

**Metoder för systematisk
uppföljning av insatser riktade
till barn, unga och familjer**

**Kartläggning och
diskussionsunderlag**

Ulf Axberg

Innehåll

1. ”Att rita kartan” – om bakgrunden till den här rapporten.....	4
2. ”Många metoder och system” – om genomförandet och resultatet av kartläggningen	6
3. Det finns så mycket vi vill veta – om att införa metoder för systematisk uppföljning	10
Bilaga 1. Beskrivning av metoder i kartläggningen	16
Bilaga 2. Referenser	24

I. ”Att rita kartan” – om bakgrunden till den här rapporten

Initiativet till den här rapporten togs år 2012 i ett av de chefsnätverk som finns kopplat till FoU i Väst vid Göteborgsregionens kommunalförbund (GR). Nätverket såg ett behov av att ”rita kartan” över olika uppföljningssystem för insatser till barn, unga och familjer.

Samtidigt hade Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialdepartementet uttryckt att ett prioriterat område i överenskommelsen om stöd till en evidensbaserad praktik var systematisk och kontinuerlig uppföljning av placeringar för barn och unga. I överenskommelsen år 2012 formulerades målet att identifiera utvecklingsområden och erbjuda stöd till lokala utvecklingsarbeten för systematisk uppföljning. Detta skulle samordnas och länkas in i arbetet med att vidareutveckla Barns Behov i Centrum (BBIC). Utifrån överenskommelsen gjorde SKL tillsammans med kommunernas utvecklingsledare i landet en kartläggning av hur kommunerna arbetar med systematisk uppföljning [1]. Rapporten visar bland annat att det är stora variationer i hur kommunerna definierar begreppet systematisk uppföljning. En annan iakttagelse är att kostnader oftare står i fokus än resultat och kvalitet. Rapporten pekar också på att uppgifter som matats in inte kan användas fullt ut, bland annat beroende på olika IT-system och att det inte finns något stöd i systemen för att sammanställa resultat på gruppnivå. Samtidigt kunde man konstatera att det i många kommuner pågår ett arbete med systematisk uppföljning som behöver lyftas fram. SKL genomförde vidare med stöd av länen en undersökning av hur det fungerar för

kommunerna att använda data från BBIC. En test i 30 kommuner visade att det med befintliga system inte gick att ta ut BBIC-statistik på gruppnivå. Det var inte heller möjligt att undersöka kvaliteten på inmatade data i BBIC.

Ytterligare en ingång till den här rapporten var Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:11) om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem eller hem för vård eller boende där det av 3 kap 3 § framgår att:

... den som bedriver socialtjänst ska utöva egenkontroll med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Egenkontrollen av den verksamhet som gäller barn och unga i familjehem eller hem för vård eller boende bör omfatta insamling av uppgifter om bl.a.

– hur ofta en socialsekreterare har besökt och samtalat med ett visst barn eller en viss ung person,

– antalet socialsekreterare som har besökt och samtalat med ett visst barn eller en viss ung person,

– barnens eller de ungas erfarenheter av och synpunkter på vården,

– vårdnadshavarnas och familjehemsföräldrarnas erfarenheter av socialnämndens råd, stöd och hjälp,

– vilka erfarenheter personalen vid hem för vård eller boende har av samarbetet med socialnämnden och

– orsakerna till omplaceringar och oplanerade avslut av placeringar.¹

1. Genom ett tillägg i socialtjänstlagen (6 kap 7 b §) år 2013 har ansvaret för socialnämnden att följa vården av de barn och unga som vårdas i ett familjehem, jourhem eller hem för vård eller boende förtydligats. Barnets eller den ungas hälsa, utveckling, sociala beteende, skolgång samt relationer till anhöriga och andra närstående ska särskilt uppmärksammas.

Det kan vara värt att notera att det i föreskrifterna inte står något om att undersöka hur det faktiskt går för barnen, det vill säga effekter av insatsen. En viktig aspekt som lyfts fram är barnens, de ungas, vårdnadshavarnas och familjehemsföräldrarnas erfarenheter av vården, men hur nöjd man är med en insats är inte detsamma som hur väl insatsen som sådan fungerat för individen, eller på en gruppnivå effekterna av de insatser som erbjuds.

Ett annat fenomen som lyft fram behovet av systematiska uppföljningar är arbetet med *Öppna jämförelser* som syftar till en öppen redovisning av indikatorer för resultat och resursförbrukning med avseende på kvalitet och effektivitet på olika områden. De indikatorer som valts ut när det gäller vård av placerade barn är: god levnadsstandard, god utbildning, trygg uppväxt, bästa möjliga hälsa, effektivitet, helhetssyn och samordning, trygg och säker vård och omsorg, kunskapsbaserad verksamhet samt tillgänglighet.

Inom chefsnätverket vid FoU i Väst/GR diskuterades frågan om uppföljning av placerade barn och ett intresse för att komma vidare uttrycktes. Bland annat lyftes frågan om vad som sker inom uppföljningsområdet och man menade att det är svårt att ta ställning till att gå in i ett eller annat uppföljningssystem eller val av specifikt instrument innan man fått en mer övergripande bild. Även om man ser utvecklingsarbetet kring BBIC som viktigt så uttrycktes ett behov av en bredare kartläggning av vilka metoder som används inom GR-kommunerna.

Mot bakgrund av de önskemål som framfördes i GR-kommunerna genomförde FoU i Väst/GR under åren 2012 och 2013 en kartläggning av uppföljningsmodeller som används av kommunerna när det gäller placerade barn. Även Gryning Vård AB såg det som intressant att medverka i kartläggningen eftersom det fanns ett behov av att utveckla arbetet med uppföljning även inom Gryning.

Rapporten består av resultaten från kartläggningen (avsnitt 2) samt ett underlag som stöd för den som vill införa metoder, med betoning på systematiska bedömningsinstrument, för systematisk uppföljning inom barn- och ungaområdet (avsnitt 3). ●

2. ”Många metoder och system” – om genomförandet och resultatet av kartläggningen

Uppföljning, utvärdering, utveckling – något om begreppen

Uppföljning, utvärdering och utvecklingsarbete är begrepp som är nära kopplade till varandra och som ges i viss mån varierande definitioner. Sundell med flera [2] beskriver uppföljning som något som görs fortlöpande enligt fasta rutiner, normalt av tjänstemän inom ramen för en ordinarie verksamhet för att kontrollera av hur verksamheten genomförs, medan utvärdering enligt samma författare är en mer tillfällig djuplodande process som ofta syftar till att värdera effekter. En annan skillnad mellan uppföljning och utvärdering är att den betoning på värdering som finns i utvärdering saknas i uppföljning. Uppföljningen görs kontinuerligt och syftar ofta till att mäta och beskriva förändringar utan att ge förklaring till eventuellt uppmätta förändringar. Detta innebär att det inte är möjligt att veta om det verkligen finns en koppling mellan ett uppmätt resultat och de aktiviteter som organisationen genomfört utifrån uppföljningsresultat. Ett exempel på definition av systematisk uppföljning ges av SKL i ”Ord- och begreppsförklaringar” [3] där det står att systematisk uppföljning innebär:

Enhetlig och strukturerad dokumentation och kontinuerlig uppföljning av en verksamhet, bland annat baserat på uppföljning av individnivå. Syftet är att kvalitetssäkra verksamheten och skapa underlag för förbättringsarbete.

Utvärdering av insatser är ofta en tillfällig aktivitet som görs systematiskt och gärna med standardiserade metoder. Ofta används intervjuer och/eller formulär från forskning. En skillnad mot forskning är dock att utvärdering inte görs för att allmänt öka kunskapen inom något område, utan för att vara till nytta i ett praktiskt sammanhang. Utvärderingen kan utgöra en viktig del i utvecklingsarbetet då flera utvärderingar som värderar effekterna kan kopplas till varandra och ge stöd till utvecklandet av en mer effektiv intervention [2].

Syftet med kartläggningen

Det övergripande syftet med kartläggningen var att belysa vilka modeller och system för systematisk uppföljning som används inom GR-kommunerna. Mer specifika frågeställningar handlar om vilka perspektiv som fångas upp som brukarnas, utförarnas eller beställarnas. Ytterligare en frågeställning berörde vad de olika modellerna och systemen avser att mäta samt hur de förhåller sig till varandra. Avslutningsvis fanns även en frågeställning kring vad som verkar fungera och vad som behöver utvecklas. Tanken var att resultatet av kartläggningen skulle presenteras på ett lättillgängligt sätt, gärna i matrisform. Ytterligare en tanke var att materialet skulle kunna bli användbart i dialogen om hur arbetet med systematisk uppföljning för kommunernas och Grynings del kan utvecklas samt som underlag till hur man kan förhålla sig till olika uppföljningsmodeller och system.

Genomförande av kartläggningen

Fokus i detta arbete har varit att kartlägga de modeller och system som verksamheterna inom GR-kommunerna och Gryning använder eller tänker sig kunna använda för att följa upp de placeringar som gjorts av barn och unga. I kartläggningsarbetet användes en pragmatisk definition av systematisk uppföljning, nämligen vad de olika verksamheterna avsåg när de pratade om att det gjordes systematiska uppföljningar, dock inte ekonomisk uppföljning. Urvalet av vilka metoder och system som blivit belysta har byggts på vad som framkommit vid intervjuer och platsbesök i olika verksamheter², förslag från chefsgruppen vid FoU i Väst/GR samt de metoder som lyfts fram i *Öppna jämförelser* under indikatorn ”Kunskapsbaserad verksamhet, systematisk bedömning”. Vid genomgången har en specifik mall använts för att belysa:

- Målgruppen – till vem är metoden riktad?
- Metod för insamlandet av uppgifter – hur går man till väga för att få in de uppgifter man vill få in? Används intervjuer, samtal eller frågeformulär?
- Syfte – vad vill man mäta eller beskriva med metoden eller systemet?
- Fokus – vilka är de relevanta områden eller faktorer som man önskar fånga?
- Administration – av vem och hur fylls uppgifterna i? Papper och penna och/eller dator, hur lång tid tar det?
- Ägare/kontakt – vem har utvecklat formulären? Var och hur kan man få tag på formulär i pappersform eller elektroniskt? När det gäller denna punkt så har den ett ”bästföredatum”, då detta är under ständig förändring. Formulär som varit fria att användas förläggs och upphovsrättsskyddas, och rättigheter till olika metoder säljs mellan företag. Detta betyder att man måste kontrollera hur det ser ut rent upphovsrättsligt när man tänker sig att använda ett formulär.

En halvstrukturerad intervjuguide användes vid platsbesöken som innefattade träffar med personal och chefer inom individ- och familjeomsorg samt Gryning. De teman som lyftes var:

- Hur, med vilka metoder följer man upp barn som blivit placerade?

- Aggregeras resultaten och i så fall hur?
- Hur redovisas resultaten och till vem?
- Hur används resultaten och vem är avnämaren?
- Hinder och svårigheter vid uppföljningen?
- Saknas det metoder för den systematiska uppföljningen?
- Genomgång av metoder som diskuterats.

Sammanfattning av platsbesök

Samtalen vid platsbesöken bekräftar i mångt och mycket bilden från SKL:s kartläggning [1]. Systematiska bedömningsmetoder används enbart i en begränsad omfattning. Resultaten sammanställdes inte på gruppnivå och det fanns klara skillnader i hur mycket resultaten efterfrågades. Flera av handläggarna uttryckte ett önskemål om system för uppföljning som är smidiga att använda, ger relevant information och blir återkopplade till verksamheten. BBIC används som dokumentationssystem och upplevs som bra vid behandlingsplanering. Däremot fanns det uppfattningar om att BBIC var omfattande och komplicerat att använda vid uppföljning, vilket gjorde att man oftast inte använde BBIC för det ändamålet.

Inom några verksamheter hade man tagit fasta på de krav som finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd i arbetet med att utveckla system för att följa upp placeringen av barn. Det handlade bland annat om att följa antal placerade barn, hur många som fått minst fyra samtal under året, upprättade vård- och genomförandeplaner samt i vilken utsträckning barnen varit delaktiga i planeringen.

Resultat av kartläggningen

Nedan följer en presentation av de metoder och system som lyftes fram vid platsbesöken, i chefsnätverket samt i *Öppna jämförelser*. Det handlade dels om specifika formulär, dels om system för uppföljning som innefattar flera olika skattningsskalor och frågeformulär. De olika metoderna presenteras övergripande i en matris. Metoderna anges med sina förkortningar. Matrisen utgår dels från på vilken sätt, det vill säga med vilken metod, man får in uppgifter – handlar det om ett system för att sammanställa uppgifter från flera olika källor och

2. Intervjuerna och platsbesöken har gjorts på Barn- och familjeavdelningen, Socialförvaltningen, Tjörns kommun; Bistånd och service, IFO-Funktionshinder, SDF Majorna-Linné Göteborgs Stad; Individ- och familjeomsorg och funktionshinder, Härryda kommun; Social- och arbetsmarknadsförvaltningen, Mölndals stad; Social resursförvaltning Göteborgs Stad, Gryning Vård AB samt i samband med en nätverksträff med familjehemssekreterare som gör uppföljningsintervjuer.

med hjälp av olika formulär, är det en kombination av strukturerad intervju eller samtal där även formulär används eller handlar det om skattningsskalor som fylls i av den det berör själv eller andra till exempel föräldrar eller lärare? Vidare markeras om metoden används vid behandlingsplanering och/eller uppföljning eller om den är tänkt som en metod för verksamhetsuppföljning. Utöver detta finns kolumner för att visa vad som ligger i fokus för metoden, det vill säga vilka aspekter som metoden är tänkt att fånga, om det handlar om psykosocial hälsa, kriminalitet, missbruk etcetera. I matrisen finns även en kolumn där det framgår om det går att avläsa process- eller resultat kvaliteten. Strukturkvalitet var inte aktuellt i detta sammanhang. Slutligen markeras om det finns IT-stöd eller inte. Detta är dock något som är under förändring, då ett utvecklingsarbete pågår på många områden och IT-stöd kan ha tillkommit senare. I bilaga 1 finns en mer noggrann beskrivning av metoderna.

I bokstavsordning är metoderna följande:

- Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD)
- Alcohol Drog Diagnos instrument (ADDIS Ung)
- Addiction Severity Index (ASI)
- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)
- Barns behov i centrum (BBIC)
- Child Behavior Check List (CBCL)
- Dokumentationssystem inom missbrukarvården, Ungdomar (UngDok)
- Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)
- Early Assessment of Risk List (EARL-20B/21G)
- Evidensbaserad strukturerad bedömning av risk- och skyddsfaktorer (ESTER)
- Evidens Dokumentation Utredning och Resultat (EviDur)
- Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)
- Familjeklimat (FCS)
- The Home Observation and Measurement of the Environment (HOME)
- Jag tycker jag är
- Journal digital (JD)
- Mitt sociala nätverk
- Målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer (MOS)
- Patriark
- Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY)
- The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)
- Uppföljning barn och unga – vård och boende (UBU-VB)
- Uppföljningsintervjuer familjehemsplacerade barn (UIFB)
- Öppna jämförelser (ÖJ) ●

Metoder i matrisform

Manual/system för info från flera källor

NAMN	MÅLGRUPP	FOKUS											KVALITET	IT
		Behandlingsplanering	Uppföljning	Verksamhetsuppföljning	Psykosocial utveckling	Familj/Nätverk	Kriminalitet	Missbruk	Psykhälsa Generellt/specifikt	Fyshälsa	Utbildning/sysselsättning	Resultat		
BBIC	"Barn i social barnavård"	X	X	(X)	X	X			X	X	X	(X)	X	(X)
"Ester (Screening) Bedömning"	Barn och unga 0–18 år, i risk för normbrytande beteenden	X	X			X		X	X	X	X	X		X
JD	Barn unga 0–18 år	X	X	X	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)	X	X	X
Patriark	Personer som utsatts för/anmält patriarkalt våld med hedersmotiv	X				X								
SAVRY	Unga 12–18 år som begått våldsbrott	X			X	X	X	X	X		X			
ÖJ	Beslutsfattare på olika nivåer			X				X	X	X	X	X	X	X

Skattning utifrån samtal/intervju/observation och formulär

NAMN	MÅLGRUPP	FOKUS											KVALITET	IT
		Behandlingsplanering	Uppföljning	Verksamhetsuppföljning	Psykosocial utveckling	Familj/Nätverk	Kriminalitet	Missbruk	Psykhälsa Generellt/specifikt	Fyshälsa	Utbildning/sysselsättning	Resultat		
ADAD	"Ungdom med missbruk"	X	X			X	X	X	X	X	X	X		X
ADDIS-Ung	Ungdomar missbruksbedömning	X				X	X	X	X		X			X
ASI	Vuxna med missbruk	X	X			X	X	X	X	X	X	X		X
EARL-20B/21G	Barn 6–12 år som uppvisar uppförandeproblem	X			X	X			X		X			
EviDur	Personer som fått insats från Gryning Vård AB		X	X	X	X			X	X	X		X	X
Home	Föräldrar och barn 0–10 år	X				X								
Mitt nätverk	Barn 7–14 år	X				X								
MoS	Personer som söker stöd eller behandling	X	X		(x)	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)	(x)	X		
UBU-VB	Barn och unga som placerats i vård och boende		X	X	X	X			X	X	X		X	X
UngDok	Unga med missbruksproblem	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Uppfintervj	Barn och unga som varit placerade i familjehem		X		X	X							X	

Skattningsformulär

NAMN	MÅLGRUPP	FOKUS											KVALITET	IT
		Behandlingsplanering	Uppföljning	Verksamhetsuppföljning	Psykosocial utveckling	Familj/Nätverk	Kriminalitet	Missbruk	Psykhälsa Generellt/specifikt	Fyshälsa	Utbildning/sysselsättning	Resultat		
AUDIT	Vuxna med missbruk	X						X						X
CBCL	Barn och unga 1,5–18 år, psykisk ohälsa	X	X						X			X		X
DUDIT	Personer i socialtjänst, primärvård, kriminalvård	X						X						
ECBI	Barn och unga 0–16 år med beteendeproblem	X	X						X			X		
FCS	Familjemedlemmar 11år –	X	X			X						X		
Jag tycker....	Barn 7–16 år	X							X					X
SDQ	Barn och unga 3–16 år, psykisk ohälsa	X	X						X			X		X

3. Det finns så mycket vi vill veta – om att införa metoder för systematisk uppföljning

Systematisk uppföljning – hur svårt kan det vara? Några inledande reflektioner.

Det finns så mycket vi vill ta reda på och mäta för att utvärdera våra insatser vilket inte minst visar sig i den mångfald och spridning av olika metoder som redovisas i kartläggningen. Det finns en risk att ”det bästa blir det godas fiende”, det vill säga att det finns så mycket vi vill och kan få kunskap om att vi riskerar att bygga system som blir så omfattande att vi inte förmår att genomföra dem. Systemet för insamlande, analys och tolkande kan bli så komplext att det i praktiken inte visar sig genomförbart, eller att kvaliteten i de uppgifter man tar in blir för dålig på grund av såväl systematiska som osystematiska bortfall. En rekommendation är därför att börja i det lilla och försöka få kvalitet i uppgifterna, även om uppgifterna är begränsade till antalet.

Samtidig som resultatet av kartläggningen speglar en önskan om att finna metoder för att utvärdera och följa upp insatser, kan det ses som ett bekymmer att uppföljning sker med så många olika metoder och att det sällan finns någon sammanställning på gruppnivå av resultaten. Här skulle man kunna se att det finns vinster med att samordna sig mellan verksamheter och kommuner kring gemensamma system.

I vissa sammanhang kan det vara intressant att få kunskap om utvecklingen av problem, problem-beteende eller symtom. I andra sammanhang har insatserna en mer preventiv karaktär och symtom eller problembeteende finns inte uttalade. Där vill

vi kanske förebygga att problem över huvud taget uppstår, eller minska risken för en negativ utveckling inom kända riskgrupper. Insatser i preventivt syfte kan handla såväl om att förebygga, hindra eller undanröja kända sårbarhets- och riskfaktorer som att identifiera, främja och stödja motstånds- och skyddsfaktorer. Uppföljningssystemen behöver därför vara anpassade för att klara av en sådan matchning.

Vid en första betraktelse kan arbetet med systematisk uppföljning te sig förhållandevis okomplicerat, men vissa problem och några svårigheter bör beaktas. I det här sammanhanget avser problem något man kan lösa, medan svårigheter handlar om sådant som man får hantera.

En evidensbaserad praktik bygger på att man utifrån det sammanhang där man verkar tar hänsyn till den för tillfället bästa kunskapen om den insats man tänker sig, men också till de professionellas expertkunskap och brukarens önskemål, tankar och förväntningar. Vidare anger Socialstyrelsen att verksamheten ska ske med grund i mätbara mål, dokumenteras och kontinuerligt följas upp (SOSFS 2011:9). Utifrån detta bör man värdera graden av måluppfyllelse genom, under och efter en insats. Detta förutsätter att målen är uttalade och dokumenterade, vilket betyder att brukaren behöver bli delaktig i planering och utförande av insatsen och ges möjlighet att tydliggöra sina önskemål. Detta underlättas av någon form av före- och eftermätning. Att enbart följa upp i efterhand är problematiskt, då ett fenomen som ”omvänd historisk determinism” kan påverka utfallet, det vill säga hur vi mår idag påverkar hur vi tänker att vi mådde tidigare.

Några förslag på frågor att utgå från

Till att börja med bör man ställa sig frågan vad man menar med systematisk uppföljning. I den tidigare nämnda kartläggningen som SKL gjort visade det sig att det skilde sig en hel del mellan kommunerna i vad man avsåg [1]. Det kunde handla om uppföljning på individnivå runt frågor om vad som gjorts, hur det gått för individen och vad hen tyckt om insatsen, men även sammanställda resultat på gruppnivå kring hur det gått för klienterna, hur många och vilka typer av insatser som gjorts samt hur klienterna upplevt insatserna. Framförallt handlade det om ekonomisk uppföljning, det vill säga vad det kostat, om budgeten hade hållits och vad man fått för pengarna. I SKL-rapporten definierar man systematisk uppföljning som uppföljning på aggregerad nivå och använder begreppet synonymt med verksamhetsuppföljning. En något annan definition ges av Lena Lindgren [4] där uppföljning definieras som:

en sorts övervakning, en aktivitet som görs löpande enligt fasta rutiner för att granska utvecklingen av något s.31

Innan man sedan ger sig ut för att leta efter metoder för uppföljning är det viktigt att grundligt gå igenom varför man vill göra uppföljningen, vad man vill veta och hur man kan få kunskap. Det är frågeställningen som bör styra valet av metod, inte att resultatet blir att vi följer upp det vi kan mäta.

Här följer några förslag på frågeställningar och kommentarer i arbetet med att utveckla systematisk uppföljning:

1. Varför görs uppföljningen?

Handlar det om att få kontroll eller insyn, att åstadkomma legitimitet för en viss verksamhet eller gör vi uppföljningen som en del i en lärande process?

Sannolikheten för att en uppföljning faktiskt blir genomförd med den noggrannhet och systematik som krävs för att resultaten skall vara någorlunda tillförlitliga ökar om den upplevs vara till nytta av de som skall genomföra den och att man är klar över varför den behövs.

2. För vem görs utvärderingen?

Vem eller vilka är målgrupp för resultaten av uppföljningen? För vem är resultaten viktiga, vilka in-

tressenter finns det? Vem är uppdragsgivare? Vem kommer att använda resultaten och hur?

Vi kan vilja ha ett underlag för uppföljning för att tillsammans med brukaren kunna diskutera resultat och erfarenheter av en insats och som stöd för planering av fortsatta insatser. Det finns forskning som pekar på att effekterna av en intervention ökar om vi kontinuerligt och systematiskt följer upp effekterna av vårt arbete samt återkopplar denna kunskap direkt i det pågående arbetet [6].

Är det för den enskilde handläggaren/behandlaren som vi vill skapa ett uppföljningssystem? Det är naturligtvis viktigt att som professionell få en återkoppling på det arbete man gör. Det kan dels handla om att man behöver ändra på vad man gör, lära sig nytt och vidareutvecklas, men minst lika viktigt är det som professionell att faktiskt också upptäcka de positiva resultaten av det arbete man gör. Ibland kan det vara så att även små förändringar i den professionelles ögon kan betyda stora effekter för brukarens livskvalitet.

Är det för verksamheten, handlar det om att vi vill följa upp och kvalitetssäkra vår verksamhet för att ytterligare kunna utveckla den, eller för att följa upp om verksamheten faktiskt gjort det den säger att den gör? Är det för beslutande tjänstemän eller politiker i de kommunala nämnderna? Handlar det om att redovisa kostnader som beslutsunderlag vid prioritering av verksamheter?

3. Vad vill vi veta?

Handlar det om struktur-, process- eller resultat-kvalitet? Exempel på frågeställningar är: Har vi gjort det vi har en skyldighet att göra? Har vi gjort det vi säger att vi gör? Hur var det för de inblandade, hur delaktiga i insatsen kände de sig? Hur blev det, har insatsen gjort någon skillnad? Vilken är målgruppen för själva uppföljningen, gäller det alla eller en specifik grupp?

4. Hur omfattande behöver uppföljningen vara?

Det är viktigt att tänka till om resultaten ska kunna sammanställas på gruppnivå och i så fall på vilken nivå. Vill vi sammanställa information om klienter generellt eller är det en specifik grupp som vi vill kunna beskriva och följa upp? Vill vi kunna använda våra kunskaper individuellt, lokalt, regionalt eller kanske nationellt?

5. Hur skall uppföljningen genomföras?

Vilka data ska samlas in? När skall det göras? Vilken metoder skall användas?

3. *Strukturkvalitet* betyder förutsättningar för verksamheten, *processkvalitet* avser vad det är som faktiskt görs och *resultatkvalitet* handlar om resultat och effekter, om insatserna gör någon skillnad.

6. Vilka resurser behövs?

Vem ska sammanställa materialet? Hur skall uppföljningen administreras? Vem ”äger” systemet? Vem delar ut och samlar in information och vem har ansvar för att rutinerna följs? Vem sammanställer resultaten? Behövs det IT-stöd och är det i så fall tillgängligt? Vem gör analys och tolkning av resultaten?

7. Hur skall resultaten spridas?

Till vem och på vilken nivå ska resultaten återkopplas, finns det en mottagare? Planerar vi för rapporter och hur ska de se ut?

Går det att mäta?

Ibland kompliceras tillvaron av det faktum att vi vet vad vi vill mäta, men att det saknas reliabla⁴ metoder som ger valida⁵ tolkningar av resultaten, eller att de metoder som står till buds är resurskrävande och svårtillägna. Inte helt sällan saknas direkta mått för det fenomen som vi vill följa upp utan vi får använda oss av olika indirekta mått, så kallade indikatorer, som är operationella definitioner av teoretiska begrepp. När man tolkar resultaten av en indikatormätning är det viktigt att ta i beaktande att en indikator alltid bara mäter en avgränsad del av det som den avser att mäta [4]. Ofta används mått som synonymt med indikator. Det som gör ett mått till en indikator är dock hur det används, tolkas och integreras i ett bestämt sammanhang. En annan aspekt som man bör ha i åtanke är den distinktion som finns mellan det Sven-Eric Liedman benämner som äkta kvantiteter som till exempel vikt och hastighet, och pseudokvantiteter som till exempel betyg [7]. Exempel på pseudokvantiteter är enligt Liedman siffror som förleder oss att tro att det som i själva verket bygger på subjektiva omdömen har sin grund i mätningar med absoluta resultat. Bestämmer vi oss trots dessa begränsningar för att göra en systematisk uppföljning, så underlättas den av om standardiserade metoder finns tillgängliga.

Standardiserade metoder

Med standardiserade metoder avses att samma frågor ställs till samtliga som besvarar ett formulär eller en intervju, att metodens egenskaper är testade så att de rimligt väl mäter det de avser att mäta och att de är tillförlitliga. Vidare bör svaren kunna kvantifierats så att de kan jämföras vid

olika tidpunkter. Ytterligare en väsentlig aspekt är att metoderna ska vara till nytta. Det finns några generella aspekter att beakta i valet av metod:

- Är det lämpligt med skattningsskalor? Till att börja med bör frågan ställas om skattningsskalor är rätt metod eller inte. Går det att fånga det man vill få kunskap om på det sättet, riskerar informationen att bli för avskaldad och behövs det i stället en intervju? Eller handlar det om en kombination?
- Vill vi veta mycket om lite, eller lite om mycket – En del skalor är så kallat generiska eller ”bredbandsskalor”, de försöker fånga upp kunskaper om många olika områden. Fördelen är att man belyser ett bredare spektrum av ett område och kanske också fångar upp sådant som kan vara av relevans för behandlingsplanering och uppföljning som man kanske hade missat med ett snävare fokus. Samtidigt kan skalorna inte vara för uttömmande utan de ger begränsad kunskap om varje område. Vill man ha mer fördjupad kunskap kan specifika skalor var till fördel, det vill säga att det är flera frågor kring ett avgränsat fenomen. Risken med sådana formulär kan vara att man missar relevanta aspekter av hur behandlingen planeras. Ofta kan det vara att rekommendera att kombinera generiska med specifika instrument.
- Hur tillämpbar är den aktuella metoden på individuell nivå? De flesta skattningsskalor och frågeformulär är utprovade på gruppnivå, vilket innebär att de inte med självklarhet är fullt tillförlitliga på individuell nivå. En skattningsskala eller ett frågeformulär bör fungera som ett beslutsstöd till den professionella bedömningen, inte en ersättning av den.
- För vilken målgrupp har den aktuella metoden utvecklats? Motsvarar det den grupp som vi vill följa upp?
- Hur reliabel (pålitlig) är metoden? Detta blir framförallt viktigt vid valet av metoder som ska användas för uppföljning, det vill säga där man gör upprepade mätningar och jämför dessa över tid.
- Hur valida är tolkningarna av metoden – det vill säga ger metoden med stor sannolikhet relevant information om det vi vill få kunskap om? Detta är betydelsefullt när vi använder metoden såväl vid behandlingsplanering som vid uppföljning och utvärdering.

4. Är mätmetoden pålitlig?

5. Mäter vi det vi tror oss mäta?

- Finns det tillräckligt med variation (spridning) i svaren, för att de skillnader som kan påvisas ska bli meningsfulla och är instrumentet tillräckligt förändringskänsligt, det vill säga fångar det upp även små skillnader när vi gör mätningar före och efter en insats?
- Vill vi använda metoden som ett redskap direkt i arbetet och använda det i planeringen av insatsen och också som ett underlag för samtal med brukaren, eller vill vi enbart använda det för att följa upp insatser som ett led i en verksamhetsuppföljning?
- Är metoden normerad, det vill säga har den prövats i en grupp som kan förväntas vara representativ för den målgrupp för vilken metoden är tänkt att användas, utifrån medelvärden och uppgifter om variation och spridning för denna grupp? Hur skall eventuella gränsvärden för vad som är inom ”normalvariationen” användas och inte användas? Om de finns, är de relevanta?

Sammanfattningsvis skulle man kunna önska att standardiserade metoder som används såväl i planering av insatser som i utvärdering och uppföljning är:

- Lättförståeliga
- Beteendebeskrivande
 - undviker abstrakta begrepp (exempelvis empatisk)
 - undviker tolkningar (exempelvis betar sig aggressivt)
- Normerade, det vill säga vilka värden för vad som ligger inom normalvariationen och inte har prövats i Sverige eller åtminstone Norden
- Inte för påträngande eller ”invaderande” för brukaren
- Känsliga för förändring om man vill mäta effekter

Systematiska bedömningsinstrument

Som underlag för en professionell bedömning används ofta standardiserade bedömningsinstrument. Avsikten är att bedömningsinstrumenten ska kunna bilda underlag för såväl planering som uppföljning. Ett systematiskt bedömningsinstrument kan dock aldrig ersätta en professionell bedömning. Det kan till exempel vara så att en förälder genom en föräldrastödjande insats blivit mer

uppmärksam på och lyhörd för sitt barns signaler, vilket är ett positivt utfall av insatsen. På ett formulär skattas det aktuella barnet som mer oroligt och nedstämt efter denna intervention än innan, då föräldern nu ser barnets behov på ett annat sätt än tidigare. Tittar man bara på utfallet i formuläret ser det ut som om interventionen varit till nackdel.

Här följer exempel på områden inom barn- och ungaområdet som kan vara av intresse vid uppföljning av insatser. Metoder och systematiska bedömningsinstrument som kan användas vid uppföljning av respektive område anges. Avsikten är inte att sammanställningen ska vara uttömmande, utan att belysa olika områden och möjliga mätmetoder och instrument som brukar kunna vara av relevans vid såväl planering av en insats som uppföljning av denna. Områdena som valts fångar olika risk- och skyddsfaktorer på olika nivåer som har relevans för individens mående och avser:

- Livskvalitet/livshållning
- Psykisk hälsa
- Traumatiske erfarenheter och posttraumatiske reaktioner
- Familje- och föräldraspekter
- Missbruk

Livskvalitet/ livshållning

Kidscreen är ett formulär som arbetats fram i ett europeiskt samarbete och tar fasta på frågor kring fysiskt och psykologiskt välbefinnande, nedstämdhet, självuppfattning, självständighet, föräldrelationer och hemmaliv, ekonomiska resurser, socialt stöd och kamrater, skola och mobbing [8]. Formuläret finns i flera olika versioner med 52, 27 respektive 10 frågor [9-11]. Frågor ur *Kidscreen* användes i den nationella kartläggningen som gjordes kring barn och ungas psykiska hälsa år 2009.

Våra mentala representationer av oss själva, viktiga närstående och samspelet dem emellan, brukar kallas våra *inre arbetsmodeller*. De inre arbetsmodellerna kan vara såväl till skydd som göra oss mer sårbara för att olika stressorer påverkar oss under livets gång. Därför kan det vara till nytta att få en bild av hur dessa inre modeller ser ut. Modellernas påverkan på oss sker automatiskt, vilket innebär att vi inte alltid är medvetna om dem. Därför är de svåra att fånga med skattningsformulär. De bästa metoderna är ofta intervjuer och observationer. Observationsmetoder är till exempel *Strange situation procedure* (SPP) för småbarn [12], *Manchester Attachment Story*

task (MCAST) för mellanbarndomen [13, 14] och *Adult attachment interview* (AAI) för övre tonår och vuxna [15]. Bekymret med dessa metoder är att de är krävande såväl att lära sig som att utföra och tolka, så att bedömningarna blir pålitliga och trovärdiga. Detta gör att vi ofta får hålla till godo med självrapporterad anknytning trots de brister som finns i dessa metoder. Exempel på sådana skalor är *Trygghetsskalan* (Security Scale; 8–13 år) [16], *Viktiga Personer i Mitt Liv* (Inventory of Parent and Peer Attachment; VIPIL/IPPA, 14–20 år) [17], *Erfarenheter i nära relationer* (ECR/ENR; ECR-RC) [18–20], anknytning i vuxenrelationer ”i allmänhet” (Relationship Questionnaire; RQ) [20, 21], aktuell kärleksrelation (Experiences in Close Relationships; ECR/ENR) [18, 20].

Ett annat perspektiv är att tänka att vi ständigt utsätts för stressorer och att det finns faktorer som för oss mot ohälsa (patogena) respektive mot hälsa (salutoga). Ett mått på hälsobringande faktorer är *Känsla av sammanhang* (KASAM) [22]. KASAM är utvecklat för vuxna och finns i olika versioner. Kortversionen som består av 13 frågor, kan beroende på barnets/den unges mognas fungera ner till 12 års ålder [23]. Det finns även en version för barn som verkar kunna fungera från 10 års ålder, men verkar vara mer osäkert för yngre barn [24]. När det gäller en allmän värdering av livssituationen, som också erbjuder ett mått på hoppfullhet inför framtiden, finns till exempel *Livsstegen* (Psychological Wellbeing) [25]. Livsstegen är utvecklad för vuxna, men är så enkel till sitt format att den kan fungera en bra bit ner i åldrarna. Ibland kanske man inte kan påverka den sjukdom som drabbat barnet eller den vuxne direkt, men däremot göra insatser som påverkar livskvaliteten. Då kan andra mått bli aktuella som *Child Health Questionnaire* (CHQ) [26, 27], samt en rad olika mer sjukdomspecifika formulär.

Psykisk hälsa

En bedömning kring den psykiska hälsan och mått på förändring av denna kan ofta vara relevant i samband med olika insatser. Det kan handla om att insatserna är direkt inriktade på att påverka den psykiska hälsan, men också mer indirekt genom att den psykiska hälsan hos barnet kan påverka effekterna av den insats som görs. När det gäller barns hälsa finns några metoder som är vanliga inom forskning och bedömning inför och utvärdering av insatser, som prövats i Sverige. *Child behaviour check list* (CBCL) är en föräldraskattning som ryms inom ett utvärderingsbatteri som

kallas *The Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA) [28–30]. Där finns även ett självskattningsformulär för ungdomar; *Youth self report* (YSR) [31] och ett formulär där lärare skattar aktuell elev *Teacher report form* (TRF) [32]. Ett annat formulär som används i många sammanhang, men som är mindre omfattande än CBCL är *Styrkor och svårigheter* (SDQ) [33, 34]. Även SDQ finns i olika versioner där skattningen görs av den unge själv, föräldrar och lärare. Ibland vill vi också veta hur föräldern mår dels för att det kan ha betydelse för val av intervention, i vilken ordning insatser behöver göras, men också för att det kan påverka utfallet av de insatser som görs. Utöver att de bidrar till att minska barnens symptom/problematik kan de påverka föräldrarnas hälsa [35]. Ett generiskt instrument för psykisk ohälsa för vuxna som är vanligt såväl inom forskning som i olika behandlande verksamheter är *Symptom checklisten* (SCL), som finns i olika versioner [36, 37]. Ett annat exempel för en mer allmän bedömning kring omvårdnadspersonens mående och psykiska ohälsa allmänt som finns tillgängligt på svenska är *The Hospital Anxiety and Depression scale* (HAD) [38, 39].

För att få fördjupad kunskap kring ett fenomen kan man behöva mer specifika skalor, som också kan bli mer känsliga för förändring. Här finns en mängd olika skalor såväl för barn som för vuxna. Några exempel kan handla om att skatta depressiva problem/symtom till exempel *Children’s depression inventory* (CDI) [40, 41] och *Beck depression inventory* (BDI) [42], ångest till exempel *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC) [43, 44], *Beck Anxiety inventory* (BAI) [45] eller uppförandeproblem t.ex. *Eyberg Child Behaviour Inventory* (ECBI) [46, 47].

Traumatiska erfarenheter och posttraumatiska reaktioner

Ett annat område som kan vara av stor vikt att kartlägga för behandlingsplanering kan vara om barnet har traumatiska erfarenheter, ett exempel här är *Life Incidence of Traumatic Events* (LITE) [48], eller barnuppfostran med inslag av våld (*Conflict Tactics Scale – Parent-Child; CTS-PC*) [49]. Ur bedömnings- och utvärderingssynpunkt kan det också vara värdefullt att se till reaktioner på dessa händelser som till exempel eventuella uttryck för posttraumatiska symptom. Exempel på skalor som används för detta är för barn *Children’s revised impact of event scale* (CRIES) [50] och för ungdomar och vuxna *Impact of Event*

Scale – Revised; (IES-R) [51]. Ytterligare ett exempel på formulär för att skatta Trauma och dissociativa symptom hos barn är *Trauma symptom checklist for children* (TSCC) [52].

Familje- och föräldraaspekter

En central aspekt när det gäller behandlingsplanering och utvärdering när det gäller barn och unga är förstås hur omvårdnadssituationen ser ut. Här kan det finnas behov av att se till olika aspekter av omvårdnads- och föräldraförmåga. Exempel på skattningsskalor kan handla om omvårdnadspersonens upplevelse av kontroll; *Parental Locus Of Control* (PLOC) [53, 54], hur stressad föräldern känner sig i föräldrarollen; *Parenting stress index*; (PSI, Swedish Parenthood Stress Questionnaire-SPSQ) [55, 56], eller upplevd föräldraförmåga (*Parenting sence of competence*; PSOC) [57]. Andra aspekter kan vara av relevans då de kan ha en mer indirekt betydelse för utfallet av olika insatser. Ett exempel på detta är att hur föräldrarna samarbetar och ger varandra stöd, kan påverka föräldrarnas föräldraförmåga som i sin tur har betydelse för barnets utveckling. Detta kan mätas med *Parenting Alliance Measure* (PAM) [58], ett annat exempel är hur man upplever relationen till sin partner; *Dyadic Adjustment Scale* (DAS) [59, 60]. Förekomst av våld i relationen är ytterligare en riskfaktor som kan behöva undersökas till exempel när det gäller förekomst; *Partner Violence Screening* (PVS) [61], och omfattning; *Conflict Tactics Scale* (CTS-2) [62].

Missbruk

Missbruk kan ju oftast vara i direkt fokus för en intervention, men kan även ha betydelse vid planering och uppföljning av interventioner som primärt inte är inriktade mot en missbruksproblematik. Exempel på sådana instrument är *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) [63-65], *Drug Use Disorders Identification Test* (DUDIT) [66, 67]. Ett annat område som också är centralt är upplevelsen av stöd från omgivningen.

Detta var några exempel på områden och olika metoder. Det finns olika sammanställningar som man kan gå till om man vill få ytterligare idéer varav några av dess är:

- Socialstyrelsens metodguide för socialt arbete; <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/metodguide>
- BiB 2010, Bedömningsinstrument inom behandling och forskning för missbruks- och

beroendevård; <http://www.stat-inst.se/publikationer/ovriga-rapporter/>

- Fbanken – informationsdatatbas för formulär; <http://www.fbanken.se/>

Om implementering av metoder för uppföljning

Några ord om implementering kan också vara på sin plats i det här sammanhanget. Har man valt vad det är som skall följas upp och hur det skall göras återstår implementeringen av metoden. Implementering är en process som tar tid och för att uppnå en lyckad implementering krävs att praktiska, organisatoriska och ekonomiska förutsättningar är tillgodosedda. Gullbrandsson har efter en genomgång av aktuell implementeringsforskning sammanställt en checklista kring vad som bör beaktas i samband med introduktionen av en ny metod [5]. De punkter hon tar upp är:

- Finns ett defnierat behov (vad vill vi veta)?
- Är metoden relevant (svarar den mot behoven)?
- Är den bättre än de metoder som redan används?
- Är den kunskapsbaserad (evidens)?
- Är den förenlig med rådande värderingar och attityder?
- Är den lätt att använda?
- Har alla som berörs kunskap om metoden, och fortlöpande stöd i det dagliga användandet av metoden?
- Finns det risker med att använda metoden?
- Finns tillräckligt med resurser (tid, pengar, personal)?
- Finns system för sammanställning, uppföljning och återkoppling?
- Kan resultaten generaliseras och användas för uppföljning och utveckling av verksamheten?

Bilaga 1.

Beskrivning av metoder i kartläggningen

Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD)

Bedömningsinstrument för unga personer med missbruk och med social problematik som utvecklades i USA under 80-talet. Har översatts till svenska inom Statens institutionsstyrelse (SiS) [68, 69].

Målgrupp Placerade ungdomar med missbruksproblematik

Metod Strukturerad intervju/frågeformulär 150 frågor

Syfte Bedömning, behandlingsplanering, uppföljning, i den svenska versionen även brukarperspektiv på placering

Fokus Problemomfattning och hjälpbehov på nio livsområden

Fysisk och psykisk hälsa, Skola, Arbete/sysselsättning, Fritid/vänner, Familjemedlemmar, Brottslighet, Narkotika, Alkoholvanor

Administration Papper/ datoriserad, tar 60–120 min att fylla i. Utbildning om 2–3 dagar krävs

Skattning Handläggare eller motsvarande/klient

Ägare/kontakt Statens institutionsstyrelse (www.stat-inst.se)

Alkohol Drog Diagnos instrument (ADDIS Ung)

Addis är en svensk översättning av Substance Abuse Disorder Diagnostic Schedule (SUUDS) som utvecklades i USA på 1980-talet [70, 71].

Målgrupp Ungdomar (finns även Vuxenversion)

Metod Strukturerad intervjuformulär, 75 frågor, plus ytterligare fördjupande frågor

Syfte Bedömning och/eller diagnos av alkohol- och drogproblematik enligt ICD – 10 och DSM IV:s diagnoskriterier

Fokus En introduktionsdel med uppgifter kring kön, ålder, familj, boende, utbildning, arbetssituation, stressfaktorer, indikationer på ångestsyndrom och depression, konsumtion av koffein, nikotin, matvanor och spel. Alkohol- och drogdelen tar upp bruksmönster, kontrollförlust, negativa beteenden och skadliga konsekvenser som följd av alkohol/drogintag, samt tecken på fysiologiskt beroende.

Administration Papper och penna/datoriserad, får ut pedagogisk checklista och beroendekurva. Tar ca 90 minuter. Utbildning krävs: 3 dagar grundutbildning, 2 dagar fördjupning och 1 dag examination. Recertifiering vartannat år.

Skattare Professionell med grundutbildning på akademisk nivå med vårdande, social inriktning. Vidare krävs utbildning till alkohol- och drogrådgivare motsvarande minst 20 högskolepoäng.

Ägare/kontakt <http://www.addis.se/addis-ung>

Addiction Severity Index (ASI)

ASI utvecklades i USA under 1970-talet och har översatts till svenska [72, 73].

Målgrupp Vuxna med missbruks- eller beroenderelaterade problem

Metod Strukturerad intervju med 180 frågor före och 150 frågor efter

Syfte Bedömning, behandlingsplanering, uppföljning

Fokus Faktorer relevanta för missbruksproblem som missbruk, fysisk hälsa, psykisk hälsa, sociala faktorer, kriminalitet, arbete, försörjning

Administration Papper/datoriserad tar 45–60 min att fylla i, Utbildning 2,5 dagar rekommenderas

Skattning Professionell tillsammans med klient/brukare

Ägare/kontakt Papper: Socialstyrelsen Dator: www.rabekobberstad.se

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Utvecklat på uppdrag av WHO och har översatts till svenska på Karolinska institutet [62, 63].

Målgrupp Vuxna

Metod 10 frågor, kan användas för självskattning av klienten eller som underlag för en strukturerad intervju

Syfte Identifiera personer med riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion

Fokus Avsedda att mäta tre domäner: konsumtion, beroende och alkoholrelaterade skador

Administration Papper och penna, och dator. Tar ca 10 minuter, inget krav formell utbildning, men man bör vara intresserad av och kunnig i alkoholfrågor.

Skattare Självskattning, professionell i samband med intervju/samtal

Ägare/kontakt Pappersformulär kan hämtas från <http://www.slso.sll.se/upload/Administrationen/AUDIT.pdf> och elektroniskt på <http://www.escreen.se/home.aspx?Rnd=1561864212&>

Barns behov i centrum (BBIC)

BBIC bygger på det engelska systemet Integrated Children's system. I Sverige har det utvecklats som ett system för handläggning och dokumentation i barnvårdsärenden [74-76].

Målgrupp Barn i den sociala barnvården

Metod Samtal med barn föräldrar, familjehem, nätverk och andra aktörer

Syfte Verksamhetssystem för utredning, planering och uppföljning i den sociala barnvården, tänkt att stärka barnets ställning, öka samarbetet runt barnet, öka rättssäkerhet, skapa systematik för att underlätta uppföljning

Fokus Barnens behov (hälsa, utbildning/fritid, känslö- och beteendemässig utveckling, identitet, familj och sociala relationer, socialt uppträdande, klara sig själv), föräldrarnas förmåga (tillgodose grundläggande omsorg, säkerhet, känslomässig tillgänglighet, stimulans, vägledning, gränssättning och stabilitet) samt familje- och miljöfaktorer (familjens bakgrund och situation, nätverk, boende, arbete, ekonomi, social integrering, resurser i lokalsamhället)

Administration Pappersformulär, varierande IT-stöd. Utbildning samt licens krävs.

Skattare Professionell som beskriver

Ägare/kontakt Socialstyrelsen

Child Behavior Check List (CBCL)

CBCL är en del av utvärderingssystemet Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) som utvecklades i USA och som har översatts till svenska [25-29, 77].

Målgrupp Barn 1,5–18 år med psykisk problematik

Metod Föräldraskattning, frågeformulär med 99 frågor (1,5–5 år) och 118 (6–18 år). Ingår i *The Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA) och finns bland annat som självskattning *Youth Self Report* (YSR; 11–18 år) och lärarskattning *Teacher Report Form* (TRF 6–18 år).

Syfte Bedöma barns och ungdomars kompetens och eventuella psykiska problem. Används även för upprepad mätning.

Fokus Förutom social kompetens ges en bild av total symptombelastning, internaliserad respektive externaliserad problematik. Finns även delskalor kring tillbakadragenhet, somatiska problem, ångest/depression, sociala problem, tankeproblem, uppmärksamhetsproblem, normbrytande beteende och aggressivt beteende.

Administration Papper och penna, it-stöd. Ingen formell utbildning krävs.

Skattare Föräldrar (ungdom, lärare)

Ägare/kontakt Svensk version genom Journal Digital info@journaldigital.se

Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)

DUDIT har utvecklats som ett parallellinstrument till AUDIT vid Karolinska institutet. Det finns en utökad version (DUDIT-E) som kan användas då det finns anledning att fördjupa utredningen kring eventuella drogrelaterade problem [64, 66].

Målgrupp Personer som är aktuella inom verksamheter som socialtjänst, primärvård och kriminalvård

Metod Självskattning

Syfte Identifiera och bedöma personer som har drogrelaterade problem

Fokus 11 frågor kring drogrelaterade konsumtionsmönster och problem av olika slag

Administration Papper och penna, inget formellt krav på utbildning, men det rekommenderas. Vidare bör man ha utbildning och erfarenhet av behandlingssamtal om missbruk och beroende samt gärna utbildning och erfarenhet av motiverande samtal (MI).

Skattare Självskattningsformulär, tar 5–10 minuter

Ägare/kontakt Karolinska institutet, kan laddas ner från

<http://www.slsso.sll.se/upload/Administrationen/DUDIT%20version%202.pdf>

Early Assessment of Risk List (EARL-20B/21G)

EARL har utvecklats i Kanada och versionen för pojkar är översatt och prövad i Sverige. Översättning av versionen för flickor pågår.[78-80]

Målgrupp Pojkar (EARL-20B) respektive flickor 6–12 år (EARL-21G) som uppvisar uppförandeproblem

Metod Manual för intervju av förälder, kodning/skattning görs med hjälp av beskrivningar i manualen, 20 frågor för pojkar och 21 för flickor

Syfte Bedöma risk för fortsatt allvarligt normbrytande beteende hos barn under 13 år, samt behandlingsplanering

Fokus Barnfaktorer; psykomotorisk utveckling, problemdebut, övergrepp/försummelse, hyperaktivitet, impulsivitet/uppmärksamhetsproblem, omtyckt, kamrater, skola, närmiljö/grannskap, auktoritetskonflikter/myndighetskontakter (endast pojkar), sexuell utveckling (endast flickor), antisocial attityd, antisocialt beteende, problemhantering. Familjefaktorer; socioekonomiska förhållanden, vårdnadshavare (kontinuitet), socialt stöd, stressorer, föräldrastil, antisociala värderingar och beteende, för flickor även relationen till vårdnadshavare. Responsivitet (behandlingsmotivation) hos barn respektive familj.

Administration När väl information samlas in från skola med flera tar skattningen utifrån manualen cirka 10–20 minuter. Utbildning rekommenderas.

Skattare Professionell tillsammans med förälder

Ägare/Kontakt EARL-21B finns översatt till svenska, EARL-21G håller på att översättas. Kan beställas via KBT-Tjänst <http://www.kbt-tjanst.se/page005.html>

Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)

ECBI är utvecklat i USA och har översatts och prövats i Sverige [43, 44].

Målgrupp Barn och ungdomar 2–16 år

Metod Föräldraskattning. Finns även som lärarskattning Sutter-Eyberg Student Inventory – Revised (SESBI-R).

Syfte Bedömning av beteendeproblem hos barn och ungdomar. Även upprepade mätning.

Fokus Trots- och uppförandeproblem hos barn och ungdomar. Har två skalor – en för omfånget, det vill säga frekvensen av problembeteenden och en för i vilken utsträckning beteendena upplevs som ett problem av föräldern (läraren).

Administration Papper och penna. Ingen formell utbildning, men behörighetskravet från det svenska förlaget är legitimerad psykolog

Skattare Förälder (lärare)

Ägare/kontakt Amerikansk manual med svenska formulär kan köpas från <http://www.hogrefe.se/>

Evidensbaserad strukturerad bedömning av risk- och skyddsfaktorer (ESTER)

Ester är utvecklat i Sverige och har bland annat prövats inom ramen för Pinocchio-projekten [81, 82].

Målgrupp Barn och unga (0–18 år) med eller i riskzonen för normbrytande beteende

Metod Screening frågeformulär. Bedömning intervju sammanställning av information från olika källor.

Syfte ESTER-Screening; behov av mer detaljerad bedömning, och insatser. ESTER-Bedömning; insatsplanering komplement till exempelvis BBIC, uppföljning.

Fokus Screening; styrkor och svårigheter/svagheter. Bedömning; 19 risk- och skyddsfaktorer hos den unge och i familjen

Administration Papper penna, IT-stöd, själva screeningen tar ca 15 minuter. Utbildning och licens krävs.

Skattare Screening; professionell, den unge > 9 år, föräldrar. Bedömning; handläggare eller motsvarande.

Ägare/kontakt Andershed & Andershed AB <http://www.ester-bedomning.se/>

Evidens Dokumentation Utredning och Resultat (EviDur)

EviDur har utvecklats inom Gryning Vård AB för uppföljning inom den egna verksamheten.

Målgrupp Barn, unga, vuxna och familjer som fått en insats längre än 4 veckor från Gryning

Metod Skattningsformulär, efter insats och uppföljning 6 månader efter

Syfte Erhålla en bild av hur insatsen uppfattas av klienter och hur det går för dem, snabb återkoppling till respektive enhet. Kunna redovisa uppföljningsinstrument utifrån klientperspektivet vid upphandlingar.

Fokus 7 områden (utifrån BBIC), fysisk/psykisk hälsa, utbildning/sysselsättning, känslö- och beteendemässig utveckling, identitet, familj, andra sociala relationer, socialt uppträdande, förmåga att klara sig själv

Administration Papper och penna, it-stöd

Skattare Självskattning (ej barn under 7 år, då föräldrar/handläggare)

Ägare/kontakt Gryning vård AB

Familjeklimat (FCS)

Familjeklimat har utvecklats i Sverige av Kjell Hansson [83].

Målgrupp Barn över 11 år och vuxna

Metod Självskattningsformulär

Syfte Fånga upp hur olika familjemedlemmar upplever klimatet (stämningen) i familjen. Används vid bedömning, men även vid upprepad mätning.

Fokus Fånga upp familjeklimatet med avseenden på fyra dimensioner, närhet, distans, spontanitet och kaos

Administration Papper och penna

Skattare Självskattning

Ägare/kontakt Tidigare Kjell Hansson Lunds universitet, nu något oklart

The Home Observation and Measurement of the Environment (HOME)

Home är utvecklat i USA och är under utprövning i Sverige [84-86].

Målgrupp Föräldrar och barn 0-10 år

Metod Intervjuguide med tillhörande manual och svarsformulär. Manualen ger stöd för genomförande och tolkning av intervju.

Syfte Bedömning av kvantitet och kvalitet av stimulans och stöd till barnet i dess hemmiljö.

Fokus 45–59 frågor kring bl.a. lyhördhet, accepterande, organisation, delaktighet, språklig stimulans, fysisk miljö, kognitiv stimulans, känslomässig atmosfär

Administration Samtal i hemmet med familjen kring vad som händer en typisk dag enligt ett strukturerat formulär. Utifrån det görs en skattning.

Skattare Professionell i samtal med familj

Ägare/Kontakt Metoden är under utprövning i Sverige

Jag tycker jag är

Jag tycker jag är har utvecklats i Sverige [87].

Målgrupp Skolbarn 7–16 år

Metod Självs kattning

Syfte Kartläggning av barns självs kattning

Fokus Hur barnet skattar sig själv på olika områden som fysiska egenskaper (utseende, kroppsuppfattning, hälsa), färdigheter, talanger, begåvning, psykiska egenskaper (psykisk stabilitet, styrka, ångest, aggressivitet), relationer till föräldrarna och familjen och andra.

Administration Papper och penna samt IT-version tar cirka 30 minuter. Ingen formell utbildning, men den som administrerar testen förväntas vara kunnig i psykologi och psykometri och som förkunskapskrav anges legitimerad psykolog.

Skattare Barnet/ungdomen

Ägare/Kontakt Hogfree, Psykologförlaget,

<http://www.hogrefe.se/Klinisk-psykologi/Personlighetstest/Jag-tycker-jag-ar/>

Journal digital (JD)

Journal digital är ett system som består av flera olika skattningsskalor, som kan anpassas utifrån den aktuella verksamhetens behov.

Målgrupp Kommunala och privata behandlingsenheter inom öppenvård och HVB som jobbar med barn och ungdomar 0–18 år (även vuxna)

Metod Skattningsformulär som komplement till information från samtal och vårdplan

Syfte Behandlings- och verksamhetsstöd. System för journalföring, stöd för behandlingsplanering, BBIC-anpassad genomförandeplan, verktyg för uppföljning och utvärdering av behandlingsinsatser samt aggregering av uppgifter på verksamhetsnivå.

Fokus Risk- och skyddsfaktorer, livssituation avseende skola, relationer och hälsa, symtom (generiskt), familjesituation

Administration Webbaserat

Skattare Patient/klient, föräldrar, behandlare, handläggare, lärare

Ägare/kontakt Journal Digital, <http://www.journaldigital.se/>

Mitt sociala nätverk

Målgrupp Barn/ungdomar 7–14 år inom socialtjänst, skola och BUP

Metod Intervju/samtal där arbete med nätverkskarta kompletteras med intervjufrågor

Syfte Kvalitativ information om barns och ungdomars sociala nätverk i samband med utredning, psykoterapi

Fokus Individ, hur barnets/den unges närmsta nätverk ser ut, vilket stöd som finns, samt eventuella brister

Administration Görs som intervju/samtal. Papper och penna tar 30–120 min.

Skattare Professionell tillsammans med barn/ungdom

Ägare/Kontakt Hogfree Psykologi Förlaget (Utgående)

<http://www.hogrefe.se/Klinisk-psykologi/Personlighetstest/Mitt-sociala-natverk/>

Målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer (MOS)

MOS har utvecklats av Socialstyrelsen.

Målgrupp Professionella inom hälso- och sjukvård och socialtjänst som vill följa upp enskilda klienter som söker stöd eller behandling

Metod Upprepad mätning (single case-design). Mätmetoder och utvärderingsdesign väljs utifrån klientens mål, till exempel beteendeobservation, standardiserade och individuella skattningsskalor.

Syfte Följa upp enskilda klienters förändring och utvärdera de insatser som erbjuds, svara på frågor som i vilken riktning har klientens beteende eller situation förändrats, har målet med insatsen uppnåtts. Kan insatsen avslutas, bör den förlängas, förändras eller ersättas med en annan insats. Var insatsen lämplig för klienten?

Fokus Klientens mål, förändring av beteenden, handlingssätt eller känslor

Administration MoS är ett stöd för planering, målformulering och uppföljning till den professionelle.

Administration i övrigt styrs av fokus för insatsen och val av metod.

Skattare Klient själv, anhörig, (oberoende) observatör

Ägare/Kontakt Socialstyrelsen har utvecklat.

Boken kan laddas ner på <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-9-3>

Patriark

Patriark har utvecklats i Sverige och bland annat prövats inom polisen [88].

Målgrupp Personer som utsatts för/anmält hedersrelaterat våld

Metod Intervju och registerdata

Syfte Checklista för bedömning av risk för patriarkalt våld med hedern som motiv inom polisen, socialtjänsten och psykiatrin.

Fokus Viktiga riskfaktorer för hedersrelaterat våld hos den eller dem som hotar, samt sårbarhetsfaktorer hos den eller dem som hotas samt andra överväganden som bedömaren anser vara viktiga

Administration Information hämtas från flera olika källor som intervjuer (eller förhör) med en eller flera i den aktuella familjen, med offret, av vittnen och/eller vänner, arbetskamrater, eller liknande, samt genomgång av tillgängliga handlingar och registerdata, såsom exempelvis polisregistret. Det bör anges hur komplett materialet är. Patriark kräver utbildning och träning.

Skattare Professionella gör en beskrivning och bedömning av risk för hedersrelaterat våld utifrån intervjuer och insamlat material

Ägare/Kontakt Henrik Belfrage, <http://www.rpksundsvall.se/>

The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

SDQ är ett generiskt instrument som utvecklats i England och används flitigt såväl inom forskning som mer kliniska verksamheter [30, 31].

Målgrupp Barn och unga 3–16 år

Metod Föräldraskattning, finns även som självskattning (11–16 år) och lärarskattning

Syfte Bedömning av barnets styrkor (pro-sociala beteenden) samt eventuell psykisk ohälsa. Används även vid upprepad mätning.

Fokus Fem frågor kring pro-sociala beteenden som omtänksamhet och generositet och 20 frågor kring problemområden som kan delas in i hyperaktivitet/koncentrationsproblem, beteendeproblem, kamratrelationsproblem och emotionella symptom. I den utökade versionen finns även en skala för vilken belastning problematiken medför inom olika områden (hemma/i familjen, i skolan, med kamrater, på fritiden).

Administration Papper och penna, även it-stöd. Krävs ingen formell utbildning.

Skattare Föräldrar, lärare, barnet/den unge själv

Ägare/kontakt Finns fritt på nätet för icke-kommersiellt bruk, <http://www.sdqinfo.org/>

Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY)

SAVRY är utvecklat i USA och har översatts till svenska vid Karolinska institutet [89].

Målgrupp Unga 12–18 år som begått våldsbrott (misshandel, rån), samt andra allvarligare brott (inbrott, bilstölder, narkotikasmuggling/langning etc.), dock ej sexualbrott.

Metod Manual som bygger på sammanvägning av information från journaler, polisrapporter, professionella, anhöriga. Skattning 1 timme, arbete totalt 6–10 timmar.

Syfte Beslutsstöd i utredningar gällande risker och behov hos ungdomar med känt antisocialt beteende. Komplement till exempelvis BBIC eller utredning med andra instrument/beslutsstöd.

Fokus 24 riskfaktorer (historiska, sociala/kontextuella, individuella) samt 6 skyddsfaktorer som forskning har påvisat har betydelse för ungas återfall i allvarlig brottslighet

Administration Papper och penna, utbildning inget formellt krav men rekommenderas starkt.

Skattare Professionella inom verksamheter där man gör bedömningar eller utformar behandlings- eller övervakningsplaner som rör risk för våld/annan allvarlig kriminalitet hos unga med känt antisocialt beteende.

Ägare Utbildningsnätverk FORUM (www.savry.se), den engelska versionen förlagd av Par Inc.

Uppföljning barn och unga – vård och boende (UBU-VB)

UBU-VB är en anpassning av Uppföljning av insatser till vuxna (UiV) som utvecklats av Göteborgs Stad i samarbete med IT-leverantören Disentic AB [90].

Målgrupp Barn och ungdomar som placerats ensamma utifrån social problematik

Metod Uppföljningsintervju efter (varje) avslutad insats som varat mer än sju dagar. Ska göras inom tre månader efter avslut.

Syfte Verksamhetsuppföljning av insatser till barn och unga i heldygnsomsorg. Ska bidra till bättre underlag inför placeringar, kvalitetsförbättringar, bättre upphandling, resultat som kan redovisas till politiker och allmänhet. Inte ett utvärderingssystem av effekter eller ett system för individuppföljning.

Fokus Kvaliteten i verksamheten. Följer upp innehållet utifrån brukarnas perspektiv och de professionellas erfarenheter. Bakgrundsfrågor kring förhållanden hos den placerade (orsak till placering, kön, ålder, diagnos osv) och förhållande hos utföraren (inriktning, metod osv). Frågor kring hur nöd/missnöjd man är med insatsen, ev. upplevelse av att vara kränkt, tillit till person, upplevd förändring inom olika områden som psykisk hälsa, skola.

Administration IT-baserat intervjustöd, resultat aggregeras på lokal och nationell nivå, UBU i version för familjehem (UBU-F) har precis lanserats.

Skattare Handläggare, ungdomar (12–21 år), vårdnadshavare

Ägare/Kontakt Disentic AB

Dokumentationssystem inom missbrukarvården, Ungdomar (UngDok)

UngDok har utvecklats i Sverige inom ramen för ett ”trestadsprojekt” där verksamheter från Stockholm, Göteborg och Malmö har ingått [91].

Målgrupp Ungdomar med missbruksproblem

Metod Upprepad mätning, strukturerad intervju med it-stöd vid inskrivning, utskrivning och uppföljning

Syfte Behandlingsplanering, process och resultat kvalitet

Fokus Frågeområden när det gäller individen: bakgrundsinformation, skattning av livssituation, sysselsättning, utbildning, försörjning, boende, alkohol/droger/tobak, behandlingshistoria, kriminalitet, våldsutsatthet, uppväxt och uppväxtmiljö, familj och umgänge. Mäter förändring (effekter) vid utskrivning och uppföljning. På verksamhetsnivå målgruppsbeskrivning och förändring på gruppnivå på kort respektive lång sikt.

Administration Strukturerad intervju med datorstöd

Skattare Professionell i intervju med klient

Ägare/Kontakt IKM (<http://www.ikmdok.se/>), även inom ramen för Journal Digital, <http://www.journaldigital.se/>

Uppföljningsintervjuer placerade barn

Uppföljningsintervjuerna är en metod som utvecklats i Sverige [92].

Målgrupp Barn som varit familjehemsplacerade

Metod Intervju cirka 2-år efter avslutad placering

Syfte Få reflekterade erfarenheter från barn som varit placerade i familjehem, som kan bidra till direkt kunskapsutveckling hos familjehemssekreterarna, men som också främjar kvalitetsutveckling av arbetssätt och metoder.

Fokus Ungdomarnas egen syn på tiden i familjehem och hur de ser på socialtjänstens arbete, vad som hjälpt dem eller stjalpt dem i deras utveckling över tid. Samtalsguide med sju områden: nussituation, placeringen, biologföräldrar, familjehemmet, utflyttningen, nätverk samt en avslutning.

Administration Ungdomen bjuds in för en intervju (frivilligt), intervjun kan spelas in, dock ej obligatoriskt, efter intervjun skriver intervjuaren en kort sammanfattning (Memo) samt kort beskrivning av egna tankar och reflektioner utifrån intervjun och mötet med den unge. Träff i familjehemssekreterargruppen för genomgång av Memos.

Skattare Familjehemssekreterare, helst den som haft ansvar för den unge

Ägare Familjehemsgruppen i Karlstad har utvecklat modellen. Beskriven i rapport från Allmänna barnhuset av Monica Westberg och Kristian Tilander, http://www.allmannabarnhuset.se/data/files/B_cker_PDF/Att_1_ra_av_fosterbarn.pdf

Öppna jämförelser (ÖJ)

Öppna jämförelser är återkommande indikatorbaserade jämförelser av kvalitet och resursförbrukning inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och folkhälsa som redovisas på regional-, landstings-, kommun- eller enhetsnivå.

Målgrupp Beslutsfattare på olika nivåer inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och folkhälsa

Metod Framför allt kommunrapporterad enkätdata, i viss mån även registerdata och andra källor

Syfte Öppenhet och förbättrad insyn i den offentligt finansierade vården och omsorgen, ge ett underlag för utveckling, förbättring, uppföljning, analys och lärande i verksamheterna, initiera lokala, regionala och nationella analyser och diskussioner om verksamheternas kvalitet och effektivitet, ge underlag för ledning och styrning, utgöra del i information och underlag för vård- och omsorgsval.

Fokus Återkommande indikatorbaserade jämförelser på struktur-, process- och resultatnivå. Inom social barn- och ungdomsvård enbart verksamhetsrapporterat. Indikatorer vård och omsorg placerade barn är: god levnadsstandard (aktivitet, ekonomiskt bistånd), god utbildning (grundläggande behörighet gymnasieskola), trygg uppväxt (dödlighet, vård för alkohol och narkotikarelaterade diagnoser, vård för övergrepp), bästa möjliga hälsa (vård för självskadebeteenden, antidepressiva läkemedel, sömnmedel, melatonin, ångstdämpande läkemedel, ADHD-läkemedel, antipsykotiska läkemedel), effektivitet (kostnad per ung vuxen med aktivitet respektive per behörig till gymnasieskolan, placerad före 10 års ålder), helhetssyn och samordning (hälsa, utbildning kriminalitet), trygg och säker (handläggning, BBIC-licenser, säkerhet–rutiner för avvikelshantering), kunskapsbaserad verksamhet (socionomexamen och minst ett års erfarenhet, systematisk bedömning), tillgänglig (Socialjour, webbinformation).

Administration Inrapporterad enkätdata, registerdata

Skattare Kommunal, regional och nationell statistik. Uppgifter med för få personer (1–3) rapporteras ej av sekretessskäl. Ej heller rapporteras kvot med för stor statistisk osäkerhet (färre än 20), kommuner kan dock ta kontakt och få ut uppgifter.

Ägare SKL och Socialstyrelsen (Utvecklingsprojekt till 2015)

Bilaga 2.

Referenser

1. Bergman, K. och Silfverswärd, S. *Enkätredovisning. Kartläggning om systematisk uppföljning av barn och unga i samhällsvård*, 2012, Sveriges Kommuner och Landsting.
2. Sundell, K., red. *Att göra effektutvärderingar*. 2012, Gothia Förlag: Stockholm.
3. SKL Ord- och begreppsförklaringar. Hämtad 2013-09-05 från http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/evidensbaserad-praktik-inom-socialtjansten/ord-och-begreppsforklaringar.
4. Lindgren, L., Ottosson, M. och Salas, O. *Öppna jämförelser. Ett styrmedel i tiden eller "Hur kunde det bli så här?"*, 2012, FoU i Väst/GR: Göteborg.
5. Guldbrandsson, K., *Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst*, 2007, Statens folkhälsoinstitut Östersund.
6. Lambert, M.J., Hansen, N.B. och Finch, A.E. *Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effect*. *Journal of Counseling and Clinical Psychology and psychotherapy*, 2001. 69: p. 159-172.
7. Liedman, S.-E., *Sancta Æmulatio, »Den heliga tävlingslusten« Om kvantiteternas roll i ett historiskt perspektiv*, i *Den omätbara kvaliteten*, Strannegård, L. red. 2007, Norstedts Akademiska Förlag: Stockholm.
8. Ravens-Sieberer, U., et al., *The KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries*. *Value Health*, 2008. 11(4): p. 645-58.
9. Ravens-Sieberer, U., et al., *Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective*. *Sozial- und Präventivmedizin*, 2001. 46(5): p. 294-302.
10. Ravens-Sieberer, U., et al., *Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life*. *Qual Life Res*, 2010. 19(10): p. 1487-500.
11. Ravens-Sieberer, U., et al., *The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries*. *Qual Life Res*, 2007. 16(8): p. 1347-56.
12. Ainsworth, M.D.S., et al., *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. 1978: Lawrence Erlbaum, Oxford. 391-xviii, 391.
13. Green, J., et al., *A new method of evaluating attachment representations in young school-age children: The Manchester Child Attachment Story Task*. *Attachment & Human Development*, 2000. 2(1): p. 48-70.
14. Minnis, H., et al., *The Computerised Manchester Child Attachment Story Task: a novel medium for assessing attachment patterns*. *Int J Methods Psychiatr Res*, 2010. 19(4): p. 233-42.
15. Hesse, E., *The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies*. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (2nd ed.)*. 2008: Guilford Press, New York, NY. 1020-598.
16. Kerns, K.A., Klepac, L. och Cole, A. *Peer Relationships and Preadolescents' Perceptions of Security in the Child-Mother Relationship*. *Developmental Psychology*, 1996. 32(3): p. 457-466.

17. Armsden, G. och Greenberg, M. *The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence*. Journal of Youth and Adolescence, 1987. 16(5): p. 427–454.
18. Brenning, K., et al., *An adaptation of the Experiences in Close Relationships Scale-Revised for use with children and adolescents*. Journal of Social and Personal Relationships, 2011. 28(8): p. 1048–1072.
19. Brennan, K.A., Clark, C.L. och Shaver, P.R. *Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview in Attachment theory and close relationships*, Simpson, J.A. och Rholes, W.S.E. red. 1998, The Guilford Press: New York.: p. 46–76.
20. Broberg, A.G., et al., *Anknytning i praktiken – tillämpningar av anknytningsteorin*. 2008, Stockholm: Natur och Kultur.
21. Bartholomew, K. och Horowitz, L.M. *Attachment styles among young adults: A test of a four-category model*. Journal of Personality and Social Psychology, 1991. 61(2): p. 226–244.
22. Antonovsky, A., *The structure and properties of the Sense of Coherence Scale*. Social Science Medicine, 1993. 36: p. 725–733.
23. Honkinen, P.L., et al., *The adult sense of coherence scale is applicable to 12-year-old schoolchildren – an additional tool in health promotion*. Acta Paediatr, 2006. 95(8): p. 952–5.
24. Nagy, E., *Barns känsla av sammanhang – en valideringsstudie av BarnKasam i årskurserna 1–6 (ålder 7–12 år)*, 2004, Lunds Universitet, Socialhögskolan.
25. Cantril, H., *The Pattern of Human Concerns*. 1965, New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
26. Landgraf, J.M., Abetz, L. och Ware Jr, J.E. *The CHQ: A User's Manual*. 1 ed. 1996, Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center.
27. Andersson Gare, B., et al., *The Swedish version of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ)*. Clin Exp Rheumatol, 2001. 19(4 Suppl 23): p. S146–50.
28. Larsson, B. och Frisk, M. *Social competence and emotional/behaviour problems in 6–16 year-old Swedish school children*. European Child & Adolescent Psychiatry, 1999. 8: p. 24–33.
29. Achenbach, T.M. och Rescorla, L.A. *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*, 2001, University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families: Burlington, VT.
30. Achenbach, T.M. och Rescorla, L.A. *Manual for the preschool forms & profiles*. 2000, Burlington, VY: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
31. Broberg, A.G., et al., *Self-reported competencies and problems among Swedish adolescents: a normative study of the YSR*. European Child and Adolescent Psychiatry, 2001. 10: p. 186–193.
32. Olsson, M., Hansson, K. och Söderlind, M. *Lärarskattningar av emotionella och beteendeproblem hos elever i åldern 6–16 år : en normativ studie av TRF (Teacher Report Form)*, 2012, Umeå universitet: Umeå. p. 19.
33. Goodman, R., *The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1999. 40(5): p. 791–799.
34. Smedje, H., et al., *Psychometric properties of a Swedish version of the “Strengths and Difficulties Questionnaire”*. European Child & Adolescent Psychiatry, 1999. 8(2): p. 63–70.
35. Barlow, J., Coren, E. och Stewart-Brown, S. *Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003. DOI: 10.1002/14651858.CD002020.pub2.
36. Derogatis, L.R., Lipman, R.S. och Covi, L. *SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – preliminary report*. Psychopharm Bull, 1973. 2: p. 17–36.
37. Fridell, M., et al., *Symptoms checklist 90, SCL-90, Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan*, 2002, Statens institutionsstyrelse, SiS.
38. Zigmond, A.S. och Snaith, R.P. *The hospital anxiety and depression scale*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1983. 67(6): p. 361–370.
39. Lisspers, J., Nygren, A. och Söderman, E. *Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): some psychometric data for a Swedish sample* Acta Psychiatrica Scandinavica, 1997. 96: p. 281–286.
40. Kovacs, M., *Children's Depression Inventory (CDI) Manual*. 1992, North Tonawanda, New York: Multi-Health Systems.
41. Ivarsson, T., Svalander, P. och Litlere, O. *The Children's Depression Inventory (CDI) as measure of depression in Swedish adolescents. A normative study*. Nordic Journal of Psychiatry, 2006. 60(3): p. 220–226.
42. Beck, A.T., Steer, R.A. och Carbin, M.G. *Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation*. Clinical Psychology Review, 1988. 8(1): p. 77–100.

43. March, J., *Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)*. 1997, Toronto: Multi-Health Systems Inc.
44. Ivarsson, T., *Normative data for the Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) in Swedish adolescents*. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2006. 60(2): p. 107-113.
45. Beck, A.T., et al., *An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties*. *J Consult Clin Psychol*, 1988. 56(6): p. 893-7.
46. Eyberg, S.M. och Pincus, D. *ECBI Eyberg Child Behavior Inventory and SESBI-R Sutter – Eyberg Student Behavior Inventory – Revised, Professional manual*. 1999, Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
47. Axberg, U., Johansson Hanse, J. och Broberg, A.G. *Parents' description of conduct problems in their children – A test of the Eyberg Child Behaviour Inventory (ECBI) in a Swedish sample aged 3–10*. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2008. 49: p. 497-505.
48. Greenwald, R. och Rubin, A. *Assessment of Posttraumatic Symptoms in Children: Development and Preliminary Validation of Parent and Child Scales*. *Research on Social Work Practice*, 1999. 9(1): p. 61-75.
49. Straus, M.A., et al., *Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents*. *Child Abuse Negl*, 1998. 22(4): p. 249-70.
50. Perrin, S., Meiser-Stedman, R. och Smith, P. *The Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES): Validity as a Screening Instrument for PTSD*. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2005. 33(04): p. 487-498.
51. Sundin, E.C. och Horowitz, M.J. *Impact of Event Scale: psychometric properties*. *The British Journal of Psychiatry*, 2002. 180(3): p. 205-209.
52. Briere, J., *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) Professional Manual*. 1996, Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
53. Hagekull, B., Bohlin, G. och Hammarberg, A. *The role of parental perceived control in child development: A longitudinal study*. *International Journal of Behavioral Development*, 2001. 25(5): p. 429-437.
54. Campis, L.K., Lyman, R.D. och Prentice-Dunn, S. *The Parent Locus of Control Scale: Development and validation*. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1986. 15(3): p. 260-267.
55. Abidin, R.R., *Parenting Stress Index (PSI) - Manual*. 1990, Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
56. Östberg, M., Hagekull, B. och Wettergren, S. *A measure of parental stress in mothers with small children: dimensionality, stability and validity*. *Scandinavian Journal of Psychology*, 1997. 38(3): p. 199-208.
57. Johnston, C. och Mash, E.J. *A Measure of Parenting Satisfaction and Efficacy*. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1989. 18(2): p. 167.
58. Abidin, R.R. och Konold, T.R. *Parenting alliance measure - Professional Manual*. 1999, Odessa, FL: Psychological assessment resources.
59. Spanier, G.B., *Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads*. *Journal of marriage and the family*, 1976. 38(1): p. 15-28.
60. Hunsley, J., et al., *The Seven-Item Short Form of the Dyadic Adjustment Scale: Further Evidence for Construct Validity*. *The American Journal of Family Therapy*, 2001. 29(4): p. 325-335.
61. Feldhaus, K.M., et al., *Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department*. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 1997. 277(17): p. 1357-1361.
62. Straus, M.A., et al., *The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and Preliminary Psychometric Data*. *Journal of Family Issues*, 1996. 17(3): p. 283-316.
63. Saunders, J.B., et al., *Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption – II*. *Addiction*, 1993. 88(6): p. 791-804.
64. Wennberg, P., et al., *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT: MANUAL*, 2006, Karolinska institutet: Stockholm.
65. Babor, T.F., et al., *AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care*, 2001, World Health Organization.
66. Berman, A.H., et al., *The self-report Drug Use Disorders Identification Test: Extended (DUDIT-E): reliability, validity, and motivational index*. *J Subst Abuse Treat*, 2007. 32(4): p. 357-69.
67. Berman, A.H., Bergman, H. och Palmstierna, T. *DUDIT-E. The Drug Use Disorders Identification Test -E: MANUAL*, 2007, Karolinska institutet: Stockholm.
68. Borjesson, J., Armelius, B.A. och Ostgard-Ybrandt, H. *The psychometric properties of the Swedish version of the Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD)*. *Nord J Psychiatry*, 2007. 61(3): p. 225-32.

69. Friedman, A.S. och Utada, A. *A method for diagnosing and planning the treatment of adolescent drug abusers (the Adolescent Drug Abuse Diagnosis [ADAD] instrument)*. J Drug Educ, 1989. 19(4): p. 285–312.
70. Davis, L.J., Jr., et al., *Substance use disorder diagnostic schedule (SUDDS): the equivalence and validity of a computer-administered and an interviewer-administered format*. Alcohol Clin Exp Res, 1992. 16(2): p. 250–4.
71. Gerdner, A., *Diagnosinstrument för beroende och missbruk – Granskning av ADDIS validitet och interna konsistens gällande alkoholproblem*. Nordisk Alkohol- og narkotikatidsskrift (NAT), 2009. 26(3): p. 265–276.
72. McLellan, A.T., et al., *The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions*. Am J Addict, 2006. 15(2): p. 113–24.
73. Nyström, S., et al., *The reliability of the Swedish version of the Addiction Severity Index (ASI)*. Journal of Substance Use, 2010. 15(5): p. 330–339.
74. Socialstyrelsen, *Grundbok Barns behov i centrum (BBIC)*. 2006, Stockholm: Socialstyrelsen.
75. Socialstyrelsen, *Dokumentation av barnets bästa inom socialtjänsten*. 2012, Stockholm: Socialstyrelsen.
76. Shaw, I., et al., *An Exemplary Scheme? An Evaluation of the Integrated Children's System*. British Journal of Social Work, 2009. 39(4): p. 613–626.
77. Höök, B. och Cederblad, M. *Prövning av CBCL för förskolebarn (ASEBA)*, 2008, Umeå universitet. Enheten för barn- och ungdomspsykiatri: Umeå.
78. Enebrink, P., et al., *Swedish validation of the Early Assessment Risk List for Boys (EARL-20B), a decision aid for use with children presenting with conduct-disordered behaviour*. Nordic Journal of Psychiatry, 2006. 60(6): p. 438–446.
79. Bardick, A.D. och Bernes, K.B. *A Framework for Assessing Violent Behaviors in Elementary School-Age Children*. Children & Schools, 2008. 30(2): p. 83–91.
80. Augimeri, L.K., et al., *Early assessment risk lists for boys and girls*, in *Mental health screening and assessment in juvenile justice*, Grisso, T., Vincent, G. och Seagrave, L. Red. 2005, N.Y.: Guilford Pub. Inc: New York. p. 295–310.
81. Andershed, H. och Andershed, A.-K. *Risk-need assessment for youth with or at risk for conduct problems: introducing the assessment system ESTER*. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 2010. 5(0): p. 377–383.
82. Andershed, H., et al., *Initial test of a new risk-need assessment instrument for youths with or at risk for conduct problems: ESTER-assessment*. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 2010. 5(0): p. 488–492.
83. Hansson, K., *Psykologi i tillämpning: Familjeklimat, en adjektivlista för familjediagnostisk.*, 1989, Institutionen för tillämpad psykologi, Lunds universitet: Lund.
84. Bradley, R.H. och Corwyn, R.F. *Caring for children around the world: A view from HOME*. International Journal of Behavioral Development, 2005. 29(6): p. 468–478.
85. Glad, J., et al., *Social Worker and Teacher Apprehension of Children's Stimulation and Support in the Home Environment and Care-Giver Perception of the HOME Inventory in Sweden*. British Journal of Social Work, 2013.
86. Caldwell, B.M. och Bradley, R.H. *Home Observation for Measurement of the Environment: Administration Manual*. 2003, Tempe, AZ: Family & Human Dynamics Research Institute, Arizona State University.
87. Ouveinen-Birgerstam, P., *Jag tycker jag är. Manual (andra utgåvan)*. 1999, Stockholm: Hogrefe Psykologiförlaget AB.
88. Belfrage, H. och Strand, S. *Strukturerad bedömning av risker vid hot och trakasserier med hedersrelaterad bakgrund. Ett utvecklingsprojekt i Polismyndigheten Stockholms län om polisiär riskbedömning och riskhantering*, 2010, Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall.
89. Borum, R., Bartel, P.A. och Forth, A.E. *Structured Assessment of Violence Risk in Youth*. Mental health screening and assessment in juvenile justice. 2005: Guilford Press, New York, NY. 397–323.
90. Huddinge kommun, *Projektrapport UBU – vård och boende. Systematisk uppföljning av dygnsvård för barn och unga*, 2012, Social- och äldreomsorgsförvaltningen: Huddinge.
91. Richert, T., *Mot en mer kunskapsbaserad öppenvård för unga med missbruk. Slutrapport för ett trestadsprojekt kring kunskapsutveckling, erfarenhetsutbyte och systematisk dokumentation*, 2011, Malmö Högskola: Malmö.
92. Westberg, M. och Tillander, K. *Att lära av fosterbarn – åtta års arbete med intervjuer med före detta fosterbarn*, 2010: Stockholm.

Det här är en kartläggning av vilka modeller och system som kommunerna i Göteborgsregionen och Gryning Vård AB använder eller tänker sig kunna använda för att följa upp placeringar av barn och unga. I rapporten beskrivs respektive modell/system utifrån målgrupp, hur uppgifter samlas in, vad man mäter, vilka områden man önskar fånga in, hur administrationen går till samt var man får tag på respektive modell/system.

En tanke med rapporten är att den utöver att visa på olika modeller och system, skall kunna användas som ett diskussionsunderlag inför genomförandet av systematisk uppföljning. Rapporten kan också bidra till diskussionen om hur man kan förhålla sig till olika uppföljningsmodeller och system.

Ulf Axberg är filosofie doktor i psykologi och legitimerad psykolog och psykoterapeut.



FoU i väst GR

FORSKNING OCH UTVECKLING INOM VÄLFÄRDSOMRÅDET

Besök Gårdavägen 2 • Post Box 5073, 402 22 Göteborg • Tel 031-335 50 00
Fax 031-335 51 17 • e-post fou@grkom.se • www.grkom.se/valfard