



SBU BEREDER

PUBLIKATION NR: 344

ISBN: 978-91-88437-88-4

PUBLICERAD: 24 FEBRUARI 2022

NEDLADDAD: 19 APRIL 2026

Standardiserade bedömningsmetoder i utredningar av barn och unga inom socialtjänsten

Innehåll

Sammanfattning	4
Syfte och bakgrund	4
Metod	4
Huvudresultat	5
Diskussion	6
1. Inledning	8
1.1 Uppdrag	8
1.2 Syfte	8
1.3 Målgrupper	9
2. Bakgrund	10
2.1 Juridiska aspekter	10
2.2 Utredningar enligt 11 kap. 1 § SoL	10
2.3 BBIC (Barns behov i centrum) kan kompletteras med standardiserade bedömningsmetoder	11
2.4 Psykometriska egenskaper	14
3. Metod	17
3.1 Frågor	17
3.2 Urvalskriterier enligt PIRO (population, indextest, referenstest, utfall)	17
3.3 Process för urval av studier i uppdateringen	19
3.4 Metod för bedömning av relevans för svenska socialtjänstens barn- och ungdomsvård och presentation av resultat	21
4. Urval av studier och beskrivning av de inkluderade systematiska översikterna	23
4.1 De inkluderade systematiska översikterna i denna rapport	26
5. Resultat – barns utsatthet för våld och försummelse	30
5.1 CTQ	30
6. Resultat – samspel mellan förälder och barn	33
7. Resultat – missbruk och beroende	34
7.1 AUDIT och AUDIT-C	35
7.2 CRAFFT	38
7.3 ASSIST	40
8. Resultat – normbrytande beteende och kriminalitet	42

8.1 ESTER	43
8.2 SAVRY	44
8.3 YLS/CMI	46
9. Resultat – psykisk ohälsa	49
9.1 CBCL	50
9.2 SDQ	52
10. Resultat – sociala färdigheter	55
10.1 ASQ:SE-2	55
11. Resultat – livskvalitet	57
12. Diskussion	58
12.1 Resultatdiskussion	58
12.2 Metoddiskussion	61
13. Överväganden för forskning, praktik och policy	63
14. Medverkande	65
14.1 Projektgrupp	65
15. Ordförklaringar och förkortningar	67
16. Bilagor	71
17. Referenser	72

Observera att det är möjligt att ladda ner hela eller delar av en publikation. Denna pdf/utskrift behöver därför inte vara komplett. Hela publikationen och den senaste versionen hittar ni på www.sbu.se/344

ISBN 978-91-88437-88-4

Sammanfattning

Syfte och bakgrund

Syftet med projektet är att, utifrån systematiska översikter, identifiera och presentera resultat för relevanta standardiserade bedömningsmetoder för att inhämta information och bedöma barnets utveckling (hälsa, utbildning, sociala relationer, känslor och beteende), vilket görs som del i bedömningen av barn och ungas behov av stöd och skydd i samband med att en utredning genomförs enligt 11 kap. 1 § socialtjänstlagen. Resultaten i rapporten fokuserar på presentation av bedömningsmetodernas psykometriska egenskaper, det vill säga hur valida och reliabla de visat sig vara.

Projektet är en del av ett regeringsuppdrag till SBU.

Metod

SBU har i denna rapport undersökt vilka nationella och internationella systematiska översikter det finns där man studerat olika standardiserade bedömningsmetoder för barn och unga. Arbetet har tagit sin utgångspunkt i en nyligen publicerad [kartläggning](#) från Folkehelseinstituttet i Norge.

I det aktuella projektet har de systematiska översikter som ingår i Folkehelseinstituttets kartläggning samt systematiska översikter som identifierats i en uppdaterad sökning granskats, dels utifrån relevans till projektets urvalskriterier, dels utifrån risk för bias. Risk för bias har bedömts med hjälp av granskningsmallen [ROBIS](#). Systematiska översikter som bedömdes ha låg eller måttlig risk för bias presenteras i [evidenskartan](#). I resultatkapitlet presenteras resultat från de bedömningsmetoder som redan är i bruk i svensk socialtjänst och därmed finns beskrivna på [metodguiden för socialt arbete](#) på Socialstyrelsen och de bedömningsmetoder som översatts och använts i Sverige i forskningssammanhang.

Huvudresultat

Totalt identifierades 31 relevanta systematiska översikter. Av dessa bedömdes 7 ha låg risk för bias, 5 ha måttlig risk för bias och 19 ha hög risk för bias. De 12 systematiska översikter som bedömdes ha låg eller måttlig risk för bias presenteras med länk i [evidenskartan](#). I dessa 12 systematiska översikter studerades totalt 53 bedömningsmetoder som kan rymmas inom svenska socialtjänstens barn- och ungdomsvård utifrån deras uppdrag. Av dessa 53 bedömningsmetoder så bedömdes 11 bedömningsmetoder som särskilt relevanta utifrån att de är i bruk inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård eller att de översatts och använts i Sverige i forskningssammanhang. De 11 bedömningsmetoderna, uppdelade utifrån sju bedömningsområden, är följande:

- **utsatthet för våld och försummelse:** CTQ (Childhood Trauma Questionnaire)
- **samspel mellan förälder och barn:** inga bedömningsmetoder i de inkluderade systematiska översikterna bedömdes som särskilt relevanta för svenska socialtjänstens barn- och ungdomsvård
- **normbrytande beteende och kriminalitet:** ESTER (Evidensbaserad Strukturerad Bedömning av Risk och Skyddsfaktorer), SAVRY (Structured Assessment of Violence Risk in Youth), YLS/CMI (Youth Level of Service/Case Management Inventory)
- **missbruk och beroende:** AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption), CRAFFT (Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble), ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)
- **psykisk ohälsa:** CBCL (Child Behavior Checklist), SDQ (The Strengths and Difficulties Questionnaire)
- **sociala färdigheter:** ASQ:SE-2 (Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional, Second Edition)
- **livskvalitet:** inga systematiska översikter identifierades

Resultaten från de systematiska översikterna visar att det finns primärstudier som undersökt vissa av de psykometriska aspekterna för följande fem bedömningsmetoder; CRAFFT, SAVRY, YLS/CMI, SDQ samt ASQ:SE-2. Framför allt finns resultat kopplade till validitet (om metoden mäter det som är avsett att mäta) men i mindre utsträckning till reliabilitet (precisionen i mätningen). Resultatet för varje specifik bedömningsmetod presenteras i resultatkapitlen. Det finns även nya primärstudier som publicerats efter senaste systematiska översikterna, så det kan finnas behov av att uppdatera dem.

För de övriga sex bedömningsmetoderna, CTQ, ESTER, AUDIT, AUDIT-C, ASSIST och CBCL ingick inga eller få primärstudier i de systematiska översikterna. Detta innebär inte att det saknas primärstudier utan beror snarare på de systematiska översikternas urvalskriterier (exempelvis avseende population, utfall eller verksamhetsområde). Detta gör att det är svårt att bedöma de psykometriska egenskaperna för barn och unga för dessa standardiserade bedömningsmetoder. För att skaffa mer kunskap behövs därför såväl nya välgjorda systematiska översikter som fler primärstudier på området. Det behövs ökat fokus på psykometriska egenskaper av bedömningsmetoder inom den sociala barn- och ungdomsvårdens kontext.

Diskussion

I detta projekt har SBU enbart utgått från systematiska översikter, vilket innebär att det sannolikt finns primärstudier för flera av de bedömningsmetoder där det saknas systematiska översikter. Projektet är avgränsat till bedömning av barn och unga, vilket innebär att systematiska översikter där någon eller några av dessa metoder undersöks på en vuxen population inte har inkluderats.

SBU har inte granskat risken för bias i de enskilda studierna som ingår i de systematiska översikterna. Det faktum att det saknas systematiska översikter för vissa standardiserade bedömningsmetoder innebär inte nödvändigtvis att metoderna inte är bra, men att vi saknar sammanvägd kunskap om deras psykometriska egenskaper.

Denna sammanställning visar att det finns begränsat med systematiska översikter, med låg eller måttlig risk för bias, som utvärderar olika bedömningsmetoders psykometriska egenskaper för barn och unga och som skulle kunna användas inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård. Vidare finner vi att några av de systematiska översikter som identifierats är för begränsade i sitt urval för att kunna dra generella slutsatser. Ytterligare en svårighet har varit att många av de systematiska översikterna är relativt gamla. Vi ser att det tillkommit studier på området och att det därför finns behov av nya systematiska översikter. Granskningen visar att det finns en påtaglig brist på såväl primärstudier såsom systematiska översikter som genomförts inom den sociala barn och ungdomsvårdens kontext. Med tanke på att en barnavårdsutredning genomförs under speciella omständigheter och kan innebära livsommelmande beslut för barn och unga, bedömer vi att bristen på forskning är problematiskt.

Innehållsdeklaration

Denna publikation innehåller:

- En kartläggning av systematiska översikter

SBU använder en noggrann process för att säkerställa att våra resultat är vetenskapligt väl underbyggda. För den här rapporten har vi gjort följande:

Granskat och sammanställt befintligt sammanställt forskningsunderlag tillsammans med externa sakkunniga:

- Gjort en strukturerad och uttömmande litteratursökning
- Granskat om studierna vi hittat är relevanta
- Granskat om det finns metodbrister i studierna som skulle kunna påverka resultaten och ge risk för snedvridning

Följande personer har granskat och bedömt rapporten och dess resultat:

- Externa sakkunniga
- SBU:s kvalitetssäkringsgrupp
- SBU:s vetenskapliga råd

1. Inledning

Denna rapport bygger på en systematisk kartläggning från Folkehelseinstituttet i Norge från 2020, om systematiska översikter av standardiserade bedömningsmetoder för utredningar av barn och ungdomar inom socialtjänsten [1]. Standardiserade bedömningsmetoder avser ett paraplybegrepp som inkluderar halvstrukturerade intervjuer eller observationer samt frågeformulär. I Folkehelseinstituttets kartläggning gjordes litteratursökningar fram till och med februari 2019. En uppdaterad litteratursökning för åren 2019 och 2021 har därefter genomförts av Folkehelseinstituttet för detta projekts räkning.

Eftersom SBU i denna rapport har något annorlunda urvalskriterier och lyfter bedömningsmetoder som redan är i bruk i Sverige, har vi på nytt bedömt relevansen och risken för bias i de systematiska översikter som ingick i den norska kartläggningen och i de systematiska översikterna som tillkommit efter den publicerades.

Samtliga inkluderade systematiska översikter presenterats i [evidenskartan](#).

1.1 Uppdrag

Inom ramen för SBU:s regeringsuppdrag om att utbilda och sprida kunskap om vetenskapliga kunskapssammanställningar inom socialtjänsten, ingår det särskilt att sammanställa det vetenskapliga underlaget avseende utredningsmetoder för barn och ungdomar som utreds inom socialtjänsten [2]. Efter diskussion med projektets referensgrupp på Socialstyrelsen, fastställde projektgruppen att med utredningsmetoder avses i detta projekt standardiserade bedömningsmetoder, med relevans för informationsinhämtning och bedömning under utredningen inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård.

1.2 Syfte

Syftet med projektet var att identifiera systematiska översikter om relevanta standardiserade bedömningsmetoder som kan användas för att inhämta information om barnets utveckling (hälsa, utbildning, sociala relationer, känslor och beteende) som del i bedömningen av barn och ungas behov av stöd och skydd i samband med att en utredning genomförs enligt 11 kap. 1 § socialtjänstlagen, SoL. I syftet ingick att presentera standardiserade bedömningsmetoders psykometriska egenskaper, det vill säga hur valida och reliabla de visat sig vara, samt deras relevans för svenska socialtjänstens barn- och ungdomsvård.

1.3 Målgrupper

Det vetenskapliga underlaget har efterfrågats av Socialdepartementet. Primär målgrupp för rapporten är berörda myndigheter som kan omsätta sammanställningen till relevanta kunskapsstöd för praktiken.

2. Bakgrund

2.1 Juridiska aspekter

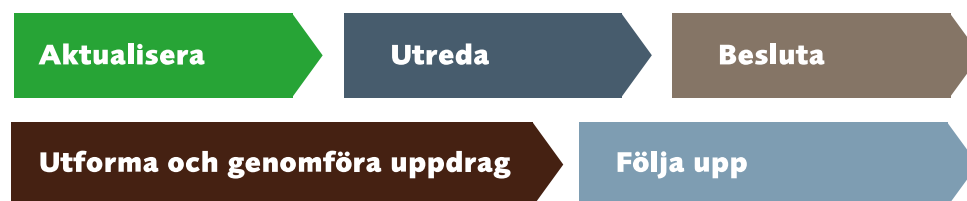
Socialnämnden ska utan dröjsmål inleda utredning av vad som genom ansökan, anmälan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden (11 kap. 1 §, SoL). En utredning enligt SoL ska inte göras mer omfattande än vad som är motiverat av omständigheterna i ärendet (11 kap. 2 § SoL). Ett barn har rätt till trygghet, omvårdnad och god fostran (6 kap. 1 § föräldrabalken, FB). I begreppet trygghet ingår exempelvis att få leva i stabila förhållanden och kunna lita på någon. Vårdnadshavaren ansvarar för barnets behov blir tillgodosedda (6 kap. 2 § andra st. FB).

Barns bästa är utgångspunkt både i SoL och LVU (1 kap. 2 § samt 36 § lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU). Barnets bästa ska beaktas vid åtgärder enligt SoL. Vid beslut eller andra åtgärder som rör vård- eller behandlingsinsatser ska vad som är bäst för barnet vara avgörande. Vad som är ett enskilt barns bästa bygger inte på en universellt vedertagen överenskommelse utan är en bedömning i varje situation. Det enskilda barnets bästa får sin betydelse först i ett sammanhang och är en process i fler steg.

2.2 Utredningar enligt 11 kap. 1 § SoL

Socialnämnden i den kommun barnet bor ska verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden. Nämnden ska i nära samarbete med hemmet främja en allsidig personlighetsutveckling och en gynnsam fysisk och social utveckling hos barn och unga (5 kap. 1 § SoL). I processmodellen nedan visas handläggningsprocessen för socialtjänsten (Figur 2.1). I Sverige genomförs utredningar inom den sociala barn- och ungdomsvården nästan uteslutande enligt arbetssättet Barnets Behov I Centrum (BBIC), som kan användas som stöd vid handläggning, genomförande och uppföljning [3]. Grundbok och Metodstöd i BBIC ger stöd för hur arbetet kan genomföras med barnet i centrum under hela processen [4] [5].

Figur 2.1 Processmodell i den nationella informationsstrukturen (NI) anpassad till BBIC. Hämtad från grundbok i BBIC sid 68 [4], återgiven med tillstånd från Socialstyrelsen.



Denna rapport fokuserar på delen som avser processteget ”Utreda” för barn och unga mellan 0–21 år som är aktuella för utredning inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård på grund av att de uppvisar problem eller avvikande beteenden inom ett eller fler områden eller kan ha utsatts för våld eller försummelse. De områden som inkluderas gäller:

- utsatthet för våld och försummelse
- samspel mellan förälder och barn
- normbrytande beteende och kriminalitet
- missbruk och beroende
- psykisk ohälsa
- sociala färdigheter
- livskvalitet.

2.3 BBIC (Barns behov i centrum) kan kompletteras med standardiserade bedömningsmetoder

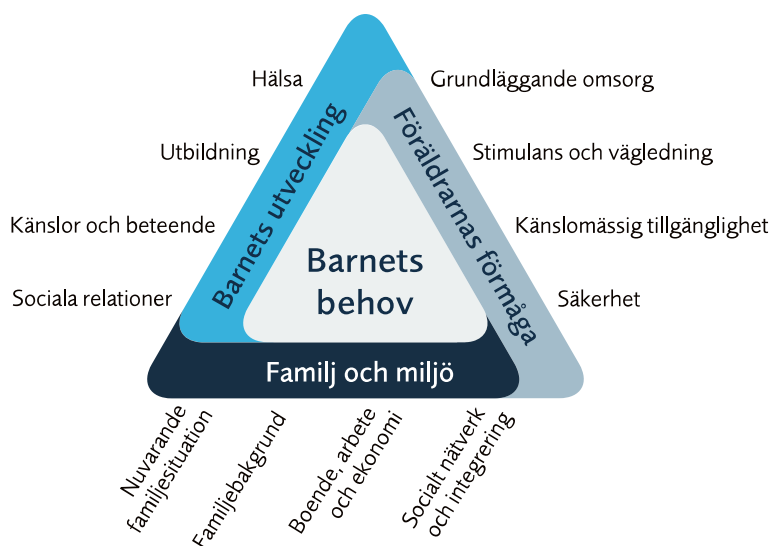
Att utreda barns behov av stöd och skydd samt behov av insatser från socialnämnden är ett komplext arbete. BBIC är ett arbetssätt som är anpassat efter socialtjänstens regelverk och är framtaget för socialtjänstens myndighetsutövning. BBIC lanserades av Socialstyrelsen första gången år 2006 och används idag av alla kommuner i Sverige. Under 2014 och 2015 genomförde Socialstyrelsen på regeringens uppdrag en omfattande revidering av BBIC med syftet att göra en systematisk uppföljning möjlig, förstärka den vetenskapliga och evidensbaserade basen samt göra BBIC effektivare och lättare att använda [3] [4] [5].

Målet med BBIC är att tillhandahålla en nationellt enhetlig struktur för handläggning, genomförande och uppföljning av den sociala barn- och ungdomsvården. BBIC syftar till att underlätta arbetet med att stärka barnets delaktighet och inflytande, att förbättra samarbetet med barnets familj och nätverk samt skapa struktur och systematik i arbetet så att handläggning och insatser lättare kan följas upp. BBIC syftar också till att bidra till ökad kvalitet och rättssäkerhet. BBIC:s värdegrund utgörs av nio grundprinciper

som beskriver tre huvudsakliga perspektiv; 1) barnets rättigheter och barnets bästa, 2) helhetsperspektiv och samverkan samt 3) kunskapsbaserat arbetssätt.

Den så kallade BBIC-triangeln utgör ett centralt stöd i arbetsprocessen, se Figur 2.2. BBIC-triangeln fokuserar på tolv områden som har relevans för utredning av barnets utveckling, föräldrarnas förmåga samt familj och miljö. Barnets utveckling rör hälsa, utbildning, känslor och beteende och sociala relationer. Föräldrarnas förmåga rör grundläggande omsorg, stimulans och vägledning, känslomässig tillgänglighet och säkerhet. Vidare rör faktorer i familj och miljö nuvarande familjesituation, familjebakgrund, boende, arbete och ekonomi samt socialt nätverk och integrering. Bedömningen av barnets situation och behov av stöd görs genom en sammanvägning av den information som kommit fram i utredning om barnets utveckling, föräldrarnas förmåga och faktorer i familj och miljö.

Figur 2.2 BBIC-triangeln. Hämtad från grundbok i BBIC sid 24 [4], återgiven med tillstånd från Socialstyrelsen.



Metodstödet för BBIC har två huvudsakliga delar: den första delen handlar om BBIC-triangeln och den andra om stöd för handläggningen. I metodstödet första del om triangeln presenteras risk- och skyddsfaktorer och viktiga aspekter under triangeln alla delområden i form av punktlister. I metodstödet andra del presenteras frågor till stöd för handläggningen samt information kring användningen av det dokumentationsstöd som BBIC erbjuder [5]. BBIC ger därmed en struktur för utredningen men utredningens omfattning och vilka områden inom BBIC som utreds bedöms i varje enskilt fall, utifrån anledning till utredning och utredningens frågeställningar.

I likhet med den engelska förlagan till BBIC ses samtidigt standardiserade bedömningsmetoder som ett värdefullt och viktigt komplement till BBIC, inte minst när det gäller informationsinhämtning och bedömningar avseende

barnets utveckling och eventuella konsekvenser av utsatthet i hemmiljön eller eget destruktivt beteende [3] [4] [5]. Studier har visat att standardiserade bedömningsmetoder identifierar betydligt fler barn som är i behov av stöd än vad som bedömts vid sedvanliga sociala barnavårdsutredningar [6] [7] [8].

En standardiserad bedömningsmetod innehåller formulär med fastställda frågor, metoden kan till exempel bestå av en checklista eller ett index med en manual som beskriver hur metoden ska användas [9]. Frågorna kan besvaras på olika sätt, genom självskattningar eller intervjuer men även genom observationer eller via redan insamlad information som finns i akter. I relation till BBIC-triangeln är det i denna rapport primärt standardiserade bedömningsmetoder som rör barnets utveckling som är fokus. (Det som skiljer BBIC från det som vi i detta projekt betecknar som en standardiserad bedömningsmetod, är den ovan beskrivna flexibilitet när det gäller vilka delar av BBIC som används i utredningen).

Eftersom en utredning kan innehålla olika aspekter som ska bedömas, så kan samtidigt vissa delar vara ostrukturerade och andra strukturerade, det vill säga användningen av strukturerade metoder kan kompletteras med annan information för beslutsfattande.

Socialstyrelsen har via en elektronisk enkät tillfrågat chefer, inom individ- och familjeomsorgen samt äldreomsorg och funktionshinderomsorg, från 210 slumpvis valda kommuner eller kommundelar om bland annat användning av standardiserade bedömningsmetoder. Resultatet av denna enkät visade att för året 2019 så angav cheferna att standardiserade bedömningsmetoder används i någon omfattning i 50 procent av kommunerna inom området barn och i 73 procent av kommunerna inom området ungdomar [10].

2.4 Psykometriska egenskaper

Gemensamt för de standardiserade bedömningsmetoderna i detta projekt är att de oftast består av ett antal testuppgifter, påståenden man ska ta ställning till eller frågor (eng. item) tänkta att mäta ett och samma fenomen.

Fenomenet kan vara möjligt att beskriva på en manifest/observerbar variabel (till exempel konsumtion av alkohol) eller behöver beskrivas abstrakt via en latent/dold variabel (till exempel kriminell benägenhet), se exempelvis Berntson och medarbetare 2016 [11]. Testresultatet på de enskilda testuppgifterna eller svaren på respektive fråga poängsätts på ett sätt som är unikt definierat för varje standardiserad bedömningsmetod. Vanligtvis summeras erhållna resultat på testuppgifterna så att ett totalt testpoäng erhålls för varje individ. För att tolka den totala testpoängen ställs detta värde mot ett kriterium eller normvärden från en population. I standardiserade bedömningsmetoder ingår ofta mätningar av fler fenomen som genererar resultat i fler deltest eller delskalor. Principen för mätning är dock densamma som beskrivet ovan, det vill säga att varje delskala består av ett antal för delskalan unika testuppgifter tänkt att mäta ett och samma fenomen.

Standardiserade bedömningsmetoders psykometriska egenskaper, det vill säga hur väl de mäter ett fenomen, presenteras utifrån centrala psykometriska utfallsmått. Centrala begrepp när det gäller psykometriska egenskaper är validitet och reliabilitet. Där validitet undersöker om metoden mäter det som är avsett att mäta eller bedöma medan reliabilitet handlar om precisionen i mätningen eller vilken grad själva mätningen är förknippad med osäkerhet. Det finns dock olika former av eller indikatorer på, såväl validitet samt reliabilitet som är av vikt att studera. För denna rapport beslutade projektgruppen att presentera data utifrån några, för rapporten utvalda (se 3.4), psykometriska utfall med tillhörande gränsvärden hämtade från [COSMIN guidelines](#) (Consensus-based Standards for the selection of Health Measurement Instruments) [12]. Utfallen i COSMIN har definierats genom en konsensusprocess av forskare inom området och beskrivs i Tabell 2.1. Enligt COSMIN behöver innehållsvaliditet endast beläggas i en studie men behöver upprepas vid översättningar av metoden för användning i ett annat land eller i en annan subpopulation. För övriga utfallsmått krävs data från fler studier. Viktigt att komma ihåg är att utfallsmåtten är bundna till den urvalsgrupp och det kontext som varit underlag för utvärderingen av psykometriska egenskaper. Det vill säga att en bedömningsmetods psykometriska egenskaper är inte en gång för alla givet utan nya studier behöver göras för att undersöka om utfallen förändras över tid. Det samma gäller införandet av en metodik i ett nytt sammanhang. Även här bör de psykometriska egenskaperna prövas.

Tabell 2.1 Beskrivning av psykometriska utfallsmått.

VALIDITET			
Innehållsvaliditet (eng. content validity)	I vilken utsträckning ett instrument: – inkluderar testuppgifter som gör att alla relevanta delar av ett fenomen (som metoden ska mäta) finns representerade – har testuppgifter som förstås av respondenterna och genererar efterfrågad information	Involverar en panel av experter som bedömer testuppgifternas relevans samt en panel av respondenter som avgör testuppgifternas begriplighet	Inga gränsvärden har definierats enligt COSMIN. Procedur för utvärdering av kvalitet finns beskriven [14].
Intern struktur* (eng. internal structure, structural validity, or dimensionality)	I vilken utsträckning de ingående testuppgifterna kan användas för att ta fram en total testpoäng, dvs. att testuppgifterna som ska summeras mäter ett (och endast ett) bakomliggande fenomen (eng. unidimensionality)	Konfirmatorisk faktoranalys (CFA) eller dimensionalityanalyser inom ramen för metoder från Item Response Theory (IRT)/Rasch	Resultatet av CFA och IRT genererar ett antal mått som indikerar hur väl utfallet reflekterar dimensionella mätningar. Gränsvärden för respektive mått har definierats [12].
Invarians/ Tvärkulturell validitet* (eng. cross cultural validity/measurement invariance)	I vilken utsträckning testuppgifterna fungerar på samma sätt i olika språkliga versioner eller över olika grupper som man vill jämföra (t.ex. ålder, kön)	Utreds inom ramen för CFA eller IRT	Se ovan
Hypotestestning* (eng. hypothesis testing)	I vilken utsträckning man kan påvisa att en methods testpoäng samvarierar med mätningar av andra närliggande fenomen, eller att förväntade skillnader mellan grupper kan avseglas i uppmätta skillnader mellan dessa grupper	Statistiska prövningar av gruppskillnader eller samband mellan variabler	Inga generella gränsvärden har definierats utan erhållna effektstorlekar ställs mot uppställd hypotes och förväntad storlek på skillnad mellan grupper och samband mellan variabler
Kriterievaliditet (eng. criterion validity)	I vilken utsträckning testresultat avspeglar sann diagnos eller utfall (mätt med en etablerad referensmetod, så kallad gold standard)	Korrelation, Sensitivitet, Specificitet eller Area under the curve (AUC)	Korrelation med gold standard $\geq 0,70$ eller AUC $\geq 0,70$

RELIABILITET

Testreliabilitet (eng. scale reliability) Varianter: Test-retest reliabilitet – samstämmighet vid upprepning av mätning efter en (kort) tid Interbedömarreliabilitet – samstämmighet mellan olika bedömare	I vilken utsträckning totalt testpoäng kan upprepas inom närtid (så kallat test-retest) eller upprepas av olika bedömare (så kallad inter rater)	Korrelation, intra-class korrelation (ICC), eller vägd Kappa.	Korrelation, ICC eller vägd Kappa $\geq 0,70$
Intern konsistens (eng. internal consistency)	I vilken utsträckning testresultaten är konsistenta över alla ingående testuppgifter eller frågor	Cronbachs alfa Omega	Cronbach's alpha eller Omega $\geq 0,70$ för varje delskala.

* En av tre aspekter av vad enligt COSMIN benämns som begreppsvaliditet (eng. construct validity).

AUC = Area under the curve

3. Metod

En projektplan för denna rapport utarbetades av projektgruppen och fastställdes genom beslut den 2021-09-15.

Projektet utgick från en befintlig kartläggning av systematiska översikter [1]. I det aktuella projektet har de systematiska översikter som inkluderades i den befintliga kartläggningen samt systematiska översikter som identifierats i en uppdaterad sökning granskats, dels utifrån relevans, dels utifrån risk för bias.

I enlighet med projektplanen har vi i projektet inkluderat nationella och internationella systematiska översikter som studerat standardiserade bedömningsmetoder avseende barns utveckling inom en socialtjänstkontext, men även de som genomförts inom barn- och ungdomspsykiatri, övrig relevant hälso- och sjukvård samt kriminalvård.

I resultatkapitlet redovisas resultat för de standardiserade bedömningsmetoder som har särskild relevans i en svensk kontext, utifrån att de antingen finns beskrivna på [metodguiden för socialt arbete](#) på Socialstyrelsen ([Bilaga 1](#)), eller är sådana som översatts och använts i Sverige i forskningssammanhang.

3.1 Frågor

Vilka psykometriska egenskaper har standardiserade bedömningsmetoder som mäter utsatthet för våld och försummelse, samspel mellan barn och förälder/omsorgsperson, egen psykisk ohälsa, missbruk och beteendeproblem, mobbing, våld, kriminalitet, sociala färdigheter eller livskvalitet hos barn och ungdomar samt hur relevanta är de i ett svenskt perspektiv?

3.2 Urvalskriterier enligt PIRO (population, indextest, referenstest, utfall)

Population

Barn och unga mellan 0–21 år.

Indextest

Standardiserade bedömningsmetoder som mäter utsatthet för våld och försummelse, samspel mellan barn och förälder/omsorgsperson, egen psykisk ohälsa, missbruk, beteendeproblem, mobbing, våld, kriminalitet, sociala färdigheter eller livskvalitet.

Referenstest

Enbart aktuellt för mått på kriterievaliditet.

Utfall (Outcome)

Psykometriska egenskaper som olika former av reliabilitet och validitet.

Kontext

Standardiserade bedömningsmetoder med relevans för socialtjänstens barn- och ungdomsvård i Sverige.

Studiedesign

Systematiska översikter.

Språk

Engelska och skandinaviska språk.

Exklusionskriterier

Systematiska översikter som fångats av sökningen **exkluderades** om:

- de studerade standardiserade bedömningsmetoder riktade sig primärt mot föräldrarna, exempelvis standardiserade behovsbedömningsmetoder som bedömer risk för att föräldrar ska utsätta sina barn för våld eller försummelse
- de studerade arbetssätt som Barns behov i Centrum, BBIC
- de bedömdes ha hög risk för bias vid granskning
- de studerade standardiserade bedömningsmetoderna avser diagnostisering av psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd
- de studerade standardiserade bedömningsmetoderna är utvecklade för andra verksamhetsområden med krav på specifik profession.

Faktaruta 3.1 Systematiska översikter.

En **systematisk översikt** är en sammanställning av resultat från sådana studier som med systematiska och explicita metoder har identifierats, valts ut och bedömts kritiskt och som avser en specifikt formulerad fråga. En välgjord systematisk översikt ska uppfylla höga krav på tillförlitlighet och reproducerbarhet och följer vissa principer som ska minimera riskerna för att slump eller systematiska fel påverkar slutsatserna. Hit hör:

- en preciserad fråga eller ett preciserat problem
- en uttömmande sökning efter all relevant litteratur för den fråga eller det problem som behandlas
- risk för bias-granskning av samtliga studier som uppfyller urvalskriterierna
- extraktion av data och tabellering från de studier som har inkluderats
- sammanvägning av resultaten i till exempel en metaanalys
- en bedömning av hur välgrundade resultaten är (evidensgradering)
- reproducerbarhet: redovisning av urvalskriterier (inklusions- och exklusionskriterier) för att sälla fram den relevanta litteraturen samt hur sökning och granskning skett.

En välgjord systematisk översikt ger läsaren möjlighet att bedöma tillförlitligheten i slutsatserna och att kontrollera om någon viktig litteratur inte har kommit med i bedömningen.

Övriga avgränsningar

Enbart systematiska översikter där data utifrån namngivna standardiserade bedömningsmetoder gick att identifiera, är inkluderade.

Den norska kartläggningen redovisar inte data uppdelat på pojkar respektive flickor. Uppdelning av resultat avseende pojkar och flickor kommer inte heller vara möjligt att genomföra i denna rapport då data inte innehåller en uppdelning.

3.3 Process för urval av studier i uppdateringen

3.3.1 Litteratursökning

Data som ligger till grund för denna rapport är huvudsakligen identifierad genom den litteratursökning som gjorts i rapporten *Kartleggingsverktøy for utsatte barn og unge* som publicerats av norska Folkehelseinstituttet 2020 [1]. Folkehelseinstituttets sökning som sträcker sig från 2000 fram till slutet av februari 2019 uppdaterades för SBU:s räkning den 2 september 2021. Enbart resultat från databaser som SBU har egen licens för, har kunnat delas mellan myndigheterna av upphovsrättsliga skäl. De databaser som använts är: Medline (Ovid), PsycInfo (EBSCO), Embase (Wiley), Cochrane library (Embase.com), Cinahl (EBSCO), Sociological abstracts (ProQuest) och Epistemonikos.

För fullständig sökdokumentation, se [1].

Utöver detta har kompletterande sökningar gjorts i COSMIN database samt Campbell library av projektmedarbetare. Projektgruppen har även identifierat systematiska översikter via sakkunniga samt kompletterande sökmetoder.

3.3.2 Urval av studier

Två projektledare ([Kapitel 14](#)) granskade oberoende av varandra titel och sammanfattning (abstrakt) på de artiklar som identifierats i den uppdaterade sökningen. Granskningen genomfördes med hjälp av gallringsverktyget Rayyan [15]. De sammanfattningar som uppfyllde urvalskriterierna, eller där det fanns en osäkerhet om de uppfyllde kriterierna, beställdes i fulltext och granskades av två projektledare oberoende av varandra. Utöver detta har en relevansgranskning på fulltextnivå av de inkluderade systematiska översikterna i Folkehelseinstituttets kartläggning genomförts.

De sakkunniga i projektet ([Kapitel 14](#)) relevansgranskade, oberoende av varandra, de systematiska översikter som projektledarna bedömde kunde vara relevanta. Eventuella osäkerheter eller oenigheter vid granskning löstes genom diskussion och bedömning av de sakkunniga. Systematiska översikter som granskats i fulltext och som inte uppfyllde kriterierna sorterades bort och orsak till exklusion noterades ([Bilaga 3](#)).

I följande steg granskades de bedömningsmetoder som ingick i de inkluderade systematiska översikterna för att bedöma deras relevans utifrån urvalskriterierna (Figur 4.2). Denna granskning gjordes av en av de sakkunniga och kontrollerades av ytterligare en annan sakkunnig eller en projektledare.

3.3.3 Bedömning av risk för bias

[ROBIS \(Risk of Bias in Systematic Reviews\)](#) granskningsmall användes för att skatta risken för bias i de systematiska översikter som bedömts relevanta [16]. Två projektledare bedömde, oberoende av varandra, risken för bias som låg, måttlig eller hög. Eventuella oenigheter löstes genom diskussion i projektgruppen tills konsensus uppnåts.

3.3.3.1 Kriterier för bedömning av risk för bias

Systematiska översikter bedömdes ha hög risk för bias om:

- en bedömning av de ingående primärstudiernas risk för bias inte hade genomförts
- sammanvägningen av resultaten inte genomförts korrekt eller var beskriven på ett sätt så att den inte gick att förstå
- minst tre av följande fem brister förekom i den systematiska översikten:

- Ingen oberoende abstraktgranskning/relevansgranskning
- Ingen oberoende risk för bias granskning
- Ingen oberoende data extraktion
- Begränsad litteratursökning (få databaser, begränsat med söktermer etc.)
- Ingen sökstrategi presenteras

Systematiska översikter bedömdes ha måttlig risk för bias om de hade brister, men inte bedömdes ha hög risk för bias. Exempel på måttlig risk för bias är att enbart en delmängd av dataextraktionen kontrollerades av ytterligare en person, enbart en delmängd av relevansgranskning skedde oberoende, eller en något begränsad litteratursökning.

3.3.4 Syntes

Ingen syntes av systematiska översikter genomfördes då detta inte bedömdes tillföra något för aktuell frågeställning.

3.4 Metod för bedömning av relevans för svenska socialtjänstens barn- och ungdomsvård och presentation av resultat

De standardiserade bedömningsmetodernas relevans för svenska socialtjänstens barn- och ungdomsvård vid utredningar av barns behov av stöd och skydd, enligt 11 kapitel 1 § socialtjänstlagen (SoL), diskuterades med sakkunniga samt med projektets referensgrupp på Socialstyrelsen ([Kapitel 14](#)).

I denna rapport bedömdes de standardiserade bedömningsmetoder som återfinns på Socialstyrelsens hemsida [metodguiden för socialt arbete \(Bilaga 1\)](#) vara relevanta för svenska socialtjänstens barn- och ungdomsvård och resultat kopplade till dessa bedömningsmetoder presenteras i resultatkapitlen. I metodguiden samlar Socialstyrelsen bedömningsmetoder och insatser som används inom socialt arbete i Sverige. Att en metod finns med i metodguiden för socialt arbete innebär inte att Socialstyrelsen rekommenderar den metoden framför andra. Sammanställningen görs för att tillhandahålla objektiv och transparent information till verksamheter.

För de områdena där inga standardiserade bedömningsmetoder finns omnämnda på [metodguiden för socialt arbete](#) presenterar vi resultat för de standardiserade bedömningsmetoder som översatts och använts i Sverige i forskningssammanhang och bedömts relevant utifrån diskussion i projektgrupp och med Socialstyrelsens referensgrupp.

Bedömningsmetoder som beskrivs på [metodguiden för socialt arbete](#), men där det saknas resultat från systematiska översikter presenteras i respektive kapitel. Då vi enbart sökt efter systematiska översikter i detta projekt kan det finnas primärstudier som utvärderar dessa metoders psykometriska egenskaper. Det kan även finnas systematiska översikter på vuxna för vissa av dessa bedömningsmetoder men dessa omfattas inte av denna rapport.

Samtliga systematiska översikter med låg eller måttlig risk för bias presenteras i [evidenskartan](#). I de fall fler systematiska översikter presenterar resultat för samma utfall och bedömningsmetod har vi valt att lyfta den som är nyast. Resultaten presenteras utifrån ett urval av centrala psykometriska utfallsmått som identifierats genom en konsensusprocess av forskare inom området, se Tabell 2.1 samt COSMIN [12]. Ett av utfallen som definieras enligt COSMIN ”responsiveness”, avser förmågan att mäta förändring. Denna psykometriska egenskap är inte relevant för frågeställningen och lyfts därför inte i resultatdelen. Ett annat utfall i COSMIN ”measurement error” förekommer inte i de aktuella systematiska översikterna varför de inte lyfts i resultatdelen. För att undvika fler nivåer av rubriker har en förenkling av COSMIN nomenklaturen gjorts. I tabellerna (Kapitel 5–11) beskrivs resultaten från respektive systematisk översikt utifrån fem validitetsutfall och tre reliabilitetsutfall (Tabell 2.1 för definitioner av dessa).

3.4.1 SBU:s kommentar av resultaten i de systematiska översikterna

Ingen bedömning av de sammanvägda resultatens tillförlitlighet enligt GRADE har gjorts av SBU. Däremot kommenterat SBU resultaten i de identifierade systematiska översikterna utifrån följande aspekter:

- Gränsvärden för acceptabla psykometriska egenskaper enligt COSMIN (Tabell 2.1)
- Finns mer än en primärstudie som underlag för resultatet. I de fall endast en primärstudie utgör underlag bedömer SBU att underlaget är otillräckligt.
- I de fall där underlaget enbart baserar sig på flera studier från delvis samma respondenter eller forskargrupp bedömer SBU att underlaget är otillräckligt.
- I de fall den standardiserade bedömningsmetoden inte använts på samma sätt i de olika primärstudierna. Till exempel om olika kriterievärden använts i de olika studierna.

4. Urval av studier och beskrivning av de inkluderade systematiska översikterna

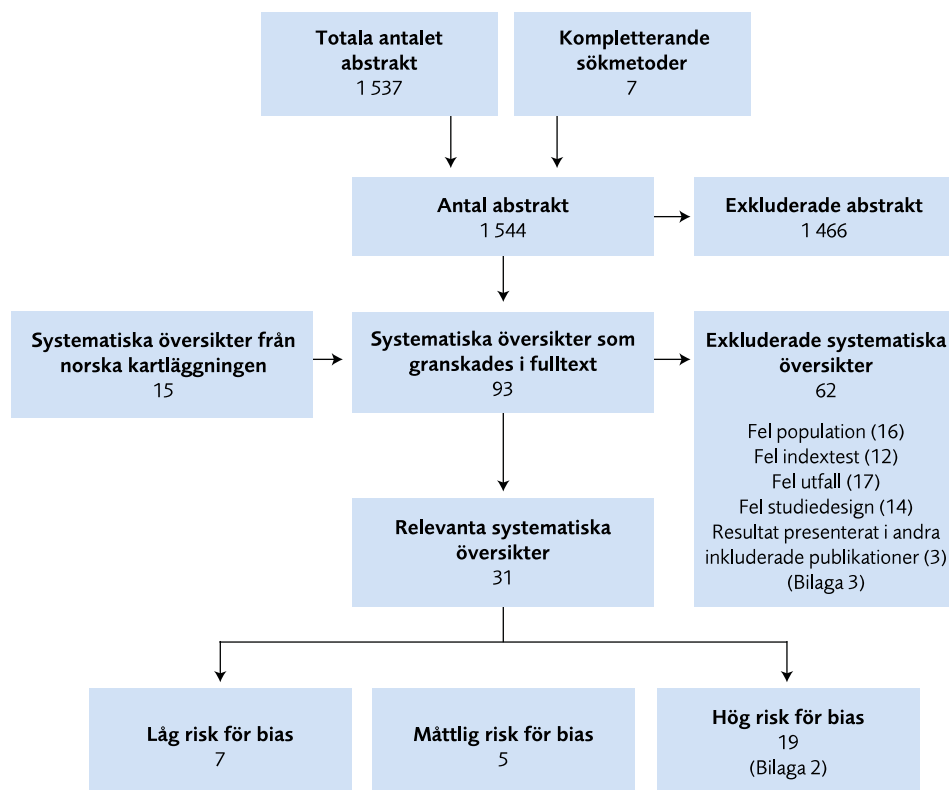
Urvalet av systematiska översikter till denna rapport baserar sig dels på de systematiska översikter som ingick i Folkehelseinstituttets kartläggning från 2020 dels på en uppdaterad litteratursökning som Folkehelseinstituttet gjorde åt SBU. De uppdaterade sökningarna resulterade i 1 537 artiklar som publicerats 2019 eller senare (Figur 4.1).

Från den norska kartlägningsrapporten granskades 15 systematiska översikter som publicerats 2000 eller senare. Dessa var de 12 systematiska översikter, som inkluderades i deras rapport, samt tre som exkluderats i den norska kartläggningen, på grund av att de undersökte mobbing, som projektgruppen valt att inkludera i detta projekt. Däremot bedömdes alla tre systematiska översikter som handlade om mobbing ha hög risk för bias och kom av den anledningen inte med i resultatet.

Totalt granskades 93 systematiska översikter i fulltext (Figur 4.1). Av dem exkluderades 62. De finns sammanställda i [Bilaga 3](#) tillsammans med huvudorsak till exkludering. Totalt identifierades 31 systematiska översikter vara relevanta. Av dessa bedömdes 7 ha låg risk för bias, 5 ha måttlig risk för bias och 19 ha hög risk för bias. De systematiska översikter som bedömdes ha hög risk för bias presenteras i [Bilaga 2](#) tillsammans med orsakerna till bedömningen. Systematiska översikter med hög risk för bias utgör inte underlag för resultatet i denna rapport.

En av de identifierade systematiska översikterna med låg risk för bias som tillkom var en HTA rapport (Health Technology Assessment) om risk- och behovsbedömningsmetoder för att bedöma ungas risk för återfall i våld och annan kriminalitet från SBU publicerad 2019.

Figur 4.1 Flödesschema för urval.



Vi har gjort en annan bedömning än Folkehelseinstituttet av vissa systematiska översiktens risk för bias. Sex av de 12 inkluderade systematiska översikterna i Folkehelseinstituttets kartläggning har vi bedömt ha hög risk för bias ([Bilaga 2](#)). Vi har i denna rapport granskat samtliga systematiska översikter med [ROBIS](#) granskningsmall, som skiljer sig något mot den granskningsmall som användes i det norska projektet. Att vi kommit fram till olika bedömningar beror sannolikt på att vi använt olika kriterier för acceptabel nivå. För detaljer hur vi bedömt risk för bias i de systematiska översikterna i denna rapport, se avsnitt 3.3.3. En av de systematiska översikterna i Folkehelseinstituttets kartläggning exkluderades eftersom den innehöll samma standardiserade bedömningsmetoder med samma utfallsmått som en uppdaterad rapport av samma forskargrupp [17].

Sammanfattningsvis har SBU inkluderat 12 systematiska översikter som bedömts ha låg eller måttlig risk för bias i rapporten, fem av dessa är medtagna från Folkehelseinstituttet kartläggning (Tabell 4.1).

Figur 4.2 Flöde för relevans och risk för bias granskning av systematiska översikter samt bedömningsmetoder i detta projekt.



Då flera av de systematiska översikterna innehåller mer än en standardiserad bedömningsmetod gjordes även en relevansgranskning av de enskilda bedömningsmetoderna som ingick i de inkluderade systematiska översikterna. Denna bedömning utgick ifrån urvalskriterierna samt möjligheten att metoderna skulle kunna användas inom svenska socialtjänstens barn- och ungdomsvård, och gjordes för de bedömningsmetoder som ingick i de inkluderade systematiska översikterna (Figur 4.2). Standardiserade bedömningsmetoder som avser en annan målgrupp än barn och unga, liksom metoder som syftar till att ställa en diagnos eller bedömdes vara medicinska undersökningar exkluderades. Ett exempel på detta är medicinska bedömningar av blåmärken vid misstänkt utsatthet för våld i hemmet [18]. Ett annat exempel är de två versionerna av HOME (The Home Observation and Measurement of the Environment) som finns med i en av de inkluderade systematiska översikterna. Avseende HOME bedömde projektgruppen att den primärt avser föräldraförmåga och inte barns utveckling eller samspel mellan föräldrar och barn, vilket ligger utanför detta projekts urvalskriterier.

Samtliga standardiserade bedömningsmetoder som ingår i någon av de inkluderade systematiska översikterna och bedömdes relevanta listas i [Bilaga 4](#). I resultatkapitlet lyfts resultat för de bedömningsmetoder som bedömdes ha särskild relevans för en svensk kontext, baserat på diskussion i projektgruppen och avstämning med Socialstyrelsens referensgrupp. Den särskilda relevansen baserar sig på om den standardiserade bedömningsmetoden fanns beskriven på [metodguiden för socialt arbete \(Bilaga 1\)](#) eller hade översatts och använts i Sverige i forskningssammanhang, samt bedömts relevant av projektgrupp och referensgrupp. Detta innebär bland annat att de standardiserade bedömningsmetoder som presenteras mer detaljerat i denna rapport skiljer sig från vilka som lyfts i Folkehelseinstituttet kartläggning. Exempel på bedömningsmetoder som inte bedömdes som särskilt relevanta och som endast är medtagna i [Bilaga 4](#) är: Communication and Symbolic Behavior Scales- Developmental Profiles (CSBC-DP) och Conflict Tactics Scale (CTS-2).

4.1 De inkluderade systematiska översikterna i denna rapport

Sammanlagt identifierades 12 systematiska översikter med låg eller måttlig risk för bias som uppfyller projektets urvalskriterier (Tabell 4.1). Varje systematisk översikt är rapporterad i en vetenskaplig artikel eller som en HTA-rapport som getts ut av SBU eller AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality i USA. Vissa av de systematiska översikterna är även bredare i sin frågeställning och inkluderar inte enbart standardiserade bedömningsmetoder utan även effekten av insatser [19] [20]. De systematiska översikterna är publicerade mellan 2013 och 2021, varav sex är från 2019 och framåt [18] [19] [21] [22] [23] [24]. Tre av de systematiska översikterna [24] [25] [26] undersöker enbart en bedömningsmetod vardera medan övriga systematiska översikter har med fler metoder. Några systematiska översikter [19] [20] [22] fokuserar på studier som undersöker kriterievaliditet, vanligen rapporterat som diagnostisk tillförlitlighet, medan övriga systematiska översikter även undersöker andra psykometriska egenskaper. Vissa av de systematiska översikterna har fokus på delpopulationer, såsom Paalman och medarbetare [27] som undersöker metoder för unga som tillhör etniska minoriteter eller Newton och medarbetare [28] som undersöker metoder som används på akutmottagningar. Detta gör att resultat från dessa systematiska översikter inte blir generellt applicerbara på en bredare grupp än just den som undersöks.

De inkluderade systematiska översikterna har utvärderat de psykometriska egenskaperna avseende standardiserade bedömningsmetoder inom följande områden:

- utsatthet för våld och försummelse – en systematisk översikt [18]
- samspel mellan förälder och barn – två systematiska översikter [21] [23]
- normbrytande beteende och kriminalitet – två systematiska översikter [22] [27]
- missbruk och beroende – tre systematiska översikter [19] [20] [28]
- psykisk ohälsa – fem systematiska översikter [24] [25] [27] [28] [29]
- sociala färdigheter – en systematisk översikt [26]
- livskvalitet – ingen systematisk översikt.

Två av de inkluderade systematiska översikterna, Paalman och Newton, omfattar mer än ett av dessa områden [27] [28]. I översikten av Paalman och medarbetare undersöks metoder för att identifiera externaliserade psykiska problem i etniska minoriteter och bland metoderna återfinns sådana som undersöker såväl psykisk hälsa så som normbrytande beteende och kriminalitet [27]. Newton och medarbetare undersöker metoder för att påvisa psykiska ohälsa eller missbruk [28].

Tabell 4.1 Inkluderade systematiska översikter presenterade utifrån publikationsår och författare.

Bergström, 2021 [24]	Psykisk ohälsa	Barn och ungdom 0–18 år	1	SDQ	Låg
Handschuh, 2020 [23]	Samspel mellan förälder och barn	Barn 0–5 år	6	-	Måttlig Information saknas om hur många som gjorde risk för bias bedömning
McTavish, 2020 [18]	Utsatthet för våld och försummelse	Barn och ungdom 0–18 år	3	CTQ	Låg
Patnode, 2020 [19]	Missbruk och beroende	Alla åldrar, resultat för ungdomar (12–19 år) redovisas separat	14	ASSIST CRAFFT	Låg
Gridley, 2019 [21]	Samspel mellan förälder och barn	Barn 0–5 år och föräldrar	2	-	Måttlig. Vissa otydligheter kring inklusions- och exklusionskriterier
SBU, 2019 [22]	Normbrytande beteende och kriminalitet	Ungdomar som begått kriminella handlingar 12–18 år	8	ESTER, SAVRY, YLS/CMI	Låg
O' Connor, 2018 [20]	Missbruk och beroende	Alla åldrar, resultat för ungdomar, 12–19 år, redovisas separat	4	AUDIT, AUDIT-C, ASSIST	Låg
Newton, 2017 [28]	Missbruk och beroende/ Psykisk ohälsa	Personer som är 19 år eller yngre och söker vård vid akutmottagning	8	AUDIT, AUDIT-C, CRAFFT	Låg
Velikonja, 2017 [26]	Sociala färdigheter	Barn 2–2,5 år	2	ASQ:SE-2	Måttlig Information saknas om dataextraktion

Kersten, 2015 [25]	Psykisk ohälsa	Barn 3–5 år	1	SDQ	Måttlig Enbart en viss del av data- extraktionen granskades, enbart två databaser söktes
Richardson, 2015 [29]	Psykisk ohälsa	Ungdomar som begått kriminella handlingar 10– 21 år	2	–	Låg
Paalman, 2013 [27]	Psykisk ohälsa / Normbrytande beteende och kriminalitet	Etniska minoriteter	10	CBCL	Måttlig Information saknas om dataextraktion

5. Resultat – barns utsatthet för våld och försummelse

Totalt identifierades en systematisk översikt med låg risk för bias som undersöker standardiserade bedömningsmetoder för barns utsatthet för våld och försummelse [18].

Standardiserade bedömningsmetod som lyfts i denna rapport:

Avseende standardiserade bedömningsmetoder för att identifiera barns utsatthet för våld eller försummelse beskrivs resultaten från följande bedömningsmetod:

- CTQ (Childhood Trauma Questionnaire)

Standardiserade bedömningsmetoder som inte lyfts i denna rapport:

Följande standardiserade bedömningsmetoder för att bedöma utsatthet för våld och försummelse ingick i den systematiska översikten [18] och bedömdes relevanta utifrån urvalskriterierna men beskrivs inte på metodguiden för socialt arbete eller finns översatta till svenska. I [evidenskartan](#) finns länkar till den systematiska översikten:

- Six-item screening questionnaire for child sex trafficking
- Sources of parental knowledge-Child disclosure subscale
- CSBI (Child Sexual Behavior Inventory)

5.1 CTQ

CTQ utvecklades av David Bernstein och Laura Flink [30] [31] [32]. Originalversionen av CTQ består av 70 frågor, och en förkortad version CTQ-SF består av 28 frågor [32]. En svensk version av CTQ-SF finns beskriven av Gerdner och medarbetare [33] men beskrivs inte på metodguiden för socialt arbete.

CTQ avser att ge retrospektiv bedömning av övergrepp och försummelse i barndomen utifrån fem delskalor [32]:

- Sexuellt övergrepp: sexuell kontakt eller sexuell beteende mellan ett barn under 18 år och en vuxen eller äldre person.

- Fysisk misshandel: kroppsliga övergrepp på ett barn av en vuxen eller äldre person som utgjorde en risk för eller resulterade i skada.
- Emotionellt övergrepp: verbala angrepp på ett barns känsla av betydelse och välbefinnande eller något förödmjukande och förnedrande beteende riktat mot ett barn av en vuxen eller äldre person.
- Fysisk försummelse: omsorgspersons underlåtenhet att tillgodose ett barns grundläggande fysiska behov, inklusive mat, tak över huvudet, kläder, säkerhet och hälsovård.
- Emotionell försummelse: vårdnadshavares omsorgsbrist att tillgodose barns grundläggande känslomässiga och psykologiska behov, inklusive kärlek, tillhörighet, omvårdnad och stöd.

Målgrupp för CTQ är ungdomar eller vuxna.

5.1.1 Bedömning av relevans för svenska förhållanden

I diskussion med sakkunniga och referensgruppen i projektet bedöms CTQ ha relevans för svenska förhållanden. CTQ finns inte beskriven på metodguiden för socialt arbete men har använts inom forskningsprojekt i Sverige.

5.1.2 Resultat för CTQ

I Tabell 5.1 presenteras underlag och SBU:s tolkning av resultaten kopplat till CTQ. Den systematiska översikt som resultaten bygger på har inga begränsning avseende vilken översättning på CTQ som används. Inga svenska studier som undersöker CTQ är inkluderade i den systematiska översikten.

För att ta del av all data i respektive översikt, se länk i evidenskartan. Sökdatum för den systematiska översikten som sammanställer data om CTQ är juli 2019 Baserat på översiktliga handsökningar i PubMed, så har projektgruppen identifierat att det finns minst fem nytillkomna primärstudier som publicerats efter detta datum men som projektgruppen inte har granskat avseende urvalskriterierna eller risk för bias [34] [35] [36] [37] [38]. (Projektgruppen känner även till att en svensk studie är på CTQ är inskickad för publicering). Det finns därmed ett behov av att uppdatera/genomföra nya systematiska översikter samt genomföra nya primärstudier om CTQ.

Tabell 5.1 Resultat avseende CTQ.

McTavish 2020 [18] Tidpunkt för litteratur- sökningen var juli 2019	Innehållsvaliditet: – Intern struktur: – Invarians: – Hypotestestning: – Kriterievaliditet: 1 Test-retest reliabilitet – Interbedömarreliabilitet: – Intern konsistens: –	Studien genomfördes 1997 Sökningar i den systematiska översikten avsåg åren 2012–2019 men utgick även från data i en tidigare systematisk översikt.	0–18 år	Enbart en studie identifieras vilket gör att underlaget är otillräckligt för att dra säkra slutsatser.
---	--	--	---------	--

– Utfallet inkluderades inte i den systematiska översikten.

6. Resultat – samspel mellan förälder och barn

Totalt identifierades två systematiska översikter med låg eller måttlig risk för bias som undersöker standardiserade bedömningsmetoder som bedömer samspel mellan föräldrar och barn [21] [23].

Inga standardiserade bedömningsmetoder som är framtagna för att bedöma samspel finns presenterade på metodguiden för socialt arbete. Projektgruppen har inte identifierat någon standardiserad bedömningsmetod som kan vara särskilt relevant för svenska socialtjänstens barn- och ungdomsvård eller där det finns en svensk översättning av bedömningsmetoden samt en svensk studie.

Standardiserade bedömningsmetoder som inte lyfts i denna rapport:

Följande standardiserade bedömningsmetoder för att bedöma samspel mellan förälder och barn ingick i en eller fler av de systematiska översikterna och bedömdes relevanta utifrån urvalskriterierna men beskrivs inte på metodguiden för socialt arbete och finns inte översatta till svenska. I [Bilaga 4](#) finns information om vilka systematiska översikter som inkluderar vilka standardiserade bedömningsmetoder och i [evidenskartan](#) finns länkar till samtliga systematiska översikter:

- Alabama Parenting Questionnaire-Poor Monitoring/Supervision Subscale
- CSBS-DP (Communication and Symbolic Behavior Scales-Developmental Profile)
- AQS (Parental monitoring scale, Attachment Q-Sort)
- Communities that Care Youth Survey- Poor family management subscale
- Parental Monitoring Scale-Small & Kerns
- Parental Monitoring Instrument
- Parental Monitoring Scale-Oregon Youth Study

7. Resultat – missbruk och beroende

Totalt identifierades tre systematiska översikter med låg eller måttlig risk för bias som undersöker standardiserade bedömningsmetoder för missbruk av alkohol och droger [19] [20] [28].

Standardiserade bedömningsmetod som lyfts i denna rapport:

Avseende standardiserade bedömningsmetoder för att identifiera missbruk beskrivs resultaten från följande fyra bedömningsmetoder:

- AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)
- AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption)
- CRAFFT (Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble)
- ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)

Standardiserade bedömningsmetoder som inte lyfts i denna rapport:

Följande standardiserade bedömningsmetoder för att bedöma missbruk och beroende ingick i en eller fler av de systematiska översikterna och bedömdes relevanta utifrån urvalskriterierna men beskrivs inte på metodguiden för socialt arbete och finns inte översatta till svenska. I [Bilaga 4](#) finns information om vilka systematiska översikter som inkluderar vilka standardiserade bedömningsmetoder och i [evidenskartan](#) finns länkar till samtliga systematiska översikter:

- CPQ-A-S, (Cannabis Problems Questionnaire for Adolescents Shortened)
- PESQ-PS (Personal Experience Screening Questionnaire)
- SDS (Severity of Dependence Scale)
- SQS (Single-Question Screen)
- Single question, cannabis
- En kortversion av ASSIST: ASSIST-Lite (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Tool – Lite)
- ADI (Adolescent Drinking Index)
- BSTAD (Brief Screener for Tobacco, Alcohol, and Other Drugs)
- CAST (Cannabis Abuse Screening Test)
- En kortversion av delfrågor ur AUDIT: FAST (Fast Alcohol Screening Test)
- NIAAA Youth Screen (National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse Youth Screen)

Standardiserade bedömningsmetoder som inte ingår i någon systematisk översikt:

För följande bedömningsmetoder, som motsvarar rapportens urvalskriterier och finns beskrivna på metodguiden för socialt arbete, har inga systematiska översikter av låg eller måttlig risk för bias identifierats. För mer information om respektive metod, se [metodguiden för socialt arbete](#).

- ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis)
- ADDIS (Alkohol Drog Diagnos Instrument)
- CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty och Eye-opener)
- DUDIT (Drug Abuse Identification Test)
- Mm-MAST (Malm modification of the Brief Michigan Alcoholism Screening Test)
- NODS (National Opinion Research Center DSM-IV Screen for Gambling)
- PGSI (Problem Gambling Severity Index).
- PPGM (Problem and Pathological Gambling Measure)
- TLFB (Timeline Follow-Back)
- UNG-DOK (Dokumentationssystem inom missbrukarvården)

7.1 AUDIT och AUDIT-C

AUDIT utvecklades på initiativ av WHO (World Health Organisation) [39]. Originalversionen av AUDIT består av 10 frågor, men det finns även en förkortad version AUDIT-C med 3 frågor [40]. Det finns en svensk version av AUDIT, vilket beskrivs på metodguiden för socialt arbete. AUDIT finns med i [Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende för vuxna](#) [41].

AUDIT avser att ge en enkel metod för screening och bedömning av omåttlig alkoholkonsumtion utifrån tre delskalor [39].

- Konsumtion: frekvens och mängd
- Beroende: kontroll över sitt drickande
- Alkoholrelaterade skador: ångest, blackout eller skador av sitt drickande

AUDIT-C är endast de tre frågor som berör konsumtion.

Målgrupp för AUDIT är främst vuxna.

7.1.1 Bedömning av relevans för svenska förhållanden

I diskussion med sakkunniga och referensgruppen i projektet bedöms AUDIT och AUDIT-C ha relevans för svenska förhållanden. AUDIT finns beskriven på [metodguiden för socialt arbete](#), men används framför allt för vuxna.

7.1.2 Resultat för AUDIT samt AUDIT-C

I Tabell 7.1 presenteras underlag och SBU:s tolkning av resultaten kopplat till AUDIT och AUDIT-C. De systematiska översikterna som resultaten bygger på har inga begränsning avseende vilken översättning på AUDIT/AUDIT-C som använts. Dock är inga svenska studier inkluderade av AUDIT eller AUDIT-C i de systematiska översikterna. Den systematiska översikten av Newton och medarbetare begränsar sig till studier där AUDIT eller AUDIT-C används på akutmottagningar. För att ta del av all data i respektive systematisk översikt, se länk i evidenskartan.

Enbart ett fåtal primärstudier, som även i vissa fall använder AUDIT med olika kriterievärden, har identifierats avseende kriterievaliditet, vilket sammantaget gör det svårt att dra några slutsatser om hur väl AUDIT samt AUDIT-C fungerar för barn och unga. Sökdatum för den senaste systematiska översikten som sammanställer data om AUDIT och AUDIT-C är september 2016. Baserat på översiktliga handsökningar i PubMed, så har projektgruppen identifierat att det finns minst sex nyttillkomna primärstudier, varav en svensk [42] som publicerats efter detta datum men som projektgruppen inte har granskat avseende urvalskriterierna eller risk för bias [42] [43] [44] [45] [46] [47]. Sammanfattningsvis finns det därmed ett behov av att uppdatera/genomföra nya systematiska översikter om AUDIT och AUDIT-C för barn och unga.

Tabell 7.1 Resultat avseende AUDIT och AUDIT-C.

AUDIT				
O'Connor 2018 [20] Tidpunkt för litteratur- sökningen var oktober 2017	Innehållsvaliditet: – Intern struktur: – Invarians: – Hypotestestning: – Kriterievaliditet: 4 Test-retest reliabilitet: – Interbedömarreliabilitet: – Intern konsistens: –	Olika kriterievärden och olika referenstester används: (ADI, DISC-IV, M- CIDI samt CIDI-SAM) i de olika studierna.	12–18 år	Då de standardiserade bedömningsmetoderna används på olika sätt utifrån olika kriterievärden är underlaget otillräckligt för att dra säkra slutsatser.
Newton 2017 [28] Datum för litteratur- sökning 2000- oktober 2015	Innehållsvaliditet: 0 Intern struktur: 0 Invarians: – Hypotestestning: 1 Kriterievaliditet: 2 Test-retest reliabilitet: 0 Interbedömarreliabilitet: 0 Intern konsistens: 3	Den systematiska översikten begränsar sig till studier där personer söker akutsjukvård	12–20 år	Enbart en till tre studier per utfall från samma forskargrupp identifieras, vilket gör att underlaget är otillräckligt för att dra säkra slutsatser.
AUDIT-C				
O'Connor 2018 [20] Tidpunkt för litteratur- sökningen var Oktober 2017	Innehållsvaliditet: – Intern struktur: – Invarians: – Hypotestestning: – Kriterievaliditet: 1 Test-retest reliabilitet: – Interbedömarreliabilitet: – Intern konsistens: –		12–18 år	Endast en studie identifieras vilket gör att underlaget är otillräckligt för att dra säkra slutsatser.
Newton 2017 [28] Datum för litteratur- sökning 2000- oktober 2015	Innehållsvaliditet: 0 Intern struktur: 0 Invarians: – Hypotestestning: 0 Kriterievaliditet: 1 Test-retest reliabilitet: 0 Interbedömarreliabilitet: 0 Intern konsistens: 2	Den systematiska översikten begränsar sig till studier där personer söker akutsjukvård	12–20 år	Två studier undersöker reliabiliteten i termer av intern konsistens (Cronbachs alfa 0,83 och 0,88).

– Utfallet inkluderades inte i den systematiska översikten.

ADI = Adolescent Diagnostic Interview; **CIDI-SAM** = Composite International Diagnostic Interview Substance Abuse Module; **DISC-IV** = Diagnostic Interview Schedule for Children, Fourth Edition, **M-CIDI** = Munich Composite International Diagnostic Interview.

7.2 CRAFFT

CRAFFT utvecklades av Knight och medarbetare [48]. Formuläret består av 6 frågor. Det finns en svensk version och svenska studier av formuläret [42] [49], men metoden beskrivs inte på metodguiden för socialt arbete.

Bedömningsmetoden avser screena användandet av substansmedel (alkohol eller andra droger) utan att direkt fråga om konsumtion eller frekvens.

Frågorna berör substansrelaterade händelser i tre kontexter:

- under bilfärd (*eng.* Car),
- för att slappna av (*eng.* Relax),
- när man är ensam (*eng.* Alone).

Sedan tre substansrelaterade händelser med negativa konsekvenser:

- ha glömt vad som skett under påverkan (*eng.* Forgotten)
- använt substansmedel med vänner (*eng.* Friends)
- ha kommit i trubbel på grund av alkohol eller andra droger (*eng.* Trouble).

Målgrupp för CRAFFT är ungdomar.

7.2.1 Bedömning av relevans för svenska förhållanden

I diskussion med sakkunniga och referensgruppen i projektet bedöms CRAFFT ha relevans för svenska förhållanden. CRAFFT finns översatt till svenska och har använts i olika forskningsstudier.

7.2.2 Resultat för CRAFFT

I Tabell 7.2 presenteras underlag och SBU:s tolkning av resultaten för CRAFFT. De systematiska översikterna som resultaten bygger på har inga begränsning avseende vilken översättning på CRAFFT som använts. Inga svenska studier är inkluderade i systematiska översikterna som undersöker CRAFFT.

För att ta del av all data i respektive systematisk översikt, se länk i evidenskartan.

Sökdatum för den senaste systematiska översikten av Patnode och medarbetare är september 2018 [19]. Baserat på översiktliga handsökningar i PubMed, så har projektgruppen identifierat att det finns minst 3 nytillkomna primärstudier, varav en svensk, [42] [50] [51] som publicerats efter detta datum men som projektgruppen inte har granskat avseende urvalskriterierna eller risk för bias. Sammanfattningsvis visar de studier som

inkluderats på förhållandevis höga värden för specificitet och acceptabla värden på kriterievaliditet för CRAFFT avseende drogmissbruk, men då de är få studier och fokus endast är på kriterievaliditet, samt att det tillkommit ytterligare studier så finns ett behov av att uppdatera/genomföra nya systematisk översikt.

Tabell 7.2 Resultat avseende CRAFFT.

Patnode 2020 [19] Tidpunkt för litteratur-sökningen var juni 2018	Innehållsvaliditet: – Intern struktur: – Invarians: – Hypotestestning: – Kriterievaliditet: 5 Test-retest reliabilitet: – Interbedömarreliabilitet: – Intern konsistens: –	Inkluderar både studier där CRAFFT används för att detektera skadligt bruk av alkohol såväl som cannabis-användning eller något missbruk. Olika referens-standarder används. ADI (n=3) CIDI-2 (n=1) DISC-IV (n=1)	12–18 år	Resultaten avser drogmissbruk: Förhållandevis hög specificitet (0.80-0,96), dvs att den klassar personer som inte har drogmissbruk korrekt. Sensitiviteten visar överlag lägre värden och större variation mellan studierna samt större osäkerhet i skattningen (0.74-0,91) dvs att metoden kan vara sämre på att korrekt identifiera de som faktiskt har missbruk. Acceptabla* värden för AUC värden för metoden varierar mellan 0.90-0,97
Newton [28] 2017 Tidpunkt för litteratur-sökning var 2000-oktober 2015	Innehållsvaliditet: 0 Intern struktur: 0 Invarians: – Hypotestestning: 0 Kriterievaliditet: 2 Test-retest reliabilitet: 0 Interbedömarreliabilitet: 0 Intern konsistens: 2	Den systematiska översikten begränsar sig till studier där personer söker akutsjukvård Referenstest: DSM-IV AUD	12–20 år	Resultaten avser alkoholmissbruk: Två studier från samma forskargrupp undersöker reliabiliteten i termer av intern konsistens och kriterievaliditet vilket gör att underlaget är otillräckligt för att dra säkra slutsatser.

– Utfallet inkluderades inte i den systematiska översikten. *Baserat på de gränsvärden för goda psykometriska egenskaper som föreslås enligt COSMIN och återges i Tabell 2.1. **ADI** = Adolescent Diagnostic Interview; **AUC** = Area under the curve; **AUD** = Alcohol use disorder diagnosis; **CIDI-2** = Composite International Diagnostic Interview; **DISC-IV** = Diagnostic Interview for Children Version; **DSM-IV** = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

7.3 ASSIST

ASSIST utvecklades på initiativ av WHO (World Health Organisation) [52]. Det består av sju frågor som frågar om nio olika substanser. Det finns även en version för barn och ungdomar ASSIST-Y [53]. De finns båda översatta till svenska [54], men beskrivs inte på metodguiden för socialt arbete. ASSIST finns med i [Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende för vuxna](#) [41].

ASSIST kan användas för att upptäcka bruket av ohälsosamma och skadliga ämnen tidigt utifrån nio specificerade substanser:

- Tobaksprodukter
- Alkoholhaltiga drycker
- Cannabis
- Kokain
- Stimulanter (till exempel amfetamin)
- Lösningssmedel
- Hallucinogener
- Opiater
- Övrigt (vilket ombeds specificeras)

Målgrupp för ASSIST är främst vuxna.

7.3.1 Bedömning av relevans för svenska förhållanden

I diskussion med sakkunniga och referensgruppen i projektet bedöms ASSIST ha relevans för svenska förhållanden. ASSIST finns översatt till svenska och har använts i olika forskningsstudier.

7.3.2 Resultat för ASSIST

I Tabell 7.3 presenteras underlag och SBU:s tolkning av resultaten för ASSIST. De systematiska översikter som resultaten bygger på har inga begränsning avseende vilken översättning på ASSIST som använts. Inga svenska studier av ASSIST är inkluderade i de systematiska översikterna.

Sökdatum för den senaste systematiska översikten av Patnode och medarbetare är september 2018 [19]. Baserat på översiktliga handsökningar i PubMed, så har projektgruppen identifierat att det finns en svensk nytillkommen primärstudie [42] som publicerats efter detta datum men som projektgruppen inte har granskat avseende projektets urvalskriterier eller

risk för bias. Sammanfattningsvis finns det ett behov av att uppdatera/genomföra nya systematiska översikter för ASSIST då det tillkommit nya primärstudier på området.

Tabell 7.3 Resultat avseende ASSIST.

Patnode 2020 [19] Tidpunkt för litteratur-sökningen var juni 2018	Innehållsvaliditet: – Intern struktur: – Invarians: – Hypotestestning: – Kriterievaliditet: 1 ^a Test-retest reliabilitet: – Interbedömarreliabilitet: – Intern konsistens: –	ASSIST jämförs med CIDI-2 (Composite International -2)	12–17	Endast en studie inkluderas identifieras vilket gör att underlaget är otillräckligt för att dra säkra slutsatser.
O'Connor 2018 [20] Tidpunkt för Litteratur-sökningen var oktober 2017	Innehållsvaliditet: – Intern struktur: – Invarians: – Hypotestestning: – Kriterievaliditet: 1 ^a Test-retest reliabilitet: – Interbedömarreliabilitet: – Intern konsistens: –		12–18	Endast en studie inkluderas identifieras vilket gör att underlaget är otillräckligt för att dra säkra slutsatser.

– Utfallet inkluderades inte i den systematiska översikten

^a Samma primärstudie identifieras

8. Resultat – normbrytande beteende och kriminalitet

Totalt identifierades två systematiska översikter med låg, respektive måttlig risk för bias om normbrytande beteende och kriminalitet som utövas av barn och ungdomar [22] [27].

Standardiserade bedömningsmetod som lyfts i denna rapport:

Avseende standardiserade bedömningsmetoder för att identifiera risk- och behovsbedömning avseende ungas återfall i våld och annan kriminalitet, beskrivs resultaten från följande tre bedömningsmetoder:

- ESTER (Evidensbaserad Strukturerad Bedömning av Risk och Skyddsfaktorer)
- SAVRY (Structured Assessment of Violence Risk in Youth)
- YLS/CMI (Youth Level of Service/Case Management Inventory)

Standardiserade bedömningsmetoder som inte lyfts i denna rapport:

Följande standardiserade bedömningsmetoder för att bedöma normbrytande beteende och kriminalitet ingick i en eller fler av de systematiska översikterna och bedömdes relevanta utifrån urvalskriterierna men beskrivs inte på metodguiden för socialt arbete och finns inte översatta till svenska. I [Bilaga 4](#) finns information om vilka systematiska översikter som inkluderar vilka standardiserade bedömningsmetoder och i [evidenskartan](#) finns länkar till samtliga systematiska översikter.

- LSI-SK (Level of Service Inventory – Saskatchewan Youth Edition)
- LSI-R (Level of Service Inventory – Revised)
- YASI (Youth Assessment and Screening Instrument)
- WSJCA-pre-screen (Washington State Juvenile Court Pre-Screen Assessment)
- VRS-YV (Violence Risk Scale – Youth Version)
- CTS-2 (Conflict Tactic Scale -2)
- Child Hostility Scale

8.1 ESTER

ESTER är utvecklat av Anderhed & Anderhed [55] i Sverige. Det beskrivs som ett utredningsverktyg som inkluderar ett screening instrument (ESTER-screening) och ett strukturerat bedömningsinstrument (ESTER-assessment) [55]. Både [ESTER-screening](#) och [ESTER-bedömning](#) beskrivs på metodguiden för socialt arbete.

ESTER avser att systematiskt strukturera, bedöma och dokumentera dels risk- och skyddsfaktorer, dels insatser för barn och ungdomar [55]. Det finns flera versioner av [ESTER](#) för att få en heltäckande bild av barnets eller ungdomens situation från omsorgspersonen, professionella och den unge själv.

Målgrupp för ESTER är barn och ungdomar.

8.1.1 Bedömning av relevans för svenska förhållanden

I diskussion med sakkunniga och referensgruppen i projektet bedöms ESTER-bedömning och ESTER-screening ha relevans för svenska förhållanden. ESTER finns beskriven på [metodguiden för socialt arbete](#).

8.1.2 Resultat för ESTER

I Tabell 8.1 presenteras underlag och SBU:s tolkning av resultaten kopplat till ESTER. Den systematiska översikten identifierade inga primärstudier avseende validitet. För att ta del av all data i den systematiska översikten, se länk i evidenskartan. Den systematiska översikten som resultaten bygger på har inga begränsning avseende vilken version av ESTER som använts (bedömning eller screening). Sökningen för den systematiska översikten skedde april 2019. Baserat på översiktliga handsökningar i PubMed, så har projektgruppen inte identifierat att det finns någon nyttillkommen primärstudie som publicerats efter detta datum. Sammanfattningsvis är det därför troligt att det behövs ytterligare primärstudier för att kunna bedöma de psykometriska egenskaperna av ESTER för barn och ungdomar.

Tabell 8.1 Resultat avseende ESTER.

SBU 2019 [22]	Innehållsvaliditet: – Intern struktur: – Invarians: –	12–18 år	Ingen studie av ESTER identifierades
Tidpunkt för litteratur- sökningen var april 2019	Hypotestestning: – Kriterievaliditet: 0 Test-retest reliabilitet: – Interbedömar- reliabilitet: – Intern konsistens: –		

– Utfallet inkluderades inte i den systematiska översikten.

8.2 SAVRY

SAVRY utvecklades av Borum, Bartel och Forth (2002) [56]. En checklista täcker in 24 riskfaktorer utifrån historik (10 riskfaktorer), sociala/kontextuella (6 riskfaktorer) och individuella (8 riskfaktorer). Vidare täcks förekomst av 6 skyddsfaktorer in. Det finns en svenska version av [SAVRY](#) och en beskrivning på [metodguiden för socialt arbete](#).

SAVRY är tänkt att användas av professionella inom verksamheter som gör bedömningar av eller ger insatser till ungdomar med allvarligt normbrytande beteende och kriminalitet. Faktorerna som ingår i SAVRY är:

A. Historiska

1. Tidigare våldsbenägenhet
2. Tidigare icke-våldsbrottslighet
3. Tidig debut av aggressivt beteende
4. Tidigare misslyckanden med övervakning/behandling
5. Tidigare självdestruktivitet/suicidförsök
6. Bevittnat våld i hemmet
7. Offer för övergrepp eller försummelse som barn
8. Föräldra-/vårdnadshavarkriminalitet
9. Tidigt avbrott i kontakt med vårdnadshavare
10. Bristande skolprestationer

B. Sociala/kontextuella

1. Kriminella kamrater
2. Avvisad av kamrater
3. Stress och bristande stresshantering
4. Bristande föräldratillsyn och -stöd
5. Bristande personligt/socialt stöd

6. Desorganiserad närmiljö/grannskap

C. Individuella

1. Negativ attityd
2. Impulsivitet/Rishtagande
3. Alkohol-/drogmissbruk
4. Bristande förmåga hantera vrede och konflikt
5. Bristande empati/skuldkänslor
6. Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet
7. Bristande behandlingsföljksamhet
8. Svagt intresse/motivation för skolarbete

D. Skydd

1. Prosocialt engagemang
2. Starkt socialt stöd
3. Stark anknytning och band till andra
4. Positiv attityd till behandling och auktoritet
5. Starkt skolengagemang
6. Motståndskraftig personlighet

Målgrupp för SAVRY är ungdomar.

8.2.1 Bedömning av relevans för svenska förhållanden

I diskussion med sakkunniga och referensgruppen i projektet bedöms SAVRY ha relevans för svenska förhållanden. SAVRY finns beskriven på [metodguiden för socialt arbete](#).

8.2.2 Resultat om SAVRY

I Tabell 8.2 presenteras underlag och projektgruppens tolkning av resultaten för SAVRY. Den systematiska översikten som resultaten bygger på har inga begränsning avseende vilken översättning av SAVRY som använts. En svensk studie inom socialtjänsten har inkluderats.

Endast studier om kriterievaliditet är medtagna i den systematiska översikten. För att ta del av all data i den systematiska översikten, se länk i evidenskartan. Sökningen för översikten skedde april 2019. Baserat på översiktliga handsökningar i PubMed, så har projektgruppen identifierat att det finns minst fem nytillkomna primärstudier, dock ingen svensk, som publicerats efter detta datum men som projektgruppen inte har granskat avseende urvalskriterierna eller risk för bias [57] [58] [59] [60] [61]. Sammanfattningsvis ger strukturerade bedömningar med SAVRY troligen vägledning vid bedömning av ungdomars risk för återfall i våld och annan kriminalitet¹.

1. Från SBU:s slutsatser i rapporten, Risk- och behovsbedömning av ungdomar avseende återfall i våld och annan kriminalitet

Tabell 8.2 Resultat avseende SAVRY.

SBU 2019 [22]	Innehållsvaliditet: – Intern struktur: – Invarians: –	Bedömningar skedde både inom socialtjänst, domstol och på institution.	12–18	Risk för återfall i våld: Förhållandevis höga värden avseende specificiteten (0,65–1,0) dvs. att metoden möjligen korrekt kan identifiera de unga som bedömts ha låg risk för återfall. Sensitiviteten är låg (0,33–0,46) 6 av 10 studier hade acceptabla* värden för AUC (0,65–0,77)
Tidpunkt för litteratur-sökningen var april 2019	Hypotestestning: – Kriterievaliditet: 10 Test-retest reliabilitet: – Interbedömarreliabilitet: – Intern konsistens: –	Finns även bedömningar avseende flickor och pojkar.		Risk för återfall i brott: varierande värden avseende specificiteten (0,48–0,79) och sensitiviteten (0,41–0,87) 7 av 10 studier hade acceptabla* värden för AUC (0,62–0,80).

– Utfallet inkluderades inte i den systematiska översikten.

* Baserat på de gränsvärden för goda psykometriska egenskaper som föreslås enligt COSMIN och återges i Tabell 2.1.

AUC = area under the curve

8.3 YLS/CMI

YLS/CMI utvecklades av Hoge och Andrews [62]. Formuläret är utformat som en checklista och sju delområden. Det finns en [svensk version av YLS/CMI](#) och en beskrivning på [metodguiden för socialt arbete](#).

YLS/CMI är utvecklad för att användas av professionella för att bedöma risk för återfall i brott bland ungdomar som begått kriminella handlingar eller uppvisat normbrytande beteende. De främsta mätområdena och delskalor i YLS/CMI är [62]:

- Tidigare och nuvarande förseelser/brottsbenägenhet
- Utbildning/Sysselsättning

- Substansmissbruk
- Personlighet/Beteende
- Familjesituation/-relationer
- Kamratrelationer
- Fritidsaktiviteter
- Attityder

Dessa delskalor samlas även upp i en Total skala.

Målgrupp för YLS/CMI är ungdomar.

8.3.1 Bedömning av relevans för svenska förhållanden

I diskussion med sakkunniga och referensgruppen i projektet bedöms YLS/CMI ha relevans för svenska förhållanden. YLS/CMI finns beskriven på [metodguiden för socialt arbete](#).

8.3.2 Resultat om YLS/CMI

I Tabell 8.3 presenteras underlag och projektgruppens tolkning av resultaten kopplat till YLS/CMI. Den systematiska översikten som resultaten bygger på har inga begränsning avseende vilken översättning av YLS/CMI som använts. Dock är inga svenska studier inkluderade som undersöker YLS/CMI med i den systematiska översikten. Endast studier om kriterievaliditet är medtagna. För att ta del av all data i den systematiska översikten, se länk i evidenskartan.

Sökdatum för den systematiska översikten är april 2019. Baserat på översiktliga handsökningar i PubMed, så har projektgruppen identifierat minst fem nytillkomna primärstudier dock ingen svensk, som publicerats efter detta datum men som projektgruppen inte har granskat avseende urvalskriterierna eller risk för bias [60] [63] [64] [65] [66]. Sammanfattningsvis ger YLS/CMI troligen vägledning vid bedömning av ungdomars risk för återfall i våld och annan kriminalitet².

² Från SBU:s slutsatser i rapporten, Risk- och behovsbedömning av ungdomar avseende återfall i våld och annan kriminalitet.

Tabell 8.3 Resultat avseende YLS/CMI.

SBU 2019 [22] Tidpunkt för litteratur- sökning var april 2019	Innehållsvaliditet: – Intern struktur: – Invarians: – Hypotestestning: – Kriterievaliditet: 15 Test-retest reliabilitet: – Interbedömarreliabilitet: – Intern konsistens: –	Bedömningar skedde både inom socialtjänst, domstol och på institution.	12–18 år	Risk för återfall i våld: Förhållandevis höga värden avseende specificiteten (0,87–1,0) dvs. att metoden möjligen korrekt kan identifiera de unga som bedömts ha låg risk för återfall. Sensitiviteten är låg (0,32–0,35) 4 av 9 studier hade acceptabla* värden för AUC (0,57–0,75) Risk för återfall i brott: varierande värden avseende specificiteten (0,46–0,85) och sensitiviteten (0,41– 0,83) 10 av 16 studier hade acceptabla* värden för AUC (0,60–0,83).
--	--	---	----------	--

– Utfallet inkluderades inte i den systematiska översikten.

*Baserat på de gränsvärden för goda psykometriska egenskaper som föreslås enligt COSMIN och återges i Tabell 2.1.

AUC = area under the curve

9. Resultat – psykisk ohälsa

Totalt identifierades fem systematiska översikter med låg eller måttlig risk för bias som undersöker bedömningsmetoder för psykisk ohälsa [24] [25] [27] [28] [29].

Standardiserade bedömningsmetod som lyfts i denna rapport:

Avseende standardiserade bedömningsmetoder för att identifiera psykisk ohälsa beskrivs resultaten från:

- CBCL (Child Behavior Checklist)
- SDQ (The Strengths and Difficulties Questionnaire)

Standardiserade bedömningsmetoder som inte lyfts i denna rapport:

Följande standardiserade bedömningsmetoder för att bedöma psykisk ohälsa ingick i en eller fler av de systematiska översikterna och bedömdes relevanta utifrån urvalskriterierna men beskrivs inte på metodguiden för socialt arbete och finns inte översatta till svenska. I [Bilaga 4](#) finns information om vilka systematiska översikter som inkluderar vilka standardiserade bedömningsmetoder och i [evidenskartan](#) finns länkar till samtliga systematiska översikter.

- ASCA (Adjustment Scales for Children and Adolescents)
- ASQ (Ask Suicide-Screening Questions)
- CASI (Comprehensive Adolescent Severity Inventory)
- MAYSI (Massachusetts Youth Screening Instrument)
- MFQ, Short MFQ (Mood and Feelings Questionnaire)
- POSIT (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers)
- POSIT revised (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers-revised)
- RBPC (Revised Behavior Problem Checklist)
- RSQ (Risk of Suicide Questionnaire)
- SAC (Short form Assessment for Children)
- Youth Screen
- YSR (Youth Self-Report scale)
- IOWA Conners teacher rating scale

Standardiserade bedömningsmetoder som inte ingår i någon systematisk översikt:

För följande bedömningsmetoder, som motsvarar rapportens urvalskriterier och finns beskrivna på metodguiden för socialt arbete, har inga systematiska översikter av låg eller måttlig risk för bias identifierats. För mer information om respektive metod, se [metodguiden för socialt arbete](#).

- 5-15 formuläret.
- ORS (Outcome Rating Scale)
- SCL-90 (Symptom Check List-90 items)
- SRS (Session Rating Scale)

9.1 CBCL

CBCL utvecklades av Achenbach [67] och är en del av Achenbach System of Empirically Based Assessment ([ASEBA](#)). Formuläret används för att beskriva dels sociala färdigheter och kompetenser, dels psykosocial problematik. Det finns en svensk version av [CBCL](#) och en beskrivning på [metodguiden för socialt arbete](#). Vidare finns det en version av CBCL för små barn (1,5–5 år).

CBCL 6–18 år är utvecklat för att ge en mera dimensionell bedömning av barn och ungdomars psykosociala problematik i kontrast till en diagnostisk manuals mera kategoriska bedömning. Den psykosociala problematiken erhålls genom 118 påstående om barnets specifika beteende och emotionella problem. Dessa påståenden kan delas in i åtta syndromskalor och tre samlingsskalor. *Ångest/depression*, *Tillbakadragen/inbunden* och *Kroppsliga symtom* som tillsammans formar samlingsskalan *Inåtvända problem*. *Antisocialt beteende* och *Aggressivitet* formar samlingsskalan för *Utagerande problem*. *Sociala problem*, *Tankeproblem* och *Uppmärksamhetsproblem* är fristående syndromskalor. Summan av alla frågor ger skalan *Total symtombelastning*. Dessutom är det möjligt att dela in de 118 påståendena i sex DSM-5 orienterade skalor (depressiva problem, ångestproblem, somatiska problem, hyperaktivitets- och uppmärksamhetsproblem, trots- samt uppförande problem).

Målgrupp för CBCL är barn och unga.

9.1.1 Bedömning av relevans för svenska förhållanden

I diskussion med sakkunniga och referensgruppen i projektet bedöms CBCL ha relevans för svenska förhållanden. CBCL finns beskriven på [metodguiden för socialt arbete](#).

9.1.2 Resultat för CBCL

I Tabell 9.1 presenteras underlag och SBU:s tolkning av resultaten kopplat till CBCL. Den systematiska översikten som resultaten bygger på har ingen begränsning avseende vilken översättning på CBCL som använts, den version som studerats är CBCL för barn och unga mellan 5–18 år. Däremot begränsar forskarna sig i den systematiska översikten till studier på personer som tillhör etniska minoriteter. Ingen svensk studie av CBCL är inkluderad. För att ta del av all data från den systematiska översikten, se länk i evidenskartan. Baserat på översiktliga handsökningar i PubMed, har projektgruppen identifierat att det åtminstone finns en nytillkommen svensk primärstudie som publicerats efter detta datum [68] men som projektgruppen inte har granskat avseende urvalskriterier eller risk för bias. Det är även sannolikt att det finns flertalet studier som publicerats innan senaste sökningen som undersöker CBCL men som inte specifikt handlar om etniska minoriteter. Sammanfattningsvis visar resultaten att det är för få studier för att dra slutsatser avseende CBCL:s psykometriska egenskaper avseende etniska minoriteter. Det finns ingen sammanställd systematisk översikt avseende CBCL för andra populationer än etniska minoriteter. Det finns behov av att genomföra en ny systematisk översikt för bedömningsmetoden som inkluderar en bredare population.

Tabell 9.1 Resultat avseende CBCL.

Paalman 2013 [27]	Innehållsvaliditet: 1 Intern struktur: 1 Invarians: 0	CBCL utvärderades i två studier. Studierna avser föräldraversionen och African-American	Etniska minoriteter, barn och ungdomar	Endast en studie per utfall avseende CBCL och etniska minoriteter.
Tidpunkt för litteratur- sökningen var april 2012	Hypotestestning: 1 Kriterievaliditet: 0 Test-retest reliabilitet: 0 Interbedömarreliabilitet: 0 Intern konsistens: 1	ungdomar. De inkluderar även två studier med en annan likartad metod som kallas BPI (Behavior Problem Index) och Pictorial CBCL.		Underlaget är otillräckligt för att dra säkra slutsatser.

– Utfallet inkluderades inte i den systematiska översikten.

9.2 SDQ

SDQ utvecklades av Goodman [69] som ett kort formulär för att screena beteende. Formuläret består av 25 påståenden, några negativa och några positiva [69]. Vidare finns även ett tillägg till [SDQ](#) om ytterligare åtta frågor kring hur barnets beteende påverkar omgivningen. Det finns en [svensk version av SDQ](#) och en beskrivning på [metodguiden för socialt arbete](#).

De 25 påståendena i SDQ kan delas in i fem delskalor:

1. Emotionella problem
2. Uppförande problem
3. Hyperaktivitet/Uppmärksamhetsproblem
4. Sociala problem
5. Sociala färdigheter

Skalorna 1–4 bildar tillsammans även en Total Problem Skala.

Målgrupp för SDQ är barn och ungdomar.

9.2.1 Bedömning av relevans för svenska förhållanden

I diskussion med sakkunniga och referensgruppen i projektet bedöms SDQ ha relevans för svenska förhållanden. SDQ finns beskriven [på metodguiden för socialt arbete](#).

9.2.2 Resultat för SDQ

I Tabell 9.2 presenteras underlag och SBU:s tolkning av resultaten kopplat till SDQ. De systematiska översikter som resultaten bygger på har inga begränsning avseende vilket språklig version av SDQ som använts. I Bergström och Baviskar från 2020 är tre svenska studier inkluderade [24]. För att ta del av systematiska översikterna, följ länkarna i evidenskartan. De barn som studerats var mellan 3 och 5 år (Kersten) [25] samt mellan 1 och 18 år (Bergström och Baviskar) [24]. Senaste sökdatum för den senaste systematiska översikten som sammanställer data om SDQ är februari 2018. Baserat på översiktliga handsökningar i PubMed, så har projektgruppen identifierat att det finns minst två nytillkomna svenska primärstudier som publicerats efter detta datum [70] [71] men som projektgruppen inte har granskat avseende urvalskriterier eller risk för bias. Sammantaget visar SDQ lovande resultat avseende reliabilitet samt validitet, men bristande samstämmighet mellan olika kategorier av informanter.

Tabell 9.2 Resultat avseende SDQ.

<p>Bergström 2021 [24] Tidpunkt för litteratur- sökningen var februari 2018</p>	<p>Innehållsvaliditet: 0 Intern struktur: 0 Invarians: 0 Hypotestestning: 0 Kriterievaliditet: 24 Test-retest reliabilitet: 18 Interbedömarreliabilitet: 5 Intern konsistens: 0</p>	<p>Tre svenska studier ingår i underlaget</p>	<p>1–18 år</p>	<p>Test-retest reliabilitet visar ofta på acceptabla * värden, korrelation på 0,8 och uppåt för lärare, något lägre avseende föräldrar (ofta korrelation på mindre än 0,8) och låg för själv- skattning (ofta under 0,7). Samstämmighet mellan olika informanter är förhållandevis låg. Detta behöver inte innebära att metoden är dålig utan att man har olika underlag för sin bedömning. Underlaget visar att specificitet är förhållandevis hög, runt 0,8–0,9, vilket innebär att det är troligt att personer som har låga poäng har klassificerats korrekt till att inte ha några problem. Däremot är sensitiviteten låg, vilket innebär att de personer som har problematik inte har klassificerats korrekt.</p>
<p>Kersten 2015 [25] Tidpunkt för litteratur- sökningen var mars 2014</p>	<p>Innehållsvaliditet: 2 Intern struktur: 27 Invarians: 1 Hypotestestning: 16 Kriterievaliditet: 6 Test-retest reliabilitet: 6 Interbedömarreliabilitet: 14 Intern konsistens: 34</p>	<p>3–5 år</p>	<p>Hypotestestning: Överensstämmelse finns med andra liknande bedömningsmetoder för alla delskalor utom en (prosocialt beteende). SDQ kan skilja en generell population från en klinisk population. Intern struktur Två kriterier används för att utvärdera om</p>	

SDQ mäter fem olika fenomen. Enligt ett av kriterierna RMSEA är svaret ja, enligt det andra kriteriet CFI indikerar ungefär hälften av studierna problem.

Reliabilitet. Intern konsistens: Varierar mellan delskalorna. Lärare 0,69–0,83 har högre värden än föräldrar 0,49–0,69. För barn på mellan 3–5 år erhålls acceptabla* värden för två av de fem delskalorna för lärare, men inte för någon delskala baserat på föräldraskattning

Paalman 2013 [27] Tidpunkt för litteratur- sökningen var april 2012	Innehållsvaliditet: 1 Intern struktur: 1 Hypotestestning: 1 Invarians: 2 Kriterievaliditet: 0 Test-retest reliabilitet: 0 Interbedömar-reliabilitet: 0 Intern konsistens: 1	SDQ utvärderades i fyra studier. Två av studierna utvärderade självsfattningen av barnen och två andra lärarskattningen.	Etniska minoriteter, barn och ungdomar.	Endast två studier för ett av utfallen. Invarians.
---	--	--	--	--

– Utfallet inkluderades inte i den systematiska översikten.

* Baserat på de gränsvärden för goda psykometriska egenskaper som föreslås enligt COSMIN och återges i Tabell 2.1.

CFI = Comparative Fit Index; RMSEA = Root Mean Squared Error of Approximation.

10. Resultat – sociala färdigheter

Totalt identifierade en systematisk översikt med måttlig risk för bias som undersöker standardiserade bedömningsmetoder som bedömer barns sociala färdigheter och utveckling [26].

Standardiserade bedömningsmetod som lyfts i denna rapport:

Avseende standardiserade bedömningsmetoder för bedöma sociala färdigheter beskrivs resultaten från följande bedömningsmetod:

- ASQ:SE-2 (Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional, Second Edition)

Den systematiska översikten innehåller även data för ASQ-3 Ages and Stages Questionnaires-3, men dessa presenteras inte nedan då ASQ:SE-2 bedöms ha större klinisk nytta för svenska förhållanden än ASQ-3.

Inga andra standardiserade bedömningsmetoder har identifierats som bedömer sociala färdigheter. I [evidenskartan](#) finns länk till den systematiska översikten.

10.1 ASQ:SE-2

ASQ:SE-2 utvecklades främst av Bricker och Squires (1999) [72]. För att kunna bedöma barns utveckling och problematik finns [det nio åldersanpassade versioner bestående av 19 till 33 frågor](#). Det finns en svensk version, men ingen normeringsstudie [73]. Det finns ingen beskrivning av ASQ:SE-2 på metodguiden för socialt arbete.

De olika frågorna täcker in i sju social-emotionella områden (självreglering, medgörlighet, kommunikation, adaptiv funktion, autonomi, affekt, interaktion med människor) i en total poäng.

Målgrupp för ASQ:SE-2 är barn i åldern 1 månad till 72 månader (6 år). Brytålder (i månader) för de för de olika åldersanpassade ASQ:SE-2 versionerna är: 2, 6, 12, 18, 24, 30, 36, 48 och 60.

10.1.1 Bedömning av relevans för svenska förhållanden

I diskussion med sakkunniga och referensgruppen i projektet bedöms ASQ:SE-2 ha relevans för svenska förhållanden. ASQ:SE-2 finns översatt till svenska och har använts i olika forskningsstudier.

10.1.2 Resultat för ASQ:SE-2

I Tabell 10.1 presenteras underlag och SBU:s tolkning av resultaten kopplat till ASQ:SE-2. De systematiska översikter som resultaten bygger på har inga begränsning avseende vilken översättning på ASQ:SE-2 som använts. Inga svenska studier av ASQ:SE-2 är dock inkluderade. För att ta del av all data från den systematiska översikten, se länk i evidenskartan. De barn som studerats var 24, 27 eller 30 månader [26]. Senaste sökdatum för den systematiska översikten, som sammanställer data om ASQ:SE-2, är december 2014. Baserat på översiktliga handsökningar i PubMed har projektgruppen identifierat att det finns minst fyra nytillkomna primärstudier som publicerats efter detta datum, varav en svensk [74] [75] [76] [77] men som projektgruppen inte har granskat avseende urvalskriterierna eller risk för bias. Sammantaget visar ASQ:SE-2 förhållandevis hög specificitet men lite större variation i sensitivitet och reliabilitet.

Tabell 10.1 Resultat avseende ASQ:SE-2.

Velikonja 2017 [26] Tidpunkt för litteratur-sökningen var december 2014	Innehållsvaliditet: 0 Intern struktur: 0 Invarians: 0 Hypotestestning: 0 Kriterievaliditet: 5 Test-retest reliabilitet: 2 Interbedömmar-reliabilitet: 0 Intern konsistens: 4	Endast resultat för den senaste versionen av ASQ:SE-2 är medtagna. Grå litteratur är inkluderad och resultaten för peer-reviewed artiklar och grå litteratur är sammanslagna.	Små barn, 24 månader, 27 månader samt 30 månader. Endast resultat för barn på 24 månader är kommenterade av SBU.	Reliabilitet: Intern konsistens: acceptabla värden* för tre av fyra studier Cronbachs alfa: 0,62–0-80. Reliabilitet: Två studier presenterar resultat för test-retest ICC: 0,67–1. Förhållandevis hög specificitet varierar mellan 0,87–0,95, dvs. att metoden möjligen korrekt kan identifiera de barn som inte har sen utveckling. Något lägre sensitiviteten som varierar mellan 0,66–1.
--	---	---	--	--

– Utfallet inkluderades inte i den systematiska översikten.

* Baserat på de gränsvärden för goda psykometriska egenskaper som föreslås enligt COSMIN och återges i Tabell 2.1.

ICC = intra-class korrelation

11. Resultat – livskvalitet

Inga standardiserade bedömningsmetoder som är framtagna för att bedöma livskvalitet hos barn och unga finns presenterade på metodguiden för socialt arbete. Projektgruppen har i de inkluderade systematiska översikterna med låg eller måttlig risk för bias inte identifierat någon metod som bedömer livskvalitet.

12. Diskussion

I denna rapport har vi inkluderat systematiska översikter med låg eller måttlig risk för bias som innehåller information om standardiserade bedömningsmetoders psykometriska egenskaper. Projektgruppen har studerat metoderna utifrån dessa egenskaper samt utifrån metodernas relevans för den svenska socialtjänstens barn- och ungdomsvård. Projektgruppen identifierade 12 systematiska översikter och 53 standardiserade bedömningsmetoder som återfinns i resultatkapitlen, [Bilaga 4](#) samt i [evidenskartan](#).

12.1 Resultatdiskussion

Projektgruppen har utifrån systematiska översikter identifierat fem standardiserade bedömningsmetoder vars psykometriska egenskaper, som redovisats utifrån COSMINS kriterier, mestadels har acceptabla värden för kriterievaliditet samt förhållandevis höga värden för specificitet. De fem bedömningsmetoderna kan komplettera BBIC och bidra vid informationsinhämtning om barnets utveckling i utredningar av barn och unga som är aktuella inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård. Dessa är ASQ:SE-2, CRAFFT, SDQ, SAVRY samt YLS/CMI. Då det saknas kriterier för vad som är acceptabla värden för specificitet och sensitivitet och att tolkning av dessa värden påverkas av prevalensen av tillståndet hos den grupp som undersöks, bör resultaten därför tolkas utifrån i vilket sammanhang den standardiserade bedömningsmetoden är tänkt att användas. Vidare bör det påpekas att majoriteten av de primärstudier som ingår i de systematiska översikterna är gjorda utanför Sverige på de engelska versionerna av de standardiserade bedömningsmetoderna. Endast ett mindre antal primärstudier är genomförda i ett sammanhang som kan liknas med den svenska sociala barn- och ungdomsvårdens kontext. Fler systematiska översikter kan också behövas utifrån skilda utfallsmått som intern struktur, test-retest reliabilitet och interbedömmarrelabilitet. Systematiska översikter avseende jämförelser mellan att använda standardiserade bedömningsmetoder och sedvanliga bedömningar behöver även genomföras för att undersöka hur de skiljer sig åt samt kompletterat varandra.

För fler av de standardiserade bedömningsmetoderna exempelvis AUDIT, AUDIT-C, ASSIST och CTQ behöver nya systematiska översikter genomföras. Detta baseras på att resultaten i de systematiska översikterna byggde på få studier samt att projektgruppen vid en översiktlig sökning i PubMed identifierat nya primärstudier. För vissa bedömningsmetoder behövs i stället primärstudier för att börja få mer kunskap om metodens psykometriska egenskaper, exempelvis för ESTER. Projektgruppen har

uppmärksammat att det för CBCL inte finns någon tillförlitlig (med låg eller måttlig risk för bias) systematisk översikt för detta projekts urvalskriterier. Detta är förvånande då CBCL är en standardiserade bedömningsmetod som används inom både socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri i stora delar av världen [78]. Även om svårigheter i kamratrelationer och olika aspekter av livskvalitet delvis kan mätas i de inkluderade standardiserade bedömningsmetoderna ovan, har projektgruppen inte identifierat någon tillförlitlig systematisk översikt om standardiserade bedömningsmetoder för att bedöma mobbning eller livskvalitet primärt. Det är möjligt att det finns fler standardiserade bedömningsmetoder som har undersökts i primärstudier och som borde vara intressanta i vårt sammanhang, men det saknas systematiska översikter eller uppdaterade systematiska översikter som inkluderar dessa.

Behovet av professionell samverkan kring vissa barn kan vara av central betydelse och då kan ett gemensamt språkbruk och att de samverkande parterna använder samma standardiserade bedömningsmetod underlätta. En kunskapsöversikt gjord av Barnafrid (2017) om stöd och behandling för barn som utsatts för sexuella övergrepp och fysisk misshandel lyfter även fram värdet av att använda självsvarfsformulär för de barn och ungdomar som kan hantera dessa [79]. Detta baserat på att tidigare studier visat en låg samstämmighet mellan barns självrapportering och vårdnadshavares eller professionellas rapportering om barns utsatthet [80]. Barnafrid lyfter i sin kunskapsöversikt även behovet av att översätta fler standardiserade bedömningsmetoder till andra språk än svenska och engelska för att möta barn och unga med annan språklig bakgrund.

Reliabilitet har i de inkluderade systematiska översikterna vanligtvis undersökts som intern konsistens. Således saknas ofta data för de standardiserade bedömningsmetodernas precision i termer av test-retest och inter-bedömarreliabilitet. Endast för ett av alla ingående standardiserade bedömningsmetoder (SDQ) har data sammanställts för dessa aspekter.

Den vanligaste aspektken av validitet som undersökts i de inkluderade systematiska översikterna är kriterievaliditet. För bedömningsmetoder avsedda att mäta risk eller förekomst av ett tillstånd är detta förmodligen den mest relevanta aspekten. Trots detta finns denna typ av data endast sammanställda för tre bedömningsmetoder, SDQ, SAVRY och YLS/CMI. Ur ett psykometriskt perspektiv är det önskvärt att man tidigt i lanseringen av en bedömningsmetod presenterar upprepade faktoranalytiska studier (eller IRT-studier) som visar att ingående testuppgifter eller frågor endast avspeglar ett fenomen (intern struktur). Sammanställda data för intern struktur har endast presenterats för en bedömningsmetod, SDQ, och saknas för övriga metoder där det torde ha varit relevant.

Enligt COSMIN är den primära aspekten som bör undersökas för att fastställa en bedömningsmetods psykometriska egenskaper innehållsvaliditet, det vill säga att testuppgifterna/frågorna/påståendena i bedömningsmetoden är relevanta och begripliga. Resultat kopplade till innehållsvaliditet är väldigt begränsade i de identifierade systematiska översikterna. En anledning till detta skulle kunna vara att översiktförfattarna utgår från att denna kunskap är belagd innan man utvärderar forskning i en systematisk översikt.

Ostrukturerade intervjuer, som sannolikt är en vanlig del i barnavårdsutredningar, kan ge flexibilitet och anpassningsbarhet utifrån ett specifikt barn, men innebär låg reliabilitet och validitet för att undersöka ett specifikt beteende i relation till andra eller över tid [81]. Struktur och standardisering i en bedömningsmetod ökar troligen reliabiliteten och validiteten för att bedöma ett beteende i jämförelse med andra eller över tid. Kombinationen av dessa två sätt att bedöma är därför viktig. Nyttan av en standardiserad bedömningsmetod kan utvärderas på olika sätt. Det räcker inte enbart med att visa att metoden har en grundläggande funktionalitet och en god förmåga att förutsäga eller identifiera något, exempelvis missbruk eller risk för återfall i brott. För att göra väsentlig skillnad måste metoden även påverka val av behandling, effekt på individ och effekt på samhällsnivå. I denna rapport har syftet varit att undersöka de psykometriska egenskaperna och enbart ett fåtal av de inkluderade systematiska översikterna har fört resonemang kring om resultaten från bedömningen påverkar val av insats eller påföljande effekter för barnen.

Sammantaget visar denna sammanställning att det finns begränsat med systematiska översikter som utvärderar olika standardiserade bedömningsmetoder psykometriska egenskaper för barn och unga, med låg eller måttlig risk för bias, som skulle kunna ligga till grund för beslut om att använda dem inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård. Granskningen visar även att det finns en påtaglig brist på såväl primärstudier som systematiska översikter som genomförts inom den sociala barn- och ungdomsvårdens kontext.

12.2 Metoddiskussion

Projektgruppen har gjort ett urval bland den stora mängden standardiserade bedömningsmetoder i de identifierade systematiska översikterna. Urvalet beskrivs i resultatdelen. I urvalet återfinns metoder som används i Sverige och finns i metodguiden för socialt arbete samt metoder som är översatta och studerade i Sverige. Detta för att de visar vilka metoder som används i praktiken (eller i forskningssammanhang) enligt kommunernas inrapportering till Socialstyrelsen. Detta är en styrka för framtida implementering av metoder med goda psykometriska egenskaper på kommunal nivå. Detta urval medför att det sannolikt finns standardiserade bedömningsmetoder med goda psykometriska egenskaper som ännu inte används inom den svenska socialtjänstens barn- och ungdomsvård.

Litteratursökningarna i många av de systematiska översikterna vi identifierat i detta projekt inkluderar ett sökblock för psykometriska egenskaper. I ett sådant sökblock inkluderas olika psykometriska termer. I vissa av de systematiska översikterna har bara enstaka termer, såsom ”reliability or validity”, eller ”instrument or questionnaire or tool” används. Det innebär att den man i den systematiska översikten enbart identifierat primärstudier som har med dessa termer i titel eller abstrakt. Dessa systematiska översikter har givits hög risk för bias, på grund av att de riskerar att missa för många relevanta studier. I andra fall används ett mer utarbetat block för dessa söktermer, där olika variationer av termerna och flertalet olika termer ingår. Dessa systematiska översikter har vi valt att inkludera i vår rapport, men bedömer att det finns en risk att användningen av ett sådan sökblock gör att man kan riskera att missa relevanta studier. Detta kanske framför allt gäller olika typer av psykometriska data kopplat till reliabilitet, hypotestestning och intern struktur som ofta rapporteras i metodavsnitten i såväl prevalensstudier, såsom observations- och interventionsstudier. Konsekvensen av detta är att det förmodligen finns publicerade psykometriska data som inte har kommit att ingå som underlag i dessa systematiska översikter.

En metodologisk begränsning är att systematiska översikterna inte alltid klargör om primärstudierna redogör för om ”barn” är pojkar eller flickor eller om ”föräldrar” är mammor eller pappor i procent, vilket kan hindra tolkning av giltighet och överförbarhet.

Projektet är avgränsat till bedömning av barn och unga, vilket innebär att systematiska översikter där någon eller några av dessa metoder undersöks på en vuxen population inte har inkluderats. Projektgruppen gör dock bedömningen att resultat från vuxna inte är direkt överförbara till gruppen barn och unga utan att man behöver göra specifika studier just på denna population. Anledningen till detta skulle kunna vara att testuppgifterna

tolkas på olika sätt men också att kriterievärden kan behöva justeras utifrån gruppen barn och unga. Det är exempelvis rimligt att gränsen för vad som bedöms som missbruk av alkohol skiljer sig mellan ungdomar och vuxna.

13. Överväganden för forskning, praktik och policy

Många av de identifierade systematiska översikterna bedömdes ha hög risk för bias. Detta är inget unikt för detta område utan förekommer på olika områden. Orsaken till att de systematiska översikterna bedömdes ha hög risk för bias varierar, men i hela nio av de systematiska översikterna var orsaken att ingen bedömning av risken för bias eller studiekvaliteten hos de ingående primärstudierna gjorts. Andra återkommande brister var att sökdokumentation saknades, att litteratursökningen var för avgränsad eller att oberoende relevans- och risk för biasbedömning inte gjorts.

Projektgruppen har uppmärksammat en ökad användning av COSMIN:s metodologi avseende bedömningsmetodernas psykometriska egenskaper i de systematiska översikterna. Uppdatering av nya systematiska översikter har mycket att vinna på att använda COSMIN-metodologin för att bedöma risk för bias i primärstudier samt att definiera fler aspekter av vad som utgör psykometrisk kvalitet (exempelvis gränsvärden och sammanvägning). Detta utöver att använda Cochrane handbook eller SBU:s metodbok för genomförandet av den systematiska översikten.

Det finns åtminstone tre aspekter som kan möjliggöra ett ökat användande av standardiserade bedömningsmetoder.

- Det är viktigt att de genomförs välgjorda systematiska översikter av de standardiserade bedömningsmetoder som lyfts fram i denna rapport eller av de som lyfts fram i metodguiden för socialt arbete.
- Majoriteten av de identifierade studierna i de systematiska översikterna var utförda på en engelskspråkig population. För att kunna veta hur standardiserade bedömningsmetoder fungerar i Sverige behövs aktuella normeringsstudier av relevanta populationer samt studier av de psykometriska egenskaperna i dessa populationer. I de fall kontexten är av stor betydelse för en standardiserad bedömningsmetod är det lämpligt med en genomtänkt implementering med planerad och strukturerad uppföljning i enskilda verksamhetsområden. Här vore det även önskvärt att undersöka på vilket sätt utredningar enligt BBIC och användningen av standardiserade bedömningsmetoder kan kombineras.
- För att kunna analysera resultaten från en standardiserad bedömningsmetod krävs grundläggande kunskap i att bedöma och tolka resultatet av den enskilda informationsinhämtningen. Därefter ska detta omsättas i handling som gynnar det enskilda barnet eller ungdomen. Detta kan innebära implikationer för vidareutbildning av anställda inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård. Teater och medarbetare (2017)

har pekat på en viktig kompetensklyfta relaterad till att kunna läsa och tolka statistisk information i socialarbetareutbildningar har identifierats i Storbritannien [82]. Denna klyfta är sannolikt inte på något sätt begränsad till Storbritannien utan gäller även för socialarbetaryrket vilket länge har påpekats [83].

14. Medverkande

14.1 Projektgrupp

14.1.1 Sakkunniga

- Martin Bergström, docent socialt arbete, Lunds universitet
- Petter Gustavsson, professor psykologi, Karolinska Institutet
- Birgitta Persdotter, fil.dr., socialt arbete, Karlstads Universitet

14.1.2 SBU:s personal

- Therese Åström, projektledare
- Christel Hellberg, biträdande projektledare
- Ann Kristine Jonsson, informationsspecialist
- Anna Attergren Granath, projektadministratör
- Sofia Tranæus, projektansvarig chef

14.1.3 Övriga medverkande

Lien Nguyen, Bibliotekar, Folkehelseinstituttet i Norge avseende litteratursökningen

Referensgrupp Socialstyrelsen

- Johan Glad, forskare Socialstyrelsen
- Helena Stålhammar, utredare Socialstyrelsen

14.1.4 Externa granskare

Heid Nøkleby, forsker, PhD, Klynge for evaluering av tiltak, Område for helsetjenester Folkehelseinstituttet, Oslo.

SBU anlitar externa granskare av sina rapporter. De har kommit med värdefulla kommentarer som förbättrat rapporten. SBU har dock inte alltid möjlighet att tillgodose alla ändringsförslag och de externa granskarna står därför inte med nödvändighet bakom samtliga texter i rapporten.

14.1.5 Bindningar och jäv

Sakkunniga och externa granskare har i enlighet med SBU:s krav lämnat deklARATIONER om bindningar och jäv. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisats där är förenliga med myndighetens krav på saklighet och opartiskhet.

14.1.6 SBU:s vetenskapliga råd

SBU:s vetenskapliga råd har granskat rapporten.

- Svante Twetman, Köpenhamns universitet, ordförande (tandvård)
- Christel Bahtsevani, Malmö universitet, vice ordförande (omvårdnad)
- Magnus Svartengren, Uppsala universitet (arbetsmiljö)
- Ulrik Kihlbom, Uppsala universitet (etik)
- Lars Sandman, Linköpings universitet (etik)
- Magnus Tideman, Högskolan Halmstad (funktionshinderområdet)
- Pernilla Åsenlöf, Uppsala universitet (fysioterapi)
- Martin Henriksson, Linköpings universitet (hälsoekonomi)
- Katarina Steen Carlsson, Lunds universitet (hälsoekonomi)
- Jan Holst, Malmö och Lunds universitet (medicin)
- Mussie Msghina, Örebro universitet (medicin)
- Britt-Marie Stålnacke, Umeå universitet (medicin)
- Sverker Svensjö, Falun och Uppsala universitet (medicin)
- Anna Ehrenberg, Falun, Högskolan Dalarna (omvårdnad)
- Ata Ghaderi, Karolinska institutet (psykologi)
- Martin Bergström, Lunds universitet (socialt arbete)
- Lena Dahlberg, Falun, Högskolan Dalarna (socialt arbete)
- Christina Nehlin-Gordh, Uppsala universitet (socialt arbete)
- Anna Sarkadi, Uppsala universitet (socialmedicin)
- Sten-Åke Stenberg, Stockholms universitet (socialt arbete)

Specialgranskare: Ata Ghaderi, Christina Nehlin-Gordh

15. Ordförklaringar och förkortningar

ASQ:SE-2

(eng. Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional, Second Edition). En standardiserad bedömningsmetod för att upptäcka avvikelser hos barn och unga

ASSIST

(eng. Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) en standardiserad bedömningsmetod för identifiering av rökning, alkohol- och narkotiska problem.

AUC

Ytan under ROC-kurvan (eng. area under the curve, AUC) är ett globalt mått som summerar den diagnostiska tillförlitligheten över alla tröskelvärden. AUC kan ha ett värde mellan 0 och 1, där 0 indikerar ett helt otillförlitligt test och 1 indikerar ett perfekt test

AUDIT

(eng. Alcohol Use Disorders Identification Test). En standardiserad bedömningsmetod för identifiering av riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion.

BBIC

Barns Behov I Centrum, vilket är ett arbetssätt inom den sociala barn- och ungdomsvården som kan användas som stöd vid handläggning, genomförande och uppföljning

Bias

Systematiska fel i en undersökning som innebär att undersökningens resultat blir otillförlitligt. Detta skiljer sig från slumpfel som inte uppträder systematiskt

CBCL

(eng. Child Behaviour Check List). En standardiserad bedömningsmetod för identifiering av problem och social kompetens hos barn och ungdomar med psykisk problematik

COSMIN

(eng. Consensus-based Standards for the selection of Health Measurement Instruments). Ett initiativ som drivs av internationella forskare inom bland annat epidemiologi, psykometri och medicin som syftar till att utveckla metodologi och verktyg för att välja passande mätinstrument i forskning och klinisk verksamhet

CRAFFT

(eng. Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble). En standardiserad bedömningsmetod för identifiering av riskfylld och skadlig alkohol- eller drogkonsumtion

CTQ

(eng. Childhood Trauma Questionnaire). En standardiserad bedömningsmetod för identifiering av utsatthet för våld och försummelse

DSM

(eng. Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders). System för diagnos och klassifikation för psykiatriska sjukdomstillstånd

Egenrapportering

Bedömning som individer gör av egna egenskaper eller handlingar på självskattningsformulär

ESTER

En standardiserad bedömningsmetod för bedömning av unga med normbrytande beteende eller som befinner sig i riskzonen för normbrytande beteende. ESTER kan också användas som uppföljning.

GRADE

(eng. Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). SBU använder det internationellt utarbetade systemet GRADE för evidensgradering i syfte att bedöma det vetenskapliga underlagets styrka

Indextest

Det studerade/undersökta testet, i denna rapport standardiserade behovsbedömningsmetoder

Insats

En åtgärd som en brukare/klient/patient kan få för att åstadkomma en specifik förändring (se intervention)

Intervention

En åtgärd/insats som en brukare/klient/patient kan få för att åstadkomma en specifik förändring, kan bestå av en eller fler insatser (se insats)

LVU

Lagen (1990:52) lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga

Metaanalys

En statistisk metod som utnyttjar resultaten från fler studier för att ge ett sammanvägt resultat

Oberoende granskning

Projektgruppsmedlemmar, som jobbar i par, granskar studier var och en för sig

Population

Den befolkning eller befolkningsgrupp som man vill kunna dra slutsatser om med hjälp av datainsamling i en studie

Psykometri

Statistisk disciplin som avser att kvalitetsgranska test

RCT

Experimentell studie med slumpvis fördelning av individer mellan kontrollgrupper och aktiv behandling. Genom randomiseringen minskar risken att studiegrupperna skiljer sig åt före studiens start. Randomiseringen fördelar okända störfaktorer (confounders) lika mellan grupperna

Referenstest

(eng. Reference) test som man jämför det studerade testet mot

SAVRY

(eng. Structured Assessment of Violence Risk in Youth) en standardiserad bedömningsmetod som går under den engelska förkortningen när den används i Sverige

SDQ

(eng. The Strengths and Difficulties Questionnaire) en standardiserad bedömningsmetod som används för att mäta barns och ungdomars psykiska hälsa.

Sensitivitet

Känslighet

Signifikans

Ett statistiskt mått på om en observation beror på slump eller inte

SoL

Socialtjänstlagen (2001:453)

Specificitet

Träffsäkerhet

Systematisk översikt

En systematisk översikt är en strukturerad metod som används för att identifiera, välja ut, bedöma och sammanfatta forskning avseende en tydlig och avgränsad fråga. Ambitionen är att så systematiskt och transparent som möjligt väga samman forskningsresultat från alla

kända och relevanta primärstudier som håller acceptabel vetenskaplig kvalitet

YLS/CMI

(eng. Youth Level of Service/Case Management Inventory) en standardiserad behovsbedömningsmetod som går under den engelska förkortningen när den används i Sverige

16. Bilagor

- Bilaga 1. Metodguiden för socialt arbete, nedladdad 2021-12-15
- Bilaga 2. Systematiska översikter med hög risk för bias
- Bilaga 3. Exkluderade systematiska översikter
- Bilaga 4. Standardiserade bedömningsmetoder som ingick i de inkluderade systematiska översikterna

[Till bilagorna](#)

17. Referenser

1. Folkehelseinstituttet. Kartleggingsverktøy for utsatte barn og unge. Oslo: Område for helsetjenester, Klynge for evaluering av tiltak; 2020. SYSTEMATISK KARTLEGGINGSOVERSIKT. Available from: <https://www.fhi.no/publ/2020/kartleggingsverktoy-for-utsatte-barn-og-unge/>.
2. Ds 2018:Uppdrag att utbilda och sprida kunskap om vetenskapliga kunskapssammanställningar inom socialtjänsten S2018/1952/FST. Regeringsuppdrag från Socialdepartementet. Stockholm: Socialdepartementet. [Available from: <https://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2018/03/uppdrag-att-utbilda-och-sprida-kunskap-om-vetenskapliga-kunskapssammanstallningar-inom-socialtjansten/>].
3. Socialstyrelsen. Från enskilt ärende till nationell statistik - Barns behov i centrum (BBIC) Stockholm; 2015. Available from: www.socialstyrelsen.se.
4. Socialstyrelsen. Grundbok i BBIC - Barns behov i centrum Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Barn och unga i Socialtjänsten. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-10-20.pdf>.
5. Socialstyrelsen. Metodstöd för BBIC - Barns behov i centrum Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Barn och unga i Socialtjänsten. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-10-21.pdf>.
6. Jee SH, Conn A-M, Szilagyí PG, Blumkin A, Baldwin CD, Szilagyí MA. Identification of social-emotional problems among young children in foster care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2010;51(12):1351-8. Available from: <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02315.x>.
7. Jee SH, Szilagyí M, Ovenshire C, Norton A, Conn AM, Blumkin A, et al. Improved detection of developmental delays among young children in foster care. *Pediatrics*. 2010;125(2):282-9. Available from: <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0229>.
8. Andershed A-K, Andershed H. Improving evidence-based social work practice with youths exhibiting conduct problems through structured assessment. *European Journal of Social Work*. 2016;19(6):887-900. Available from: <https://doi.org/10.1080/13691457.2015.1043242>.
9. Socialstyrelsen. Om standardiserade bedömningsmetoder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012. [accessed Okt 20 2021]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-12-9.pdf>
10. Socialstyrelsen. Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2019 Den femte undersökningen om kommunala enhetschefers syn på evidensbaserad praktik Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-11-6979.pdf>.

11. Berntson E, Bernhard-Oettel C, Hellgren J, Näswall K, Sverke M. Enkätmetodik. . Stockholm: Natur och kultur; 2016.
12. Prinsen CAC, Mokkink LB, Bouter LM, Alonso J, Patrick DL, de Vet HCW, et al. COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. *Qual Life Res.* 2018;27(5):1147-57. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1798-3>.
13. Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, van der Windt DA, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol.* 2007;60(1):34-42. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>.
14. Terwee CB, Prinsen CAC, Chiarotto A, Westerman MJ, Patrick DL, Alonso J, et al. COSMIN methodology for evaluating the content validity of patient-reported outcome measures: a Delphi study. *Quality of Life Research.* 2018;27(5):1159-70. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1829-0>.
15. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev.* 2016;5(1):210. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>.
16. SBU. Bedömning av systematiska översikter (ROBIS). In: SBU, editor. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: en metodbok. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2020.
17. Newton AS, Gokiart R, Mabood N, Ata N, Dong K, Ali S, et al. Instruments to Detect Alcohol and Other Drug Misuse in the Emergency Department: A Systematic Review. *Pediatrics.* 2011;128(1):e180. Available from: <https://doi.org/10.1542/peds.2010-3727>.
18. McTavish JR, Gonzalez A, Santesso N, MacGregor JCD, McKee C, MacMillan HL. Identifying children exposed to maltreatment: a systematic review update. *BMC Pediatr.* 2020;20(1):113. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12887-020-2015-4>.
19. Patnode CD, Perdue LA, Rushkin M, O'Connor EA. Screening for Unhealthy Drug Use in Primary Care in Adolescents and Adults, Including Pregnant Persons: Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2020 Jun. Report No.: 19-05255-EF-1. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32550673/>.
20. O'Connor EA, Perdue LA, Senger CA, Rushkin M, Patnode CD, Bean SI, Jonas DE. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: An Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 171. AHRQ Publication No. 18-05242-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534916/>.
21. Gridley N, Blower S, Dunn A, Bywater T, Bryant M. Psychometric properties of child (0-5 years) outcome measures as used in randomized controlled trials of parent programs: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review.* 2019;22(3):388-405. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10567-019-00275-3>.
22. SBU. Risk- och behovsbedömning av ungdomar avseende återfall i våld och annan kriminalitet. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och

- social utvärdering (SBU); 2019 303. [accessed Okt 20 2021]. Available from: www.sbu.se/303.
23. Handschuh C, Morkink LB, Smaldone A. Perceived Parental Monitoring: A Systematic Review of Monitoring Instruments. *J Nurs Meas.* 2020;28(3):E253-E92. Available from: <https://doi.org/10.1891/JNM-D-19-00045>.
 24. Bergström M, Baviskar S. A Systematic Review of Some Reliability and Validity Issues regarding the Strengths and Difficulties Questionnaire Focusing on Its Use in Out-of-Home Care. *Journal of Evidence-Based Social Work.* 2021;18(1):1-31. Available from: <https://doi.org/10.1080/26408066.2020.1788477>.
 25. Kersten P, Czuba K, McPherson K, Dudley M, Elder H, Tauroa R, et al. A systematic review of evidence for the psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *International Journal of Behavioral Development.* 2015;40(1):64-75. Available from: <https://doi.org/10.1177/0165025415570647>.
 26. Velikonja T, Edbrooke-Childs J, Calderon A, Slead M, Brown A, Deighton J. The psychometric properties of the Ages & Stages Questionnaires for ages 2-2.5: a systematic review. *Child Care Health Dev.* 2017;43(1):1-17. Available from: <https://doi.org/10.1111/cch.12397>.
 27. Paalman CH, Terwee CB, Jansma EP, Jansen LMC. Instruments Measuring Externalizing Mental Health Problems in Immigrant Ethnic Minority Youths: A Systematic Review of Measurement Properties. *PLOS ONE.* 2013;8(5):e63109. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063109>.
 28. Newton AS, Soleimani A, Kirkland SW, Gokiart RJ. A Systematic Review of Instruments to Identify Mental Health and Substance Use Problems Among Children in the Emergency Department. *Academic Emergency Medicine.* 2017;24(5):552-68. Available from: <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/acem.13162>.
 29. Richardson R, Trépel D, Perry A, Ali S, Duffy S, Gabe R, et al. Screening for psychological and mental health difficulties in young people who offend: a systematic review and decision model. *Health technology assessment (Winchester, England).* 2015;19(1):1-128. Available from: <https://doi.org/10.3310/hta19010>.
 30. Fink L, Bernstein D. Childhood Trauma Questionnaire. A retrospective self-report. Manual. San Antonio, Harcourt Brace & Co. 1998.
 31. Bernstein DP, Ahluvalia T, Pogge D, Handelsman L. Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36(3):340-8. Available from: <https://doi.org/10.1097/00004583-199703000-00012>.
 32. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl.* 2003;27(2):169-90. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0).
 33. Gerdner A, Allgulander C. Psychometric properties of the Swedish version of the Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF). *Nord J Psychiatry.* 2009;63(2):160-70. Available from: <https://doi.org/10.1080/08039480802514366>.

34. Petrikova M, Kascakova N, Furstova J, Hasto J, Tavel P. Validation and Adaptation of the Slovak Version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(5). Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052440>.
35. Fosse R, Skjelstad DV, Schalinski I, Thekkumthala D, Elbert T, Aanonsen CM, et al. Measuring childhood maltreatment: Psychometric properties of the Norwegian version of the Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure (MACE) scale. *PLoS One*. 2020;15(2):e0229661. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229661>.
36. Aloba O, Opakunle T, Ogunrinu O. Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF): Dimensionality, validity, reliability and gender invariance among Nigerian adolescents. *Child Abuse Negl*. 2020;101:104357. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104357>.
37. Behn A, Vöhringer PA, Martínez P, Domínguez AP, González A, Carrasco MI, et al. [Validation of the Childhood Trauma Questionnaire-Short Form in Chile]. *Rev Med Chil*. 2020;148(3):336-43. Available from: <https://doi.org/10.4067/s0034-98872020000300336>.
38. Mizuki R, Fujiwara T. Validation of the Japanese version of the Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-J). *Psychol Trauma*. 2021;13(5):537-44. Available from: <https://doi.org/10.1037/tra0000972>.
39. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT. The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care. Geneva: World Health Organization.; 2001.
40. WHO 1993:MSD/MSB/01.6a. AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. WHO. Department of Mental Health and Substance Dependence. [Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/audit-the-alcohol-use-disorders-identification-test-guidelines-for-use-in-primary-health-care>].
41. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende - Stöd för styrning och ledning. Stockholm; 2019. Nationella riktlinjer. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>.
42. Källmén H, Berman AH, Jayaram-Lindström N, Hammarberg A, Elgán TH. Psychometric Properties of the AUDIT, AUDIT-C, CRAFFT and ASSIST-Y among Swedish Adolescents. *Eur Addict Res*. 2019;25(2):68-77. Available from: <https://doi.org/10.1159/000496741>.
43. Röhricht M, Paschke K, Sack PM, Weinmann W, Thomasius R, Wurst FM. Phosphatidylethanol Reliably and Objectively Quantifies Alcohol Consumption in Adolescents and Young Adults. *Alcohol Clin Exp Res*. 2020;44(11):2177-86. Available from: <https://doi.org/10.1111/acer.14464>.
44. Reichenheim ME, Interlenghi GS, Ferreira MF, de Moraes CL. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in Adolescents: Using a Model-Based Approach to Identify Patterns of Alcohol Misuse. *Subst Use Misuse*. 2021;56(13):1915-22. Available from: <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1958859>.
45. Moreta-Herrera R, Rodas JA, Lara-Salazar M. Factor Validity of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) Using Robust

- Estimations in Ecuadorian Adolescents. *Alcohol Alcohol*. 2021;56(4):482-9. Available from: <https://doi.org/10.1093/alcalc/agaa126>.
46. Liskola J, Haravuori H, Lindberg N, Kiviruusu O, Niemelä S, Karlsson L, et al. The predictive capacity of AUDIT and AUDIT-C among adolescents in a one-year follow-up study. *Drug Alcohol Depend*. 2021;218:108424. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108424>.
 47. Hallit J, Salameh P, Haddad C, Sacre H, Soufia M, Akel M, et al. Validation of the AUDIT scale and factors associated with alcohol use disorder in adolescents: results of a National Lebanese Study. *BMC Pediatr*. 2020;20(1):205. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02116-7>.
 48. Knight JR, Shrier LA, Bravender TD, Farrell M, Vander Bilt J, Shaffer HJ. A new brief screen for adolescent substance abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153(6):591-6. Available from: <https://doi.org/10.1001/archpedi.153.6.591>.
 49. Öberg D. CRAFFT. Användaranvisningar för svenska versionen av CRAFFT. Screening av substansrelaterade syndrom hos barn, ungdom och unga vuxna mellan 12 och 21 år Stockholm: BUP Stockholms läns landsting; 2019.
 50. Sheno RP, Linakis JG, Bromberg JR, Casper TC, Richards R, Mello MJ, et al. Predictive Validity of the CRAFFT for Substance Use Disorder. *Pediatrics*. 2019;144(2). Available from: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3415>.
 51. Lee CA, Smith DC, Lanker A, Clary KL. Sensitivity and specificity of the CRAFFT to identify heavy cannabis use: Evidence from a large statewide adolescent sample. *Addict Behav*. 2021;122:107006. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107006>.
 52. Humeniuk R, Henry-Edwards S, Ali R, Poznyak V, Monteiro MG 2010:ASSIST The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test. Manual for use in primary care. Department of Mental Health and Substance Abuse MoSA. France: WHO. [Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/978924159938-2>].
 53. Humeniuk R, Holmwood C, Beshara M, Kambala A. ASSIST-Y V1.0: First-Stage Development of the WHO Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) and Linked Brief Intervention for Young People. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*. 2016;25(4):384-90. Available from: <https://doi.org/10.1080/1067828X.2015.1049395>.
 54. Öberg D. ASSIST-Y Användaranvisningar för svenska översättningen av barn och ungdomsversionen av "Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test" - ASSIST-Y. Stockholm: Barn- och ungdomspsykiatri Region Stockholm; 2020. Screening av substansrelaterade syndrom för åldrarna 10 till 14 och 15 till 18 år. Available from: https://www.bup.se/globalassets/verksamheter/bup/om-bup/trygg-och-saker-varld/bedomningsinstrument/assist-y_anvisningar_01.4.pdf.
 55. Andershed H, 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;5:377-83. Available from: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.108>.
56. Borum R, A. BP, Forth A. Manual – Structured Assessment of Violence Risk in Youth. Svensk fackgranskad version. 2002.
 57. Kleeven ATH, de Vries Robbé M, Mulder EA, Popma A. Risk Assessment in Juvenile and Young Adult Offenders: Predictive Validity of the SAVRY and SAPROF-YV. Assessment. 2020;1073191120959740. Available from: <https://doi.org/10.1177/1073191120959740>.
 58. Muir NM, Viljoen JL, Jonnson MR, Cochrane DM, Rogers BJ. Predictive validity of the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) with Indigenous and Caucasian female and male adolescents on probation. Psychol Assess. 2020;32(6):594-607. Available from: <https://doi.org/10.1037/pas0000816>.
 59. Ortega-Campos E, García-García J, De la Fuente-Sánchez L, Zaldívar-Basurto F. Assessing the Interactions between Strengths and Risk Factors of Recidivism through the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY). Int J Environ Res Public Health. 2020;17(6). Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph17062112>.
 60. Viljoen JL, Bhanwer AK, Shaffer CS, Douglas KS. Assessing Protective Factors for Adolescent Offending: A Conceptually Informed Examination of the SAVRY and YLS/CMI. Assessment. 2020;27(5):959-75. Available from: <https://doi.org/10.1177/1073191118768435>.
 61. Li SMY, Viljoen JL, Christiansen AK, Muir NM. Predictive validity of the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) among a sample of Asian Canadian youth on probation. Law Hum Behav. 2020;44(6):485-501. Available from: <https://doi.org/10.1037/lhb0000431>.
 62. Hoge R, Andrews D. YLS/CMI™ 2.0 Youth Level of Service/Case Management Inventory 2.0. [Available from: <https://storefront.mhs.com/collections/yls-cmi-2-0>.
 63. Ortega-Campos E, García-García J, De la Fuente-Sánchez L, Zaldívar-Basurto F. Predicting risk of recidivism in Spanish young offenders: Comparative analysis of the SAVRY and YLS/CMI. Psicothema. 2020;32(2):221-8. Available from: <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.275>.
 64. Hubbell JT, Heide KM, Khachatryan N. Risk Assessment and Post-Release Recidivism in a Sample of Juvenile Homicide Offenders. Int J Offender Ther Comp Criminol. 2021:306624x211049203. Available from: <https://doi.org/10.1177/0306624x211049203>.
 65. Gomis-Pomares A, Villanueva L, Adrián JE. The Prediction of Youth Recidivism in a Spanish Roma Population by the Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI). Int J Offender Ther Comp Criminol. 2021:306624x211022668. Available from: <https://doi.org/10.1177/0306624x211022668>.
 66. Miller WT, Campbell CA, Papp J, Ruhland E. The Contribution of Static and Dynamic Factors to Recidivism Prediction for Black and White Youth Offenders. Int J Offender Ther Comp Criminol. 2021:306624x211022673. Available from: <https://doi.org/10.1177/0306624x211022673>.

67. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles. Scientific Research. 2001;University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families.
68. Skarphedinsson G, Jarbin H, Andersson M, Ivarsson T. Diagnostic efficiency and validity of the DSM-oriented Child Behavior Checklist and Youth Self-Report scales in a clinical sample of Swedish youth. *PLoS One*. 2021;16(7):e0254953. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254953>.
69. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38(5):581-6. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>.
70. Soler CT, Vadlin S, Olofsdotter S, Ramklint M, Sonnby K, Nilsson K. Psychometric evaluation of the Swedish Child Sheehan Disability Scale in adolescent psychiatric patients. *Scand J Child Adolesc Psychiatr Psychol*. 2021;9:137-46. Available from: <https://doi.org/10.21307/sjcapp-2021-015>.
71. Dahlberg A, Ghaderi A, Sarkadi A, Salari R. SDQ in the Hands of Fathers and Preschool Teachers-Psychometric Properties in a Non-clinical Sample of 3-5-Year-Olds. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2019;50(1):132-41. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0826-4>.
72. Bricker DD, Squires J, Mounts L. Ages & stages questionnaires : a parent-completed, child-monitoring system. 2nd ed. ed. Baltimore, Md.: Paul H. Brookes; 1999.
73. Marks KP, Madsen Sjö N, Wilson P. Comparative use of the Ages and Stages Questionnaires in the USA and Scandinavia: a systematic review. *Dev Med Child Neurol*. 2019;61(4):419-30. Available from: <https://doi.org/10.1111/dmcn.14044>.
74. Alvarez-Nuñez L, González M, Rudnitzky F, Vásquez-Echeverría A. Psychometric properties of the Spanish version of the Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional in a nationally representative sample. *Early Hum Dev*. 2020;149:105157. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105157>.
75. Vaezghasemi M, Eurenus E, Ivarsson A, Richter Sundberg L, Silfverdal SA, Lindkvist M. Social-emotional problems among Swedish three-year-olds: an Item Response Theory analysis of the Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional. *BMC Pediatr*. 2020;20(1):149. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12887-020-2000-y>.
76. Theunissen MH, Vogels AG, de Wolff MS, Crone MR, Reijneveld SA. Comparing three short questionnaires to detect psychosocial problems among 3 to 4-year olds. *BMC Pediatr*. 2015;15:84. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0391-y>.
77. Krijnen LJG, Verhoeven M, van Baar AL. Assessing social-emotional development in infants and toddlers using parent-reports: Comparing the ASQ-SE-NL to the Social-Emotional Scale of the Bayley-III-NL. *Early Hum Dev*. 2021;161:105439. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2021.105439>.
78. Ivanova MY, Achenbach TM, Rescorla LA, Harder VS, Ang RP, Bilenberg N, et al. Preschool Psychopathology Reported by Parents in 23 Societies: Testing the Seven-Syndrome Model of the Child Behavior Checklist for Ages 1.5–5. *Journal of the American Academy of Child &*

- Adolescent Psychiatry. 2010;49(12):1215-24. Available from:
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.08.019>.
79. Barnafriid. Kunskapsöversikt om stöd och behandling för barn som utsatts för sexuella övergrepp och fysisk misshandel; 2017. Available from: <https://www.barnafriid.se/kunskapsbank/kunskapsoversikt-om-stod-och-behandling-for-barn-som-utsatts-for-sexuella-overgrepp-och-fysisk-misshandel/>.
 80. Tingskull S, Svedin CG, Agnafors S, Sydsjö G, deKeyser L, Nilsson D. Parent and Child Agreement on Experience of Potential Traumatic Events. Child Abuse Review. 2013;24. Available from: <https://doi.org/10.1002/car.2287>.
 81. Andershed H, Andershed A-K. Normbrytande beteende i barndomen. Vad säger forskningen? Stockholm: Gothia Förlag; 2005.
 82. Teater B, Roy J, Carpenter J, Forrester D, Devaney J, Scourfield J. Making Social Work Count: A Curriculum Innovation to Teach Quantitative Research Methods and Statistical Analysis to Undergraduate Social Work Students in the United Kingdom. Journal of Teaching in Social Work 2017;37:422-437. Available from: <https://doi.org/10.1080/08841233.2017.1381216>.
 83. Taylor FA. The Numerate Social Worker. Journal of Social Work Education. 1990;26(1):25-35. Available from: <https://doi.org/10.1080/10437797.1990.10672131>.