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 71, 136-149.
- Wright, C. C. & Sim, J. (2003). Intention to treat approach to data from randomized controlled trials: A sensitivity analysis. Journal of Clinical Epidemiology, 56, 533-842.

BEGREPP SOM ANVÄNTS

Effekt	Sambandet mellan en påverkansfaktor och ett utfall. Vanligen skattas effekten i form av förklarad varians (R^2), effektstorlek (ES), (d) eller oddskvot.
Effektstorlek (ES)	Uppgift om hur stark påverkan en viss insats haft. Effektstorleken beräknas som den genomsnittliga skillnaden i förbättring mellan två grupper (den ena gruppens medelvärde minus den andra gruppens) dividerat med båda gruppernas gemensamma standardavvikelse. Om effektstorleken är 0 finns sålunda ingen skillnad mellan grupperna och därmed finns heller ingen påvisbar effekt av interventionen. En tumregel är att effektstorlekar på .20 är svaga, .50 medelstarka och .80 eller högre starka.
Program	En intervention eller insats som utgår från en manual där olika moment beskrivs relativt detaljerat. Manualen är det främsta sättet att säkra att insatsen genomförs relativt lika och oberoende av vem som utför den.
Operant beteendepsykologi	Går ut på att beteenden som får positiva konsekvenser förstärks och tenderar därmed att upprepas, medan motsatsen gäller för negativa konsekvenser.
Kontingensbaserad	Handlar om att det finns samband mellan beteenden och förhållanden hos t ex andra personer eller i omgivningen som förstärker beteendet.
Likert-skala	En skattningsskala med graderade svarsalternativ, t ex från ”Instämmer helt” till ”Instämmer inte alls”.
Cronbachs alfa	Ett mått på hur väl frågor i ett frågeinstrument hänger ihop och mäter samma område. Bör vara över .70.
n	Antal individer
M	Det aritmetiska medelvärdet
SD	Standardavvikelse: genomsnittlig avvikelse från medelvärdet

Bilaga A. Medelvärden och standardavvikelser (inom parentes) vid förmätning samt efter fyra månader samt statistiska test											
		Väntelista		Komet		Korta Komet		Statistisk testning			
		Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter	df	Tid	df	Tid x typ
Föräldrakompetenser	PPI-sträng disciplin ^z	5,30 (0,50)	5,45 (0,54)	5,29 (0,62)	5,85 (0,53)	5,40 (0,49)	5,79 (0,49)	1,151	84,80****	2,151	8,19***
	PPI-sträng för åldern ^z	5,76 (0,77)	5,88 (0,66)	5,67 (0,92)	6,02 (0,71)	5,86 (0,94)	6,09 (0,73)	1,151	7,64**	2,151	0,61
	PPI-inkonsekvent disciplin ^z	4,60 (0,85)	4,82 (0,59)	4,67 (0,77)	5,03 (0,69)	4,52 (0,87)	4,90 (0,81)	1,151	22,71****	2,151	0,61
	PPI-adekvat disciplin ^z	4,04 (0,92)	4,29 (0,88)	3,72 (0,88)	4,18 (0,72)	3,78 (1,09)	4,13 (0,90)	1,151	22,81****	2,151	0,65
	PPI-positivt föräldraskap ^z	4,16 (0,70)	4,15 (0,56)	3,97 (0,68)	4,44 (0,61)	4,18 (0,85)	4,39 (0,60)	1,151	17,45****	2,151	6,66**
	PPI-tydliga förväntningar ^z	5,30 (1,01)	5,30 (0,97)	5,01 (1,25)	5,64 (1,05)	5,25 (1,22)	5,48 (0,99)	1,151	10,39**	2,151	3,95*
	PPI-tillsyn ^z	5,80 (0,99)	5,64 (0,96)	5,35 (1,21)	5,85 (0,81)	5,73 (1,11)	5,79 (0,93)	1,151	1,34	2,151	3,08*
	PPI totalt ^z	4,99 (0,50)	5,07 (0,37)	4,81 (0,51)	5,29 (0,38)	4,96 (0,57)	5,23 (0,34)	1,151	40,61****	2,151	6,68**
Beteendeproblem	PDR	10,56 (3,91)	10,08 (4,80)	9,46 (3,86)	6,31 (4,18)	9,87 (4,77)	7,74 (3,79)	1,153	38,07****	2,153	5,23**
	ECBI - intensitetsskala	140,23 (29,83)	139,33 (29,29)	137,49 (20,75)	121,96 (27,30)	137,00 (28,09)	126,51 (30,80)	1,152	37,98****	2,152	7,87***
	ECBI - problemskala	16,36 (6,41)	16,43 (6,61)	15,47 (5,00)	10,84 (7,08)	15,24 (6,93)	12,96 (7,20)	1,152	30,72****	2,152	10,60****
Socialt	P-COMP-prosocial ^z	12,55 (4,47)	12,70 (4,58)	12,14 (3,92)	13,18 (3,79)	12,75 (4,15)	13,42 (4,86)	1,152	6,94**	2,152	1,08
	P-COMP-känslomässig ^z	8,15 (4,33)	8,82 (4,87)	6,74 (3,30)	9,07 (4,08)	8,39 (3,54)	9,44 (4,10)	1,152	28,43****	2,152	4,56*
	P-COMP-totalt ^z	20,70 (8,00)	21,53 (8,63)	18,88 (5,99)	22,25 (7,10)	21,14 (6,71)	22,87 (7,87)	1,152	22,14****	2,152	3,40*

^zHöga värden är positivt.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; **** $p < .0001$

Bilaga B. Medelvärden och standardavvikelser (inom parentes) vid för-, efter- resp. och uppföljningsmätning för Komet och korta Komet samt statistiska test											
		Komet			Korta Komet			Statistisk testning			
		Före	Efter	Uppfölj	Före	Efter	Uppfölj	df	Tid	df	Tid x typ
Föräldrakompetenser	PPI-sträng disciplin	5,29 (0,62)	5,85 (0,53)	5,80 (0,52)	5,40 (0,49)	5,79 (0,49)	5,83 (0,46)	2,113	56,45****	2,113	2,35
	PPI-sträng för åldern	5,67 (0,92)	6,02 (0,71)	6,12 (0,65)	5,86 (0,94)	6,09 (0,73)	6,16 (0,68)	2,113	9,09***	2,113	0,34
	PPI-inkonsekvent disciplin	4,67 (0,77)	5,03 (0,69)	5,14 (0,74)	4,52 (0,87)	4,90 (0,81)	4,96 (0,77)	2,113	18,87****	2,113	0,20
	PPI-adekvat disciplin ^z	3,72 (0,88)	4,18 (0,72)	4,29 (0,71)	3,78 (1,09)	4,13 (0,90)	4,20 (0,83)	2,113	17,07****	2,113	0,48
	PPI-positivt föräldraskap ^z	3,97 (0,68)	4,44 (0,61)	4,65 (0,70)	4,18 (0,85)	4,39 (0,60)	4,58 (0,68)	2,113	29,52****	2,113	2,34
	PPI-tydliga förväntningar ^z	5,01 (1,25)	5,64 (1,05)	5,61 (1,00)	5,25 (1,22)	5,48 (0,99)	5,61 (0,91)	2,113	10,74****	2,113	2,25
	PPI-tillsyn ^z	5,35 (1,21)	5,85 (0,81)	5,99 (0,70)	5,73 (1,11)	5,79 (0,93)	6,03 (0,78)	2,113	10,24****	2,113	1,51
	PPI totalt ^z	4,81 (0,51)	5,29 (0,38)	5,37 (0,39)	4,96 (0,57)	5,23 (0,34)	5,34 (0,37)	2,113	45,99****	2,113	2,15
Beteendeprobl.	PDR	9,46 (3,86)	6,31 (4,18)	5,45 (3,70)	9,87 (4,76)	7,74 (3,79)	6,97 (4,15)	2,115	37,78****	2,115	1,17
	ECBI - intensitetsskala	137,49 (20,75)	121,96 (27,30)	118,73 (28,19)	137,00 (28,09)	126,51 (30,80)	119,10 (31,35)	2,114	45,26****	2,114	1,37
	ECBI - problemskala	15,47 (5,00)	10,84 (7,08)	9,10 (6,79)	15,24 (6,93)	12,96 (7,20)	11,35 (7,40)	2,114	46,78****	2,114	3,55*
Socialt	P-COMP-prosocial ^z	12,14 (3,92)	13,18 (3,79)	14,14 (4,06)	12,75 (4,15)	13,42 (4,86)	14,33 (4,81)	2,114	15,48****	2,114	0,33
	P-COMP-känslomässigt ^z	6,74 (3,30)	9,07 (4,08)	10,11 (4,43)	8,39 (3,54)	9,44 (4,10)	10,38 (4,07)	2,114	45,36****	2,114	3,70*
	P-COMP-totalt ^z	18,88 (5,99)	22,25 (7,10)	24,25 (7,57)	21,14 (6,71)	22,87 (7,87)	24,70 (7,96)	2,114	37,30****	2,114	2,04
Metodens trovärdighet		–	8,79 (1,16)	–	–	8,24 (1,56)	–	–	–	1,89	3,56

^zHöga värden är positivt.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; **** $p < .0001$

AKTUELLA RAPPORTER **från FoU-enheten**

2005

2005:1	Knut Sundell Martin Forster	<i>En grund för att växa</i> Forskning om att förebygga beteende- problem hos barn	80 kr
2005:2	Martin Forster Knut Sundell Lennart Melin Richard J. Morris Martin Karlberg	<i>Charlie och Komet.</i> Utvärdering av två lärarprogram för barn med beteende- problem	80 kr
2005:3	Lisa Wallander Jan Blomqvist	<i>Vad styr vårdvalen?</i> En faktoriell survey av faktorer som predicerar val av insats inom socialtjänstens missbruksvård. Delrapport 2 från projektet ”Vem får vilken missbruksvård”	180 kr
2005: 4	Charlotte Mannerfelt	<i>Villkorad Frihet</i> – Om reglering av fristå- ende grundskolor	150 kr
2005:5	Nader Anmadi Eva-Britt Lönnback	<i>Tvärkulturellt Socialt Arbete</i> - av socialarbetare för socialarbetare	150 kr
2005:6	Catrine Kaunitz Cecilia Andrée Löfholm	” <i>Det är nu dom svåra frågorna kommer</i> ” 41 Stockholmsföräldrar om föräldraskap	80 kr
2005:7	Knut Sundell Åsa Kling, Fredrik Livheim Anna Mautner	<i>Komet för föräldrar</i> Vilka föräldrar deltar, vilka är barnen och vad tycker föräldrarna om Komet	80 kr
2005:8	Bassam El-Khoury Knut Sundell	<i>Elevers Normbrytande Beteenden</i> Resultat från 2004 års Stockholms enkät med elever i grundskolans årskurs 9 Och gymnasiets år 2	80 kr
2005:9	Jan Blomqvist Irja Christophs	<i>Vägen till vården</i> Kvinnors och mäns skäl att söka hjälp respektive börja behandling för alkohol- problem	80 kr
2005:10	Veronica Ekström	<i>Individens eget ansvar och samhällets stöd</i> En utvärdering av ”Skärholmsmodellen” vid Jobbcentrum Sydväst	150 kr
2005:11	Charlotte Mannerfelt	<i>Hammarby Sjöstad tillgänglig för alla?</i> Delrapport 5:Bygghasens betydelse	80 kr
2005:12	Martin Forster Martin Karlberg	<i>KOMET</i> En manual för skolpersonal i grundskolans år F till 5	150 kr
2005:13	Martin Forster	<i>KOMET</i> Manual för skolpersonal i grundskolans år 6 till 9	150 kr

2005:14	Lina Collin Bassam El-Khoury Knut Sundell	<i>Elever som mobbar vilka är de?</i>	80 kr
2005:15	Knut Sundell Bassam El-Khoury Josefin Månsson	<i>Elever på vift. Vilka är skolkarna?</i>	80 kr
2005:16	Hjördis Gustafsson	<i>Projekt i fokus. En processutvärdering av projektet "Individen i fokus"</i>	80 kr
2005:17	Bassam El-Khoury Knut Sundell Anna Strandberg	<i>Risikfaktorer för normbrytande beteenden</i> Skillnader mellan flickor och pojkar i tonåren	80 kr
2005:18	Jan Blomqvist Irja Christophs	<i>Kan forskning påverka praktiken?</i> En utvärdering av olika sätt att återföra forskningsresultat inom missbrukarvården	80 kr
2005:19	Birgitta Petrell Jan Blomqvist Thomas Lundqvist	<i>Ut ur dimman</i> En uppföljning av Maria Ungdoms cannabisprogram	125 kr

2006

2006:1	Ollie Puhakka	<i>Missbrukare på Sergels Torg 2005</i>	100 kr
2006:2	Barbro Nordlöf	<i>Mödrahem i Stockholm 1910-1970 (bok)</i>	200 kr
2006:3	Daniel Rauhut	<i>Den besvärliga fattigdomen (bok)</i>	200 kr
2006:4	Knut Sundell, Kjell Hansson, Cecilia André- Löfholm, Tina Olsson, Lars-Henry Gustle & Christina Kadesjö	<i>Multisystematisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem</i> - resultat efter sex månader. (Rapporten beställas från Socialstyrelsens kundtjänst)	
2006:5	Agneta Hugemark	<i>Mellan marknad och politik</i> - om statlig styrning av marknaden för personlig assistans	100 kr
2006:6	Veronica Ekström	<i>Kompetensutvecklingsbehov för Ekonomiskt bistånd och Arbetsmarknadsverksamheter</i> – en utvärdering av projektet Profilen	100 kr
2006:7	Anders Ekstrand	<i>Hur mår Stockholms ungdomar?</i> - en studie av risk- och skyddsfaktors betydelse för psykisk ohälsa	100 kr
2006:8	Hjördis Gustafsson	<i>Klienten och handläggaren som individer</i> - utvärdering av projektet "Individen i fokus" Del 2	100 kr
2006:9	Daniel Rauhut Svante Lingärde Nina Alander Under medverkan av Carolin Holm	<i>Om barnfattigdom - ansvar, insatser och orsaker (bok)</i>	200 kr
2006:10	Nina Alander	<i>Bedrägeri och andra brott inom socialtjänsten i samband med ekonomiskt bistånd (bok)</i>	200 kr
2006:11	Hjördis Gustafsson	<i>När jobben inte finns.</i> Beskrivning av projekt för arbetslösa ungdomar i sex tadsdelsområden i Stockholm	100 kr

2006:12	Gustaf Blomberg Veronica Ekström Daniel Rauhut	<i>Bidrag och motprestation.</i> En uppföljning av arbetet med arbetslösa socialbidragstagare i sex stadsdelsområden i Stockholms stad (bok)	200 kr
2006:13	Åsa Kling Knut Sundell	<i>Komet för föräldrar</i> – en verksamhetsutvärdering av föräldrars deltagande och upplevelse av programmet Komet	100 kr

U-serien från 2006

Nr 1	Anette Manoti	<i>Att arbeta som kontaktsekreterare</i> - erfarenheter från kontaktsekreterare i Stockholms stad.	100 kr
Nr 2	Pia Hallin	<i>Myndighetens ansikte</i> – om socialarbetare i myndighetsrollen. DVD-film inklusive diskussionsunderlag. (Rabbaterat pris för enheter inom Stockholm Stad)	900 kr (600 kr)
Nr 3	Karin Zachrisson	<i>Att arbeta som boudredare i Stockholms stad</i> - om förhållningssätt och bemötande	100 kr

U-serien från 2007

Nr 4	Eva-Britt Lönnback Anette Manoti	<i>Med forskande ögon på tvärkulturellt socialt arbete</i> – en studiehandledning	100 kr
Nr 5	Irja Christophs Francesca Östberg	<i>En beskrivning av Projektet Teamet</i> - en tillfälling hemmaplanslösning	100 kr

2007

2007:1	Daniel Rauhut (red.)	<i>Vägen till Sverige</i> – om Stockholms stads Integrationsarbete (bok)	200 kr
2007:2	Daniel Rauhut (red.)	<i>Vägen till arbete</i> – om Stockholms stads Arbete med olika grupper av arbetslösa social-Bidragstagare (bok)	200 kr
2007:3	Carolin Holm Svante Lingärde	<i>Vägen tillbaka</i> – om socialtjänsten, Försäkringskassan och de långtidssjukskrivna (bok)	200 kr
2007:4	Knut Sudell Johan Klint Maria Colbiörnsen	<i>Normbrott och psykisk ohälsa bland flickor och pojkar i årskurs 7 och 9</i>	100 kr

FoU-rapporter beställs från
FoU-enheten, Stockholm stad e-post: fou.rapporter@usk.stockholm.se
fax: 08-508 35 900, tel: 08- 508 35 851

