



LUND UNIVERSITY

Svensk normering av två bedömningsinstrument för lärare Conner's Teacher Rating Scale (CTRS) och Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory - Revised (SESBI-R)

Bergström, Martin; Balldin, Stina

2017

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Bergström, M., & Balldin, S. (2017). *Svensk normering av två bedömningsinstrument för lärare Conner's Teacher Rating Scale (CTRS) och Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory - Revised (SESBI-R)*. (Research Reports in Social Work; Vol. 2017, Nr 1). School of Social Work, Lund University.

Total number of authors:

2

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Svensk normering av två bedömningsinstrument för lärare

Conner's Teacher Rating Scale (CTRS) och
Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory - Revised (SESBI-R)

MARTIN BERGSTRÖM & STINA BALLDIN



Svensk normering av två bedömningsinstrument för lärare

Conner's Teacher Rating Scale (CTRS) och Sutter-
Eyberg Student Behavior Inventory - Revised (SESBI-R).

Martin Bergström
Stina Balldin

ISBN: 978-91-7753-174-6

© Författarna och Socialhögskolan, 2017

Redaktör: Lars Harrysson

Adress: Lunds universitet, Socialhögskolan, Box 23, 221 00 Lund

Förord

De personer som alltid först ska avtackas är de personer som ställt upp och besvarat frågeformulär. Ni lärare som deltagit: TACK!

Ett tack vill vi även rikta till Marie Söderlind, Socialhögskolan, Lunds Universitet, som varit behjälplig vid kontakter med skolor, lärare och administration.

Författarpresentation

Martin Bergström är lektor och docent vid Socialhögskolan, Lunds Universitet. Han undervisar främst på socionomprogrammets sista termin om hur socialt arbete kan bedrivas med inriktning på familjer. Hans forskning handlar till stor del om olika kliniska perspektiv på familjeinterventioner.

Stina Balldin är socionom och doktorand vid Socialhögskolan, Lunds Universitet. Hon skriver en avhandling om programmet Marte Meo och Samordningsmöten (MAC). Målgruppen för studien är barn, 4-12 år, i förskola och skola som uppvisar samspelssvårigheter eller beteendeproblem.

Innehåll

Inledning	5
Conner's Teacher Rating Scale (CTRS)	6
Sutter-Eyberg Student Behaviour Inventory - Revised (SESBI-R)	7
Normeringen	8
Metod	9
Undersökningsgruppen	9
Mätinstrument	10
Statistisk analys	10
Resultat	11
Cronbach's alpha för CTRS-28 och SESBI-R	11
Fördelning av lärarnas skattningar av eleverna	11
Samband mellan närliggande operationaliserade begrepp	14
Diskussion	17
CTRS-28 eller SESBI-R eller något annat	19
Kliniska implikationer	19
Implikationer för forskning	20
Slutsatser	21
Referenser	22
Appendix	26

Inledning

Denna rapport vänder sig till alla som arbetar med barn i för- och grundskoleåldern. Framförallt till dem som ska göra bedömningar av enskilda barn och ungdomar i skolan. För den som vill undersöka barns psykosociala utveckling och sociala samspel med vuxna och jämnåriga kan varierande tillvägagångssätt behövas. Det sätt som här presenteras möjliggör en viss typ av systematik. Screening kan användas för att upptäcka ohälsa hos barn och för att ligga till grund för prevention eller intervention (Andersson 2016). Det kan populärt beskrivas som en sållningsprocedur. Resultatet av denna sållningsprocedur kan indikera på ohälsa hos ett enskilt barn eller hos en grupp av barn. I denna rapport undersöks två psykometriska bedömningsinstrument för sådan sållning. Intentionen är att presentera normeringsvärden för dessa bedömningsinstrument som används för att upptäcka indikationer på ohälsa eller avvikelser.

Olika psykometriska tester används i varierad omfattning inom många verksamheter riktade mot barn och ungdomar (Smedler & Tideman 2009). Ett barns svårigheter blir ofta synliga i skolan vilken bland annat har som uppgift att göra bedömningar av enskilda barn utveckling. Vanligtvis bedöms det påverka skolarbetet såsom inlärningssvårigheter, begåvning, perceptuella och motoriska störningar, samspelsproblem, och koncentrationssvårigheter (Smedler & Tideman 2009). Utredningar av barn och ungdomar inom socialtjänsten handlar främst om deras hemmiljö och beteende, men även här är ett skolperspektiv viktigt.

För att ett bedömningsinstrument ska vara användbart menar vi att det bör vara standardiserat. Ett standardiserat bedömningsinstrument möjliggör jämförelser mellan olika populationer och över tid. Det innebär även att det går att använda i kvalitetssäkringssystem och i forskningsstudier. För att detta ska vara möjligt bör ett bedömningsinstruments reliabilitet och validitet vara prövat i den kontext det är tänkt att användas.

Denna rapport handlar om två bedömningsinstrument som mäter svårigheter (beteendeproblem) i skolmiljö, nämligen Conners' Teacher Rating Scale (CTRS-28) och Sutter-Eyberg Student Behaviour Inventory Reviderad (SES-BI-R). Båda instrumenten är flitigt använda i studier publicerade i internationella forskningssammanhang, men det finns inga normeringsvärden kopplade till en svensk population. Normeringsvärden kan exempelvis vara värdefulla för att testerna senare ska vara användbara i utredningssammanhang eller för att kunna beskriva kliniska gränsvärden¹. Syftet med denna rapport är att undersöka de två bedömningsinstrumentens reliabilitet och validitet vid en svensk normering.

¹ Poängvärden för ett enskilt barn som vida avviker från eller överstiger det poängvärde som barn vanligtvis erhåller på bedömningsinstrumentet.

Förändringsarbete i familj och skola utgör viktiga områden för insatser när det gäller att främja och stödja barns psykosociala utveckling (Bremberg, & Eriksson, 2010; Vinnerljung et al., 2010; Berlin et al., 2011). En genomförd skolgång är betydande, eftersom skolmisslyckanden (oavsett socioekonomisk status) visat sig vara förknippade med psykosociala problem självmordsförsök och missbruk (Vinnerljung et al. 2010; Berlin et al. 2011; Gauffin et al. 2013). Psykosociala problem kan i sin tur innebära samspelsproblem, vilka kan uppmärksammas av omgivningen som beteendeproblem hos individen. Beteendeproblem (exempelvis trots, aggressivitet, impulsivitet och annat störande beteende) som är repetitiva och beständiga är vanliga skäl till att barn och unga blir föremål för insatser inom socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri (Watt et al. 2007; Feinfield & Baker, 2004; Lagerberg & Sundelin 2000). Ju tidigare barn uppvisar beteendeproblem, desto större är risken för långsiktiga och ihållande problem (Patterson et al. 2000; Moffitt 2003; Frick 2004; Webster-Stratton et al. 2011; Smith et al. 2014; Franken et al. 2015). I skolan (inklusive förskolan) kan man tidigt upptäcka beteendeproblem som sker utanför familjen. När det gäller att reducera beteendeproblem utgör skolan en betydande arena (Wilson & Lipsey 2007). För att bedöma allvarlighetsgraden i ett barns beteende behövs sunda tillvägagångssätt. Bedömningsinstrument är ett sätt som kan hjälpa oss att utveckla indikationer på vilka barn som kan vara i behov av stöd.

Conner's Teacher Rating Scale (CTRS)

Conner's skattningsskala för lärare (CTRS) har funnits i drygt ett halvt sekel. Skattningsskalan presenterades första gången i en forskningsrapport i början av 1960-talet (Conners et al. 1998). Huvudsakligen utvecklades CTRS för att få indikationer på problemets art och omfattning för att hjälpa kliniker och forskare att bedöma situationen för barn. Sådan information ses i sammanhanget som en nödvändig del i utredning, diagnosticering och behandlingsförlopp. Originalskalan var en skala med 39 påståenden eller frågor (CTRS-39), men har förekommit med 28 (CTRS-28) till 48 (CTRS-48) (Goyette, Conners et al. 1978). Det finns olika versioner översatta till flera språk och varierande versioner är i bruk. Vår studie använder en CTRS-28 skala.

CTRS-28 består av 28 påståenden eller frågor. Dessa representerar vanliga beteendeproblem hos barn som kan observeras av en lärare, exempelvis "kan inte hålla sig stilla", "grälar med vuxna" eller "avbryter eller tränger sig på andra (t.ex. lägger sig i andras samtal eller lekar)". Läraren ombeds ta ställning till "hur mycket detta har varit ett problem den senaste månaden?". Svaren bygger på en fyrgradig semantisk skala mellan 0 (stämmer inte alls (aldrig, sällan)) till 3 (stämmer mycket bra (mycket ofta, mycket vanligt)). De olika påståendena/frågorna gemensamt bildar underlag för tre dimensioner; Hyperaktivitet, Trotsproblem och Ouppmärksamhetsproblem.

De psykometriska proportionerna av CTSR skalorna har redovisats i olika publikationer med flera åldersgrupper och sammanhang (Conners et al. 1998; Gerhardstein et al. 2003). Olika studier har pekat på att de tre dimensionerna kan innehålla olika enskilda påståenden/frågor i faktoranalyser. I publikationerna finns många indelningar av påståenden/frågor i de tre dimensionerna, men Gerhardstein et al. (2003) presenterar ett förslag till en konsensusindelning som vår studie bygger på, nämligen att; hyperaktivitet har 13 påstående/frågor, Trotsproblem 5 påstående/frågor och Ouppmärksamhetsproblem har 7 påstående/frågor. Tre påstående/frågor är kontrollfrågor som inte ingår i någon av dimensionerna.

Sutter-Eyberg Student Behaviour Inventory - Revised (SESBI-R)

SESBI-R utvecklades för att undersöka frekvensen av problembeteende i både förskola och grundskola, samt för att undersöka lärares upplevelser av dessa problem (Eyberg & Pincus 1999). Tanken med SESBI-R är att identifiera enskilda barn i åldern 2-16 år, både vid en undersökning av ett enskilt barn eller vid screening av en hel för- eller grundskola (Querido & Eyberg 2003). Ändamålet är att synliggöra preventions- eller interventionsbehov. Till skillnad från andra lärarskattningar, exempelvis Teacher Rating Form (Achenbach & Rescorla 2001) eller Conners Teacher Rating Scale (Conners et al. 1998) som uteslutande mäter frekvensen av symptom, mäter SESBI-R även om symptomen är ett problem för läraren att hantera.

Skattningsskalans design är fristående från vedertagna diagnoser. Den består av 38 enskilda frågor eller påståenden. Dessa representerar vanliga beteendeproblem bland barn som kan observeras av en lärare i här och nu situationer (exempelvis "får raseriutbrott", "kräver uppmärksamhet från läraren" eller "har svårt att komma in i nya grupper"). Läraren ombeds att på en sjugradig semantisk skala mellan 1 (aldrig) och 7 (alltid) skatta utifrån frågan: "Hur ofta uppför sig eleven på beskrivet sätt?". Sammantaget bildar svaren en *Intensitetsskala (IS)*. Intensitetsskalan har en poängvidd mellan 38-266, där ett högt värde representerar en hög frekvens av beteendeproblem. Vidare ombeds läraren ange om beteendeproblemet upplevs som ett problem för sig själv utifrån frågan: "Upplever du det som ett problem". *Problemskala (PS)* besvaras ja (1) eller nej (0) och har en poängvidd mellan 0 och 38, där ett högre värde representerar mer upplevda problem med barnet.

De psykometriska proportionerna av SESBi-R har undersökts i flera studier med tillfredsställande resultat både utifrån reliabilitet och validitet. Cronbach's alpha för IS har rapporterats vara .98 och varje påstående/frågas korrelation till totalskalan var i snitt .76. För PS var motsvarande värden för Cronbach's alpha .96 och korrelation .65 (Eyberg & Pincus 1999). En norsk studie (Kirkhaug et al. 2012) har visat på liknade resultat. För PS Cronbach's alpha .97, var varje påstående/frågas korrelation till totalskalan i snitt .69 och för IS Cronbach's alpha .96, varje påstående/frågas korrelation till totalskalan i

snitt.49. Vidare har skalan visat sig stabil med en test-retest på .87 och .93 för respektive PS och IS (Eyberg & Pincus 1999).

IS har också undersökts genom en flerfaktorlösning (exploratorisk faktoranalys), vilken har visat på både enfaktors- (Funderburk et al. 2003) och tvåfaktorslösningar (Rayfield et al. 1998; Floyd et al. 2004; Kirkhaug et al. 2012). Tvåfaktorlösningen indikerar att IS kan delas in i en skala för beteendeproblem och en för uppmärksamhetsproblem. Indelningen i två skalar av IS kan möjligtvis underlätta användandet av SESBI-R som en skala för att indikera olika problemområden.

Normeringen

Vår studie presenterar normativa data för CTRS-28 och SESBI-R i Sverige och tar hänsyn till kön och ålder. Reliabilitet och validitet undersöks och diskuteras. Undersökningsgruppen är utvald för att väl representera lärares beskrivningar av elever i Sverige.

Metod

Undersökningsgruppen

Studien har utförts i Sverige, ett litet land uppdelat i 290 kommuner och med en befolkning om knappt tio miljoner invånare. Kommunerna har delats in i nio grupper utifrån följande strukturella parametrar hämtade från Sveriges kommuner och landsting (SKL 2011). För att få spridning på underlaget valdes tre kommungrupper²; Grupp 1 (huvudstadsregion, kommun med över 200,000 invånare), Grupp 3 (storstad, kommun med 50,000-200,000 invånare och mer än 70 procent stadsområde) och Grupp 6 (tillverkning, kommun med 40 procent av befolkningen sysselsatta inom tillverkning och industri). Nationell statistik för de fyra variablerna ålder, etnicitet, arbetslöshet och boendeformstad hämtades in för respektive kommungrupp från SCB. Tre kommuner valdes ut i södra Sverige med liknande sammansättning som den nationella kommungrupp de tillhör. I varje kommun valdes de städer ut som hade matchande sammansättning som kommunen i sin helhet (härefter kallade Stad 1, Stad 3 och Stad 6). Skolorna valdes utifrån tillgänglig statistik över skolans upptagningsområde. När flera skolor kunde inkluderas rangordnades förfrågan att medverka dem emellan slumpmässigt med hjälp av tärning.

Våra inkluderingskriterier för skolorvalet var att det skulle vara en kommunal grundskola (åk 0-9, ålder 6-16) med fler än 150 elever. Tre skolor i Stad 1 var kvalificerade. Den andra skolan som tillfrågades accepterade att delta (Skola 1). I Stad 3 fanns en tydlig rangordning utifrån våra kriterier. Skola nummer två tackade ja (Skola 3). Stad 6 var så pass liten att där endast fanns två skolor (en med åk 0-6 samt en med åk 7-9) som uppfyllde kriterierna. Båda tackade ja till att delta. Sammantaget blev det totalt fem skolor och minst tio klasser per kommun.

Lärarna som deltog valdes utifrån att de skulle vara huvudlärare och ha undervisat klassen den senaste terminen. Om fler än en lärare var kvalificerad gjordes valet dem emellan slumpmässigt med hjälp av tärning. Alla tillfrågade lärare valde att medverka i studien. Det gör totalt 33 lärare som skattat sammanlagt 623 elever i 37 skolklasser. Urvalet omfattade 46 procent flickor och 54 procent pojkar. Eleverna är för oss anonyma. I genomsnitt skattade varje lärare 18,9 ($s=5,6$) elever. De ombads att inte göra alla skattningar samtidigt utan sprida ut dem över en period om 4-5 veckor. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan kön och årkurs ($\chi^2=9,13$, $df=9$, $p=0,43$).

² Numreringen på grupperna följer numreringen av kommunerna i SKLs indelning av dessa.

Mätinstrument

CTRS-28 och SESBI-R har beskrivits tidigare i texten, men ytterligare en skala måste användas för att göra en svensk normering av dessa två bedömningsinstrument. För att etablera en referensskala till de två skalor som är i fokus, användes den lärarskattningsskala som sannolikt är den mest använda nationellt och internationellt (Achenbach & Rescorla 2001; Rescorla et al. 2007) och som tidigare har undersökts för svensk normering (Olsson et al. 2012), nämligen Teacher Report Form (TRF).

TRF vänder sig till lärare som skattar barn i åldrarna 6-18 år (Achenbach & Rescorla 2001). Den består av 118 påståenden/frågor. Dessa delas in i åtta syndromskalor. *Ångest/depression*, *Tillbakadragen/inbunden* och *Kroppsliga symptom* formar tillsammans samlingsskalan **Inåtvända problem**. *Anti-socialt beteende* och *Aggressivitet* formar samlingsskalan **Utagerande problem**, medan **Sociala problem**, **Tankeproblem** och **Uppmärksamhetsproblem** är tre fristående syndromskalor. Uppmärksamhetsproblem delas i upp i två subskalor: *Bristande uppmärksamhet* och *Hyperaktivitet/impulsivitet*. Summan av alla frågor ger skalan **Total symtombelastning**. Totalt finns det således 13 TRF-skalor som utgör olika mått på syndrom. Läraren skattar elevens eventuella beteendeproblem från "stämmer ej (såvitt du vet)" (0) till "stämmer mycket bra, eller ofta" (2). I denna rapport använder vi oss av skalorna Uppmärksamhetsproblem (C alpha=.94), Bristande uppmärksamhet (C alpha = .92), Hyperaktivitet/impulsivitet (C alpha=.92), Antisocialt beteende (C alpha=.90), Aggressivitet (C alpha=.95), Inåtvända problem (C alpha=.86) och Utåtvända problem (C alpha=.96).

Statistisk analys

För att sammanfatta, jämföra och analysera resultatet användes reliabilitetstest, deskriptiv statistik, ANOVA, ANCOVA och korrelationsanalys. Cohen (1988) har föreslagit att ett absolut tal (r-värde) mellan 0,1 och 0,3 indikerar en svag korrelation, mellan 0,3 och 0,5 en måttlig korrelation och mellan 0,5 och 1,0 indikerar en stark korrelation. För att analysera reliabilitet beräknades Cronbach alpha, vilket anses vara ett vedertaget tillvägagångssätt att undersöka reliabilitet (Magnusson 2003). För att analysera validitet, bedömdes kriterievaliditeten. Streiner & Norman (2008) menar att korrelationen bör vara minst 0,8 på gruppnivå för god kriterievaliditet. De statistiska analyserna gjordes med hjälp av SPSS.

Resultat

Inledningsvis presenteras reliabilitetsanalysen enligt Cronbach's alpha och medelvärden för de olika skalorna (råpoäng). Därefter följer jämförelser mellan skolorna i de tre städerna (tabell 1, 4), samt avseende kön och ålder (tabell 1-4) och slutligen en korrelationstest av skalorna till relevanta TRF-skolor (tabell 5).

Tabell 1. Cronbach's alpha och medelvärde för CTRS-28 och SESBI-R uppdelat på kön och ålder.

	C alpha (n=623)	Total (n=623)	Spirdning (n=623)	Flickor (n=284)	Pojkar (n=339)	m (s)	Barn (n=426)	m (s)	Högstadi- elever (n=197)
CTRS-28									
1. Hyper- aktivitet	.96	3.6 (7.1)	0-39	1.6 (4.0)	5.2 (8.6)***		3.8 (7.2)		3.1 (6.9)**
2. Trots- problem	.93	1.0 (2.6)	0-15	0.5 (1.7)	1.5 (3.1)***		0.9 (2.5)		1.2 (2.9)*
3. Oupp- märksamhet	.92	2.6 (4.1)	0-21	1.6 (2.8)	3.4 (4.8)***		2.5 (3.9)		2.7 (4.6)**
SESBI-R									
4. Intensitet	.98	62.9 (37.4)	38- 262	52.3 (24.6)	71.8 (43.6)***		63.6 (36.8)		61.5 (38.9)**
5. Problem	.96	3.5 (7.2)	0-37	1.9 (5.1)	4.9 (8.4)***		3.4 (6.9)		3.9 (7.7)*

(t-test) *p<.05, **p<.01, ***p<.001 m (s) = medelvärde (standardavvikelse)

Cronbach's alpha för CTRS-28 och SESBI-R

Alpha-koefficienterna är sammanfattade i tabell 1 ovan. De tre olika skalorna i CTRS-28 och de två skalorna i SESBI-R visar alla på starka korrelationer (>.91). Tre skolor visar ett alphavärde över .95 (CTRS-28: Hyperaktivitet och SESBI-R: Intensitet och Problem).

Fördelning av lärarnas skattningar av eleverna

Urvalet i studien består av en population som är att betrakta som en normal-population, vilket innebär att det bör finnas en förväntad skevhet i materialet (se figurer i appendix). Lärarna har skattat lägsta möjliga poäng på elever enligt de symptom som adresseras av skalorna (n=623) i följande fall: På CTRS-28:s tre skolor har lärarna rapporterat inga problem alls enligt skalorna på mellan

46-76 % av eleverna (Hyperaktivitet 52 %, Trotsproblem 76 % och Ouppmärksamhet 46 %) och på SESBI-R:s två skalor mellan 20-58 % (Intensitet 20 % och Problem 58 %).

Lärarna har utifrån CTRS-28 och SESBI-R rapporterat skillnader utifrån kön på samtliga subskalor på en trestjärnig signifikansnivå (tabell 1). Pojkar rapporteras med signifikant högre poäng på samtliga skalor jämfört med flickor. På de enskilda frågorna användes samtliga svarsalternativ för pojkar (n=339) på både CTRS-28 och SESBI-R. För flickor (n=284) användes tre av fyra möjliga svarsalternativ på sex av CTRS-28:s enskilda frågor. Fem av dessa frågor berör subskalan Hyperaktivitet. I SESBI-R har lärarna inte använt alla svarsalternativ i 24 av de 38 frågorna på Intensitetsskalan. Oftast har åtminstone sex av sju alternativ använts (i 17 av 24 frågor), men i sex frågor har fem alternativ använts och i en fråga endast fyra alternativ. Högstadiel elever rapporterades med högre poäng på CTRS-28:s Trotsproblem och Ouppmärksamhet samt SESBI-R:s Problemskala. Barn rapporterades med högre poängssummor på CTRS-28 Hyperaktivitet och SESBI-R Intensitetsskala. Vår bedömning är därför att elevernas kön och ålder bör tas hänsyn till vid såväl rapportering av poäng som vid tolkning av poängsummorna för såväl CTRS-28 som SESBI-R.

Tabell 2. CTRS-28 och SESBI-R med hänsyn till kön och ålder.

	Barn		Högstadiel elever	
	Flickor (n=205) m (s)	Pojkar (n=221) m (s)	Flickor (n=79) m (s)	Pojkar (n=118) m (s)
CTRS-28				
1. Hyperaktivitet	1.7 (4.2)	5.8 (8.7)***	1.2 (3.5)	4.3 (8.2)**
2. Trotsproblem	0.4 (1.6)	1.4 (2.9)***	0.6 (2.0)	1.6 (3.3)*
3. Ouppmärksamhet	1.7 (2.8)	3.3 (4.5)***	1.5 (2.8)	3.6 (5.4)**
SESBI-R				
4. Intensitet	52.8 (24.8)	73.4 (42.9)***	50.9 (24.4)	68.7 (44.8)**
5. Problem	1.8 (5.1)	4.8 (8.1)***	2.1 (5.1)	5.0 (8.9)*

(t-test) *p<.05, **p<.01, ***p<.001 m (s) = medelvärde (standardavvikelse)

Om man vid tolkningen tar hänsyn till elevernas kön och ålder i lärarnas rapportering kan det uppfattas som att det är kön snarare än ålder som ger utslag i de olika skalorna (Tabell 2). Men en kontroll av såväl kön som ålder visar att kön bidrar signifikant till skillnaden (ANCOVA) i alla skalor och att ålder

(årskurs) bidrar till skillnaden i Hyperaktivitet (CTRS-28: ANCOVA, $F=13,5$, $p<0.001$) och Intensitet (SESBI-R: ANCOVA, $F=9,5$, $p<0.01$). Sammantaget innebär detta att större vikt bör ges kön framför ålder vid rapportering till och tolkning av poängsummorna.

För att använda bedömningsinstrumentet vid screening eller en sållningsprocedur behövs ett kliniskt gränsvärde fastställas. Kliniskt gränsvärde är poängen på ett kontinuum av poäng uppdelat i två olika grupper; en grupp som representerar individer utan problem och en klinisk grupp med problem (Jacobson et al. 1984). Den kliniska gruppen ska skilja sig från vad som är att betrakta som "normal spridning" i en population. Ett värde på skalan som medför att individen tillhör en klinisk grupp indikerar på ett eventuellt hjälpbehov.

Tabell 3. Kliniska gränsvärden (90 percentilen) för CTRS-28 och SESBI-R.

	Alla (n=623)	Flickor (n=284)	Pojkar (n=339)
CTRS-28			
1. Hyperaktivitet	13	5	18
2. Trotsproblem	4	1	5
3. Ouppmärksamhet	9	6	11
SESBI-R			
4. Intensitet	117	75	138
5. Problem	12	7	17

Fastställandet av det kliniska gränsvärdet bygger på spridningen kring medelvärdet. Det finns flera sätt att redovisa denna spridning (Tyler, 1971). Det kliniska gränsvärdet utifrån den 90 percentilen innebär att om en individ har en poängsumma över detta värde, skiljer den sig mot vad 90 % av individerna har för poängsumma i undersökningspopulationen. Det går att använda medelvärde och standardavvikelser för att välja ett kliniskt gränsvärde. Vanligtvis i dessa sammanhang framhålls den 90 percentilen som gränsvärde, men medelvärde och standardavvikelse redovisas mera frekvent i enskilda studier av specifika populationer.

Tabell 4. CTRS-28 och SESBI-R med hänsyn till kön och kommun.

	Stad 6		Stad 3		Stad 1	
	Flickor (n=102) m (s)	Pojkar (n=109) m (s)	Flickor (n=99) m (s)	Pojkar (n=111) m (s)	Flickor (n=83) m (s)	Pojkar (n=119) m (s)
CTRS-28						
1. Hyperaktivitet	0.9 (2.2)	3.9 (7.0)	1.3 (3.4)	4.9 (8.3)	2.7 (5.9)	6.9 (9.9)
2. Trotsproblem	0.2 (0.8)	0.9 (1.9)	0.4 (1.7)	1.2 (2.7)	0.9 (2.4)	2.2 (4.0)
3. Ouppmärksamhet	1.5 (2.6)	2.4 (3.9)	1.3 (2.4)	2.7 (4.6)	2.2 (3.3)	4.9 (5.4)
SESBI-R						
4. Intensitet	47.5 (13.3)	61.9 (33.5)	50.4 (22.2)	65.9 (39.9)	60.5 (34.5)	86.3 (50.9)
5. Problem	1.0 (2.4)	3.8 (6.9)	1.8 (4.9)	4.5 (8.3)	3.3 (7.1)	6.3 (9.5)

m (s) = medelvärde (standardavvikelse)

Lärarnas svar är inhämtade från tre kommuner. Oavsett vilken stad/kommun eleven tillhörde, rapporterade lärarna signifikant högre poäng på pojkarna i jämförelse med flickorna (ANCOVA, Hyperaktivitet, $F=42,0$, $p< 0.001$; Trotsproblem, $F=22,0$, $p< 0.001$; Ouppmärksamhet, $F=28,6$, $p< 0.001$; Intensitet $F=42,8$, $p< 0.001$; Problem $F=25,5$, $p< 0.001$). En lärare i en större stad rapporterade signifikant högre poäng på sin elevgrupp (skolklass) i jämförelse med en lärare i en mindre stad (ANCOVA, Hyperaktivitet, $F=6,6$, $p= 0.01$; Trotsproblem, $F=8,8$, $p< 0.001$; Ouppmärksamhet, $F=11,1$, $p< 0.001$; Intensitet $F=16,0$, $p< 0.001$; Problem $F=5,9$, $p= 0.03$). Dessa signifikanta skillnader finns inte när kön och stad kombineras (ANCOVA, Hyperaktivitet, $F=0,3$, $p= 0.7$; Trotsproblem, $F=0,9$, $p=0,4$; Ouppmärksamhet, $F=2,8$, $p=0,06$; Intensitet $F=1,6$, $p< 0.2$; Problem $F=0,2$, $p= 0.9$). Detta innebär sammantaget att fler elever förväntas rapporterade över det kliniska gränsvärdet i Stad 1 jämfört med i Stad 3 och Stad 6.

Samband mellan närliggande operationaliserade begrepp

Enskilda påståenden/frågor i en skala kan tillsammans bilda ett operationaliserat begrepp som varierar utifrån en poängsumma. Flera enskilda påståenden/frågor i CTRS-28, SESBI-R och TRF liknar varandra, vilket innebär att närliggande begrepp (subskalor) förväntas ge höga värden för korrelation.

Tabell 5. Korrelation för påståenden/frågor i skalorna CTRS-28, SESBI-R och sju TRF skalor.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
CTRS-28	1. Hyperaktivitet	-	.7	.7	.9	.8	.8	.5	.9	.6	.8	.1	.8
			7	3	0	4	2	7	2	7	4	8	2
	2. Trotsproblem	.7	-	.6	.8	.8	.6	.4	.7	.8	.9	.2	.9
SESBI-R		4		5	6	4	8	9	5	2	1	7	2
	3. Ouppmärksamhet	.6	.4	-	.8	.7	.8	.8	.6	.7	.6	.4	.7
		2	3		1	5	9	8	9	1	9	4	3
TRF	4. Intensitet	.8	.8	.6	-	.9	.8	.6	.8	.7	.9	.3	.9
		6	2	5		2	7	8	9	8	1	5	1
	5. Problem	.8	.8	.6	.8	-	.8	.6	.8	.7	.9	.2	.9
TRF		4	0	2	4		2	2	7	7	1	7	0
	6. Uppmärksamhetsproblem	.7	.5	.8	.7	.7							
		6	9	6	8	7							
	7. Bristande uppmärksamhet	.5	.3	.9	.5	.5							
		0	6	0	7	7							
	8. Hyperaktivitet/impulsivitet	.8	.7	.5	.8	.8							
		8	3	3	2	1							
	9. Antisocialt beteende	.5	.7	.4	.6	.6							
		6	5	5	1	7							
	10. Aggressivitet	.7	.9	.4	.8	.8							
		7	3	2	4	1							
	11. Inåtvända problem	.2	.2	.3	.3	.2							
		0	4	6	5	6							
	12. Utagerande problem	.7	.9	.4	.8	.8							
		4	3	6	1	2							

Alla korrelationer är signifikanta ($p < .01$) Flickor $n=284$ (under diagonal) Pojkar $n=339$ (över diagonal).

Inom CTRS-28:s och SESBI-R:s subskalor finns det en måttlig till stark korrelation för både pojkar och flickor (tabell 5). Mellan de tre skalornas subskalor har liknande operationaliserade begrepp en korrelation som tyder på god krite-
rievaliditet ($r > .80$, markerat i tabell 5 med fetstil). Exempelvis har subskalor som mäter begrepp som innehåller aggressivitet stark korrelation (CTRS-28 Trotsproblem och TRF Aggressivitet). Aggressivitet är ett problematiskt beteende, vilket även visar sig i en stark korrelation mellan TRF Aggressivitet och SESBI-R skalorna.

Diskussion

Denna första svenska normering av CTRS-28 och SESBI-R bygger på att 33 lärare (klassföreståndare) från fem grundskolor skattat sina 623 elever. Resultaten står sig väl i jämförelse med tidigare studier utifrån reliabilitet och validitet. Vi har funnit skillnader mellan kön och mellan grundskolor (orter), men ingen genomgående skillnad i ålder. Resultaten diskuteras både generellt och specifikt för varje skala nedan.

Skalornas reliabilitet utifrån Cronbach's alpha var genomgående hög ($>.92$). Det högsta värdet var $.98$ (SESBI-R, Intensitet), vilket indikerar att flera enskilda påståenden kan handla om samma sak och att antalet påståenden skulle kunna reduceras. Ju fler frågor ett formulär består av desto längre tid tar det att fylla i. Det kan även handla om att frågorna förväntas mäta möjliga problem men att flera elever i en normalpopulation förväntas bli skattade som utan problem. Lärarna skattade inga problem på mellan 20-76 % av eleverna (se figur 1-5 i appendix), vilket kan vara en förklaring till genomgående höga Cronbach's alpha. Om en population inkluderar även en välkänd klinisk population kan detta resultera i ett annat värde på Cronbach's Alpha. Reliabiliteten i vår studie får anses vara god. Marginalen till ett för lågt värde ($<.50$) (Schmitt 1996), är tämligen stor.

I en normalpopulation är skalornas poäng normaldistribuerade med skevhet mot lägre rapporterade problemnivåer, vilket är åt vänster i kontinuumet (se figur 1-5 i appendix). Resultaten är förväntade och liknar resultaten i andra normeringsstudier i normalpopulationer världen över (Rescorla et al. 2007; Rescorla et al. 2012). Skevheten är förväntad. Den population som har valts i denna studie bör representera barn som bedöms kunna gå i en "vanlig" skolklass. Detta innebär även att en stor del av barnen bör ha få eller inga av lärarna rapporterade symptom på problem. I en population med flera barn med känd problematik bör skalornas skevhet vara mindre påtaglig. Samtliga enskilda påståenden uppvisar viss variation, trots tydlig skevhet. Detta skiljer sig mot den tidigare gjorda svenska normeringen av TRF där tre enskilda påståenden inte hade någon variation alls (Olsson et al. 2012) och kunde ifrågasättas.

Korrelationen mellan de skalor som mäter samma begrepp visar på kriteri-validitet. CTRS-28 skalorna är specificerade mot mer avgränsade begrepp i vilka de även visar på tydliga och starka samband med samma avgränsade begrepp i TRF-skalan. SESBI-R skalorna har en bredare begreppsdefinition och visar även de flera starka samband med andra begrepp. Både CTRS-28 och SESBI-R har konstruerats för att mäta utåtagerande beteende och glädjande visar ingen av skalorna på starka samband med TRF-skalans inåtvända problem. Skevheten i normalfördelningen och viss varians i samtliga enskilda frågor gör att såväl CTRS-28 som SESBI-R får anses ha hög validitet.

Studier av bedömningsskalor har visat att medelvärdet varierar i olika länder och kulturer (Rescorla et al. 2007; Rescorla et al. 2012). Det pekar på vik-

ten av en svensk normering vid användandet av kliniska gränsvärden eller för att beskriva en population i förhållande till en normalpopulation. Den samlade skattade problemnivån i Sverige tycks ligga på en lägre nivå jämfört med andra länder (Rescorla et al. 2007; Rescorla et al. 2012). En möjlig förklaring är att i internationella studier som jämför skolelevers hälsofrämjande vanor har många svenska barn positiva levnadsvanor (Currie et al. 2008). Samtidigt pekar det på att jämförelser mellan länder bör ske med försiktighet.

Medelvärden kan även variera inom ett land. Eleverna i Stad 1 skattades av sina lärare till en högre sammanlagd poängsumma jämfört med vad som skedde i Stad 3 och Stad 6 på båda skalorna. Svenska normeringar av liknande skalor såsom Youth Self-Report (YSR) (Broberg et al. 2001), Child Behavioral Checklist (CBCL) (Larsson & Frisk 1999) påvisar skillnader utifrån boendesituation och socioekonomisk status (SES). Vi saknar uppgifter om SES, eftersom lärarna inte kan förväntas ha kunskap om elevernas familjesituation, till exempel föräldrarnas sysselsättning, utbildningsnivå eller inkomst. Resultaten ligger i linje med andra studier som jämfört landsbygd och stadsområde (Achenbach & Rescorla 2001). Lokala variationer inom en begränsad kontext är att förvänta och ett "användbart" nationellt medelvärde bör inkludera varierade regionala/lokala kontexter. Ett användbart nationellt medelvärde kräver att ett representativt urval tas fram för hela Sveriges variation (hela normalpopulationen och specifika subgrupper inom den, se exempelvis normeringen av SCL-90; Fridell et al 2002), vilket kan bli nästa steg i normeringen av CTRS-28 och SESBI-R. Denna studie är för närvarande det närmsta som finns för ett nationellt medelvärde.

Flickor och pojkar skattades olika av lärarna, vilket tidigare andra länders normativa studier av CTRS-28 (Kuntsi et al. 2000) och SESBI-R (Kirkhaug et al. 2012) också visat. Svenska normativa studier av liknande skalor (YSR, CBCL och TRF) har visat samma resultat (Larsson & Frisk 1999; Broberg et al. 2001; Olsson et al. 2012). Det innebär att jämförelser mellan olika populationer eller bedömningar av individer bör ta hänsyn till kön, en strategi som ofta föreslås för denna typ av skalor (Achenbach & Rescorla 2001).

Vår studie uppvisar inga entydiga skillnader i hur eleverna bedömdes i relation till ålder, ett resultat som till viss del överensstämmer med andra normativa studier av CTRS-28 (Kuntsi et al. 2000) och SESBI-R (Kirkhaug et al. 2012). Inga hänsyn behöver tas till ålder, eftersom det inte fanns uppenbara åldersskillnader i förhållande till problem mängd.

Det kliniska gränsvärdet presenteras här utifrån den 90:e percentilen, vilket är vanligt i liknade normativa studier (Scott & Melin 1998; Achenbach & Rescorla 2001; Axberg et al. 2008). Ett kliniska gränsvärde kan i screeningen användas för att få en uppfattning om vilken intensitet och längd en insats bör ha. För en klinisk bedömning kan det dock vara viktigt att välja ett mera särskiljande gränsvärde eller att jämföra med andra subpopulationer än dem vi presenterar gränsvärden för (tabell 3). Ett mera särskiljande gränsvärde vore ett

som ligger två standardavvikelser från medelvärdet i problemtyngdens riktning (se Tyler 1971).

CTRS-28 eller SESBI-R eller något annat

Det finns inget enkelt svar på vilken skala som ska användas, men det finns svar på vilka skalor som generellt bör undvikas. En standardiserad skala som har god reliabilitet och validitet är ofta tydligt strukturerad och ger en beskrivning av hur poängen ska räknas ut. En tumregel kan vara att ju mer strukturerad, desto mer reliabel och valid är skalan för att mäta förändring före och efter en insats eller för att mäta skillnader mellan olika populationer (Andershed & Andershed 2005). Användning i klinisk verksamhet för bedömningar gör sällan avtryck i vetenskapliga publikationer, men CTRS-28 och SESBI-R används frekvent i vetenskapliga studier och förekommer i många publikationer.

Med det sagt finns det några saker som måste tas hänsyn till vid valet av CTRS-28 och SESBI-R som bedömningsmetod. CTRS-28 har specificerade skalor som mäter mer preciserade begrepp än SESBI-R. Det är en fördel om ett mer avgränsat problem ska undersökas. Skalan har funnits länge, vilket kan tyda på antingen att det är en användbar skala eller att skalan används i brist på alternativ. Ett problem är att det finns olika versioner och flera svenska översättningar, vilket kan upplevas som förvirrande. SESBI-R finns endast i en version på svenska. Den senare mäter dessutom upplevelsen av om ett specifikt symptom är ett stressande problem för den som utför skattningen. SESBI-R är licensierad, vilket gör att användningen av den är kopplad till en kostnad.

Skalor som har låg struktur eller vars psykometriska proportioner inte har undersökts bör undvikas. Däremot kan man i uppbyggandet av en psykometrisk skala vara tvungen att göra avsteg från detta krav, men då krävs en medvetenhet om att skalan inledningsvis har ett annat syfte än att användas som bedömningsinstrument.

Kliniska implikationer

Kliniskt arbete består ofta av bedömningar, både vid inkludering och exkludering av en individ i en insats. Både CTRS-28 och SESBI-R kan användas för detta. Uppenbart är att kliniska gränsvärden kan användas för att bistå i att avgöra om en enskild individ är i behov av en insats (screening). Dessutom kan behandlingsframgång bedömas med stöd i en skattningsskala. Till exempel kan en kliniskt signifikant reduktion av symptom vara svår att fastställa och behöver i och för sig inte vara aktuellt om en intervention inte ämnar förändra uppvissade symptom (Kazdin 1999). Men ett sätt att få en indikation på klinisk signifikant symptomreduktion kan exempelvis beskrivas som en reduktion med 30 % mindre poäng på en skala före och efter intervention för en enskild individ (Webster-Stratton et al. 1989). Ett annat exempel är att en individs symptomreduktion poängmässigt motsvarar en standardavvikelse i en normalpopulation före och efter intervention (Hansson & Olsson 2012). Skalor som CTRS-28

och SESBI-R kan hjälpa en kliniker att bedöma när en individ är i behov av insats och när en framgångsrik symptomreduktion är uppnådd, det vill säga när en insats kan avslutas eller övergå i en annan insats.

Implikationer för forskning

En normerande studie som denna presenterar värden som kan användas för att bland annat undersöka individuella förändringar. Det finns individorienterade tillvägagångssätt för att beräkna kliniskt signifikanta förändringar hos individer; Reliable Change Index (RCI) (Jacobson et al. 1984; Jacobson & Truax 1991; Jacobson et al. 1999). RCI beskriver om storleken i en förändring är statistiskt tillförlitlig. Det finns studier som visar att det är ett intressant tillvägagångssätt (se exempelvis Burgess et al. 2009). RCI ger exempelvis möjlighet att undersöka kliniskt relevanta effekter och bieffekter för enskilda individer till följd av en intervention.

Slutsatser

Genom vår studie finns nu normativa data som grund för att använda CTRS-28 och SESBI-R i Sverige. Skalorna har de psykometriska proportioner som krävs för att kunna anses som reliabla och valida. Vi pekar på en del användningsområden och hoppas inspirera kliniker och forskare att använda både CTRS-28 och SESBI-R i olika sammanhang för att vidare utveckla vår kunskap om dem i svenska förhållanden. Vi anser att lärarens perspektiv är viktigt att ta hänsyn till och bristen på normerade skattningsskalor behöver till följd av vår studie inte längre vara ett hinder. Elevers uppvisade beteendeproblem påverkar skolgången (Vinnerljung et al. 2005; Berlin et al. 2011; Gauffin et al. 2013; Forsman et al. 2016), vilket synliggör behovet av ett systematiskt komplement för att göra bedömningar av elevers problem utifrån lärares upplevelser.

Referenser

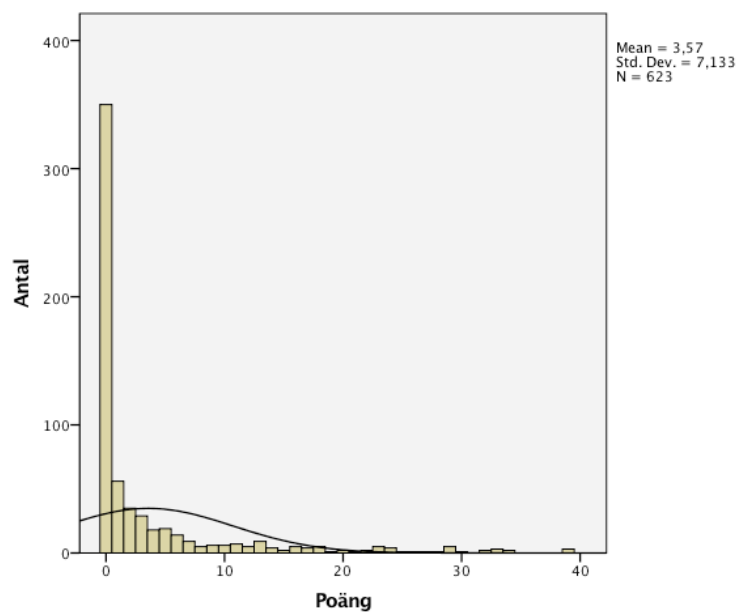
- Achenbach, T. & L. Rescorla (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington, University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Andersson, I. (2016). *Epidemiologi för hälsovetare : en introduktion*. Lund : Studentlitteratur, 2016 (Polen) 2., [utök.] uppl.
- Andershed, H. & A.-K. Andershed (2005). *Normbrytande beteende i barndomen. Vad säger forskningen?* Stockholm, Gothia.
- Axberg, U., J. Johansson Hanse & A. Broberg (2008). "Parents' description of conduct problems in their children - A test of the Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) in a Swedish sample aged 3-10." *Scandinavian Journal of Psychology* 49: 497-505.
- Berlin, M., B. Vinnerljung & A. Hjern (2011). "School performance in primary school and psychosocial problems in young adulthood among care leavers from long term foster care." *Children and Youth Services Review* 33: 2489-2497.
- Broberg, A., K. Ekeröth, P. Gustafsson, K. Hansson, B. Hägglöf, T. Ivarsson & B. Larsson (2001). "Self-reported competencies and problems among Swedish adolescents: a normative study of the YSR." *European Child & Adolescent Psychiatry* 10: 186-193.
- Burgess, P., J. Pirkis & T. Coombs (2009). "Modelling candidate effectiveness indicators for mental health services." *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 43(6): 531-538.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates.
- Conners, C., G. Sitarenios, J. Parker & J. Epstein (1998). "Revision and Restandardization of the Conners Teacher Rating Scale (CTRS-R): Factor Structure, Reliability, and Criterion Validity." *Journal of Abnormal Child Psychology* 26(4): 279-291.
- Currie, C., S. Gabhain, E. Godeau, C. Roberts, R. Smith, D. Currie, W. Picket, M. Richter, A. Morgan & V. Barnekow, Eds. (2008). *Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children*. Edinburgh, Child and adolescent health research unit, University of Edinburgh.
- Eyberg, S. & D. Pincus (1999). *Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) and Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised (SESBI-R)*. Odessa, Psychological assessment resources.
- Floyd, E., A. Rayfield, S. Eyberg & J. Riley (2004). "Psychometric properties of the Sutter-Eyberg student behavior inventory with rural middle school and high school children." *Assessment* 11(1): 64-72.
- Forsman, H., L. Brännström, B. Vinnerljung & A. Hjern (2016). "Does poor school performance cause later psychosocial problems among children in

- foster care? Evidence from national longitudinal registry data." *Child Abuse & Neglect* 57: 61-71.
- Franken, A., Z. Harakeh, W. A. M. Vollebergh, T. E. Moffitt, C. E. G. Steglich & J. K. Dijkstra (2016). "The Role of Self-Control and Early Adolescents' Friendships in the Development of Externalizing Behavior: The SNARE Study." *Journal of Youth and Adolescence*. 45 (9):1800–1811
- Frick, P. J. (2004). "Developmental pathways to conduct disorder: Implications for serving youth who show severe aggressive and antisocial behavior." *Psychology in the Schools* 41(8): 823-834.
- Fridell, M., Z. Ceasarec, M. Johansson & S. Malling Andersen (2002). Symptoms checklist 90 SCL-90; Svensk normering, standardisering och validering av symptomskalan. Stockholm, Statens institutionsstyrelse.
- Funderburk, B., S. Eyberg, B. Rich & L. Behar (2003). "Further Psychometric Evaluation of the Eyberg and Behar Rating Scales for Parents and Teacher of Preschoolers." *Early Education & Development* 14(1): 67-81.
- Gauffin, K., B. Vinnerljung, M. Fridell, M. Hesse & H. A. (2013). "Childhood socio-economic status, school failure and drug abuse: A Swedish national cohort study. ." *Addiction* 108: 1441-1449.
- Gerhardstein, R., C. Lonigan, K. Cukrowicz & J. McGuffey (2003). "Factor Structure of the Conners' Teacher Rating Scale-Short Form in a Low-Income Preschool Sample." *Journal of Psychoeducational Assessment* 21: 223-243.
- Goyette, C., C. Conners & R. Ulrich (1978). "Normative Data on Revised Conners Parent and Teacher Rating Scales 1." *Journal of Abnormal Child Psychology* 6(2): 221-236.
- Hansson, K. & M. Olsson (2012). "Effects of Multidimensional treatment fostercare (MTFC) – Results from a RCT Study in Sweden." *Children and Youth Services Review* 34: 1929-1936.
- Jacobson, N., W. Follette & D. Revenstorf (1984). "Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance." *Behavior Therapy* 15: 336-352.
- Jacobson, N., L. Roberts, S. Berns & J. McGlinchey (1999). "Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: description, application, and alternatives." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67(3): 300-307.
- Jacobson, N. & P. Truax (1991). "Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59(1): 12-19.
- Kazdin, A. (1999). "The meanings and measurement of clinical significance." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67(3): 332-329.
- Kirkhaug, B., M. Drugli, W.-T. Mørch & B. Helge (2012). "Teacher Report of Children's Problem Behavior on The Sutter– Eyberg Student Behavior Inventory—Revised (SESBI-R) in a Norwegian Sample of Preschool and

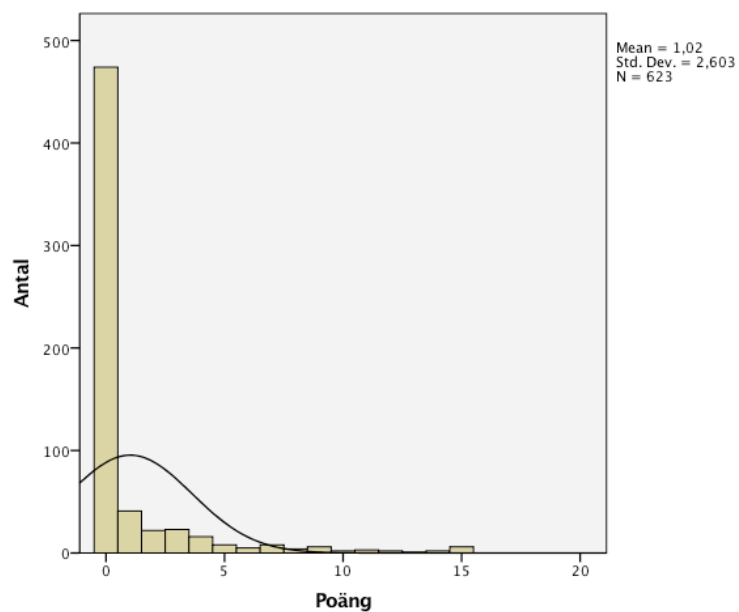
- School Children." *Scandinavian Journal of Educational Research* 56(2): 139–153.
- Kuntsi, J., D. Barrett, E. Canning and N. Karia (2000). "The Conners' Teacher Rating Scale (CTRS-28) applied to a U.K. sample." *Journal of Attention Disorders* 3(4): 229-237.
- Larsson, B. and M. Frisk (1999). "Social competence and emotional/behaviour problems in 6-16 year-old Swedish school children." *European Child & Adolescent Psychiatry* 8: 24-33.
- Magnusson, D. (2003) *Testteori*. Stockholm, Psykologiförlaget.
- Moffitt, T. E. (2003). Life-course persistent and adolescence-limited antisocial behavior: A 10-year research review and a research agenda. I: B. B. Lahey, T. E. Moffitt and A. Caspi (eds). *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency*. New York, Guilford Press.: 49-75.
- Olsson, M., K. Hansson & M. Söderlind (2012). *Teacher-reported Emotional and Behavioural Problems in 6-16 year-old Swedish Pupils*. Umeå, Department of Clinical Sciences, Umeå University.
- Patterson, G. R., D. S. DeGarmo & N. Knutson (2000). "Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points in the same process?" *Development of Psychopathology* 12: 91-106.
- Querido, J. & S. Eyberg (2003). "Psychometric Properties of the Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised With Preschool Children." *Behavior Therapy* 34: 1-15.
- Rayfield, A., S. Eyberg & R. Foote (1998). "Revision of the Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory: Teacher ratings of conduct problem behavior." *Educational and Psychological Measurement* 58: 88-98.
- Rescorla, L., T. Achenbach, S. Ginzburg, M. Ivanova, L. Dumenci, F. Almquist, M. Bathiche, N. Bilenberg, H. Bird, A. Domuta, N. Erol, E. Fombonne, A. Fonseca, A. Frigerio, Y. Kanbayashi, M. Lambert, X. Liu, P. Leung, A. Minaei, A. Roussos, Z. Simsek, S. Weintraub, J. Weisz, T. Wolanczyk, S. Zubrick, R. Zukauskienė & F. Verhulst (2007). "Consistency of Teacher-Reported Problems for Students in 21 countries." *School Psychology Review* 36(1): 91-110.
- Rescorla, L., M. Y. Ivanova, T. M. Achenbach, I. Begovac, M. Chahed, M. B. Drugli, D. R. Emerich, D. S. S. Fung, M. Haider, K. Hansson, N. Hewitt, S. Jaimes, B. Larsson, A. Maggolini, J. Marković, D. Mitrović, P. Moreira, J. T. Oliveira, M. Olsson, Y. P. Ooi, D. Petot, C. Pisa, R. Pomalima, M. M. da Rocha, V. Rudan, S. Sekulić, M. Shahini, E. F. de Mattos Silveiras, L. Szivovics, J. Valverde, L. A. Vera, M. C. Villa, L. Viola, B. S. C. Woo & E. Y. Zhang (2012). "Review: International Epidemiology of Child and Adolescent Psychopathology II: Integration and Applications of Dimensional Findings From 44 Societies." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 51: 1273-1283.e1278.

- Schmitt, N. (1996). "Uses and Abuse of Coefficient Alpha." *Psychological Assessment* 8(4): 350-353.
- Scott, B. & L. Melin (1998). "Psychometric properties and standardised data for questionnaires measuring negative affect, dispositional style and daily hassles. A nation-wide sample." *Scandinavian Journal of Psychology* 39: 301-307.
- SKL. (2011).
["http://www.skl.se/kommuner_och_landsting/om_kommuner/kommungruppsindelning](http://www.skl.se/kommuner_och_landsting/om_kommuner/kommungruppsindelning), Swedish Association of Local Authorities and Regions."
 Retrieved 2011-06-16.
- Smedler, A.-C. & E. Tideman (2009). *Att testa barn och ungdomar. Om testmetoder i psykologiska utredningar*. Stockholm, Natur & Kultur.
- Smith, J., L. Hand & P. Dowrick (2014). "Video Feedforward for Rapid Learning of a Picture-Based Communication System." *Journal of Autism & Developmental Disorders* 44(4): 926-936 911p.
- Streiner, D. & G. Norman (2008). *Health Measurements Scale - a practical guide to their development and use*. New York, Oxford University Press.
- Tyler, L. (1971) *Psykologiska test- och mätmetoder*. Stockholm, Wahlström & Widmark
- Vinnerljung, B., M. Öman & T. Gunnarsson (2005). "Educational attainments of former child welfare clients- a swedish national cohort study." *International Journal of Social Welfare* 14: 265-276.
- Webster-Stratton, C., T. Hollinsworth & M. Kolpacoff (1989). "The Long-Term Effectiveness and Clinical Significance of Three Cost-Effective Training Programs for Families With Conduct-Problem Children." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57: 550-553.
- Webster-Stratton, C. H., M. J. Reid & T. Beauchaine (2011). "Combining Parent and Child Training for Young Children with ADHD." *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 40(2): 191-203.

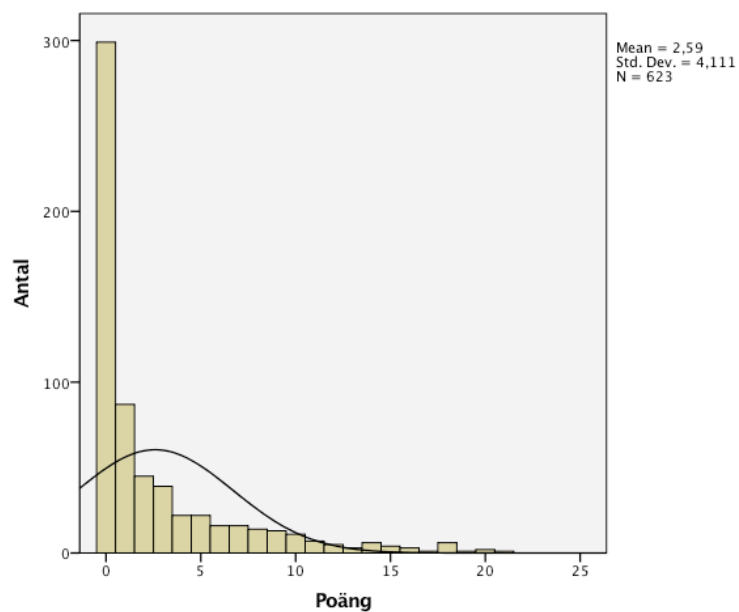
Appendix



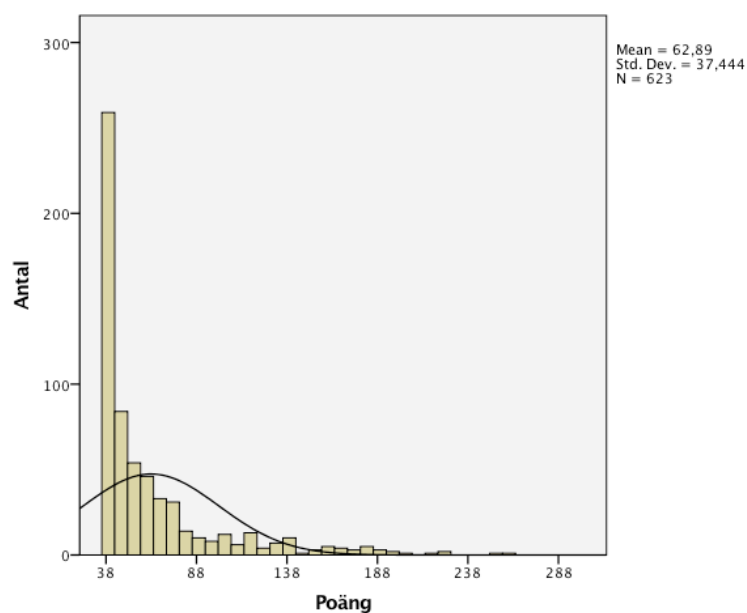
Figur 1 CTRS-28 Hyperaktivitet



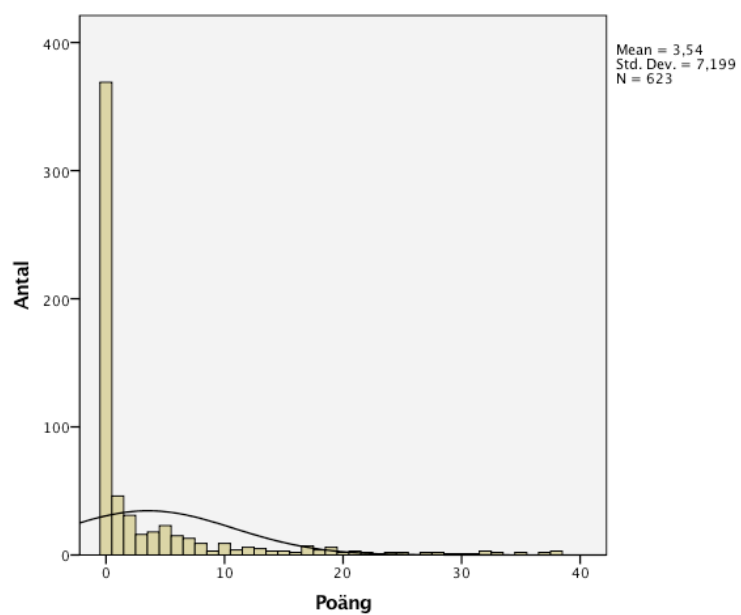
Figur 2 CTRS-28 Trotsproblem



Figur 3 CTRS-28 Ouppmärksamhet



Figur 4 SESBI-R Intensitet



Figur 5 SESBI-R Problem



LUNDS
UNIVERSITET

www.soch.lu.se

LUNDS UNIVERSITET

Box 117
221 00 Lund
Tel 046-222 00 00
www.lu.se