



**Karolinska
Institutet**

Institutionen för klinisk neurovetenskap

Psykologprogrammet, termin 9–10

Huvudämne: Psykologi

Examensarbete i psykologi (2PS026), 30 poäng

Vårterminen 2020

Kunskap, slutförande och nöjdhet efter STRATEGI Jämförelse av föräldrar med respektive utan ADHD eller ADHD- symtom

Jessica Sund & Andrea Wessling

Handledare: Docent, leg Psykolog, specialist i neuropsykologi Tatja Hirvikoski, KIND/Center for Neurodevelopmental Disorders at Karolinska Institutet

Biträdande handledare: Doktorand, leg Psykolog Therese Lindström, KIND/Center for Neurodevelopmental Disorders at Karolinska Institutet.

Examinator: Professor Bo Melin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet

Institutionen för klinisk neurovetenskap

Psykologprogrammet, termin 9–10

Huvudämne: Psykologi

Examensarbete i psykologi (2PS026), 30 poäng

Vårterminen 2020

Kunskap, slutförande och nöjdhet efter STRATEGI

Jämförelse av föräldrar med respektive utan ADHD eller ADHD-symtom

Sammanfattning/Abstract

Tidigare studier visar att ADHD-symtom hos föräldern reducerar effekten av föräldrainterventioner. STRATEGI är en fem veckor lång manualbaserad föräldrakurs, riktad till föräldrar som har barn med ADHD, som ges vid ADHD-center i Stockholm. Denna uppsats är en mellangruppsjämförelse med för- och eftermätning. Deltagarna var 565 föräldrar till barn med ADHD som deltog i STRATEGI mellan 2017–2019. 112 deltagare hade självrapporterad ADHD eller ADHD-symtom enligt *Adult ADHD Self-Report Scale* (ASRS) och 453 deltagare hade varken ADHD eller ADHD-symtom. Utfallsmåtten bestod av ett kunskapstest om ADHD (effekt), registrerad närvaro (slutförande) och kursutvärderingar (nöjdhet). Uppsatsens hypotes var att föräldrar med egen ADHD eller ADHD-symtom skulle tillägna sig mindre kunskap, slutföra STRATEGI i mindre utsträckning och vara mindre nöjda med kursen än föräldrar utan ADHD och ADHD-symtom. Uppsatsens resultat stödjer inte hypoteserna. Tillägnad kunskap, slutförande och nöjdhet var på samma nivå för båda grupper. Resultatet tyder på att föräldrar med ADHD eller ADHD-symtom som har förmåga och motivation att påbörja och genomföra en föräldrautbildning som STRATEGI kan ha lika mycket nytta av föräldrautbildningar och vara lika nöjda med dem som föräldrar utan ADHD och ADHD-symtom.

Nyckelord: ADHD, föräldrar, föräldrautbildning, psykoedukation, STRATEGI

Previous studies have shown that parental ADHD-symptoms reduce the effect of parent training. STRATEGI is a five week long manual based parent training course for parents of children with ADHD, at ADHD-center in Stockholm, Sweden. This thesis is a between group comparison with pre- and post-measurements. The participants were 565 parents of children with ADHD who attended STRATEGI between the years of 2017-2019. 112 participants had self-reported ADHD or ADHD-symptoms according to the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) and 453 participants had neither ADHD or ADHD-symptoms. The outcome measures were a knowledge quiz about ADHD (effect), registered attendance (completion) and course evaluations (satisfaction). The thesis' hypotheses were that parents with ADHD or ADHD-symptoms would acquire less knowledge, would complete STRATEGI to a lesser extent and would be less satisfied with the course than parents without ADHD and ADHD-symptoms. The results did not support the hypotheses. Acquired knowledge, attendance and satisfaction was equal in both groups. The results indicate that parents with ADHD or ADHD-symptoms that have the ability and motivation to initiate and complete a parent training program such as STRATEGI might have as much use of the parent training program and might be equally satisfied with it as parents without ADHD and ADHD-symptoms.

Keywords: ADHD, parents, parent training, psychoeducation, STRATEGI

Kunskap, slutförande och nöjdhet efter STRATEGI Jämförelse av föräldrar med respektive utan ADHD eller ADHD-symtom

Jessica Sund & Andrea Wessling

Att vara förälder till ett barn med ADHD medför många positiva upplevelser men kan också innebära stora utmaningar (Johnston & Mash, 2001). Föräldrautbildningar är en vanlig insats för att hjälpa familjer där ett eller flera barn har ADHD. I Sverige används bland annat föräldrautbildningen STRATEGI, som syftar till att öka föräldrars kunskap om ADHD och ge möjlighet för föräldrar att diskutera sina erfarenheter med andra föräldrar (Hellström, 2011; Socialstyrelsen, 2014). Detta kan i sin tur ha flera positiva sekundära effekter på till exempel familjens fungerande och mående. ADHD är till stor del ärftligt (Faraone & Doyle, 2001) och tidigare studier har visat att höga nivåer av ADHD-symtom hos föräldern kan reducera effekten av föräldrautbildningar (Chronis-Tuscano et al., 2011; Evans, Vallano, & Pelham, 1994). Denna uppsats undersöker därför om föräldrar som själva har ADHD eller ADHD-symtom tillägnat sig lika mycket kunskap om ADHD under föräldrautbildningen STRATEGI, om de slutför kursen i lika stor utsträckning och om de är lika nöjda med kursen som föräldrar utan ADHD och ADHD-symtom.

ADHD, symtom och funktionsnedsättning hos barn och vuxna

Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) är en vanligt förekommande neuropsykiatrisk diagnos. ADHD är till stor del ärftligt (Faraone & Doyle, 2001) och symtomen upptäcks ofta i barndomen (Giacobini et al., 2018). För barn i Sverige uppskattas prevalensen till 3–5% (Giacobini et al., 2018). För en del personer med ADHD kvarstår symtomen i vuxen ålder (Biederman et al., 2006). Hos vuxna estimeras prevalensen internationellt till 2.5–5% (Faraone & Biederman, 2005; Fayyad et al., 2017).

Kardinalsymtomen vid ADHD är ett varaktigt mönster av bristande uppmärksamhet och/eller hyperaktivitet och impulsivitet som inverkar negativt på funktionsförmåga eller utveckling. Det finns tre specificerade former av ADHD. Dessa är kombinerad form, huvudsakligen ouppmärksam form och huvudsakligen hyperaktiv-impulsiv form. Vid kombinerad form utgörs symtomen av både ouppmärksamhet, hyperaktivitet och impulsivitet. Vid huvudsakligen ouppmärksam form och huvudsakligen hyperaktiv-impulsiv form utgörs symtomen framförallt av antingen ouppmärksamhet eller hyperaktivitet och impulsivitet men ofta finns symtom inom båda domänerna. ADHD är förknippat med exekutiva dysfunktioner och nedsatt funktionsförmåga i vardagen (American Psychiatric Association, 2013) inom flera olika livsområden, till exempel sociala relationer (Abikoff et al., 2004), skola (Biederman et al., 2004) och arbete (Mannuzza & Klein, 2000) under hela livet (Weiss et al., 2000; Wender, 2001). Barn och ungdomar med ADHD har exempelvis i större utsträckning kamratproblem än barn och ungdomar utan ADHD (Sjöwall, 2014) och ungdomar med ADHD har lägre sannolikhet att ta gymnasieexamen (Wilens & Dodson, 2004) och att studera vidare efter gymnasiet (Gjervan et al., 2012; Kuriyan et al., 2013). Vuxna med ADHD är i mindre utsträckning heltidsanställda och i större utsträckning arbetssökande jämfört med vuxna utan ADHD (Biederman et al., 2006; Gjervan et al., 2012; Halmøy et al., 2009; Torgersen, Gjervan, & Rasmussen, 2006). Psykiatrisk samsjuklighet är vanligt vid ADHD hos både barn (Gumus, Memik, & Agaoglu, 2015; Melegari et al., 2018) och vuxna (Ahnemark et al., 2018; Faraone et al., 2000; Wilens & Dodson, 2004)

och mer än hälften av alla personer med ADHD har en eller flera komorbida psykiatriska diagnoser (Polyzoi et al., 2018).

ADHD är associerat med flera typer av stigma, bland annat *courtesy stigma* och anhörigstigma (*affiliate stigma*) (Mikami et al., 2015). *Courtesy stigma* riktas mot personer som har anknytning till en annan person med psykisk ohälsa. När det gäller föräldrar till barn med ADHD är det till exempel vanligt att andra vuxna har negativa tankar om föräldrarnas föräldraskap. Anhörigstigma uppstår när föräldern internaliserar detta stigma (Mikami et al., 2015) och kan leda till skam, social isolering (Dosreis et al., 2010; Koro-Ljungberg & Bussing, 2009) och negativa interaktioner mellan förälder och barn (Mikami et al., 2015). Anhörigstigma är dessutom associerat med sämre sociala färdigheter hos barnet (Mikami et al., 2015).

Interventioner vid ADHD hos barn

Eftersom ADHD debuterar, ofta upptäcks och har en stor påverkan på vardagslivet hos barn och tonåringar (Biederman et al., 2006) fokuserar många interventioner på att hjälpa just barn och tonåringar (SBU, 2013). För barn med ADHD kan flera typer av interventioner erbjudas, till exempel farmakologisk behandling, psykoterapi, klassrumsbaserade interventioner och föräldrainterventioner (SBU, 2013). Farmakologisk behandling med centralstimulantia är en vanlig intervention och rekommenderas som en del av en multimodal behandling (Läkemedelsverket, 2016; National Institute of Health and Care Excellence, 2019). Farmakologisk behandling förbättrar ADHD-symtom på kort sikt men många barn upplever att en del symtom kvarstår trots farmakologiska insatser med centralstimulantia, så kallade restsymtom (Nytell & Backman, 2014; Socialstyrelsen, 2014). Psykoterapi för barn med ADHD kan inkludera flera olika komponenter, exempelvis social färdighetsträning och problemlösning. Psykoterapi för barn med ADHD har begränsat vetenskapligt stöd (Tarver, Daley, & Sayal, 2014). Klassrumsbaserade interventioner inkluderar bland annat att lära ut och uppmuntra användande av teckenekonomi och att anpassa skolarbetet till barnets förutsättningar (Dupaul, Weyandt, & Janusis, 2011; Nytell & Backman, 2014). Klassrumsbaserade interventioner har positiv effekt på barnets beteende men bör kombineras med interventioner i barnets hemmiljö, till exempel föräldrainterventioner (Chronis, Jones, & Raggi, 2006).

Föräldrainterventioner kan delas in i interventioner som syftar till att lära ut specifika föräldrafärdigheter, så kallade föräldraträningsprogram, respektive interventioner som syftar till att öka föräldrarnas kunskap om diagnosen, så kallade föräldrautbildningsprogram. Föräldraträningsprogram syftar till att öka effektiviteten i föräldrarnas uppfostringsmetoder, lära ut konkreta föräldrastrategier och förbättra relationen mellan föräldrar och barn för att på så sätt reducera barnets problembeteenden. Dessa program har god evidens (Läkemedelsverket, 2016) och positiva effekter på bland annat mängden problembeteenden hos barnet och föräldrars användning av både positiva och negativa föräldrastrategier (Furlong et al., 2012).

Föräldrautbildningsprogram syftar till att öka föräldrars och närståendes kunskap om ADHD och att anpassa barnets miljö för att underlätta för barnet och familjen, framförallt vad gäller strukturering, stöd från föräldrarna och en minskning av störande stimuli. Föräldrautbildningsprogram ska innehålla information om ADHD och de särskilda behov som diagnosen kan innebära (SBU, 2013), information om samhällets stödinsatser, möjlighet för föräldrar att diskutera hur diagnosen påverkar dem och uppmuntra till deltagande i stödgrupper (National Institute of Health and Care Excellence, 2019; Socialstyrelsen, 2014). Föräldrautbildningsprogram ges ofta i grupp och har visst stöd i forskning (Montoya, Colom, & Ferrin, 2011). Dessa program har en positiv effekt på flera utfallsmått kopplade till barnets

fungerande (Ferrin et al., 2014). De kan exempelvis öka barnets följsamhet till läkemedel, minska antalet konflikter mellan barn och föräldrar samt minska externaliserande beteenden. Föräldrautbildningsprogram påverkar även föräldrars förmåga att hantera ADHD-relaterade problem och föräldrar rapporterar att de har fått bättre föräldraförmågor efter sådana program (McCleary & Ridley, 1999).

Att föräldrar deltar i gruppinterventioner och tar del av andra föräldrars erfarenheter kan minska anhörigstigmat kring ADHD. Anhöriga till barn med ADHD som upplever hög nivå av anhörigstigma kan gynnas av att interagera med anhöriga till barn med ADHD som upplever låg nivå av anhörigstigma. När de interagerar med varandra kan de skapa en gemensam förståelse och socialt stöd som har potential att minska anhörigstigma (Wan et al., 2016). Kunskap om ADHD kan också hjälpa anhöriga att stå emot stigma från omgivningen (Mueller et al., 2012). När föräldrar till barn med ADHD har kunskap om ADHD ökar det också föräldrarnas positiva attityder om ADHD. Dessa positiva attityder kan, i kombination med minskat anhörigstigma, öka sannolikheten att föräldrar söker ytterligare hjälp för barnets ADHD (Taylor & Antshel, 2019).

STRATEGI, ett föräldrautbildningsprogram för föräldrar till barn med ADHD

Ett föräldrautbildningsprogram som används i Sverige är STRATEGI, nedan kallad kursen. I Stockholm ges kursen vid ADHD-center. Kursen ges i grupp och erbjuds till föräldrar som första insats i anslutning till att deras barn har fått en ADHD-diagnos. Strategierna som ingår i kursen baseras på föräldrainterventionerna COPE (Cunningham, Bremner, & Boyle, 1995), *Defiant Children* (Barkley, 1987), *De otroliga åren* (Webster-Stratton, 2011) *Triple P* (Sanders, 1999) och KOMET (Kling et al., 2010). Dessa program syftar alla till att minska generella problembeteenden hos barn och att förbättra relationen mellan förälder och barn. STRATEGI är en anpassning av dessa program med ökat fokus på ADHD hos barnet (Hellström, 2011).

Målen med kursen är att öka föräldrars kunskaper om ADHD, stärka föräldrarollen, ge redskap som kan underlätta vardagen, lära ut strategier för att uppmuntra barnets positiva beteenden och förebygga och hantera problembeteenden samt att ge information om de stödsatser samhället erbjuder. Kursen består av fem kurstillfällen som är tre timmar långa. Temat för de olika kurstillfällena är 1) värt att veta om ADHD, 2) ADHD i familjen, 3) så hjälper du ditt barn att fungera bättre i vardagen, 4) så kan du förebygga och hantera konflikter och 5) samhällets stöd (Hellström, 2011). STRATEGI är uppdelad i två olika kurser, en för föräldrar till barn med ADHD kombinerad form och en annan för föräldrar till barn med ADHD huvudsakligen ouppmärksam form. Dessa kurser är också uppdelade efter barnets ålder, en för föräldrar till barn i åldern 3–12 år och en annan för föräldrar till tonåringar i åldern 13–17 år, således ges kursen i fyra olika versioner (Hellström, 2011). Kurserna följer samma struktur och presenterar samma information men fokuserar mer eller mindre på olika symtom och områden.

Flera aspekter av STRATEGI har utvärderats i tidigare verksamhetsutvärderingar. STRATEGI utvärderades vid ADHD-center i Stockholm mellan 2012–2013 och visades då kunna minska barnets symtom på hyperaktivitet och impulsivitet. Vad gäller barnets symtom på ouppmärksamhet skattade föräldrarna symtomen som mer frekventa precis efter avslutad kurs jämfört med innan kursen startade men som allra lägst vid uppföljningsmätningen. Verksamhetsutvärderingen omfattade även andra aspekter av STRATEGI, till exempel föräldraförmåga, hur barnet beter sig hemma och barnets externaliserande beteenden men såg inga signifikanta effekter på dessa (Nytell & Backman, 2014). Svanborg et al. (2009) fann att STRATEGI sannolikt ökar följsamhet av farmakologisk behandling och att majoriteten av föräldrarna uppskattade att få ökad kunskap om ADHD-symtom och adaptiva sätt att hantera

barnets problembeteenden. I en kvalitativ studie uppgav deltagarna ett flertal positiva effekter av att ha genomfört kursen STRATEGI. Föräldrarna upplevde bland annat att de fått ökad kunskap om ADHD, lägre stressnivå i vardagen och mer lösningsfokuserad kommunikation (Engström, 2015). Däremot har ingen tidigare studie undersökt tillägnad grad av kunskap med ett objektivi mått, inte heller grad av slutförande och grad av nöjdhet med kursen STRATEGI.

Föräldraskap och ADHD

ADHD påverkar tillvaron för familjer där ett barn och/eller en förälder uppfyller kriterier för diagnosen. Trots allt det positiva i föräldraskap är det även en utmaning att vara förälder till ett barn med ADHD - oavsett om föräldern har egen ADHD eller inte. Föräldrar till barn med ADHD upplever till exempel högre grad av föräldrastress än föräldrar till barn utan ADHD (Johnston & Mash, 2001). För föräldrar med egen ADHD kan föräldraskapet vara en stor utmaning även när barnet inte har ADHD. Många föräldrar med egen ADHD upplever till exempel högre grad av föräldrastress och har svårare att lära sig att använda nya föräldrafärdigheter än föräldrar utan egen ADHD (Antshel & Barkley, 2008; Johnston et al., 2012; Lowry, Schatz, & Fabiano, 2018; Ninowski, Mash, & Benzies, 2007; Theule et al., 2011; Weiss et al., 2000). Föräldrar med ADHD använder även mer frekvent ineffektiva och inkonsekventa föräldrastategier (Babinski et al., 2016; Chronis-Tuscano et al., 2008; Johnston et al., 2012; Karbalaei Sabagh et al., 2016) och mindre frekvent positiv förstärkning än föräldrar utan ADHD (Chen & Johnston, 2007).

Eftersom ADHD är ärftligt är det vanligt med familjer där både förälder och barn har diagnosen (Cheung & Theule, 2016; Faraone et al., 1996; Faraone & Doyle, 2001) och det är särskilt utmanande att vara förälder till ett barn med ADHD för föräldrar med egen ADHD (Moroney et al., 2017). Barnets ADHD kan påverkas av föräldrarnas ADHD-symtom på flera olika sätt. För det första korrelerar ADHD-symtom hos föräldern med sämre psykosocial funktion hos barnet och högre grad av ADHD-symtom hos barnet (Agha et al., 2013; Breaux, Brown, & Harvey, 2017; Minde et al., 2003; Moroney et al., 2017). För det andra är ADHD-symtom hos föräldern en risk för att barn med ADHD får sämre tillgång till de stödinsatser barnet behöver (Chronis et al., 2004). För det tredje kan symtombilden för barn med ADHD försvåras av andra faktorer inom familjen som korrelerar med ADHD, som psykisk ohälsa hos föräldern, bristande föräldraskap och en dysfunktionell familjesituation (Chronis et al., 2007; Deault, 2010; Johnston & Mash, 2001).

Hur föräldrarnas ADHD-symtom påverkar effekten av föräldrainsatser

Flera studier har undersökt hur ADHD-symtom hos föräldern påverkar effekten av föräldrainsatser. En del studier har funnit att ADHD-symtom hos föräldern reducerar effekten (Chronis-Tuscano et al., 2011; Evans et al., 1994). Andra studier har funnit att föräldrarnas ADHD-symtom inte påverkar effekten av föräldrainsatser (Forehand et al., 2017; van den Hoofdakker et al., 2010). Det finns flera förklaringar till varför ADHD-symtom skulle kunna reducera effekten av föräldrainsatser. För det första är olika typer av funktionsnedsättningar eller psykisk ohälsa hos föräldern, således även ADHD, associerad med högre risk för avhopp i behandling (Chronis et al., 2004). För det andra kan föräldrar med ADHD uppleva det svårt att följa behandlingsplanen och att hålla fokus under kurstillfällena på grund av de uppmärksamhetsvärigheter som ADHD innebär (Chronis et al., 2004). För det tredje kan föräldrar med ADHD som upplever exekutiva svårigheter ha svårt att implementera de strategier föräldrainsatserna lär ut, till exempel teckenekonomi, strategier för att hantera

barnets känsloutbrott och att hålla rutiner (Wang, Mazursky-Horowitz, & Chronis-Tuscano, 2014). För det fjärde kan föräldrar med ADHD-symtom i form av impulsivitet ha svårt att minska negativa föräldrabetenden och inhibera negativa reaktioner vilket gör det svårt att använda de strategier de lärt sig under föräldrainserventionen (Chronis-Tuscano et al., 2011). Mot bakgrund av denna forskning är det intressant att undersöka om effekten av STRATEGI skiljer sig mellan föräldrar med respektive utan egen ADHD eller egna ADHD-symtom.

Syfte, frågeställningar och hypoteser

Eftersom många föräldrar som deltar i kursen STRATEGI kan antas ha ADHD eller ADHD-symtom och tidigare forskning indikerar att föräldrar med ADHD eller ADHD-symtom drar mindre fördel av föräldrainserventioner är det högst relevant att undersöka huruvida föräldrar till barn med ADHD som har egen ADHD eller ADHD-symtom får samma effekt av kursen STRATEGI som föräldrar utan ADHD och ADHD-symtom. Uppsatsens syfte är därför att med hjälp av formulär från föräldrar som deltagit i STRATEGI från 2017–2019, undersöka om ADHD eller ADHD-symtom hos föräldern påverkar tillägnad grad av kunskap, slutförande och nöjdhet med kursen. Uppsatsen har således tre frågeställningar:

1. Tillägnar sig föräldrar med ADHD eller ADHD-symtom lika mycket kunskap om ADHD som föräldrar utan ADHD och ADHD-symtom under kursen?
2. Slutför föräldrar med ADHD eller ADHD-symtom kursen i lika stor utsträckning som föräldrar utan ADHD och ADHD-symtom?
3. Är föräldrar med ADHD eller ADHD-symtom lika nöjda med kursen som föräldrar utan ADHD och ADHD-symtom?

Uppsatsens hypotes är att föräldrar med ADHD eller ADHD-symtom tillägnar sig kunskap om ADHD och slutför kursen i mindre utsträckning än föräldrar utan ADHD och ADHD-symtom samt att de är mindre nöjda med kursen än föräldrar utan ADHD och ADHD-symtom.

Metod

Sammanhang och tidsperiod

Deltagarna rekryterades vid ADHD-center, Habilitering & Hälsa i Stockholm Läns Sjukvårdsområde (SLSO), Region Stockholm, under åren 2017–2019. Deltagarna fick ingen kompensation för sitt deltagande. Uppsatsen har godkänts av regionala etikprövningsnämnden i Stockholm, diarienummer 2017/575–31/5.

Rekrytering

Deltagarna i uppsatsen var föräldrar till barn och tonåringar med ADHD i åldern 3–17 år. Eftersom uppsatsen rekryterade föräldrar till barn som redan var inskrivna vid ADHD-center och föräldrarna skulle gått kursen oavsett, var undersökningsgruppen ett bekvämlighetsurval. Dattainsamlingen pågick under cirka tre års tid vid den ordinarie verksamheten. Under de första terminerna var deltagandet i uppsatsen relativt lågt och urvalet riskerade att inte bli tillräckligt representativt. För att öka andelen kursdeltagare som deltog i uppsatsen justerades rekryteringsförfarandet under dattainsamlingens gång. Deltagarna rekryterades enligt tre olika förfaranden beroende på när de rekryterades, se figur 1.

Vårtermin 2017 till hösttermin 2017

Föräldrarna som rekryterades var från början föräldrar till barn i åldern 4–17 år vilket senare ändrades, se hösttermin 2018 till hösttermin 2019. Föräldrarna fick information och erbjudande om att delta under ADHD-centers välkomsträffar, i folder, i kursprogram, på hemsida, på lärplattformen Ping Pong där kursanmälan gjordes och i informationsmail som deltagarna fick två veckor innan kursstart. Föräldrar som ville delta ombads komma 45 minuter innan första kurstillfället för att få mer information. Deltagarna lämnade informerat samtycke efter att ha mottagit muntlig information och fått möjlighet att ställa frågor vid första kurstillfället. Under denna period rekryterades 102 deltagare.

Vårtermin 2018

Rekryteringen följde samma förfarande som tidigare med ett par förändringar. Föräldrar som ville delta ombads fylla i samtliga formulär utom *ADHD 20 Questions* på internet och inkomma 30 minuter innan första kurstillfället för att få mer information. När deltagarna fyllde i formulär på internet fick de även ta del av en förinspelad informationsfilm. Deltagarna lämnade först informerat samtycke på internet, erbjöds att ställa frågor och få ytterligare information via mejl och lämnade sedan sitt informerade skriftliga samtycke vid första kurstillfället, då de fick muntlig information och möjlighet att ställa frågor igen. Under denna period rekryterades 105 deltagare.

Hösttermin 2018 till hösttermin 2019

Rekryteringen följde samma förfarande som tidigare med följande förändringar: 2018 skedde en förändring i ADHD-centers uppdrag till att innefatta barn från tre års ålder. Inklusionskriterierna anpassades därför till att innefatta föräldrar till barn 3–17 år. Alla föräldrar som valde att anmäla sig till någon av tio utvalda kursomgångar rekryterades vilket framgick för deltagarna vid anmälan i Ping Pong och i ADHD-centers kurskatalog. Alla föräldrar som valde att anmäla sig till någon av dessa kursomgångar och i samband med kursstart lämnade informerat samtycke inkluderades. Föräldrar som inte ville delta hade möjlighet att välja att delta i andra kursomgångar. Deltagarna fick muntlig information, möjlighet att ställa frågor och lämnade sitt informerade samtycke vid det första kurstillfället. Under denna period rekryterades 385 deltagare.

Deltagare

Totalt rekryterades 592 deltagare. Inga deltagare exkluderades. 536 (90.54%) deltagare bodde i Stockholms Län, 11 (1.86%) deltagare bodde i andra län och 45 (7.60%) deltagare angav inte vilket län de bodde i. För övriga demografiska data gällande deltagarna se tabell 1 och för demografiska data gällande deltagarnas barn se tabell 2. Från förmätning till eftermätning påbörjade ett mindre antal deltagare ur båda grupper behandling med ADHD-läkemedel, övrig psykofarmaka, psykologisk behandling och/eller någon annan psykosocial insats. För att skydda enskilda deltagares integritet anges inte antal och procentsats då de var så få. Vid kännedom om allvarliga psykiatriska tillstånd hanterades deltagaren enligt klinisk bedömning.

Gruppindelning

Uppsatsens design var öppen: alla deltagare allokerades till intervention direkt efter förmätning. Data från deltagarna delades i samband med analyserna in i två grupper utifrån förekomst av ADHD-diagnos och/eller ADHD-symtom. Deltagare utan självrapporterad diagnos

och < 4 poäng på screeningdelen i *Adult ADHD Self-Report Scale* (ASRS, se psykometriska test och frågeformulär), inkluderades i gruppen utan ADHD och ADHD-symtom och deltagare med självrapporterad ADHD-diagnos och/eller ≥ 4 poäng på ASRS screeningdel inkluderades i gruppen ADHD eller ADHD-symtom, se Figur 1. I gruppen utan ADHD och ADHD-symtom ingick 453 deltagare och i gruppen med ADHD eller ADHD-symtom ingick 112 deltagare. 27 deltagare saknade svar på en eller fler frågor av ASRS screeningdel och saknade också information om egen ADHD-diagnos och kunde därför inte inkluderas i någon grupp. Dessa deltagare exkluderades från analyserna, se figur 1.

Tabell 1

Medelvärde och standardavvikelse för deltagarnas poäng på helskaleversionen av ASRS och ålder samt antal deltagare och procentandel för demografiska variabler

Demografisk variabel	Utan ADHD och ADHD-symtom (n = 453)	ADHD eller ADHD-symtom (n = 112)	Totalt (n = 565)
	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Poäng på ASRS (n = 542) ^{a**}	21.15 (10.10)	41.36 (9.49)	25.29 (12.89)
Ålder (n = 559) ^a	43.44 (6.69)	42.64 (6.36)	43.28 (6.62)
	n (%)	n (%)	n (%)
Könsidentitet (n = 557) ^a			
Kvinna	283 (63.31)	62 (56.36)	345 (61.94)
Man	164 (36.69)	47 (42.37)	211 (37.88)
Annan könsidentitet		Ej tillämpligt ^b	Ej tillämpligt ^b
Utbildning (n = 554) ^{a**}			
Grundskola	9 (2.02)	5 (4.59)	14 (2.53)
Gymnasieexamen	187 (42.02)	46 (42.20)	233 (42.06)
Examen från universitet	234 (52.58)	48 (44.04)	282 (50.90)
Annan utbildning	15 (3.37)	10 (9.17)	25 (4.51)
Sysselsättning (n = 554) ^{a**}			
Heltid	352 (79.10)	63 (57.80)	415 (74.91)
Deltid	54 (12.13)	21 (19.27)	75 (13.54)
Arbetsökande	6 (1.35)	5 (4.59)	11 (1.99)
Sjukskriven	15 (3.37)	9 (8.26)	24 (4.33)
Annat	23 (5.17)	15 (13.76)	38 (6.86)
Modersmål (n = 548) ^a			
Svenska	379 (86.33)	91 (83.49)	470 (85.77)
Psykiatriska diagnoser (n = 554) ^a			
Utan ADHD ^{**}	428 (95.96)	72 (66.67)	500 (90.25)
ADHD kombinerad form ^{**}		13 (12.04)	13 (2.35)
ADHD annan form ^{**}		9 (8.33)	9 (1.62)
Annat ^{**}	18 (4.04)	17 (15.75)	35 (6.32)
Psykofarmaka (n = 547) ^{a**}			
Inga psykofarmaka	379 (85.55)	76 (73.08)	455 (83.18)
ADHD-läkemedel		9 (8.65)	9 (1.65)
Övrig psykofarmaka	64 (14.45)	23 (22.15)	87 (15.91)

^a n anger antal deltagare som besvarat frågan.

^b För att skydda enskilda deltagares integritet har "ej tillämpligt" angivits i celler med färre än 5 deltagare eller där antalet deltagare går att härleda.

* Anger signifikant skillnad mellan grupperna, $p < .05$.

** Anger signifikant skillnad mellan grupperna, $p < .001$.

Tabell 2

Antal och procentandel för demografiska variabler gällande deltagarnas barn. Data rapporteras baserat på föräldrarnas gruppstillhörighet.

Demografisk variabel	Utan ADHD och ADHD-symtom (<i>n</i> = 453)	ADHD eller ADHD-symtom (<i>n</i> = 112)	Totalt (<i>n</i> = 565)
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)
Ålder (<i>n</i> = 555) ^a	10.55 (2.85)	9.93 (2.89)	10.43 (2.87)
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Könsidentitet (<i>n</i> = 560) ^a			
Flicka	134 (29.84)	35 (31.53)	169 (30.18)
Pojke	313 (69.71)	74 (66.67)	387 (69.11)
Annan könsidentitet	Ej tillämpligt ^b	Ej tillämpligt ^b	Ej tillämpligt ^b
ADHD-diagnos (<i>n</i> = 547) ^{ac}			
ADHD kombinerad form	275 (62.36)	63 (59.43)	338 (61.79)
ADHD ouppmärksam form	90 (20.41)	22 (20.75)	112 (20.48)
ADHD hyperaktiv/impulsiv form	25 (5.67)	13 (12.26)	38 (6.95)
ADHD ospecificerad form	51 (11.56)	8 (7.55)	59 (10.79)
Övrig psykiatrisk diagnos (<i>n</i> = 555) ^a			
Autismspektrumtillstånd	10 (2.25)	Ej tillämpligt ^b	Ej tillämpligt ^b
Annat	46 (10.36)	18 (16.22)	64 (11.53)
ADHD-läkemedel (<i>n</i> = 561) ^a			
Nej	231 (51.33)	65 (58.56)	296 (52.76)
Ja	219 (48.66)	46 (41.44)	265 (47.24)
Övriga psykosociala insatser (<i>n</i> = 559) ^a			
Nej	211 (46.99)	50 (45.45)	261 (46.69)
Ja	238 (53.01)	60 (54.55)	298 (53.31)

^a *n* anger antal deltagare som besvarat frågan.

^b För att skydda enskilda deltagares integritet har "ej tillämpligt" angivits i celler med färre än 5 deltagare eller där antalet deltagare går att härleda.

^c Alla barn måste ha en ADHD-diagnos eftersom de är inskrivna på ADHD-center.

Material

Datan som användes i uppsatsen var en del av ett större forskningsprojekt och därför samlades data med flera utfallsmått. De utfallsmått som var relevanta för uppsatsens frågeställningar och för att samla information om deltagarna var *Nuvarande Livssituation* (Hirvikoski et al., 2009), *Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS)* (Kessler et al., 2005), registrerad närvaro, utvärdering av hela kursen (Bramham et al., 2009; Hirvikoski et al., 2017), utvärdering av enskilda kurstillfällen (Bramham et al., 2009; Hirvikoski et al., 2017) och *ADHD 20 Questions* (Bramham et al., 2009; Hirvikoski et al., 2017), se psykometriska test och frågeformulär. Som en del av den större datainsamlingen mättes även deltagarnas värden på *Parental Stress Scale* (Berry & Jones, 1995) som är ett mått på föräldrastress, en anpassad version av *The Written Analogue Questionnaire (WAQ)* (Johnston & Freeman, 1997; Johnston & Ohan, 2005) ett mått på föräldrars attribueringar av sitt barns beteende, samt *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* (Goodman, 1999) som mäter barnets övergripande psykosociala funktion. Ytterligare data av relevans för ADHD-centers interna utvecklingsarbete med fokus på till exempel klinisk genomförbarhet innefattade även föräldrargruppens storlek, om tolk användes, vilken kvalitet som samarbetet mellan tolken och kursledaren hade och vilken intensitet kursen förmedlades med (antal veckor, 5 kurstillfällen över 2 veckor eller 5 veckor).

Psykometriska test och frågeformulär

Demografiska variabler

Nuvarande Livssituation. Formuläret togs fram i en tidigare studie av Hirvikoski et al. (2009) för att mäta demografiska variabler. Formuläret innehåller frågor om barnet, föräldern och familjens psykosociala omständigheter. Till exempel efterfrågas barnets och föräldrarnas ålder, könsidentitet och vilka andra insatser familjen tar del av. Föräldern fick också uppge om föräldern själv hade en ADHD-diagnos. Formuläret innehåller både frågor med olika svarsalternativ och fritextfrågor. Vid eftermätning ingick inte alla frågor, utan istället fanns tillägg av frågor som gällde viktiga eventuella förändringar i barnets medicinering, barnets psykosociala insatser, föräldrarnas medicinering, föräldrarnas psykosociala insatser och föräldrarnas välbefinnande under kursens gång. Formuläret användes för att samla in demografiska data om deltagarna och för gruppering av data baserat på förekomst av ADHD-diagnos hos föräldern.

Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS). ASRS är en självskattningsskala som utvecklades av WHO för att användas som screening för ADHD hos vuxna. ASRS inkluderar 18 frågor som representerar de 18 symtom på ADHD som definieras i DSM-IV (Kessler et al., 2005). Frågorna, som handlar om hur ofta deltagaren upplevt symtomen de senaste sex månaderna, skattas med alternativen “aldrig” (0), “sällan” (1), “ibland” (2), “ofta” (3) eller “mycket ofta” (4). Höga poäng på ASRS indikerar större svårigheter och fler ADHD-symtom. Resultat på ASRS korrelerar signifikant med klinikerskattningar av symtomens svårighetsgrad (Kessler et al., 2005). De första 6 frågorna i ASRS är screeningfrågor och screeningdelen använder cutoff-poäng ≥ 4 . Både i Sverige och internationellt har screeningdelen visat bättre psykometriska egenskaper än hela skalan (Kessler et al., 2005; Konstenius et al., 2012). Enligt svensk data är screeningdelens sensitivitet 1.0, specificitet .66, positiva prediktiva värde .55 och negativa prediktiva värde 1.0 (Konstenius et al., 2012). Den fullständiga versionen av ASRS har två delskalor, ouppmärksamhet och hyperaktivitet/impulsivitet, med 9 frågor på varje delskala. Cronbach’s α för delskalan ouppmärksamhet är .94 och för delskalan hyperaktivitet-impulsivitet .91 (Silverstein et al., 2017). Specificiteten för hela skalan är .45 och det positiva prediktiva värdet är .42 vid cut-off-poäng ≥ 24 poäng på vardera delskala enligt svensk data (Konstenius et al., 2012). I den aktuella uppsatsen uppmättes Cronbach’s α till .81 på screeningdelen och .92 för hela skalan. Deltagarna i den aktuella uppsatsen fyllde i hela skalan men bara ASRS screeningdel användes för att avgöra om föräldern själv hade ADHD-symtom.

Utfallsmått

En anpassad version av ADHD 20 Questions. ADHD 20 Questions är ett kunskapstest som ursprungligen utvecklades av Bramham et al. (2009) för att utvärdera de psykoedukativa inslagen av en KBT-intervention i grupp för vuxna med ADHD. I den aktuella uppsatsen användes ett liknande formulär på svenska, som var en anpassning för den svenska kontexten och för kursens målgrupp som togs fram av Hirvikoski et al. (2017). Formuläret innehåller 17 påståenden om ADHD med alternativen “sant”/”falskt”/”vet inte” och avslutas med tre fritextfrågor. 18 frågor har endast ett rätt svarsalternativ som ger poäng, medan två av frågorna har flera svar som kan ge poäng. För fråga nummer 18 “Hur många procent av barn i skolåldern i Sverige har ADHD-diagnos?” räknades alla svar inom intervallet 4–7% som rätt svar eftersom den kända prevalensen i populationen ändrades under datainsamlingens gång och därmed i kursinnehållet. Om en deltagare angav ett intervall beräknades medelvärdet av intervallet och

angavs som deltagarens svar. För fråga nummer 20 “Vart kan du vända dig för att söka s.k. anhörigstöd av en anhörigkonsulent?” räknades svaren “kommun” och/eller “socialtjänst” som rätt svar. Alla rätt på formuläret motsvarar 20 poäng och indikerar hög kunskap om ADHD. I den aktuella uppsatsen uppmättes Cronbach’s α för *ADHD 20 Questions* vid förmätning till .63 och för *ADHD 20 Questions* vid eftermätning till .54.

Slutförande. Närvaro registrerades av kursledaren vid varje kurstillfälle. Slutförande definierades som att deltagaren hade registrerat närvaro vid minst fyra av fem kurstillfällen.

Utvärdering av hela kursen. Formuläret baseras på *The Evaluation Questionnaire* som ursprungligen användes av Bramham et al. (2009) för att utvärdera en KBT-intervention i grupp för vuxna med ADHD och översattes till svenska och modifierades till svensk kontext av Hirvikoski et al. (2017). Utvärderingen mäter både nöjdhet med innehållet i kurstillfällena och möjligheten till diskussioner och erfarenhetsutbyte med andra deltagare. Utvärderingen består av ett antal påståenden, till exempel “Kursen som helhet har handlat om saker som är relevanta och viktiga” och skattas med alternativen “inte alls” (0), “tveksamt” (1), “ja, antagligen” (2) eller “absolut” (3). Högre poäng indikerar en högre grad av nöjdhet. Då den aktuella uppsatsen syftade till att mäta kunskapsstillägnande mättes enbart nöjdhet med kursens innehåll och inte nöjdhet med utbytet av erfarenheter mellan föräldrarna då kursens innehåll bedömdes ha störst potential att avspegla kunskapsstillägandet. Därför användes endast formulärens frågor om kunskap, nytta, relevans och användning av föräldrastategier. Dessa frågor var 1–4 på utvärderingen av hela kursen. I den aktuella uppsatsen uppmättes Cronbach’s α för fråga 1–4 till .35

Utvärdering av enskilda kurstillfällen. Även detta formulär baseras på *The Evaluation Questionnaire* som ursprungligen utvecklades av Bramham et al. (2009) och översattes och modifierades av Hirvikoski et al. (2017). Formuläret har samma upplägg som formuläret utvärdering av hela kursen. För att mäta nöjdhet med innehållet i de enskilda kurstillfällena användes bara fråga 1–3 som handlar om kunskap, nytta och relevans. I den aktuella uppsatsen uppmättes Cronbach’s α för fråga 1- 3 på utvärdering av enskilda kurstillfällen till .73, .77, .75, .78 respektive .82.

Procedur

Kursen gavs i två versioner, en i normal takt (fem veckor) och en som intensivkurs (två veckor). Sju (1.18%) deltagare genomförde kursen som intensivkurs. Kurstillfällena hölls i grupper om 17–67 föräldrar. Varje deltagare gick kursen samma veckodag och tid varje vecka, med undantag för eventuella röda dagar. Kursen leddes av legitimerade psykologer som utbildats under minst två dagar i att leda kursen. Kursledarna fick handledning av en legitimerad psykolog med många års erfarenhet av kursen. Då kursen är manualbaserad finns specifika instruktioner och material för varje kurstillfälle och för att se till att detta material följdes gjordes stickprov av manualtrohet enligt ett protokoll som framtagits specifikt för kursen. Kursens innehåll, Powerpoint-bilder och deltagarmaterial är standardiserat men kompletterades med delar om metoden “lågaaffektivt bemötande”. Uppsatsens upplägg var en för- och eftermätning och mellangruppsjämförelse. Eftersom gruppindelningen baseras på förekomst av ADHD eller ADHD-symtom hos föräldrarna är designen kvasiexperimentell.

Kurstillfälle 1

Innan det första kurstillfallet startade fick deltagarna beroende på vilken termin de genomförde kursen under 30 respektive 45 minuter fylla i formulären *Nuvarande Livssituation* och ASRS samt *ADHD 20 Questions*, PSS, WAQ och SDQ. Under vårterminen 2018 ifylldes

samtliga ovan nämnda formulär utom *ADHD 20 Questions* på internet innan kursstart. *ADHD 20 Questions* fylldes alltid i på plats för att hindra deltagarna från att söka upp svaren på internet. Under första kurstillfället avhandlades temat “värt att veta om ADHD”. Efter första kurstillfället fyllde deltagarna i utvärdering av kurstillfälle ett.

Kurstillfälle 2–4

Temat för det andra, tredje och fjärde kurstillfället var “ADHD i familjen”, “så hjälper du ditt barn att fungera bättre i vardagen” respektive “så kan du förebygga och hantera konflikter”. Vid dessa kurstillfällen fick deltagarna fylla i utvärdering av kurstillfälle två, tre respektive fyra.

Kurstillfälle 5

Det sista kurstillfället fokuserade på temat “samhällets stöd”. Efter att sista kurstillfället avslutats fyllde deltagarna i formuläret *Nuvarande Livssituation* samt *ADHD 20 Questions*, utvärdering av kurstillfälle fem, utvärdering av hela kursen, PSS, WAQ och SDQ under 30 minuter. Under vårterminen 2018 fick deltagarna välja om de ville fylla i samtliga formulär utom *ADHD 20 Questions* på plats efter att kurstillfället avslutats eller på internet. *ADHD 20 Questions* fylldes i på plats efter att det sista kurstillfället avslutats.

Samtliga deltagare fyllde i formulären i förutbestämd ordning. Kursledare fanns tillgängliga när deltagarna fyllde i formulären och kunde vid behov hjälpa till bortsett från när deltagarna fyllde i formulär på internet. I de fall deltagarna inte deltog vid det första och/eller det sista kurstillfället erbjöds deltagarna att fylla i formulären hemma och antingen posta eller medta till ADHD-center vid senare tillfälle. Vid eventuell frånvaro under vårterminen 2018 kunde deltagarna även fylla i samtliga formulär utom *ADHD 20 Questions* på internet.

Databearbetning och statistiska analyser

Data analyserades med IBM SPSS *Statistics* 26.0. Alfanivån sattes till .05 för samtliga analyser. För att identifiera eventuella *outliers* användes spridningsdiagram. Inga extrema *outliers* kunde identifieras. Utifrån histogram bedömdes data vara tillräckligt normalfördelad för att analyseras med parametriska testmetoder. Data från deltagarna grupperades baserat på förekomst av självrapporterad ADHD-diagnos och ADHD-symtom. Deltagare utan självrapporterad diagnos och < 4 poäng på ASRS screeningdel inkluderades i gruppen utan ADHD och ADHD-symtom och deltagare med självrapporterad ADHD-diagnos och/eller ≥ 4 poäng inkluderades i gruppen ADHD eller ADHD-symtom.

För att hantera saknad data användes metoden *pairwise exclusion*. All ifylld information från formulären *Nuvarande Livssituation* inkluderades i analysen oavsett om övriga svar i formuläret saknades. För de övriga formulären inkluderades data från deltagare som hade $\leq 10\%$ saknade svar på respektive formulär. Data från deltagare som hade $> 10\%$ saknade svar i ett formulär exkluderades eller ersattes på olika sätt beroende på formulär. Formulär med tillräckligt fullständiga svar enligt denna regel kommer nedan benämnas som “kompleta” och formulär med $> 10\%$ saknade svar kommer benämnas som “icke kompletta”. I praktiken innebär detta att data från formuläret ASRS screeningdel exkluderades helt om > 1 svar saknades. För formulären utvärdering av enskilda kurstillfällen inkluderades data från de deltagare som inte saknade något svar på fråga 1–3, dessa räknades som kompletta. Formulär som saknade ≥ 1 svar på fråga 1–3 räknades som icke kompletta och ersattes med hjälp av medelvärdesimputation. Deras saknade värde ersattes med deras eget medelvärde för fråga 1–3 på de övriga kurstillfällena. Deltagare som saknade svar på fråga 1–3 för alla kurstillfällen ersattes med gruppmedelvärdet för

respektive kurstillfälle. För utvärdering av hela kursen inkluderades formulär som inte saknade något svar på fråga 1–4, dessa räknades som kompletta. Formulär för utvärdering av hela kursen som saknade ≥ 1 av svaren räknades inte som kompletta och ersattes med gruppmedelvärdet. För *ADHD 20 Questions* ersattes formulär som saknade $> 10\%$, vilket motsvarade > 2 svar med gruppmedelvärdet för respektive mättillfälle (förmätning respektive eftermätning).

Bortfallsanalyser genomfördes där deltagare som inte hade kompletta svar på ett eller fler formulär jämfördes med deltagare som hade kompletta svar på samma formulär. Deltagarna jämfördes på variablerna ålder, kön, utbildningsnivå, sysselsättning, ADHD och autismspektrum-diagnos, övriga psykiatriska diagnoser samt modersmål. För att jämföra deltagarnas ålder användes ett *independent samples t-test*. För att jämföra deltagarna på kategoriska variabler användes separata χ^2 -test. För samtliga χ^2 -test visade analyserna att ≥ 1 cell hade ett förväntat värde på < 5 . Därför användes signifikanstestet *exact* för χ^2 -testen (Brace, Kemp, & Snelgar, 2012). De deltagare som inkluderades i de primära analyserna ($n = 565$) planerades att jämföras med de deltagare som exkluderades ur de primära analyserna ($n = 27$) men denna jämförelse kunde inte genomföras på grund av att de deltagare som inte inkluderades i analyserna saknade data för samtliga demografiska variabler.

Majoriteten av bortfallsanalyserna var inte signifikanta men ett par analyser visade på mindre skillnader. De deltagare som inte hade kompletta svar på ASRS respektive utvärdering av kurstillfälle ett hade i jämförelse med de deltagare som hade kompletta svar på ASRS respektive utvärdering av kurstillfälle ett i större utsträckning ett annat modersmål än svenska (*exact* $p = .003$ och $p = .015$), se bilaga A och D. Det fanns också en skillnad vad gällde psykiatrisk diagnos för deltagare som hade kompletta respektive icke kompletta svar på eftermätningen av *ADHD 20 Questions* ($p = .039$ och $p = .034$) och utvärdering av hela kursen ($p = .042$), se bilaga C och I, och en skillnad vad gällde ålder för de deltagare som hade kompletta respektive icke kompletta svar på utvärdering av kurstillfälle fyra ($p = .024$) och kurstillfälle fem ($p = .026$), se bilaga G och H. Det fanns inga skillnader vad gällde könsidentitet, utbildning eller sysselsättning i någon av bortfallsanalyserna. För samtliga bortfallsanalyser var god se bilaga A-I.

För att besvara frågeställning 1) tillägnar sig föräldrar med ADHD eller ADHD-symtom lika mycket kunskap om ADHD som föräldrar utan ADHD och ADHD-symtom under kursen, jämfördes gruppen av deltagare med ADHD eller ADHD-symtom med deltagare utan ADHD och ADHD-symtom med en *mixed ANOVA* med den beroende variabeln poäng på *ADHD 20 Questions* och de oberoende variablerna gruppstillhörighet och mättillfälle (förmätning och eftermätning). För samtliga analyser med *mixed ANOVA* gällde följande: när Mauchly's test av sfäricitet indikerade att kravet för sfäricitet inte uppfylldes korrigerades testet genom en Greenhouse-Geisser korrektion. Effektstorleken uttrycktes i partiell η^2 och tolkades med de av Cohen föreslagna riktlinjerna: $.01 =$ liten effektstorlek, $.06 =$ medelstor effektstorlek och $.14 =$ stor effektstorlek (Cohen, 1988).

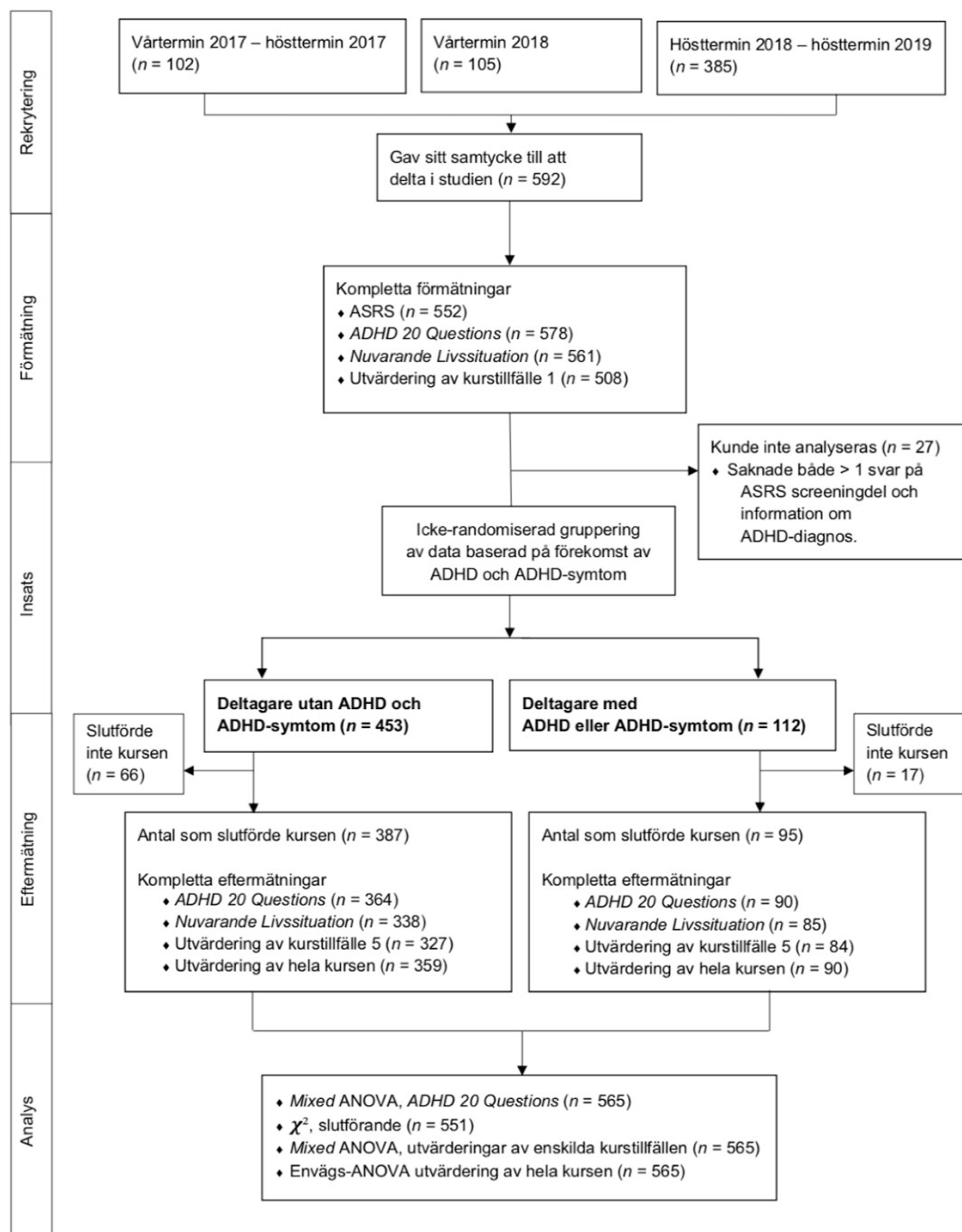
För att besvara frågeställning 2) slutför föräldrar med ADHD eller ADHD-symtom kursen i lika stor utsträckning som föräldrar utan ADHD och ADHD-symtom, utfördes ett χ^2 -test. Effektstorleken uttrycktes i ϕ och tolkades med de av Cohen föreslagna riktlinjerna: $.1 =$ liten effektstorlek, $.3 =$ medelstor effektstorlek och $.5 =$ stor effektstorlek (Cohen, 1988).

För att besvara frågeställning 3) är föräldrar med ADHD eller ADHD-symtom lika nöjda med kursen som föräldrar utan ADHD och ADHD-symtom, utfördes en *one way-ANOVA* med den beroende variabeln nöjdhet med hela kursen mätt med utvärdering av hela kursen och den oberoende variabeln gruppstillhörighet, samt en *mixed ANOVA* med den beroende variabeln nöjdhet vid de fem kurstillfällena mätt med utvärderingar av kurstillfälle ett, två, tre, fyra

respektive fem och de oberoende variablerna grupptillhörighet och mättillfälle. Effektstorleken för *one way*-ANOVA uttrycktes i η^2 och tolkades med de av Cohen föreslagna riktlinjerna .02 = liten effektstorlek, .13 = medelstor effektstorlek och .26 = stor effektstorlek (Cohen, 1988).

Figur 1

Flödesdiagram över rekrytering, procedur och hur data grupperades



Fotnot. Flödesdiagrammet visar antalet deltagare som hade tillräckligt kompletta svar på respektive formulär för att inkluderas i analysen.

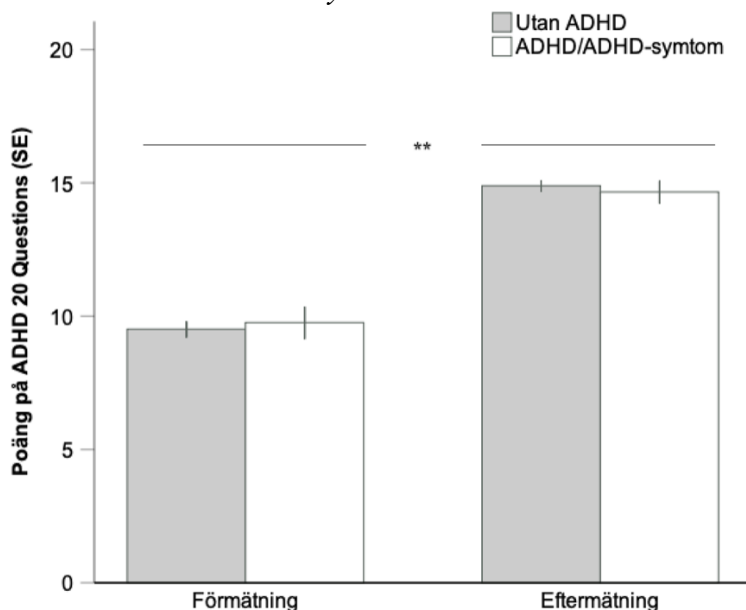
Resultat

Kunskap om ADHD

Föräldrarnas kunskap om ADHD ökade signifikant från förmätning till eftermätning $F(1, 563) = 652.00, p = < .001$. Effekten av måttillfälle var stor, partiell $\eta^2 = .54$. Vid förmätning hade föräldrarna i genomsnitt 9.56 poäng på *ADHD 20 Questions* ($SD = 3.17$) och vid eftermätning hade föräldrarna i genomsnitt 14.84 poäng på *ADHD 20 Questions* ($SD = 2.21$). Föräldrar med ADHD eller ADHD-symtom hade samma grad av kunskap vid de två måttillfällena som föräldrar utan ADHD och ADHD-symtom $F(1, 563) = 0.00, p = .975$, partiell $\eta^2 = .00$. Föräldrar med ADHD eller ADHD-symtom hade i genomsnitt 9.76 poäng ($SD = 2.93$) vid förmätning och i genomsnitt 14.66 poäng ($SD = 2.17$) vid eftermätning. Föräldrar utan ADHD och ADHD-symtom hade i genomsnitt 9.51 poäng ($SD = 3.23$) vid förmätning och i genomsnitt 14.89 poäng ($SD = 2.22$) vid eftermätning. Föräldrar med ADHD eller ADHD-symtom tillägnade sig lika mycket kunskap om ADHD som föräldrar utan ADHD och ADHD-symtom under kursen $F(1, 563) = 1.43, p = .233$, partiell $\eta^2 = .00$, se Figur 2.

Figur 2

Poäng på *ADHD 20 Questions* vid förmätning och eftermätning för deltagare med respektive utan ADHD eller ADHD-symtom



Fotnot. **Anger $p < .001$ enligt *mixed* ANOVA.

Slutförande av kursen

Föräldrar med ADHD eller ADHD-symtom slutförde kursen i lika stor utsträckning som föräldrar utan ADHD och ADHD-symtom $\chi^2(1, N = 551) = 0.91, p = .341, \phi = .04$. Andelen föräldrar med ADHD eller ADHD-symtom som slutförde kursen var 84.82% medan andelen föräldrar utan ADHD och ADHD-symtom som slutförde kursen var 88.15%. Andelen föräldrar totalt över båda grupperna som slutförde kursen var 87.47%.

Nöjdhet med kursen

Nöjdhet med kursen som helhet

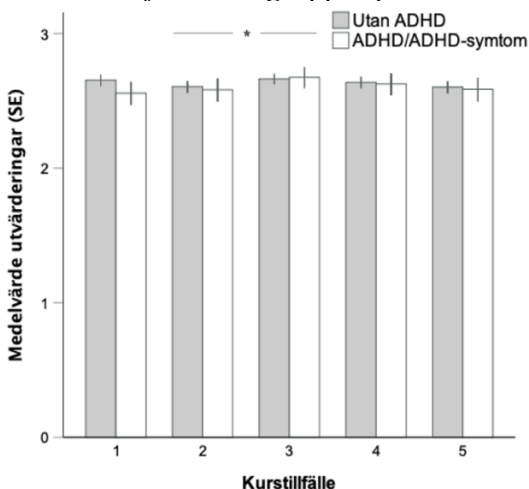
Föräldrar med ADHD eller ADHD-symtom var lika nöjda med innehållet i hela kursen som föräldrar utan ADHD och ADHD-symtom $F(1, 563) = 0.47, p = .492, \eta^2 = .00$. Föräldrar med ADHD eller ADHD-symtom hade ett medelvärde på kursutvärderingen på 2.67 ($SD = 0.34$) och föräldrar utan ADHD och ADHD-symtom hade ett medelvärde på kursutvärderingen på 2.70 ($SD = 0.46$).

Nöjdhet med enskilda kurstillfällen

Föräldrar med ADHD eller ADHD-symtom var lika nöjda med kursinnehållet i de fem kurstillfällena som föräldrar utan ADHD och ADHD-symtom $F(1, 563) = 0.72, p = .398$, partiell $\eta^2 = .00$. Nöjdheten var generellt hög för samtliga kurstillfällen och för båda grupper, se figur 3. Föräldrarna med ADHD eller ADHD-symtom hade $M = 2.56$ ($SD = 0.51$) på utvärdering av kurstillfälle ett, $M = 2.58$ ($SD = 0.44$) på utvärdering av kurstillfälle två, $M = 2.67$ ($SD = 0.36$) på utvärdering av kurstillfälle tre, $M = 2.63$ ($SD = 0.38$) på utvärdering av kurstillfälle fyra och $M = 2.59$ ($SD = 0.42$) på utvärdering av kurstillfälle fem. Föräldrarna utan ADHD och ADHD-symtom hade $M = 2.65$ ($SD = 0.43$) på utvärdering av kurstillfälle ett, $M = 2.61$ ($SD = 0.45$) på utvärdering av kurstillfälle två, $M = 2.61$ ($SD = 0.41$) på utvärdering av kurstillfälle tre, $M = 2.64$ ($SD = 0.43$) på utvärdering av kurstillfälle fyra och $M = 2.60$ ($SD = 0.47$) på utvärdering av kurstillfälle fem. Det fanns en signifikant skillnad i nöjdhet mellan kurstillfällena $F(3.52, 1980.25) = 3.10, p = .019$. Skillnaden var liten: partiell $\eta^2 = .01$. Skillnaden fanns mellan kurstillfälle två och tre $F(1, 563) = 7.18, p = .008$. Skillnaden mellan kurstillfälle två och tre var liten: partiell $\eta^2 = .01$. Medelvärdet på utvärdering av kurstillfälle två var 2.60 ($SD = 0.44$) och medelvärdet på utvärdering av kurstillfälle tre var 2.67 ($SD = 0.40$). Föräldrar med ADHD eller ADHD-symtom upplevde samma förändring i nöjdhet över de enskilda kurstillfällena som föräldrar utan ADHD och ADHD-symtom $F(3.52, 1980.25) = 1.26, p = .284$, partiell $\eta^2 = .00$.

Figur 3

Medelvärde för båda grupper på utvärdering av kurstillfälle ett till fem.



Fotnot. *Anger $p < .05$ enligt mixed ANOVA. Skillnaden fanns mellan kurstillfälle två och tre och såg likadan ut för båda grupper.

Diskussion

Uppsatsen var en mellangrupsjämförelse med för- och eftermätning som analyserade data från 565 föräldrar till barn med ADHD i åldern 3–17 år som genomgått föräldrautbildningen STRATEGI vid ADHD-center i Stockholm. Uppsatsen undersökte om föräldrar med egen ADHD eller ADHD-symtom ($n = 112$) tillägnade sig lika mycket kunskap om ADHD under kursen, slutförde kursen i lika stor utsträckning och var lika nöjda med kursen som föräldrar utan ADHD och ADHD-symtom ($n = 453$). Uppsatsen fann att de deltagare som hade ADHD eller ADHD-symtom tillägnade sig lika mycket kunskap om ADHD under kursen, slutförde kursen i samma utsträckning och var lika nöjda med kursen som de deltagare som inte hade ADHD och ADHD-symtom.

Deltagarna med ADHD eller ADHD-symtom i den aktuella uppsatsen var högfungerande och var inte jämförbara med urval i tidigare studier av samma population (Halmøy et al., 2009; Hirvikoski et al., 2017; Gjervan et al., 2012). I jämförelse med deltagare i andra studier av samma population var deltagarna i den aktuella uppsatsen sjukskrivna och arbetssökande i mindre utsträckning (Hirvikoski et al., 2017), hade lägre samsjuklighet (Polyzoi et al., 2018) och var betydligt mer välutbildade (Hirvikoski et al., 2017).

Att föräldrarna med ADHD eller ADHD-symtom var mer högfungerande än förväntat kan ha påverkat resultatet. Till exempel är det möjligt att föräldrar som har ADHD eller ADHD-symtom och hög utbildningsnivå lär sig mer om ADHD under kursen än föräldrar som har ADHD eller ADHD-symtom och låg utbildningsnivå. Det skulle till exempel kunna bero på att föräldrar som har ADHD eller ADHD-symtom och hög utbildningsnivå har lärt sig att kompensera för sina svårigheter i utbildningskontext och med hjälp av dessa kompensatoriska strategier kan tillägna sig mer kunskap under kursen än vad föräldrar med ADHD eller ADHD-symtom och lägre utbildningsnivå hade kunnat (se Canela et al., 2017; Kysow, Park, & Johnston, 2017; Socialstyrelsen, 2014).

Förutom den ovanligt höga funktionsnivån finns det flera indikationer på att deltagarna i den aktuella uppsatsen inte hade svåra ADHD-symtom. Utöver att de hade hög funktionsnivå var medelvärde på ASRS för gruppen med ADHD eller ADHD-symtom 41.36 ($SD = 9.49$) av 72 möjliga poäng och få föräldrar i gruppen hade höga poäng på ASRS. Det kan ha bidragit till att de tillägnade sig kunskap i större utsträckning än förväntat. Det kan också vara en möjlig förklaring till att de slutförde kursen i lika stor utsträckning som föräldrar utan ADHD och ADHD-symtom, eftersom psykopatologi hos föräldrar som deltar i föräldrainterventioner endast ökar avhopp om psykopatologin är av svår grad (Schneider et al., 2013).

I och med att deltagarna hade hög funktionsnivå och inte hade svåra ADHD-symtom finns en överhängande risk att föräldrar med låg funktionsnivå och svåra ADHD-symtom inte finns representerade i uppsatsen och att de inte heller deltar i föräldrautbildningar. Framtida forskning bör därför fokusera på hur föräldrautbildningen STRATEGI kan öka chansen att fånga upp och inkludera även föräldrar med låg funktionsnivå och svåra ADHD-symtom. Om det stämmer att föräldrar med ADHD eller svåra ADHD-symtom får sämre effekt av föräldrainterventioner som STRATEGI kan andra typer av interventioner behövas för att stötta dessa föräldrar. IPSA är ett föräldrastödsprogram som har tagits fram för att hjälpa föräldrar med egen ADHD-diagnos att minska konflikter med och stärka relationen till sitt barn och erbjuds till föräldrar med egen ADHD oavsett huruvida barnet har ADHD eller inte (Center for Neurodevelopmental Disorders at Karolinska Institutet, 2020). IPSA har visat sig vara genomförbart och hjälpsamt för föräldrar med egen ADHD (Lindberg Reisser & Lipsers, 2020). Därför skulle STRATEGI kunna anpassas med inspiration från IPSA. IPSA skulle också kunna

vara ett komplement till STRATEGI för de föräldrar som själva har ADHD eller ADHD-symtom.

Att uppsatsen inte fann stöd för hypotesen att föräldrar med ADHD eller ADHD-symtom skulle tillägna sig kunskap i mindre utsträckning än föräldrar utan ADHD och ADHD-symtom är inte i linje med den forskning som funnit att ADHD-symtom hos föräldern reducerar effekten av föräldrainterventioner (Chronis-Tuscano et al., 2011; Sonuga-Barke, Daley, & Thompson, 2002). Det finns däremot viss tidigare forskning som pekar mot att föräldrarnas ADHD-symtom inte alltid påverkar effekten av föräldrainterventioner (Forehand et al., 2017; van den Hoofdakker et al., 2010) vilket stämmer överens med uppsatsens resultat. Att deltagarna med ADHD eller ADHD-symtom i den aktuella uppsatsen tillägnade sig lika mycket kunskap om ADHD under kursen som föräldrar utan ADHD och ADHD-symtom skulle utöver att de hade hög funktionsnivå och inte hade svåra symtom också kunna bero på att de hade hög motivation. Många föräldrar till barn med ADHD efterfrågar psykosociala interventioner som föräldrautbildning och är intresserade och entusiastiska inför sådana insatser (Antshel & Barkley, 2008) och hög grad av motivation gör det lättare för personer med ADHD att hålla sig koncentrerade, att vara uppmärksamma och att prestera (Socialstyrelsen, 2014; Wender, 2001). Det skulle också kunna bero på att de kände igen sig i den information om ADHD som presenteras under kursen. Det är lättare att minnas och återkalla information som knyter an till saker man redan kan (Reisberg, 2016) vilket gör att föräldrar med egen ADHD skulle kunna ha en fördel vad gäller att minnas och återkalla just ADHD-relaterad information. Om kunskapstestet hade handlat om något annat än information om ADHD är det möjligt att skillnaden mellan föräldrar med respektive utan ADHD eller ADHD-symtom hade varit större.

Nästa steg i detta forskningsprojekt är att undersöka huruvida föräldrarnas tillägnade kunskap om ADHD har effekt på barnets symtom och mående. Detta skulle kunna undersökas med hjälp av data från formuläret SDQ som mäter barnets psykosociala funktion och som mättes i datainsamlingen men inte användes i den aktuella uppsatsen. Framtida forskning skulle också kunna undersöka detta med hjälp av andra formulär som mäter barnets symtom och välmående, förslagsvis med de frågor som rör ADHD-symtom i formuläret 5-15 (Kadesjö et al., 2004).

För att föräldrarnas kunskap ska ha effekt på barnets ADHD behöver föräldrarna implementera kunskapen. Ju bättre föräldrar implementerar kunskapen de lärt sig under föräldrautbildningar desto bättre resultat får det på barnets ADHD (Chronis-Tuscano et al., 2011; Villodas et al., 2014). Framtida forskning skulle därför kunna genomföra en uppföljningsmätning förslagsvis ett år efter avslutad kurs för att avgöra om föräldrarna fortfarande minns och använder sig av den kunskap de tillägnade sig under kursen. Framtida forskning skulle även med hjälp av objektiva mått kunna undersöka hur föräldrar med ADHD eller ADHD-symtom implementerar den kunskap de tillägnat sig under kursen. Detta skulle till exempel kunna mätas genom frågeformulär om hur ofta föräldrarna använder kunskapen eller genom strukturerade observationer i hemmet.

Att uppsatsen inte fann stöd för att föräldrar med ADHD eller ADHD-symtom skulle slutföra kursen i mindre utsträckning än föräldrar utan ADHD och ADHD-symtom skulle kunna förklaras av att föräldrar till barn med ADHD som grupp tenderar att slutföra föräldrainterventioner i hög grad (McCleary & Ridley, 1999; Villodas et al., 2014) och att detta även gäller föräldrar med ADHD eller ADHD-symtom som har motivation och förmåga att delta i en föräldrautbildning. Det skulle också kunna vara så att uppsatsens resultat bättre förklaras av problem med till exempel urvalets representativitet. Mycket teori och klinisk erfarenhet pekar mot att ADHD hos föräldern kan försvåra deltagandet i föräldrainterventioner och minskar

sannolikheten att föräldrar slutför föräldrautbildningar (Chronis et al., 2004; Stine, 1994; Weiss et al., 2000). Om så är fallet finns en risk att uppsatsens resultat inte avspeglar det reella slutförandet hos hela populationen vuxna med ADHD.

Uppsatsens tredje hypotes var att föräldrar med ADHD eller ADHD-symtom skulle vara mindre nöjda med kursen än föräldrar utan ADHD och ADHD-symtom. Uppsatsens resultat stödjer inte hypotesen, då deltagarna var lika nöjda med kursen oavsett om de hade ADHD eller ADHD-symtom, eller inte. Eftersom nöjdheten var hög i samtliga utvärderingar och medelfelet var litet, finns det en risk att utvärderingarna har en takeffekt och inte korrekt fångar upp den egentliga variationen i nöjdhet med kursen. Däremot stämmer den höga graden av nöjdhet som uppmättes i uppsatsen överens med tidigare forskning som visar att föräldrar till barn med ADHD som deltar i föräldrainterventioner ofta är nöjda med interventionen (McCleary & Ridley, 1999; Montoya et al., 2011; Svanborg et al., 2009).

Begränsningar

Uppsatsen har flera begränsningar. Att uppsatsen till stor del genomfördes genom skattningsformulär orsakade problem inom två områden: risk för systematiskt bortfall och felaktig gruppindelning. Risken för systematiskt bortfall beror på att relativt många formulär inte var kompletta. Bortfallsanalyserna visade ett par mindre skillnader. Deltagare som inte hade kompletta svar på ASRS screeningdel hade i mindre utsträckning svenska som modersmål än deltagare som hade kompletta svar, vilket gör att det finns en risk att de hamnade i fel grupp eller exkluderades i större utsträckning. Övriga signifikanta skillnader i bortfallet i de olika formulären bedöms inte ha påverkat resultatet, då skillnaderna är små, ofta baserade på relativt få deltagare ur varje grupp och eftersom bortfallet framstår som slumpmässigt.

Risken för felaktig gruppindelning kan bero på flera faktorer. För det första baserades gruppindelningen på självrapportering av ADHD-diagnos och självskattningsformuläret ASRS screeningdel. Självskattningar bygger på att deltagaren har läst och förstått frågorna och fyllt i självskattningen korrekt, vilket kanske inte alltid är fallet. Många personer med ADHD har haft svårt att lära sig läsa och stava och många tycker att det är jobbigt att läsa och koncentrera sig även i vuxen ålder (Socialstyrelsen, 2014). Eftersom ASRS inte kan likställas med klinisk bedömning (SBU, 2013) hade gruppindelningen varit mer tillförlitlig om ADHD-diagnos säkerställdes i journaler och deltagarnas ADHD-symtom bedömdes av kliniker. Däremot korrelerar resultatet på ASRS med klinikerskattningar av symtomens svårighetsgrad (Kessler et al., 2005).

För det andra finns det en risk att de skattade ADHD-symtomen hos en del deltagare kan förklaras bättre av något annat än just ADHD. ASRS screeningdel har låg specificitet (.66) och lågt positivt prediktivt värde (.55) och riskerar därför att klassificera deltagare med ADHD trots att de inte uppfyller kriterier för diagnosen. Koncentrationssvårigheter är vanligt vid flera andra psykiatriska diagnoser, till exempel depression och olika ångestsyndrom (American Psychiatric Association, 2013). Det innebär att en del av deltagarna i gruppen som hade ADHD eller ADHD-symtom kanske inte hade ADHD-symtom utan symtom på en annan psykiatrisk diagnos vilket är en ytterligare indikation på att resultatet inte kan generaliseras till föräldrar med ADHD eller ADHD-symtom och att gruppindelningen hade varit mer tillförlitlig om deltagarnas ADHD-symtom bedömdes av kliniker.

För det tredje kan deltagare som hade odiagnostiserad ADHD och inte fyllde i ASRS ha inkluderats i gruppen utan ADHD och ADHD-symtom på felaktiga grunder. Eftersom koncentrations- och uppmärksamhetssvårigheter är vanliga ADHD-symtom (American

Psychiatric Association, 2013) finns det en risk att just deltagare med ADHD-symtom saknade svar och därmed hamnade i fel grupp. Däremot gällde detta problem endast några få deltagare. I och med att uppsatsen inte fann några signifikanta skillnader mellan föräldrar med respektive utan ADHD och ADHD-symtom trots det stora urvalet, bedöms det vara osannolikt att enstaka deltagare i fel grupp skulle ha påverkat resultatet.

En annan begränsning är att uppsatsen inte undersökte hur stor andel av föräldrarna som deltog i kursen tillsammans med en annan förälder eller partner och hur stor andel som deltog i kursen på egen hand. Det är möjligt att de föräldrar som deltog tillsammans med en annan förälder eller partner pratade om informationen de fick under kursen även utanför kursen och att dessa föräldrar därför repeterade informationen i större utsträckning än föräldrar som deltog på egen hand. Eftersom repetition gör det lättare att minnas information (Reisberg, 2016) skulle detta kunna innebära att de mindes mer av informationen under kunskapstestet än vad föräldrar som deltog på egen hand gjorde. Det är även möjligt att det skulle kunna vara enklare att slutföra en föräldrautbildning tillsammans med någon men det finns också indikationer på att risken för avhopp ökar om båda föräldrar eller förälder och partner deltar i föräldrainterventionen tillsammans på grund av de praktiska svårigheter det kan innebära (National Institute of Health and Care Excellence, 2009).

Eftersom kursen endast ges vid en mottagning i Stockholm och deltagarna kommer från alla delar av Stockholms län finns det en risk att en del föräldrar inte hade möjlighet att delta i kursen och därmed i uppsatsen, till exempel de som inte hade tid, energi eller råd att ta sig till ADHD-center. Detta har sannolikt inte påverkat uppsatsens resultat men skulle kunna vara en indikation på att resultaten inte kan generaliseras till gruppen föräldrar till barn med ADHD i Stockholm. Å andra sidan har urvalet god ekologisk validitet eftersom de föräldrar som deltog i uppsatsen motsvarar de föräldrar som annars hade deltagit i kursen på sedvanligt vis.

Med dessa begränsningar i åtanke tyder uppsatsens resultat på att föräldrar med ADHD eller ADHD-symtom som har förmåga och motivation att påbörja och genomföra en föräldrautbildning som STRATEGI kan ha lika mycket nytta av föräldrautbildningar och vara lika nöjda med dem som föräldrar utan ADHD och ADHD-symtom.

Etiska överväganden

Uppsatsen har godkänts av regionala etikprövningsnämnden i Stockholm. Deltagarna fick ta del av muntlig och skriftlig information i samband med kursstart och fick möjlighet att ställa frågor och gav sitt samtycke till att delta. Det framgick att deltagandet var frivilligt och att deltagarna kunde avbryta sin medverkan när som helst. Föräldrar som tackade nej till att bidra till datainsamlingen deltog i kursen utan att delta i datainsamlingen. I de fall där kursen var forskningsvillkorad fick de föräldrar som tackade nej till att delta i datainsamlingen delta i en annan kursomgång. Kursen gavs enligt manual och manualtrohet kontrollerades. Personuppgifter som samlades in hanterades med sekretess och användes bara inom ramen för forskningsprojektet.

Föräldrautbildning för föräldrar till barn med ADHD fyller ett viktigt syfte. Obehandlad ADHD är en stor kostnad både för individen och samhället (Barkley, 2008) därför är det viktigt att barn med ADHD får behandling tidigt i livet och då är föräldrautbildning ett bra alternativ. Då uppsatsen syftar till att undersöka om ADHD eller ADHD-symtom hos föräldern påverkar tillägnad grad av kunskap, slutförande och nöjdhet med kursen STRATEGI bidrar uppsatsen med information om huruvida kursen behöver anpassas för att föräldrar med ADHD eller ADHD-symtom ska få lika god effekt av kursen som föräldrar utan ADHD och ADHD-

symtom. Därför bedöms vinsten av uppsatsen vara större än de eventuella negativa konsekvenserna.

Tack

Vi vill tacka alla föräldrar som har tagit sig tid och bidragit till uppsatsen. Vi vill även tacka ADHD-center som samlat in denna data och låtit oss delta på kurstillfällena.

Referenser

- Abikoff, H., Hechtman, L., Klein, R. G., Gallagher, R., Fleiss, K., Etcovitch, J., . . . Pollack, S. (2004). Social functioning in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(7), 820-829. doi:10.1097/01.chi.0000128797.91601.1a
- Agha, S. S., Zammit, S., Thapar, A., & Langley, K. (2013). Are parental ADHD problems associated with a more severe clinical presentation and greater family adversity in children with ADHD? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(6), 369-377. doi:10.1007/s00787-013-0378-x
- Ahnemark, E., Di Schiena, M., Fredman, A. C., Medin, E., Soderling, J. K., & Ginsberg, Y. (2018). Health-related quality of life and burden of illness in adults with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder in Sweden. *BMC Psychiatry*, 18(1), 2-11. doi:10.1186/s12888-018-1803-y
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5., uppl.) Stockholm: Pilgrim Press.
- Antshel, K. M., & Barkley, R. (2008). Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(2), 421-437. doi:10.1016/j.chc.2007.11.005
- Babinski, D. E., Pelham, W. E., Molina, B. S. G., Gnagy, E. M., Waschbusch, D. A., Wymbs, B. T., . . . Kuriyan, A. B. (2016). Maternal ADHD, parenting, and psychopathology among mothers of adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20(5), 458-468. doi:10.1177/1087054712461688
- Barkley, R. (1987). *Defiant Children: a Clinician's Manual for Parent Training* (3., uppl.). New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2008). Global issues related to the impact of untreated attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood to young adulthood. *Postgraduate Medicine*, 120(3), 48-59. doi:10.3810/pgm.2008.09.1907
- Berry, J. O., & Jones, W. H. (1995). The Parental Stress Scale: initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12(3), 463-472. <https://psycnet.apa.org/record/1996-92806-001>
- Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Mick, E., Monuteaux, M. C., & Aleardi, M. (2006). Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: a controlled study of 1001 adults in the community. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(4), 524-540. <https://www-psychiatrist-com.proxy.kib.ki.se/JCP/article/Pages/2006/v67n04/>

- v67n0403.aspx
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Doyle, A. E., Seidman, L. J., Wilens, T. E., Ferrero, F., . . . Faraone, S. V. (2004). Impact of executive function deficits and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on academic outcomes in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(5), 757-766. doi:10.1037/0022-006X.72.5.757
- Biederman, J., Petty, C. R., Fried, R., Doyle, A. E., Spencer, T., Seidman, L. J., . . . Faraone, S. V. (2007). Stability of executive function deficits into young adult years: a prospective longitudinal follow-up study of grown up males with ADHD. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 116*(2), 129-136. doi:10.1111/j.1600-0447.2007.01008.x
- Brace, N., Kemp, R., & Snelgar, R. (2012). *SPSS for Psychologists* (5., uppl.). New York: Palgrave Macmillan.
- Bramham, J., Susan, Y., Bickerdike, A., Spain, D., McCartan, D., & Xenitidis, K. (2009). Evaluation of group cognitive behavioral therapy for adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 12*(5), 434-441. doi:10.1177/1087054708314596
- Breaux, R. P., Brown, H. R., & Harvey, E. A. (2017). Mediators and moderators of the relation between parental ADHD symptomatology and the early development of child ADHD and ODD symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology, 45*(3), 443. doi:10.1007/s10802-016-0213-1
- Canela, C., Buadze, A., Dube, A., Eich, D., & Liebreuz, M. (2017). Skills and compensation strategies in adult ADHD - a qualitative study. *PLoS ONE, 12*(9). doi:10.1371/journal.pone.0184964
- Center for Neurodevelopmental Disorders at Karolinska Insitutet. (2020). IPSA ADHD - ett föräldrastödsprogram för föräldrar med ADHD. Hämtad 2020-05-13 från <http://www.ipsaadhd.se/#kontakt>
- Chen, M., & Johnston, C. (2007). Maternal inattention and impulsivity and parenting behaviors. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 36*(3), 455-468. doi:10.1080/15374410701448570
- Cheung, K., & Theule, J. (2016). Parental psychopathology in families of children with ADHD: a meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies, 25*(12), 3451-3461. doi:10.1007/s10826-016-0499-1
- Chronis, A., Chacko, A., Fabiano, G., Wymbs, B., & Pelham, W. (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for Families of children with ADHD: review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review, 7*(1), 1-27. doi:10.1023/B:CCFP.0000020190.60808.a4
- Chronis, A. M., Jones, H. A., & Raggi, V. L. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review, 26*(4), 486-502. doi:10.1016/j.cpr.2006.01.002
- Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Williams, S. H., Baumann, B. L., Kipp, H., . . . Rathouz, P. J. (2007). Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Developmental Psychology, 43*(1), 70-82. doi:10.1037/0012-1649.43.1.70
- Chronis-Tuscano, A., O'Brien, K., Johnston, C., Jones, H., Clarke, T., Raggi, V., . . . Seymour, K. (2011). The relation between maternal ADHD symptoms & improvement in child behavior following brief behavioral parent training is mediated by change in negative parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39*(7), 1047-1057. doi:10.1007/s10802-011-9518-2

- Chronis-Tuscano, A., Raggi, V., Clarke, T., Rooney, M., Diaz, Y., & Pian, J. (2008). Associations between maternal attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *36*(8), 1237-1250. doi:10.1007/s10802-008-9246-4
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2., uppl.). New York: Psychology Press.
- Corkum, P., Rimer, P., & Schachar, R. (1999). Parental knowledge of attention-deficit hyperactivity disorder and opinions of treatment options: impact on enrollment and adherence to a 12-month treatment trial. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *44*(10), 1043-1048. doi:10.1177/070674379904401011
- Cunningham, C. E., Bremner, R., & Boyle, M. (1995). Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour disorders: utilization, cost effectiveness, and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *36*(7), 1141-1159. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8847377>
- Deault, L. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry & Human Development*, *41*(2), 168-192. doi:10.1007/s10578-009-0159-4
- Dosreis, S., Barksdale, C. L., Sherman, A., Maloney, K., & Charach, A. (2010). Stigmatizing experiences of parents of children with a new diagnosis of ADHD. *Psychiatric Services*, *61*(8), 811-816. doi:10.1176/ps.2010.61.8.811
- Dupaul, G. J., Weyandt, L. L., & Janusis, G. M. (2011). ADHD in the classroom: effective intervention strategies. *Theory Into Practice*, *50*(1), 35-42. doi:10.1080/00405841.2011.534935
- Engström, S. (2015). *Förändringar i vardagen efter att ha genomgått föräldrautbildningen STRATEGI för föräldrar till barn och tonåringar med ADHD*. (Examensarbete, Stockholms Universitet, Stockholm). Hämtad från <http://media.sinus.se/2017/02/4-engstrom.pdf>
- Evans, S. W., Vallano, G., & Pelham, W. (1994). Treatment of parenting behavior with a psychostimulant: a case study of an adult with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *4*(1), 63-69. doi:10.1089/cap.1994.4.63
- Faraone, S. V., & Biederman, J. (2005). What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *Journal of Attention Disorders*, *9*(2), 384-391. doi:10.1177/1087054705281478
- Faraone, S. V., Biederman, J., Mennin, D., Gershon, J., & Tsuang, M. T. (1996). A prospective four-year follow-up study of children at risk for ADHD: psychiatric, neuropsychological, and psychosocial outcome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *35*(11), 1449-1459. doi:10.1097/00004583-199611000-00013
- Faraone, S. V., Biederman, J., Spencer, T., Wilens, T., Seidman, L. J., Mick, E., & Doyle, A. E. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biological Psychiatry*, *48*(1), 9-20. doi:10.1016/S0006-3223(00)00889-1
- Faraone, S. V., & Doyle, A. E. (2001). The nature and heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *10*(2), 299-316. doi:10.1016/S1056-4993(18)30059-2

- Fayyad, J., Sampson, N., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., . . . Kessler, R. (2017). The descriptive epidemiology of DSM-IV adult ADHD in the world health organization world mental health surveys. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 9(1), 47-65. doi:10.1007/s12402-016-0208-3
- Ferrin, M., Moreno-Granados, J., Salcedo-Marin, M., Ruiz-Veguilla, M., Perez-Ayala, V., & Taylor, E. (2014). Evaluation of a psychoeducation programme for parents of children and adolescents with ADHD: immediate and long-term effects using a blind randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(8), 637-647. doi:10.1007/s00787-013-0494-7
- Forehand, R., Parent, J., Peisch, V. D., Sonuga-Barke, E., Long, N., Breslend, N. L., & Abikoff, H. B. (2017). Do parental ADHD symptoms reduce the efficacy of parent training for preschool ADHD? A secondary analysis of a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 97(2017), 163-169. doi:10.1016/j.brat.2017.08.002
- Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S. M., & Donnelly, M. (2012). Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database Systematic Review*, 15(2), 1465-1858. doi:10.1002/14651858.CD008225.pub2
- Giacobini, M., Medin, E., Ahnemark, E., Russo, L. J., & Carlqvist, P. (2018). Prevalence, patient characteristics, and pharmacological treatment of children, adolescents, and adults diagnosed with ADHD in Sweden. *Journal of Attention Disorders*, 22(1), 3-13. doi:10.1177/1087054714554617
- Gjervan, B., Torgersen, T., Nordahl, H. M., & Rasmussen, K. (2012). Functional impairment and occupational outcome in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 16(7), 544-552. doi:10.1177/1087054711413074
- Goodman, R. (1999). The extended version of the strengths and difficulties questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 40(5), 791-799. doi:10.1111/1469-7610.00494
- Gumus, Y. Y., Memik, N. C., & Agaoglu, B. (2015). Anxiety disorders comorbidity in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of Neuropsychiatry*, 52(2), 185-193. doi:10.5152/npa.2015.7024
- Halmøy, A., Fasmer, O. B., Gillberg, C., & Haavik, J. (2009). Occupational outcome in adult ADHD: impact of symptom profile, comorbid psychiatric problems, and treatment: a cross-sectional study of 414 clinically diagnosed adult ADHD patients. *Journal of Attention Disorders*, 13(2), 175-187. doi:10.1177/1087054708329777
- Hellström, A. (2011). Föräldrautbildningsprogrammet STRATEGI för föräldrar till barn med ADHD i åldern 4-12 år. Hämtad 2020-05-13 från SINUS AB: <https://docplayer.se/14601265-Foraldrautbildningsprogrammet-strategi-for-foraldrar-till-barn-med-adhd-i-aldern-4-12-ar-agneta-hellstrom.html>
- Hirvikoski, T., Lindholm, T., Nordenström, A., Nordström, A.-L., & Lajic, S. (2009). High self-perceived stress and many stressors, but normal diurnal cortisol rhythm, in adults with ADHD (attention-deficit/hyperactivity disorder). *Hormones and Behavior*, 55(3), 418-424. doi:10.1016/j.yhbeh.2008.12.004
- Hirvikoski, T., Lindström, T., Carlsson, J., Waaler, E., Jokinen, J., & Bölte, S. (2017). Psychoeducational groups for adults with ADHD and their significant others (PEGASUS): a pragmatic multicenter and randomized controlled trial. *European Psychiatry*, 44, 141-152. doi:10.1016/j.eurpsy.2017.04.005

- Johnston, C., & Freeman, W. (1997). Attributions for child behavior in parents of children without behavior disorders and children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(4), 636-645. doi:10.1037/0022-006X.65.4.636
- Johnston, C., & Freeman, W. (2002). Parents' beliefs about ADHD: implications for assessment and treatment. *The ADHD Report, 10*(1), 6-9. doi:10.1521/adhd.10.1.6.20567
- Johnston, C., Hommersen, P., & Seipp, C. M. (2009). Maternal attributions and child oppositional behavior: a longitudinal study of boys with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(1), 189-195. doi:10.1037/a0014065
- Johnston, C., & Mash, E. (2001). Families of children with attention-deficit/ hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review, 4*(3), 183-207. doi:10.1023/A:1017592030434
- Johnston, C., Mash, E. J., Miller, N., & Ninowski, J. E. (2012). Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review, 32*(4), 215-228. doi:10.1016/j.cpr.2012.01.007
- Johnston, C., & Ohan, J. (2005). The Importance of parental attributions in families of children with attention-deficit/hyperactivity and disruptive behavior disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review, 8*(3), 167-182. doi:10.1007/s10567-005-6663-6
- Kadesjö, B., Janols, L.-O., Korkman, M., Mickelsson, K., Strand, G., Trillingsgaard, A., & Gillberg, C. (2004). The FTF (Five to Fifteen): the development of a parent questionnaire for the assessment of ADHD and comorbid conditions. *European Child & Adolescent Psychiatry, 13*(3), 3-13. doi:10.1007/s00787-004-3002-2
- Karbalaei Sabagh, A., Khademi, M., Noorbakhsh, S., Razjooyan, K., & Arabgol, F. (2016). Adult attention deficit hyperactivity disorder and parenting styles. *The Indian Journal of Pediatrics, 83*(3), 254-257. doi:10.1007/s12098-015-1851-y
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E. V. A., . . . Walters, E. E. (2005). The world health organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine, 35*(2), 245-256. doi:10.1017/S0033291704002892
- Kling, Å., Forster, M., Sundell, K., & Melin, L. (2010). A randomized controlled effectiveness trial of parent management training with varying degrees of therapist support. *Behavior Therapy, 41*(4), 530-542. doi:10.1016/j.beth.2010.02.004
- Konstenius, M., Larsson, H., Lundholm, H., Philips, B., Glind, G. V., Jayaram-Lindström, N., & Franck, J. (2012). An epidemiological study of ADHD, substance use, and comorbid problems in incarcerated women in sweden. *Journal of Attention Disorders, 19*(1), 44-52. doi:10.1177/1087054712451126
- Koro-Ljungberg, M., & Bussing, R. (2009). The management of courtesy stigma in the lives of families with teenagers with ADHD. *Journal of Family Issues, 30*(9), 1175-1200. doi:10.1177/0192513X09333707
- Kuriyan, A. B., Pelham, W. E., Molina, B. S. G., Waschbusch, D. A., Gnagy, E. M., Sibley, M. H., . . . Kent, K. M. (2013). Young adult educational and vocational outcomes of children diagnosed with ADHD. *Journal of abnormal child psychology, 41*(1), 27-41. doi:10.1007/s10802-012-9658-z

- Kysow, K., Park, J., & Johnston, C. (2017). The use of compensatory strategies in adults with ADHD symptoms. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 9(2), 73-88. doi:10.1007/s12402-016-0205-6
- Lindberg Reisser, A., & Lisper, C. (2020). *Improving Parenting Skills Adults ADHD (IPSA)*. (Examensarbete, Karolinska Institutet, Stockholm).
- Lowry, L. S., Schatz, N. K., & Fabiano, G. A. (2018). Exploring parent beliefs and behavior: the contribution of ADHD symptomology within mothers and fathers. *Journal of Attention Disorders*, 22(13), 1255-1265. doi:10.1177/1087054714562587
- Läkemedelsverket (2016). Läkemedel vid ADHD - behandlingsrekommendation. Hämtad 2020-04-29 från <https://www.lakemedelsverket.se/adhd#hmainbody1>
- Mannuzza, S., & Klein, R. G. (2000). Long-term prognosis in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9(3), 711-726. doi:10.1016/S1056-4993(18)30114-7
- McCleary, L., & Ridley, T. (1999). Parenting adolescents with ADHD: evaluation of a psychoeducation group. *Patient Education and Counseling*, 38(1), 3-10. doi:10.1016/S0738-3991(98)00110-4
- Melegari, M. G., Bruni, O., Sacco, R., Barni, D., Sette, S., & Donfrancesco, R. (2018). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder and generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Psychiatry Research*, 270, 780-785. doi:10.1016/j.psychres.2018.10.078
- Mikami, A. Y., Chong, G. K., Saporito, J. M., & Na, J. J. (2015). Implications of parental affiliate stigma in families of children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(4), 595-603. doi:10.1080/15374416.2014.888665
- Minde, K., Eakin, L., Hechtman, L., Ochs, E., Bouffard, R., Greenfield, B., & Looper, K. (2003). The psychosocial functioning of children and spouses of adults with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(4), 637-646. doi:10.1111/1469-7610.00150
- Montoya, A., Colom, F., & Ferrin, M. (2011). Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review. *European Psychiatry*, 26(3), 166-175. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.10.005
- Moroney, E., Tung, I., Brammer, W. A., Peris, T. S., & Lee, S. S. (2017). Externalizing outcomes of youth with and without ADHD: time-varying prediction by parental ADHD and mediated effects. *Journal of abnormal child psychology*, 45(3), 457-470. doi:10.1007/s10802-016-0215-z
- Mueller, A., Fuermaier, A., Koerts, J., & Tucha, L. (2012). Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 4(3), 101-114. doi:10.1007/s12402-012-0085-3
- National Institute of Health and Care Excellence. (2009). *Attention deficit hyperactivity disorder - the NICE guideline on diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*. Hämtad från <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22420012/>
- National Institute of Health and Care Excellence. (2019). Attention-deficit hyperactivity disorder - everything NICE says in an interactive flow chart. Hämtad 2020-04-29 från <https://pathways.nice.org.uk/pathways/attention-deficit-hyperactivity-disorder#path=view%3A/pathways/attention-deficit-hyperactivity-disorder/information-and-support-for-people-with-adhd.xml&content=view-index>
- Ninowski, J. E., Mash, E. J., & Benzie, K. M. (2007). Symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder in first-time expectant women: relations with parenting

- cognitions and behaviors. *Infant Mental Health Journal*, 28(1), 54-75. doi:10.1002/imhj.20122
- Nytell, C., & Backman, A. (2014). *Rapport om STRATEGI föräldrautbildning - resultat ur en pilotstudie samt egna utvärderingar från ADHD-center*. Hämtad från <http://media.sinus.se/2017/02/3-nytell.pdf>
- Pelham Jr, W. E., Wheeler, T., & Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(2), 190-205. doi:10.1207/s15374424jccp2702_6
- Polyzoi, M., Ahnemark, E., Medin, E., & Ginsberg, Y. (2018). Estimated prevalence and incidence of diagnosed ADHD and health care utilization in adults in Sweden - a longitudinal population-based register study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 1149-1161. doi:10.2147/NDT.S155838
- Reisberg, D. (2016). *Cognition - Exploring the Science of the Mind* (6., uppl.). New York: W. W. Norton & Company Inc.
- Sanders, M. (1999). Triple p- positive parenting program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(2), 71-90. doi:10.1023/A:1021843613840
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2013). *ADHD - diagnostik och behandling, vårdens organisation och patientens delaktighet*. (SBU-rapport 217). Hämtad från <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/adhd-diagnostik-och-behandling-vardens-organisation-och-patientens-delaktighet/>
- Schneider, B. W., Gerdes, A. C., Haack, L. M., & Lawton, K. E. (2013). Predicting treatment dropout in parent training interventions for families of school-aged children with ADHD. *Child & Family Behavior Therapy*, 35(2), 144-169. doi:10.1080/07317107.2013.789365
- Silverstein, M. J., Faraone, S. V., Alperin, S., Leon, T. L., Spencer, T. J., Biederman, J., & Adler, L. (2017). Validation of the expanded versions of the adult ADHD self-report scale (ASRS) v1.1 symptom checklist and the adult ADHD investigator symptom rating scale (AISRS). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(10), 275-276. doi:10.1016/j.jaac.2017.09.351
- Sjöwall, D. (2014). *Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents : neuropsychological deficits and functional outcomes*. (Doktorsavhandling, Karolinska Institutet, Stockholm, 2014-12-19t12:25:39Z). Hämtad från <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10.16/42334>
- Slep, A. M. S., & O'Leary, S. G. (1998). The effects of maternal attributions on parenting: an experimental analysis. *Journal of Family Psychology*, 12(2), 234-243. doi:10.1037/0893-3200.12.2.234
- Socialstyrelsen. (2014). *Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd* (2014-12-42). Hämtad från <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwidy4CSksfpAhWr0KYKHWUSAgIQFjABegQICxAE&url=https%3A%2F%2Fwww.socialstyrelsen.se%2Fglobalassets%2Fsharepointdokument%2Fartikelkatalog%2Fkunksapsstod%2F2014-10-42.pdf&usg=AOvVaw0xCYCLGpnD4GDoMDqmf9Tm>
- Sonuga-Barke, E. J. S., Daley, D., & Thompson, M. (2002). Does maternal ADHD reduce the effectiveness of parent training for preschool children's ADHD? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(6), 696-702. doi:10.1097/00004583-200206000-00009

- Spencer, T. J., Biederman, J., & Mick, E. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 631-642. doi:10.1093/jpepsy/jsm005
- Stine, J. J. (1994). Psychosocial and psychodynamic issues affecting noncompliance with psychostimulant treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 4(2), 75-86. doi:10.1089/cap.1994.4.75
- Svanborg, P., Thernlund, G., Gustafsson, P., Hägglöf, B., Poole, L., & Kadesjö, B. (2009). Efficacy and safety of atomoxetine as add-on to psychoeducation in the treatment of attention deficit/hyperactivity disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(4), 240-249. doi:10.1007/s00787-008-0725-5
- Tarver, J., Daley, D., & Sayal, K. (2014). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): an updated review of the essential facts. *Child: Care, Health and Development*, 40(6), 762-774. doi:10.1111/cch.12139
- Taylor, L. E., & Antshel, K. M. (2019). Factors associated with parental treatment attitudes and information-seeking behaviors for childhood ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 1-11. doi:10.1177/1087054718821734
- Theule, J., Wiener, J., Rogers, M., & Marton, I. (2011). Predicting parenting stress in families of children with ADHD: parent and contextual factors. *Journal of Child and Family Studies*, 20(5), 640-647. doi:10.1007/s10826-010-9439-7
- Torgersen, T., Gjervan, B., & Rasmussen, K. (2006). ADHD in adults: a study of clinical characteristics, impairment and comorbidity. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(1), 38-43. doi:10.1080/08039480500520665
- van den Hoofdakker, B. J., Nauta, M. H., Veen-Mulders, L., Sytema, S., Emmelkamp, P. M. G., Minderaa, R. B., & Hoekstra, P. J. (2010). Behavioral parent training as an adjunct to routine care in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: moderators of treatment response. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(3), 317-326. doi:10.1093/jpepsy/jsp060
- Villodas, M., McBurnett, K., Kaiser, N., Rooney, M., & Piffner, L. (2014). Additive effects of parent adherence on social and behavioral outcomes of a collaborative school-home behavioral intervention for ADHD. *Child Psychiatry and Human Development*, 45(3), 348-360. doi:10.1007/s10578-013-0405-7
- Wan, E. S. F., Ma, J. L. C., Lai, K. Y. C., & Lo, J. W. K. (2016). The subjective experiences of attention-deficit/hyperactivity disorder of chinese families in Hong Kong: co-construction of meanings in multiple family groups. *Health & Social Work*, 41(3), 164-172. doi:10.1093/hsw/hlw023
- Wang, C., Mazursky-Horowitz, H., & Chronis-Tuscano, A. (2014). Delivering evidence-based treatments for child attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in the context of parental ADHD. *Current Psychiatry Reports*, 16(10), 1-8. doi:10.1007/s11920-014-0474-8
- Webster-Stratton, C. (2011). *The Incredible Years. Parents, Teachers, and Children's Training Series. ProgramContent, Methods, Research and Dissemination 1980-2011* (1., uppl.). Seattle: Incredible Years, Inc.
- Weiss, M., Hechtman, L., Weiss, G., & Jellinek, M. S. (2000). ADHD in parents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(8), 1059-1061. doi:10.1097/00004583-200008000-00023

- Wender, P. H. (2001). *ADHD Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Children, Adolescents, and Adults*. Oxford: Oxford University Press.
- Wilens, T. E., & Dodson, W. (2004). A clinical perspective of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(10), 1301-1313.
doi:10.4088/JCP.v65n1003

Bilaga A*Jämförelse av demografiska variabler mellan deltagare med kompletta respektive icke-kompletta svar på ASRS*

Demografisk variabel	Kompletta svar ASRS (<i>n</i> = 546)	Icke-kompletta svar ASRS (<i>n</i> = 15)
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)
Ålder (<i>n</i> = 561) ^a	43.31 (6.63)	41.13 (6.46)
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Könsidentitet (<i>n</i> = 557) ^a		
Kvinna	337 (61.95)	8 (61.54)
Man	206 (37.87)	5 (38.46)
Annan könsidentitet	Ej tillämpligt ^b	
Utbildning (<i>n</i> = 554) ^a		
Grundskola	13 (2.40)	Ej tillämpligt ^b
Gymnasieexamen	230 (42.51)	Ej tillämpligt ^b
Examen från universitet	274 (50.65)	8 (61.54)
Annan utbildning	24 (4.44)	Ej tillämpligt ^b
Sysselsättning (<i>n</i> = 554) ^a		
Heltid	408 (75.42)	7 (53.85)
Deltid	72 (13.31)	Ej tillämpligt ^b
Arbetsökande	11 (2.03)	
Sjukskriven	15 (2.77)	
Annat	35 (6.47)	Ej tillämpligt ^b
Psykiatrisk diagnos (<i>n</i> = 554) ^a		
Utan ADHD	485 (89.65)	12 (92.31)
ADHD kombinerad form	13 (2.40)	
ADHD annan form	9 (1.66)	
Annat	34 (6.28)	Ej tillämpligt ^b
Modersmål (<i>n</i> = 550) ^{a*}		
Svenska	463 (86.54)	7 (46.67)

^a *n* anger antal deltagare som besvarat frågan.

^b För att skydda enskilda deltagares integritet har "ej tillämpligt" angivits i celler med färre än 5 deltagare eller där antalet deltagare går att härleda.

*Anger signifikant skillnad mellan grupperna, *p* < .05.

Bilaga B

Jämförelse av demografiska variabler mellan deltagare med kompletta respektive icke-kompletta svar på förmätningen av ADHD 20 Questions.

Demografisk variabel	Kompletta svar förmätning ADHD 20 Questions (<i>n</i> = 555)	Icke-kompletta svar förmätning ADHD 20 Questions (<i>n</i> = 4)
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)
Ålder (<i>n</i> = 559) ^a	43.32 (6.62)	38.25 (6.55)
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Könsidentitet (<i>n</i> = 557) ^a		
Kvinna	343 (62.03)	Ej tillämpligt ^b
Man	209 (37.79)	Ej tillämpligt ^b
Annan könsidentitet	Ej tillämpligt ^b	
Utbildning (<i>n</i> = 554) ^a		
Grundskola	14 (2.55)	
Gymnasieexamen	232 (42.18)	Ej tillämpligt ^b
Examen från universitet	279 (50.73)	Ej tillämpligt ^b
Annan utbildning	25 (4.55)	
Sysselsättning (<i>n</i> = 554) ^a		
Heltid	412 (74.91)	Ej tillämpligt ^b
Deltid	75 (13.64)	
Arbetsökande	11 (2.00)	
Sjukskriven	14 (2.55)	Ej tillämpligt ^b
Annat	38 (6.91)	
Psykiatrisk diagnos (<i>n</i> = 554) ^a		
Utan ADHD	494 (89.82)	Ej tillämpligt ^b
ADHD kombinerad form	12 (2.18)	Ej tillämpligt ^b
ADHD annan form	9 (1.64)	
Annat	35 (6.36)	
Modersmål (<i>n</i> = 548) ^a		
Svenska	466 (85.66)	Ej tillämpligt ^b

^a *n* anger antal deltagare som besvarat frågan.

^b För att skydda enskilda deltagares integritet har "ej tillämpligt" angivits i celler med färre än 5 deltagare eller där antalet deltagare går att härleda.

Bilaga C

Jämförelse av demografiska variabler mellan deltagare med kompletta respektive icke-kompletta svar på eftermätningen av ADHD 20 Questions.

Demografisk variabel	Kompletta svar eftermätning ADHD 20 Questions (n = 449)	Icke-kompletta svar eftermätning ADHD 20 Questions (n = 110)
	M (SD)	M (SD)
Ålder (n = 559) ^a	43.18 (6.49)	43.70 (7.15)
	n (%)	n (%)
Könsidentitet (n = 557) ^a		
Kvinna	282 (62.81)	63 (58.33)
Man	166 (36.97)	45 (41.67)
Annan könsidentitet	Ej tillämpligt ^b	
Utbildning (n = 554) ^a		
Grundskola	11 (2.47)	Ej tillämpligt ^b
Gymnasieexamen	184 (41.26)	49 (45.37)
Examen från universitet	233 (52.24)	49 (45.37)
Annan utbildning	18 (4.04)	7 (6.48)
Sysselsättning (n = 554) ^a		
Heltid	335 (75.11)	80 (74.07)
Deltid	65 (14.57)	10 (9.26)
Arbetsökande	6 (1.35)	5 (4.63)
Sjukskriven	11 (2.47)	Ej tillämpligt ^b
Annat	29 (6.50)	9 (8.33)
Psykiatrisk diagnos (n = 554) ^a		
Utan ADHD*	405 (90.81)	92 (85.19)
ADHD kombinerad form	12 (2.69)	Ej tillämpligt ^b
ADHD annan form	6 (1.35)	Ej tillämpligt ^b
Annat*	23 (5.16)	12 (11.11)
Modersmål (n = 548) ^a		
Svenska	383 (86.85)	87 (81.31)

^a n anger antal deltagare som besvarat frågan.

^b För att skydda enskilda deltagares integritet har "ej tillämpligt" angivits i celler med färre än 5 deltagare eller där antalet deltagare går att härleda.

*Anger signifikant skillnad mellan grupperna, $p < .05$.

Bilaga D

Jämförelse av demografiska variabler mellan deltagare med kompletta respektive icke-kompletta svar på utvärdering av kurstillfälle ett.

Demografisk variabel	Kompletta svar utvärdering kurstillfälle ett (<i>n</i> = 487)	Icke-kompletta svar utvärdering kurstillfälle ett (<i>n</i> = 72)
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)
Ålder (<i>n</i> = 559) ^a	43.30 (6.53)	43.14 (7.26)
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Könsidentitet (<i>n</i> = 557) ^a		
Kvinna	296 (61.03)	49 (68.06)
Man	188 (38.76)	23 (31.94)
Annat könsidentitet	Ej tillämpligt ^b	
Utbildning (<i>n</i> = 554) ^a		
Grundskola	13 (2.70)	Ej tillämpligt ^b
Gymnasieexamen	202 (41.91)	31 (43.10)
Examen från universitet	245 (50.83)	37 (51.39)
Annat utbildning	22 (4.56)	Ej tillämpligt ^b
Sysselsättning (<i>n</i> = 554) ^a		
Heltid	360 (74.69)	55 (76.39)
Deltid	66 (13.69)	9 (12.50)
Arbetsökande	11 (2.28)	
Sjukskriven	10 (2.07)	5 (6.94)
Annat	35 (7.26)	Ej tillämpligt ^b
Psykiatrisk diagnos (<i>n</i> = 554) ^a		
Utan ADHD	430 (89.21)	66 (91.67)
ADHD kombinerad form	12 (2.50)	Ej tillämpligt ^b
ADHD annan form	9 (1.87)	
Annat	31 (6.43)	5 (6.94)
Modersmål (<i>n</i> = 548) ^{a*}		
Svenska	416 (87.39)	54 (75.00)

^a *n* anger antal deltagare som besvarat frågan.

^b För att skydda enskilda deltagares integritet har "ej tillämpligt" angivits i celler med färre än 5 deltagare eller där antalet deltagare går att härleda.

*Anger signifikant skillnad mellan grupperna, *p* < .05.

Bilaga E

Jämförelse av demografiska variabler mellan deltagare med kompletta respektive icke-kompletta svar på utvärdering av kurstillfälle två.

Demografisk variabel	Kompletta svar utvärdering kurstillfälle två (<i>n</i> = 450)	Icke-kompletta svar utvärdering kurstillfälle två (<i>n</i> = 109)
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)
Ålder (<i>n</i> = 559) ^a	43.23 (6.53)	43.48 (7.04)
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Könsidentitet (<i>n</i> = 557) ^a		
Kvinna	284 (63.11)	61 (57.01)
Man	165 (36.67)	46 (42.99)
Annat könsidentitet	Ej tillämpligt ^b	
Utbildning (<i>n</i> = 554) ^a		
Grundskola	12 (2.67)	Ej tillämpligt ^b
Gymnasieexamen	191 (42.54)	42 (40.00)
Examen från universitet	228 (50.78)	54 (51.43)
Annat utbildning	18 (4.01)	7 (6.67)
Sysselsättning (<i>n</i> = 554) ^a		
Heltid	337 (75.06)	78 (74.29)
Deltid	64 (14.25)	11 (10.48)
Arbetsökande	8 (1.78)	Ej tillämpligt ^b
Sjukskriven	11 (2.45)	Ej tillämpligt ^b
Annat	29 (6.46)	9 (8.57)
Psykiatrisk diagnos (<i>n</i> = 554) ^a		
Utan ADHD	406 (90.22)	90 (86.54)
ADHD kombinerad form	10 (2.22)	Ej tillämpligt ^b
ADHD annan form	6 (1.33)	Ej tillämpligt ^b
Annat	28 (6.22)	8 (7.69)
Modersmål (<i>n</i> = 548) ^a		
Svenska	384 (86.49)	86 (82.69)

^a *n* anger antal deltagare som besvarat frågan.

^b För att skydda enskilda deltagares integritet har "ej tillämpligt" angivits i celler med färre än 5 deltagare eller där antalet deltagare i cellen går att härleda.

Bilaga F

Jämförelse av demografiska variabler mellan deltagare med kompletta respektive icke-kompletta svar på utvärdering av kurstillfälle tre.

Demografisk variabel	Kompletta svar utvärdering kurstillfälle tre (<i>n</i> = 430)	Icke-kompletta svar utvärdering kurstillfälle tre (<i>n</i> = 129)
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)
Ålder (<i>n</i> = 559) ^a	43.16 (6.58)	43.69 (6.78)
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Könsidentitet (<i>n</i> = 557) ^a		
Kvinna	259 (60.23)	86 (67.72)
Man	170 (39.53)	41 (32.28)
Annan könsidentitet	Ej tillämpligt ^b	
Utbildning (<i>n</i> = 554) ^a		
Grundskola	12 (2.80)	Ej tillämpligt ^b
Gymnasieexamen	183 (42.66)	50 (40.00)
Examen från universitet	214 (49.88)	68 (54.40)
Annan utbildning	20 (4.66)	5 (4.00)
Sysselsättning (<i>n</i> = 554) ^a		
Heltid	330 (76.92)	85 (68.00)
Deltid	59 (13.75)	16 (12.80)
Arbetsökande	7 (1.63)	Ej tillämpligt ^b
Sjukskriven	8 (1.86)	7 (5.60)
Annat	25 (5.83)	13 (10.40)
Psykiatrisk diagnos (<i>n</i> = 554) ^a		
Utan ADHD	392 (91.38)	104 (83.20)
ADHD kombinerad form	10 (2.33)	Ej tillämpligt ^b
ADHD annan form	Ej tillämpligt ^b	5 (4.00)
Annat	23 (5.36)	13 (10.40)
Modersmål (<i>n</i> = 548) ^a		
Svenska	371 (87.50)	99 (79.84)

^a *n* anger antal deltagare som besvarat frågan.

^b För att skydda enskilda deltagares integritet har "ej tillämpligt" angivits i celler med färre än 5 deltagare eller där antalet deltagare går att härleda.

Bilaga G

Jämförelse av demografiska variabler mellan deltagare med kompletta respektive icke-kompletta svar på utvärdering av kurstillfälle fyra.

Demografisk variabel	Kompletta svar utvärdering kurstillfälle fyra (<i>n</i> = 428)	Icke-kompletta svar utvärdering kurstillfälle fyra (<i>n</i> = 131)
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)
Ålder (<i>n</i> = 561) ^{a*}	42.93 (6.48)	44.42 (6.97)
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Könsidentitet (<i>n</i> = 557) ^a		
Kvinna	263 (61.45)	82 (63.57)
Man	164 (38.32)	47 (36.43)
Annan könsidentitet	Ej tillämpligt ^b	
Utbildning (<i>n</i> = 554) ^a		
Grundskola	12 (2.82)	Ej tillämpligt ^b
Gymnasieexamen	176 (41.41)	57 (44.19)
Examen från universitet	217 (51.06)	65 (50.39)
Annan utbildning	20 (4.71)	5 (3.88)
Sysselsättning (<i>n</i> = 554) ^a		
Heltid	322 (75.76)	93 (72.10)
Deltid	60 (14.12)	15 (11.63)
Arbetsökande	6 (1.41)	5 (3.88)
Sjukskriven	9 (2.11)	6 (4.65)
Annat	28 (6.59)	10 (7.75)
Psykiatrisk diagnos (<i>n</i> = 554) ^a		
Utan ADHD	388 (91.08)	108 (84.38)
ADHD kombinerad form	9 (2.11)	Ej tillämpligt ^b
ADHD annan form	5 (1.17)	Ej tillämpligt ^b
Annat	24 (5.63)	12 (9.38)
Modersmål (<i>n</i> = 548) ^a		
Svenska	362 (85.78)	(85.71)

^a *n* anger antal deltagare som besvarat frågan.

^b För att skydda enskilda deltagares integritet har "ej tillämpligt" angivits i celler med färre än 5 deltagare eller där antalet deltagare går att härleda.

*Anger signifikant skillnad mellan grupperna, $p < .05$.

Bilaga H

Jämförelse av demografiska variabler mellan deltagare med kompletta respektive icke-kompletta svar på utvärdering av kurstillfälle fem.

Demografisk variabel	Kompletta svar utvärdering kurstillfälle 5 (<i>n</i> = 406)	Icke-kompletta svar utvärdering kurstillfälle 5 (<i>n</i> = 153)
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)
Ålder (<i>n</i> = 559) ^{a*}	42.90 (6.17)	44.29 (7.63)
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Könsidentitet (<i>n</i> = 557) ^a		
Kvinna	261 (64.29)	84 (55.63)
Man	145 (35.71)	66 (43.71)
Annan könsidentitet		Ej tillämpligt ^b
Utbildning (<i>n</i> = 554) ^a		
Grundskola	11 (2.73)	Ej tillämpligt ^b
Gymnasieexamen	167 (41.44)	66 (43.71)
Examen från universitet	208 (51.61)	74 (49.01)
Annan utbildning	17 (4.22)	8 (5.30)
Sysselsättning (<i>n</i> = 554) ^a		
Heltid	303 (75.19)	112 (74.17)
Deltid	58 (14.39)	17 (11.26)
Arbetsökande	6 (1.49)	5 (3.31)
Sjukskriven	9 (2.23)	6 (3.97)
Annat	27 (6.70)	11 (7.28)
Psykiatrisk diagnos (<i>n</i> = 554) ^a		
Utan ADHD	364 (90.32)	132 (87.42)
ADHD kombinerad form	10 (2.48)	Ej tillämpligt ^b
ADHD annan form	6 (1.49)	Ej tillämpligt ^b
Annat	23 (5.71)	13 (8.61)
Modersmål (<i>n</i> = 548) ^a		
Svenska	346 (86.72)	124 (83.22)

^a *n* anger antal deltagare som besvarat frågan.

^b För att skydda enskilda deltagares integritet har "ej tillämpligt" angivits i celler med färre än 5 deltagare eller där antalet deltagare går att härleda.

*Anger signifikant skillnad mellan grupperna, $p < .05$.

Bilaga I

Jämförelse av demografiska variabler mellan deltagare med kompletta respektive icke-kompletta svar på utvärderingen av hela kursen.

Demografisk variabel	Kompletta svar utvärdering av hela kursen (<i>n</i> = 445)	Icke-kompletta svar utvärdering av hela kursen (<i>n</i> = 114)
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)
Ålder (<i>n</i> = 559) ^a	43.20 (6.48)	43.61 (7.17)
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Könsidentitet (<i>n</i> = 557) ^a		
Kvinna	278 (62.47)	67 (59.82)
Man	166 (37.30)	145 (40.18)
Annat könsidentitet	Ej tillämpligt ^b	
Utbildning (<i>n</i> = 554) ^a		
Grundskola	10 (2.26)	Ej tillämpligt ^b
Gymnasieexamen	184 (41.63)	49 (43.75)
Examen från universitet	230 (52.04)	52 (46.43)
Annat utbildning	18 (4.07)	7 (6.25)
Sysselsättning (<i>n</i> = 554) ^a		
Heltid	334 (75.57)	81 (72.32)
Deltid	63 (14.25)	12 (10.71)
Arbetsökande	6 (1.36)	5 (4.46)
Sjukskriven	11 (2.49)	Ej tillämpligt ^b
Annat	28 (6.33)	10 (8.93)
Psykiatrisk diagnos (<i>n</i> = 554) ^a		
Utan ADHD *	399 (90.27)	97 (86.61)
ADHD kombinerad form	12 (2.71)	Ej tillämpligt ^b
ADHD annan form	6 (1.36)	Ej tillämpligt ^b
Annat	25 (5.66)	11 (9.82)
Modersmål (<i>n</i> = 548) ^a		
Svenska	380 (86.96)	90 (81.08)

^a *n* anger antal deltagare som besvarat frågan.

^b För att skydda enskilda deltagares integritet har "ej tillämpligt" angivits i celler med färre än 5 deltagare eller där antalet deltagare går att härleda.

*Anger signifikant skillnad mellan grupperna, $p < .05$.