

Registrering i Compos av data från Vineland

Läs först beskrivning av Vineland hur den används för bedömning och uppföljning av problemskapande beteende hos vuxna.

I Compos matas summerad råpoäng in för respektive delskala (internalisering, externalisering och annan beteendeproblematik) liksom utfall på urvalet av kritiska beteenden med frekvens och svårighetsgrad. Uppgifterna tas från resultatsammanställningen på formuläret baksida. Beräkning av normerade värden sker automatiskt i Compos och resultatet för den aktuella individens presenteras såväl i siffror som i diagram.

För att få hjälp att beräkna normerade värden för en person som ännu inte är inkluderad i HabQ problemskapande beteende kan testcenter användas. Gå in på en påhittad person och lägg in aktuella råpoäng i Compos. Om resultatet visar att personen ska inkluderas i HabQ så tillfrågas företrädare/person om samtycke och en ny patient med personnummer skapas och dennes råpoäng läggs in.

Vineland - II (Vineland Adaptive Behavior Scales) vid bedömning av problembeteende hos vuxna personer med autism i HabQ

Vineland Adaptive Behavior Scales används i HabQ vid bedömning av problembeteenden hos vuxna med autism. De används med två syften:

Syfte I - för att välja ut de personer som ska ges insatser och föras in i registret HabQ

Syfte II - för att utvärdera om insatserna haft avsedd effekt på de problembeteenden som var målet för insatsen.

Bakgrund

Vineland Adaptive Behavior Scales lämpar sig för diagnostisering av brister i adaptiv funktion såväl vid utvecklingsstörning som vid autism. Den lämpar sig väl för att följa en individs utveckling över tid och kan ge underlag vid utformning av ett individuellt anpassat program för insatser. Vineland valdes från början i HabQ därför att det är den skala som rekommenderas för utvärdering av effekter av intensiva insatser för små barn med autism. Då skalan även kan användas för vuxna personer har vi sett det som en fördel att använda samma skala över åldrar.

Vad gäller vuxna personer finns inga svenska normer för Vineland-skalan. Den nordiska normeringen, 2011, gäller bara barn och ungdomar upp till 18 år. Den nordiska normeringen omfattar dock inte de skalor som ingår i Maladaptivt beteende. De maladaptiva beteendeskalanerna har i den svenska versionen enbart använts vid bedömning av den kliniska grupp som omfattar 46 barn med autism i åldern 2 till 16 år. (Dessa bedömningar gjordes inom ramen för det tidigare Regionala registret Hefa i samband med utprovning och utbildning i användning av metoden). Antalet individer i det kliniska samplet kan tyckas litet, men i den amerikanska normeringen ingår totalt 75 individer med autism. Tyvärr, vad gäller autism, omfattar även den amerikanska manualen bara barn och ungdomar i åldern 3 till 18 år. Inga kliniska normer finns för vuxna personer med autism.

Vad gäller utvecklingsstörning finns dock kliniska sample för vuxna med lindrig respektive måttlig utvecklingsstörning (19-90) ca 35 individer per grupp.

Administrering, normering och tolkning av Vineland, främst vad gäller Maladaptive Behavior Scales, utifrån den amerikanska normeringspopulationen.

I den amerikanska normeringspopulationen ingår ca 400 individer 19-90 år, drygt 200 individer 19-39 år och knappt 200 40-90 år

De Maladaptiva delskalorna i den amerikanska versionen benämns Internalisering, Externalisering och Kritiska beteenden. Internalisering och Externalisering kan redovisas var för sig och/eller summeras till ett Maladaptivt index. I Maladaptivt index ingår även den del som benämns Annan beteendeproblematik.

Vid administrering och poängberäkning av de Maladaptiva beteendeskallorna räknas alla item, man fastställer inget golv- och inget tak som i övriga delskalor. När det gäller Kritiska beteenden (Critical items) sker ingen summering av item. Varje enskilt item bedöms kliniskt utifrån sitt innehåll. Vad gäller Kritiska beteenden bedöms inte bara frekvens (gör aldrig, gör ibland resp. gör vanligtvis) utan också svårighetsgrad (allvarligt, lindrigt).

Syfte I: Definition av målgrupp - vuxna med autism med problembeteende

1. Samtliga tre delskalor - Internalisering, Externalisering, Kritiska beteenden och Maladaptivt index - ska ingå vid bedömningen av problembeteende.

Det finns i den amerikanska manualen rekommendationer för tolkning av avvikelser i tre nivåer för skalorna Internalisering, Externalisering och Maladaptivt index.

<i>Nivå</i>	<i>V-skalpoäng</i>
Kliniskt signifikant	21-24
Förhöjd	18-20
Medel enligt norm	1-17

2. Avvikelser på såväl Kliniskt signifikant nivå som Förhöjd nivå i Internalisering, Externalisering och Maladaptivt beteende ska föranleda åtgärd och därmed registrering i HabQ.

Utfall med kliniskt signifikant och förhöjd nivå ska enligt manualen ses som en indikator på att en fördjupad utredning och utvärdering behövs. Resultatet på dessa delskalor och index utgör dock ingen fullständig bedömning av problemen.

3. Utfall på ett eller flera av följande item ska föranleda åtgärd och därmed registrering och uppföljning i HabQ:

<i>Item</i>	<i>Frekvens</i>	<i>Allvarlighetsgrad</i>
1. Tvång	2	A
2. Opassande sexuellt beteende	2	A
3. Vanföreställningar	2	A
6. Självskadande	2	A
7. Förstör saker	2	A
11. Överdriven rädsla	2	A
14. Klarar inte arbetsdag, psyk probl	2	A
Tillägg ur skalan Externalisering:		
E7. Beter sig aggressivt mot person	2	A

Item är valda främst utifrån de konsekvenser som dessa kan medföra, att man riskerar att bli utesluten ur gemenskap eller att man isolerar sig för att undvika problem. De problem som ska åtgärdas med insatser på en individuell nivå ska vara frekvent förekommande och man ska redan ha försökt lösa dem med ”vanliga metoder” utan att nå resultat. Problemet ska därtill bedömas vara av en allvarlig grad. För enkelhets skull har vi valt samma frekvens och allvarlighetsgrad för samtliga problembeteenden, även om vissa som självskadande beteende och vanföreställningar alltid är alarmerande även om de är lågfrekventa och relativt lindriga. Fysisk aggressivitet mot person som inte finns med bland Kritiska beteenden utan ingår under Externalisering anser vi bör vara med då fysisk aggressivitet är en vanlig orsak till att personal och anhöriga söker hjälp.

Söker man för ett av ovannämnda Kritiska beteenden och om beteendet är vanligt förekommande och bedöms vara allvarligt, ska man ingå i målgruppen.

Referens: Se Amerikansk Manual för Vineland II

Syfte II: Utvärdering av insatser vid problembeteenden

Bedömning med Vineland Maladaptive Behavior Scales görs innan insats påbörjas och bedömningen upprepas då insatsen avslutas. Bedömningen görs genom att intervjua en person i nätverket som känner den som ska bedömas väl och som om möjligt också kan vara med vid utvärderingen efter genomförd insats. Utvärdering sker såväl på individ- som gruppnivå av förändring i respektive delskala och i adaptivt index.

I Compos matas summerad råpoäng in för respektive delskala (internalisering, externalisering och annan beteendeproblematik) liksom utfall på ovan angivna kritiska beteenden med frekvens och svårighetsgrad. Uppgifterna tas från resultatsammanställningen på formulärets baksida. Beräkning av normerade värden sker automatiskt i Compos och resultatet för den aktuella individen presenteras såväl i siffror som i diagram.

På individuell nivå görs utvärdering av resultatet dels utifrån meningsfullhet och dels utifrån statistisk signifikans.

Utvärdering av om förändringen är *praktiskt meningsfull* sker i första hand utifrån det mål man satt upp. Det är en subjektiv värdering som kan göras av närstående och personen själv. Det kan vara att man nått ett delmål/eller mål mot ett mera acceptabelt sätt att fungera. Insatsen kan också utvärderas från *teoretisk meningsfullhet* d v s en bedömning görs av om resultatet går i den riktning som kunde förväntas utifrån val av metod.

Det individuella resultatet bedöms också utifrån *statistisk signifikans*. För att en förbättring ska anses kliniskt signifikant ska två kriterier vara uppfyllda. Förändringen ska vara tillräckligt stor för att vara statistiskt reliabel och inte slumpmässig ($p < 0.05$). Detta kallas ”Reliable Change Index (RCI) och kan beräknas med följande formel: differensen (före-efter) / $\sqrt{2(S_E)^2}$ ska vara $\geq 1,96$. (I ord ”differensen före-efter, delat med, roten ur 2 ggr standardfelet i kvadrat, ska vara större än 1,96). Därtill jämförs resultatet med angivna gränsvärden för normalgruppen eller patientgruppen som referens för det individuella resultatet. (Öst, 2012 s 496).

Storleken på effekten (ES) beräknas också genom att ta differensen mellan värdet efter interventionen och värdet vid mätningen före och dividera den med standardavvikelsen. Värdet 0,2 räknas som en liten förändring, 0,5 som en medelstor och 0,8 som en stor förändring. (se Med målet i sikte, 2012, sid 51-52).

Att uppnå Praktisk meningsfullhet är nödvändigt för ett gott resultat medan teoretisk och statistisk meningsfullhet kan ses mera som vägledande.

På gruppnivå utvärderas resultatet vid sammanställningar med gängse statistiska metoder.

Referenser:

Vineland II Amerikansk manual.

Öst, L-G. (2012) Klinisk signifikans. Kapitel 17 s 493-502. i Sundell, K red. Att göra effektutvärderingar. Socialstyrelsen och Gothia förlag

Socialstyrelsen (2012) Med målet i sikte. Målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer (MOS)