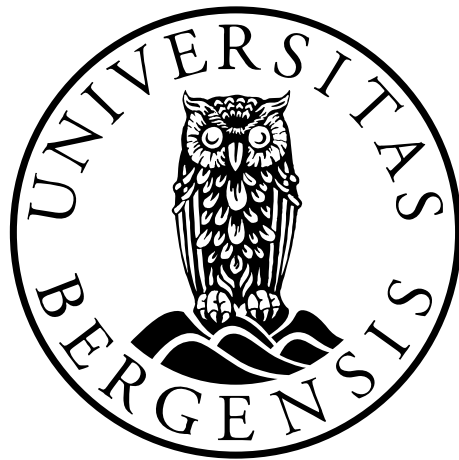


Psykisk helse blant barnevernsbarn

*En studie av psykiske vansker målt med kartleggingsverktøyet
Strengths and Difficulties Questionnaire*

Rakel Aasheim



MASTEROPPGAVE
Master i barnevern vår 2012

Det psykologiske fakultet
HEMIL - Senteret

Veileder: Anette Christine Iversen

Forord

Jeg startet mastergradstudiet med en nysgjerrighet omkring forskning i barnevernet. Jeg hadde en tanke om å bidra til å bedre barneverntjenesten på en annen måte enn å jobbe som saksbehandler. Jeg hadde et særlig ønske om å jobbe med utvikling og forbedring av tiltak og systemet, og mente at barnevernsforskning hadde behov for forskere med kvantitativ tilnærming. Denne prosessen har gjort meg mer ydmyk ovenfor forskningsoppgavene. Det jeg først og fremst har lært, er at selv små prosjekter tar mye tid, engasjement og ressurser, både fra forsker og deltakere. Det er rett og slett et stort stykke arbeid som må gjøres, grundig og veloverveid. Selv har jeg brukt lang tid på å fullføre mastergraden, både på grunn av fødselspermisjon og fordi det til tider har vært vanskelig å kombinere jobb og studier. Jeg vil derfor først og fremst rette en stor takk til RKBU Vest. De har gjort det mulig for meg å fullføre ved å gi meg studiepermisjon, og de har latt meg benytte datasettet i prosjektet deres: *Kartlegging av barn i barnevernet – tverretattlig samarbeid om utredning og tiltak.*

Dernest vil jeg takke min veileder Anette Iversen, som har vært en kunnskapsrik og hjelpsom veileder. Takk også til andre støttespillere som har tatt seg tid til å hjelpe meg på ulikt vis, særlig vil jeg nevne Sigrun Henriksen, som til tross for en travel hverdag tok seg tid til å gi meg svært nyttige og grundige innspill. En takk går også til Reidar Jakobsen som hjalp meg i gang med prosjektskissen, og alltid har tid til små og store spørsmål. En varm takk sendes også alle store og små deltakere i studien.

Til slutt vil jeg selvfølgelig takke min fine familie. De har vært en god støtte under en intensiv skriveprosess.

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Tabelloversikt	7
Sammendrag	8
Introduksjon	9
Formål og problemstilling	11
Teori og begreper.....	11
Psykisk helse	12
Å måle psykisk helse ved hjelp av kartleggingsverktøy.....	14
Forklaringsmodeller på psykisk helse	15
Biomedisinsk perspektiv på psykisk helse.....	15
Psykologisk perspektiv på psykisk helse	16
Resilisens	18
Systemøkologisk perspektiv på helse	19
Psykiske vansker og psykiske lidelser hos barnebefolkningen	21
Psykisk helse blant barnevernsbarn	22
Etske betraktninger	25
Metode.....	27
Vitenskapsteori og vitenskaplige paradigmer.....	28
Samfunnsvitenskaplig metode.....	29
Forskningsdesign	30
Utvalg og rekruttering	32
Operasjonalisering av variabler	33
Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet.....	36
Grenseverdi.....	38
Generalisering.....	40
Analyse	41
Resultater.....	42
Beskrivelse av utvalget.....	42
Symptomer	44
Sammenheng mellom vansker	47
Vanskenes innvirkning.....	48
Opplevde vansker	48

Vanskenes innvirkning	49
Vanskenes belastning	50
Prediksjon av diagnose	50
Multi-informant	51
Diskusjon.....	53
Psykiske vansker	53
Vanskenes innvirkning.....	56
Prediksjon av diagnoser.....	57
Multi-informant	57
Psykisk helse i et systemøkologisk perspektiv	60
Bruk av kartleggingsverktøy i barnevernstjenesten.....	62
Diskusjon av metode	63
Konklusjon	64
Referanseliste	66
Vedlegg 1 Vedtak fra REK.....	78
Vedlegg 2 Kartleggingsskjema foreldre	80
Vedlegg 3 Kartleggingsskjema lærere	85
Vedlegg 4 Kartleggingsskjema, barn	90
Vedlegg 5 Underveisevalueringskjema.....	95

Tabelloversikt

Tabell 1 Tre oppfatninger av helse	13
Tabell 2 Atferdsvansker, utsagn	36
Tabell 3. Barnets alder.....	44
Tabell 4 Gjennomsnitt vansker problemskala for lærer, foreldre og barn.....	45
Tabell 5 Gjennomsnitt totalproblemskåren for lærere, foreldre og ungdom.....	46
Tabell 6 Antall barn i normal-, gråson- og klinisk område.....	46
Tabell 7 Lærerrapport, indre korrelasjon.....	47
Tabell 8 Foreldrerapport, indre korrelasjon.....	48
Tabell 9 Lærerrapport, opplevde vansker.....	49
Tabell 10 Foreldrerapport, opplevde vansker.....	49
Tabell 11 Vanskenes innvirkning foreldre og lærer.....	50
Tabell 12 Lærerrapport, belastning	50
Tabell 13 Foreldrerapport, belastning	50
Tabell 14 Mulig eller sannsynlig diagnose.....	51
Tabell 15 Gjennomsnittskårer for vansker på SDQ fra lærer- og foreldrerapport	52
Tabell 16 Korrelasjon mellom svar fra lærer og foreldre.....	52

Sammendrag

Bakgrunnen for denne studien var å undersøke den psykiske helsen til barn som har vedtak fra barneverntjenesten. Studien henter data fra et hovedprosjekt som hadde til hensikt å øke barneverntjenestens kunnskap om barna de har vedtak på, samt å systematisere samarbeidsrutiner med andre hjelpetjenester. Studien søker å avdekke barnas symptomnivå på fire områder: emosjonelle vansker, atferdsvansker, hyperaktivitet og vansker med jevnaldrende. Den undersøker om det er sammenheng mellom vanskene, og om det er samsvar mellom foreldre- og lærerrapport. I studien benyttes systemøkologisk perspektiv for å forstå barnas vansker i et samfunnsperspektiv, og utviklingspsykologisk perspektiv brukes for å vise hvordan psykiske vansker kan ha stor betydning for læring, familieliv, fritidsaktiviteter og sosialt liv.

I studien benyttes kartleggingsverktøyet Strengths and Difficulties Questionnaire, som er et etablert og anerkjent screeningsverktøy. Det er brukt i flere studier i Norge og mange andre land. Det er utviklet av Robert Goodman, og basert på Rutters skala. I studien er SDQ fylt ut av foreldre, lærere og barn over 11 år. Det er 50 barn som deltar i studien i alderen 3-16 år. Det benyttes en lav grenseverdi på henholdsvis 10 poeng på gråsoner og 15 poeng på klinisk område.

Analysen viser at i følge foreldre har 46 % av barna symptomer på psykiske vansker, og i følge lærere har 36 % av barna symptomer på psykiske vansker. Høyest forekomst er symptomer på hyperaktivitet, i følge både foreldre og lærere. Det er høyt samsvar mellom foreldre- og lærerrapport, bortsett fra områdene emosjonelle vansker og atferdsvansker, som er signifikant forskjellig. Det er, sett i helhet, 44 % av barna som blir predikert å ha en diagnose av en eller annen type.

Studien bekrefter forekomsttall i andre lignende studier av psykisk helse blant barnevernsbarn og indikerer at SDQ er egnet til bruk i barneverntjenesten i vanlige vedtakssaker og i plasseringssaker.

Introduksjon

Hensikten med denne studien er å bidra til forskningen som kartlegger den psykiske helsen til barnevernsbarn, samt å undersøke bruken av et kartleggingsverktøy i barneverntjenesten. De fleste barn i Norge har god helse og er trygge (Rødje et al. 2004; Mathisen, 2009; Heiervang et al. 2007). Likevel er det en relativt stor andel av befolkningen som har psykiske vansker i en eller annen form i løpet av livet. Psykiske vansker kan være en belastning for den det gjelder i forskjellig grad og form. Mange har vansker som virker negativt inn på dagligliv, læring, utvikling og sosialisering. Psykiske vansker medfører store omkostninger for enkeltindivid, familier og samfunnet. Det er grunnlag for å si at dårlig helse er ulikt fordelt i befolkningen som gruppe, hvor sosial ulikhet spiller en sentral rolle (Bøe, 2011). De siste 10-15 årene har det vært en særlig politisk satsing på barn og unges psykiske helse. I Opptrappingsplanen for psykisk helse 1997-98 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998) og videre i strategiplanen «Sammen for barn og unges psykiske helse» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003) er det en overordnet politisk målsetting at det psykiske helsearbeidet for barn og unge skal bygges ut og fremstå som en helhetlig tiltakskjede. Målsetningen med den politiske satsingen er å forebygge psykiske vansker og gi god hjelp til de som lever med vansker av psykisk art eller er diagnostisert med en psykisk lidelse.

I Norge antar man at mellom 10 % og 20 % av alle barn har psykiske vansker som plager barnet så mye at det går utover et eller flere områder (Dybing & Stoltenberg, 2006; Mathisen 2009). I følge tall fra Helsedirektoratet har ca 70 000 barn og unge psykiske lidelser som må behandles. De vanligste lidelsene blant 6 - 12 åringer er hyperaktivitet, konsentrasjonsvansker og atferdsforstyrrelser, mens blant ungdom er mange plaget av angst og depresjon, flere jenter enn gutter (Stortinget, 2011). Omtrent 5 % av barna i grunnskolen antas å ha ADHD (Heiervang et al. 2007). De vanligste psykiske lidelsene i ungdomsårene er henholdsvis angst, depresjon og atferdsforstyrrelser (Mathiesen, 2009). Hos de fleste er symptomene forbigående, men mellom 25-40% av de som opplever symptomene, vedvarer de i mange år. Den høyeste andelen barn og unge med psykiske vansker og normbrytende atferd, finner man i familier hvor foreldrene selv har psykisk sykdom, er rusmisbrukere eller voldelige eller har visse typer minoritetsbakgrunn (Mathisen 2009). Denne typen familier er få, så størsteparten av barn med psykiske vansker finnes i de vanlige familiene, uten denne typen alvorlige belastninger (Mathisen 2009). Forskning indikerer at barn fra fattige familier rapporterer

psykiske vansker oftere enn barn fra familier med god råd (Bøe, 2011). Familiene i barnevernet er ofte kjennetegnet av å ha flere risikofaktorer på en rekke områder i livet, og er særlig utsatte for psykiske vansker og lidelser (Clausen 2000, Kristofersen 2005, Iversen 2008, Holtan og Rønning et al. 2005, Janssens and Deboutte 2010, Egelund 2007, Kjelsberg & Nygren 2004). Det er veldokumentert at familiene i barnevernet er uforholdsmessig høyt belastet på de fleste områdene i livet; fattigdom, sosial ulikhet, fysisk og psykisk sykdom, økt dødelighet og lav utdanningsnivå. De fleste studiene i Norge som tar for seg psykisk helse blant barnevernsbarn, undersøker barn som er plasserte utenfor hjemmet. Det er færre undersøkelser av psykisk helse blant hjemmeboende barn med vedtak fra barneverntjenesten.

Det er ikke vanlig ved barneverntjenester å bruke standardiserte spørreskjema generelt, og heller ikke for avdekke barns helse (Nordstoga, 2006). Denne studien henter datamaterialet fra et prosjekt hvor man prøvde ut et kartleggingsverktøy for å systematisere kunnskap om barnet, og en metode for tverrfaglig samarbeid. Prosjektet ble utført i et barnevernkontor på vestlandet. I løpet av prosjektet besvarte saksbehandlere, foreldre, lærere, helsesøstre og barn fra fylte 11 år ut flere skjema, deriblant kartleggingsverktøyet Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ). SDQ er et kartleggingsskjema som måler psykososiale vansker og sosiale ferdigheter for barn mellom 3 og 16 år. SDQ måler emosjonelle symptomer, atferdsproblemer, hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker, vansker i forhold til jevnaldrende og prososial atferd. I tillegg har kartleggingsskjemaet et supplementskjema for vanskenes innvirkning. Her måles hvor mye vanskene virker inn på familielivet, venneforhold, læring på skolen og fritidsaktiviteter. Dersom symptombelastningen er over en viss størrelse, og har innvirkning på forhold i barnets liv, predikerer SDQ hvorvidt barnet sannsynligvis har en psykisk lidelse. I SDQ deler man vanligvis grad av psykiske vansker i tre områder: normal, gråsoner og klinisk område. Barn som kommer innen gråsonerområdet, blir identifisert med psykiske vansker. Barn som faller innenfor det kliniske området, har høy sannsynlighet for å ha en eller flere psykiske lidelser. SDQ gir et bredt bilde av barnets styrker og vansker, samt vanskenes innvirkning på livet. Skjemaet er lett å bruke, det tar 3-5 minutter å fylle ut og inneholder både positive og negative utsagn om barnas atferd og egenskaper. Formålet med prosjektet var å gi barneverntjenesten et systematisk verktøy for å få god kjennskap til barna, og å fremme tverrfaglig samarbeid mellom barneverntjeneste og andre tjenester. Hovedfokus i denne studien er den psykiske helsen til barna i barneverntjenesten målt med kartleggingsskjemaet SDQ.

Formål og problemstilling

Forskning viser at barn i barnevernet er utsatt på mange måter. Samtidig er det få studier i Norge som tar for seg å beskrive barnevernbarns psykiske vansker. Psykiske vansker er utbredt i befolkningen for øvrig og særlig blant familier i risiko. Vi vet at moderate psykiske vansker er svært kostnadskrevende for kommuneøkonomi og helsevesen. I barnevernet er det ikke vanlig å bruke kartleggingsverktøy for å avdekke psykiske vansker. Denne studien har som formål å være et bidrag til å kartlegge barnevernbarns psykiske helse på en systematisk måte og se sammenhenger mellom psykiske vansker, innvirkning av vanskene på barns dagligliv og fungering, og om barnas psykiske vansker manifesterer seg ulikt i relasjon med foreldre og lærer.

Problemstilling blir som følger:

Hvilke psykiske vansker avdekkes ved bruk av SDQ blant barna som har vedtak fra barneverntjenesten?

Følgende underspørsmål blir også søkt besvart:

Hvilke symptombelastninger har barna?

Hvilke sammenhenger kan vi se mellom ulike typer vansker?

Hvor mye påvirker vanskene barnas hverdagsliv og fungering?

Samsvarer rapportering av barnas vansker mellom foreldre og lærere?

Hvor stor andel av barna har vansker som tilsvarer en mulig eller sannsynlig diagnose?

Teori og begreper

I dette kapittelet defineres sentrale begreper som benyttes i oppgaven. Først defineres psykiske helse, psykiske vansker og psykiske lidelser. Deretter hvordan begrepet kartleggingsverktøy brukes i denne sammenhengen. Videre blir det redet ut om teori om psykisk helse. Det tas i bruk fire ulike perspektiver for å vise forskjellige måter å forstå psykiske helse på, fordi forståelsen av psykisk helse henger sammen med hvordan barn med

psykiske helseplager blir møtt og behandlet. Deretter blir tidligere forskning på psykisk helse blant barn gjennomgått, først en kortfattet oppsummering av psykisk helse blant barn i generell befolkning, deretter en noe grundigere gjennomgang av forskning på psykiske helse blant barn i barnevernet. Til slutt rundes kapittelet av med en etisk overveielse for studien.

Psykisk helse

Helse som begrep kan defineres på flere måter. I medisinsk forstand har helse tradisjonelt vært definert som fravær av sykdom. Verdens helseorganisasjon, WHO, lagde i 1948 en definisjon av helse som var bredere og innlemmet flere aspekter ved livet: «A state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease». «Helse er ikke bare frihet fra sykdom og lyte, men fullstendig legemlig, psykisk og sosial velvære». Helse handler også om hvordan man opplever egen helse (Sosial- og helsedepartementet, 2000). Opplevelsen av å være ved god helse kan avvike fra definisjonen av god helse som fravær av sykdom. Man kan være syk, men føle seg ved god helse og omvendt: føle seg ved dårlig helse uten å være syk. Mathisen (2007) definerer psykisk helse som evnen til å mestre tanker, følelser og atferd, samt evne til å tilpasse seg endringer og håndtere motgang. I følge Mæland (2010) kan vi skille mellom minst 3 ulike oppfatninger av helse; 1. helse som fravær av sykdom; 2. helse som ressurs; 3. helse som velbefinnende. Disse oppfatningene kan fremstilles som i det følgende:

Tre oppfatninger av helse. (Hentet fra Mæland (2010) s.25)

Tabell 1 Tre oppfatninger av helse			
	Som fravær av sykdom	Som en ressurs	Som velbefinnende
Tilstand	Å være	Å ha	Å fungere
Beskrivelse	Fravær av sykdomstegn og symptomer	Robusthet Styrke Motstandskraft	Opplevd velvære Aktiv Gode relasjoner
Relasjon til sykdom	Ødelegges av sykdom	Gir motstand mot sykdom	Kan oppleves til tross for sykdom

I den første oppfatningen kan vi finne den dikotome tankegangen hvor begreper som frisk og syk opptrer som motsetningsforhold. Man er enten syk eller frisk. Patogenese er et medisinsk begrep som betegner faktorer som forårsaker sykdommer, og hvordan sykdom oppstår,

utvikler seg og forløper. Patogene faktorer kan føre til sykdom. Patogene faktorer kan sees som et annet velkjent begrep som vi benytter i barnevernterminologien, nemlig risikofaktorer. Det vil si faktorer som øker risikoen for å utvikle dårlig helse. Kjente risikofaktorer for psykiske vansker blant barn er å vokse opp i en familie hvor en eller begge foreldre er rusmisbrukere eller er psykisk syk, utøver vold eller har visse typer minoritetsbakgrunn (Mathisen, 2007). Videre er lav sosioøkonomisk status, ofte knyttet til sosial ressursknapphet, som forekommer ofte i familier hvor foreldre har lav utdanning og høy arbeidsledighet, en typisk risikofaktor for psykiske vansker hos barna (Fløtten, 2006). Konflikter mellom foreldrene samvarierer med de fleste former for psykiske vansker blant barn (Mathisen, 2009). Skyhet/sjenanse og negativ emosjonalitet (helt fra halvannetårsalderen) er personlighetstrekk man hyppigere finner hos barn med psykiske vansker enn barn uten disse egenskapene (Mathisen, 2007).

I den andre oppfatningen, helse som ressurs, kan vi trekke en parallell til begrepet salutogenese, som beskriver som de aktiviteter som fremmer god helse (Borge, 2003). Helse som ressurs beskriver helse som et kontinuum mellom sykdom og fullstendig sunnhet, og legger vekt på de prosesser som bringer en fremover mot friskhet og velvære (Borge, 2003). Mennesker kan bevege seg frem og tilbake på dette kontinuumet etter hvordan man opplever sin helse. Bedring av oppvekstvilkår i familier med store livsbelastninger, gir bedring i barnas helse (Mathisen, 2007). Kjente risikofaktorer kan modereres av helsefremmende faktorer. Å ha et støttende nettverk hos mødre med psykiske vansker øker sannsynligheten for at barnas utvikling blir god (Mathisen, 2007). En varm og støttende oppdragerstil bidrar til god emosjonell utvikling hos barn (Masten et al. 1999). God sosial kompetanse hos barn beskytter mot psykiske vansker (Borge, 2003).

I den tredje oppfatningen i Mælands modell finner vi helse som velbefinnende, som beskrives som psykisk velvære og kan oppleves til tross for sykdom. Psykisk velvære er beskrevet som en følelse av tilfredshet, lykke og mening. Mødre som gir barna en varm og trygg oppdragelse, selv om familien er fattig og har lite støtte, modererer risiko for utvikling av psykiske vansker blant barna (Mathisen, 2007). Forekomst av psykiske vansker kan synes å minske når de sosiale ferdighetene økte (Mathisen, 2007). Undersøkelser viser at en tredjedel eller halvparten av barna som blir utsatte for kjente risikofaktorer, likevel utvikler seg til velfungerende voksne med god sosial kompetanse og få psykiske vansker (Mathisen, 2007). Dette fenomenet henspiller mot en begrep som senere utredes; resiliens.

Det er vanlig å skille mellom begrepene psykiske vansker og psykiske lidelser. Med *psykiske lidelser* menes diagnostiserbare lidelser, som blir gitt av psykolog, lege eller psykiater etter kliniske intervju hvor man foretar en vurdering av pasientens symptombylde. I Norge benyttes diagnosesystemet ICD-10, som inkluderer alle diagnostiserbare psykiske lidelser, fra depresjon og angst til psykoselidelser og schizofreni (Helsedirektoratet, 2012). Ulike kriterier må oppfylles for at diagnoser skal stilles ut fra ICD-10. Vanligvis er det knyttet mer vansker og større sannsynlighet for funksjonstap til en diagnostiserbar lidelse, enn til psykiske vansker. *Psykiske vansker* blir vanligvis beskrevet som vansker av ulik, psykisk art eller tilstander som ikke oppfyller kriteriene for en diagnose, men som går utover læring, trivsel, daglige gjøremål og sosial omgang (Iversen, 2008; Nerde & Neumer, 2003). I denne oppgaven brukes begrepene psykiske lidelser og psykiske vansker slik det er definert ovenfor.

Å måle psykisk helse ved hjelp av kartleggingsverktøy

Kartleggingsverktøy er her definert som et standardisert skjema som fylles ut med formål å beskrive barns funksjonsnivå på flere psykologiske utviklingsområder. Svarene fra skjema kategoriseres og tolkes i en tallverdi ut fra et referansegrunnlag, og gir en indikasjon på om det er nødvendig med en videre utredning av barnets utvikling. Samtidig kan skjema brukes som en bakgrunn for å ha en samtale om psykisk helse og gi informasjon om hvilke behov barnet og familien har. Kartleggingsverktøyet kan ikke brukes til å sette en diagnose

Mange barn går naturligvis med vansker uten at det blir oppdaget, og det er heller ikke alle barn som trenger bistand fra hjelpetjenester i kommunen, selv om de har psykiske vansker. For oftest blir ikke barn gjenstand for en slik vurdering. Det er i få deler av hjelpeapparat hvor det benyttes spørreskjema for psykisk helse, og i arenaer barn vanligvis oppholder seg, som skole, barnehage, fritidsaktiviteter er det ikke tradisjon eller ønske om å bruke standardiserte spørreskjema for å avdekke psykiske vansker. Imidlertid kan en registrere en økende bruk av standardiserte kartleggingsverktøy i barnehager og i enkelte skoler (For eksempel Olweus-programmet, eller Psykisk helse i skolen). I barneverntjenesten er det påfallende lite bruk av standardiserte kartleggingsverktøy, til tross for at dette er en tjeneste som skal avdekke forhold og tilstander som skal avhjelpes gjennom tiltak.

Forklaringsmodeller på psykisk helse

Hvilket syn en har på psykisk helse har betydning for hvilken behandling og oppfølging en tilbyr (Haugsgjerd, 2009). Andre aspekter har naturligvis også betydning for hvilken behandling som tilbys og gis; blant annet tilgang til ressurser, moralske anliggende (Rustand, 2007), grunnleggende menneskesyn og kulturelle forskjeller (WHO, 2001). I det følgende blir det fremstilt fire ulike perspektiver på psykisk helse; biomedisinsk perspektiv, psykologisk perspektiv, resiliens og systemøkologisk perspektiv. Dette er dynamiske fagtradisjoner som utvikler seg etter hvert som ny forskning og nye teorier utvikles.

Biomedisinsk perspektiv på psykisk helse

I den biomedisinske fagtradisjonen behandles hovedsaklig symptomer ved mennesket (Gjernes, 2004). Denne fagtradisjonen karakteriseres ved at man ser god helse som fravær av sykdom, jamfør Mælands (2010) modell. Symptomer forstås som å komme innenfra menneskets egen fysiologi og genetikk, og symptomer behandles ofte separat. Den biomedisinske modellen har blitt kritisert for å være for snever, og har beveget seg mot sosialmedisin, som tar sosiale forhold inn i synet på psykisk helse (Gjernes, 2004). En viktig forutsetning for den medisinske helsemodellen er epidemiologisk forskning og kunnskap (Gjernes, 2004). Epidemiologi er studiet av mønstre av sykdom i humane populasjoner (Store norske leksikon). Epidemiologi tar utgangspunkt i at sykdom er tilfeldig fordelt, så når sykdomsmønstre blir observert over tid, får man mulighet til å identifisere mulige årsaksfaktorer til at sykdom rammer som den gjør. Dette gir grunnlaget for forebygging og behandling av sykdommer. I følge Costello (2005) har epidemiologiske metoder blitt tatt i bruk for å vurdere og klassifisere psykiske vansker og slik har man fått kunnskap om utviklingsforløp på befolkningsdata og økt vår forståelse av psykiske lidelser i barndom og oppvekst. På bakgrunn av dette har det blitt utviklet en rekke spørreskjema som kan passe forskjellige kliniske forhold og familier. I barnevernsammenheng har det ikke vært store epidemiologiske undersøkelser i Norge. Det finnes noen få longitudinelle undersøkelser av barnevernsbarn som gir oss informasjon om hvordan det går med barna i barnevernet (Andesnæs, 2004; Kristoffersen, 2005; Fauske et al. 2009)

Diatese-stress-modellen forklarer hvordan arv og miljø kan opptre i samspill med hverandre. I denne modellen oppstår psykiske lidelse når en medfødt sårbarhet (diatese) kombineres med

en utløsende begivenhet (stress). I seg selv er ikke diatesen (sårbarhet) sterk nok i seg selv til at man utvikler vansker. Vanskene manifesteres kun med en viss grad av stress fra miljøet (Haugen 2006). Diatase-stress-modellen viser til at barn med visse egenskaper reagerer med større utviklingsavvik enn andre barn når de blir eksponert for de samme miljøforholdene. For eksempel vil barn med et vanskelig temperament (diatase) som regel vise større sårbarhet i depressive familiekontekster enn barn med et lett temperament. Funn fra tvilling- og adopsjonsstudier har påvist at genetikk forklarer mellom 30 % - 70 % av variasjonen i psykisk helse (Myhre, 2006). For eksempel schizofreni, hvor arvelighet er på over 70 %. Studier fra hjerneforskning viser at hjernen blir fysisk endret av opplevelser i tidlig barndom. Om barnet blir utsatt for mye stress, kan konsekvensen være endringer i hjernens struktur og er knyttet til redusert korttidshukommelse og dårligere romoppfatning (Smith, 2010). Nye studier viser at gener kan beskytte mot effekten av negative livshendelser (Myhre, 2006). Miljøfaktorer, særlig i tidlig oppvekst, kan ha varig effekt på psykososial fungering, avhengig av barnets genetiske disposisjon. Mange barn utvikler seg til å bli velfungerende og har god helse, til tross for risiko i miljøet eller ved genetisk disposisjon.

Psykologisk perspektiv på psykisk helse

Psykologifaget springer delvis ut fra den medisinske faget. Før Freud utviklet psykodynamisk teori rundt 1900-tallet ble psykiske lidelser hovedsaklig forstått som biologiske plager. Rundt 1940-1950-tallet utviklet forskere tilknytningsteorien, hvor betydningen av relasjon med omsorgspersoner tidlig i livet er avgjørende for den utviklingen mennesket får (Bretherton, 1992). Videre er gen-miljø-interaksjon, det vil si et aktivt samspill mellom genene og omgivelsene, en modell som stadig vokser frem innen psykologifaget (Myhre et al. 2006). Forskning på gen-miljø-interaksjon støttes opp av den rivende utviklingen av forskning på nevrovitenskap.

Innen tilknytningsteorien vil metodene for å bedre barns psykiske helse ofte innebære å fokusere på positive og helsefremmende aktiviteter jamfør Mælands modell helse som ressurs. Eksempler på dette er Marte Meo-metoden (Hafstad & Øvreeide, 2004), Circle of Security (Marvin & Cooper, 2002) eller International Child Development Programme, ICDP (Hundeide, 2007). John Bowlby er regnet for å være hovedutvikler av tilknytningsteorien. Tilknytningsteorien ga psykiatrien et nytt verktøy for å forstå psykiske vansker og lidelser, hvor betydningen av relasjon med omsorgspersoner tidlig i livet, bidrar til den utviklingen

mennesket får. Bowlby hadde en bred utdanningsbakgrunn i medisin, psykiatri og psykoanalyse. Han studerte faktorer i barnets miljø, blant annet gjennom ukentlige intervjuer med mødre som hadde vansker med foreldreoppgaven. I intervjuene fikk mødre snakke om sin egen barndom, noe som gjorde dem mer sensitive og tolerante ovenfor sine barn (Bretherton 1992). I sin første empiriske studie, kunne Bowlby vise en sammenheng mellom barnas symptomer og separasjon fra mødre. Rundt 1950 ble Bowlby bedt av WHO å skrive en rapport om barns reaksjoner på mødres fravær ved sykehusinnleggelse. Arbeid ledet til en rapport fra WHO i 1951 «Maternal Care and Mental Health», som dannet bakgrunn for loven om at barn skal få ha foreldre med seg når de blir innlagt. Andre forskere som fikk særlig betydning innen tilknytningsteori, var Robertson og Spitz. De dokumenterte og filmet barn som ble innlagt på sykehus, og viste tydelig det voldsomme stresset barnet plages med («A two-Year-old goes to hospital» Robertson 1952; «Grief: A Peril in Infancy», Spitz, 1952).

Bowlby beskriver tilknytning som et biologisk, instinktivt, følelsesmessig bånd som oppstår mellom barn og omsorgsgiver i de første årene i barnets liv, som har til hensikt å fremme overlevelsen blant barn. Tilknytningsatferd er den atferd som barnet gjør (gråt, klenging, frykt for fremmede, trygghetssøking) for å minske avstanden mellom seg og omsorgspersonen, som Bowlby mener er helt avgjørende for barnas utvikling. Omsorgspersonen representerer en trygg base hvor fra all utforskning/leking kan foregå. Når barnet blir satt i en situasjon hvor det føler frykt og tilknytningssystemet er aktivert, uten at tilknytningssystemet er tilgjengelig, vil det utvikle separasjonsangst (Robertson & Bowlby, 1952). Gjennom samspill med sin omsorgsperson, lærer barnet hvordan han kan forvente at omsorgsgiveren reagerer på barnets initiativ. Disse forventninger danner representasjoner av virkeligheten for barnet, og blir til indre arbeidsmodeller for barnet. Dersom omsorgspersonen gir barnet trøst og beskyttelse samtidig som hun tilkjenner barnets behov for og oppmuntrer barnet til utforskning, vil barnet mest sannsynlig utvikle en indre modell av seg selv som verdsett og kompetent (i betydningen at barnet har innvirkning på sin egen situasjon). I motsatt fall, om omsorgspersonen stadig avviser barnets behov for trøst og utforskning, utvikler sannsynligvis barnet indre arbeidsmodeller om seg selv som verdiløs og inkompetent. De indre arbeidsmodellene er plastiske og kan endres gjennom hele livet. Foreldre som gir sensitiv omsorg, har ofte en evne til å kunne snakke om sin tilknytning til sine foreldre, og til sine barn. Enda til kan de gjerne være åpne mot barnet med tanke på å endre disse. Barn som vokser opp til å bli omsorgsfulle, stabile voksne, har mest sannsynlig slike foreldre. På bakgrunn av dette hevder Bowlby at miljøet rundt barnet mer betydningsfullt for barns

mentale helse enn gener (Bowlby, 1973).

Grunnleggende i tilknytningsteorien, er teorien om at barn har en medfødt evne til å initiere og inngå i sosiale relasjoner og at denne evnen er tilstede allerede ved fødsel (Trewarthen, 1994). Alle barn utvikler tilknytning til en omsorgsperson, og tilknytningsatferden vil danne et mønster som kan klassifiseres i fire ulike tilknytningsmønstre: trygg tilknytning; utrygg, engstelig/ambivalent tilknytning; utrygg, engstelig/avvisende tilknytning; desorganisert tilknytning (Smith, 2002). Det er Mary Ainsworth som på bakgrunn av observasjonsstudier av mødre-barn-interaksjon utviklet klassifiseringen av de tre første tilknytningsmønstrene (Bretherton, 1992). Senere blir en gruppe barn fra Ainsworths studier, og andre studier, bakgrunn for klassifiseringen av et nytt tilknytningsmønster, desorganisert tilknytning. Desorganisert tilknytning blir tilsynelatende utviklet når omsorgspersonen fremstår som skremt eller skremmende for barnet. Mishandling og vold er påvist å nært knyttet til slike tilknytningsmønstre. Enten at omsorgspersonen blir utsatt for vold, at barnet blir mishandlet eller utsatt for vold, eller begge deler (Carlson, et al, 1989; Morton & Browne, 1998.)

En stor mengde studier har sett atferdsvansker i sammenheng med tilknytning, med flere effektteorier om hvordan tilknytningsmønstre har betydning for senere atferd (Guttman, Steinmetz & Crowell, 2006). Imidlertid er det ikke klart i hvilken grad spesifikke tilknytningsmønstre har effekt på atferdsvansker og emosjonelle vansker, utover at det generelt er en overrepresentasjon av utrygg tilknytning blant barn med psykiske vansker (Zachrisson, 2010).

Resilisens

Resiliens betyr motstandskraft og viser til hvilke faktorer som virker positivt inn og fører til at mennesker til tross for skade og/eller lidelse, har god helse. I et stort epidemiologisk studie fra Kauai, Hawaii, studerte Werner & Smith (2001) en fødselskohort (1955) over flere tiår. Denne studien er sentral innen resiliensforskning. De satte barns egenskaper i sammenheng med oppvekstvilkår for å undersøke hvilke faktorer som karakteriserte barn som utviklet seg godt, på tross for risiko. Risikofaktorer som ble registrert var fødselsskader, kronisk fattigdom, lav utdanning hos foreldre, disorganisert familiemiljø, familie med liten stabilitet, alkoholiserede foreldre, vold, tenåringsmor og omsorgssvikt. For å bli karakterisert som risikobarn, måtte man registrere minst 4 av disse risikofaktorene hos barnet. Studiet viste at en tredjedel av

risikobarna var velfungerende voksne ved 18 års alder. Normal intelligens og sjarmerende atferd hos barnet, var de beskyttelsesfaktorene som hadde høyest frekvens. Men én faktor var mest betydningsfull for resiliente barn; å ha minst én betydningsfull voksen utenom familien. Denne personen karakteriseres som en stabil og omsorgsfull person med kjennskap til familiens vansker. Senere forskning har bekreftet disse funnene (Antonovsky 1987).

Resiliens er ikke et statisk forhold hos barn som er konstant i tid. Et barn som viser betydelig mestring på et område i utviklingen, kan ha psykiske vansker innen andre områder.

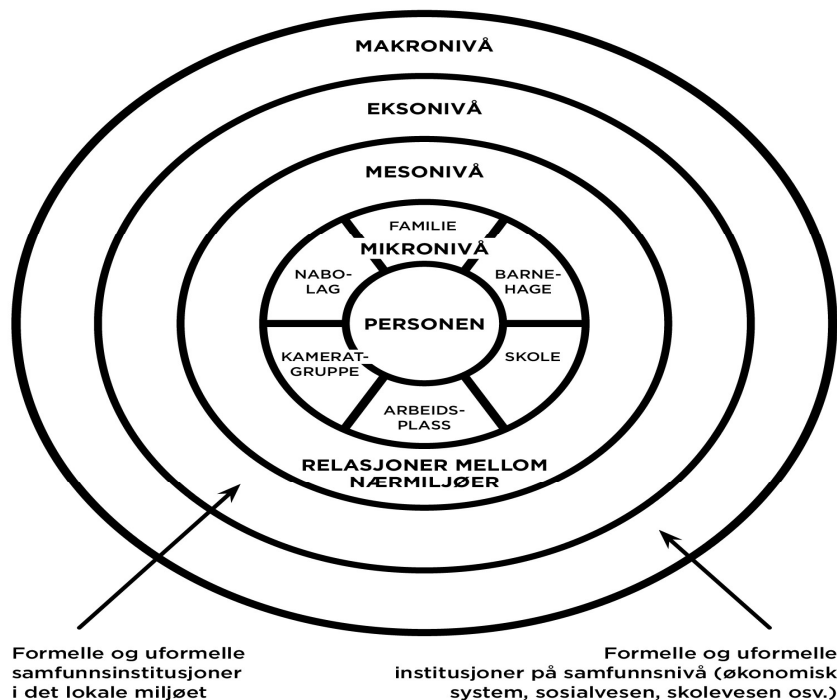
Forholdene er nært knyttet opp til beskyttelsesfaktorer. For å forstå psykiske vansker må man forstå de prosesser som ligger til grunn for normativ utvikling. Risikofaktorer er ikke de egentlige faktorene som forårsaker vansker hos barn, de er heller tegn på langt mer komplekse prosesser som påvirker barnets utvikling (Smith, 2010). Denne tankegangen gir en mer kompleks forståelse av barns psykiske vansker, fremfor å utforske forhold mellom årsak og virkning. Den viser også betydningen av å fremheve beskyttelsesfaktorer som kan øke mestring blant barna i barnevernet, fremfor å fokusere på problemer.

Systemøkologisk perspektiv på helse

Den samfunnsvitenskapelige fagtradisjonen legger vekt på samfunnsstrukturer som forklaringer på uhelse blant befolkningen. Typiske faktorer er fattigdom, forurensing, undertrykkelse og trange boforhold. Bronfenbrenner utviklet en modell for forståelse av utvikling, som søker å ta med de fleste aspekter som har betydning for hvordan mennesker utvikler seg; systemøkologisk modell. Bronfenbrenners økologiske modell handler om å se barnet og barns utvikling i et helhetlig perspektiv (Bø, 2004). Barn og ungdom sees i sammenheng med sine omgivelser i vid forstand for at vi skal kunne forstå hvordan de utvikler seg. Bronfenbrenner beskriver omgivelsene omkring *enkeltmennesket* i fire nivåer: Mikronivå, mesonivå, eksonivå og makronivå, som figur 1 viser. Barnet er i midten av sirkelen og mikronivået er personer og arenaer barnet befinner seg i store deler av hverdagen. Det er i mikronivået barnet henter sosial støtte og knytter nære relasjoner til andre mennesker. Mesosystemet betegner relasjonene mellom barnets ulike mikrosystemer og barnet. Mesonivået handler også om hvordan mikronivået forholder seg til hverandre i et større system; hvordan personene rundt barnet fungerer som en familie, og hvordan hjem, barnehage, skole og nabolag fungerer. Eksosystemet er måten mikrosystemet og mesosystemet inngår i en større sosial struktur på. Et eksempel er samfunnets ulike

institusjoner, familie, arbeidslivet, skole og utdanningssystemet formelt og uformelt påvirker systemet. Makrosystemet viser til de overordnede verdier og rammer som påvirker barns psykiske helse, som kulturelle, ideologiske og politiske føringer. For eksempel har utredninger og vedtak fra Storting og regjering betydning for hvilket tilbud som blir gitt i kommuner til alle barn og unge. Innstramminger i økonomiske forhold som har betydning for kommuneøkonomi, er særlig sårbart for utsatte familier.

Systemøkologisk modell. Hentet fra Bø (2004), s. 159.



Innen tilknytningsteori er det lansert en økologisk modell som er inspirert av Bronfenbrennes systemøkologiske modell i studiet av atferdsforstyrrelser (Greenberg, 1999). Denne modellen beskrives som en kumulativ risikomodell som inkluderer fire risikodomener; vanskelige karakteristika ved barnet (for eksempel vanskelig temperament), utrygg tilknytning, avvikende oppdragerstil og problematisk familiesituasjon (for eksempel sosial risiko eller psykiske plager hos foreldre). Flere studier som tar utgangspunkt i denne modellen viser at utrygg tilknytning er en risikofaktor på lik linje med de andre domenene, og viser at utrygg tilknytning er en av mange belastninger som påvirker barns utvikling (Zachrisson, 2010).

Familier med barn som har vedtak fra barnevernet er dårligere stilt på alle sosioøkonomiske forhold (Kristoffersen 2005; Egelund og Hestbæk, 2007; Clausen 2000). Forskning viser at dårlig økonomi over tid er belastende og en risikofaktor for mistrivsel og problemutvikling (Kalil & Eccles 1998, Duncan & Brooks-Gunn, 1997). Familier i barnevernet er karakterisert av å ha svakere sosiale nettverk sammenlignet med andre familier med dårlig råd (Andenæs, 2002, Egelund & Hestbæk, 2007) og kan ikke regne med støtte fra nettverk til å få ekstra penger, eller arve klær/fritidsting som mange andre fattige familier (Gautun, 1990). Følgene for barna kan være betydningsfulle; de blir utestengt fra aktiviteter med jevnaldrene og opplever skyld og skam på egne og familiens vegne. Foreldre i familier med dårlig økonomi over lang tid opplever stress og manglende mestring, som øker risiko for psykiske belastninger og kan medføre at omsorgsoppgavene ovenfor barna blir for store.

Barnevernsbarn skårer lavere på skoleferdigheter enn gjennomsnitt (Egelund og Hestbæk 2007), og foreldrene har mindre kontakt med lærere og skolen (Havik, 2003). Samtidig øker kravene fra skolen til foreldre om oppfølging av barna (Ericsson og Larsen, 2000). Sosial støtte og samarbeid mellom skole og hjem handler om kvaliteten på barnets mesosystemer, som har betydning for barnets utvikling. Forhold som i lokalsamfunn kan moderere betydningen av fattigdom og svak sosial støtte, er frivillige organisasjoner eller kommunale tiltak som gir barn gratis tilgang til fritidsaktiviteter og utlån av utstyr. Dette er eksempler på påvirkning fra eksonivå. Mange barneverntjenester gir økonomisk støtte til fritidstilbud for barn, og lager egne tiltak for barn som faller utenfor jevnaldrefellesskapet. Sett i lys av at barn i barnevernet er utsatt for risikofaktorer på mange nivåer, viser at det er betydningsfullt at barneverntjenesten har en systemøkologisk tilnærming i sitt arbeid med familier.

Psykiske vansker og psykiske lidelser hos barnebefolkningen

Undersøkelser fra Norge tyder på at mellom 10 % og 20 % av alle barn mellom 3 og 18 år har psykiske vansker og omtrent halvparten av disse (8 prosent) har vansker som sannsynligvis ville oppfylt kriteriene for psykiske lidelser (Dybing & Stoltenberg, 2006; Mathisen 2009). Internasjonale studier viser at mellom 3 og 18 prosent av barn og unge har psykiske lidelser (Costello et.al, 2005). I en stor undersøkelse i England, hvor nesten 8000 barn og unge i alderen 5 til 15 år deltok (SDQ-besvarelser fra foreldre, lærer og barn), skåret 19,5 prosent av utvalget i gråsoner og 10,5 prosent i klinisk område (Goodman et al. 2000). I undersøkelsen fra England (Goodman, 2000) blir antall barn som skårer over gråsoner og klinisk område høyere

når de inkluderer hele utvalget, også de som bare har ett utfylt SDQ-skjema (Meltzer et al, 2000). Det vil si at det er høyere forekomst av psykiske vansker og psykiske lidelser blant de som har ufullstendige datasett.

Barn i Bergen-studien fant et lavere forekomsttall enn mange studier, hvor psykiske lidelser ble målt til 7-8 % blant barna på småbarnttrinnet (Heiervang et al. 2007). Barn i Bergen er en omfattende undersøkelse av tre årskull skolebarn fra alle skolene i Bergen og Sund organisert i fire bølger. Den første bølgen ble foretatt når barna var på småtrinnet (2002/2003), den andre bølgen kom i 2006 når barna gikk på mellomtrinnet. I 2008/2009 var tredje bølge, da gikk barna på ungdomsskolen. I først bølge var oppslutningen 75 % av utvalget, som er 7007 barn. I andre bølge var det 5185 barn som deltok (ca 60 %), og i denne delen av studien er SDQ brukt som kartleggingsmetode og er utfylt av foreldre og barn. Tall fra Barn i Bergen viser at andelen barn med psykiske vansker, øker med alderen. Hos jenter øker særlig angstrelaterte symptomer i ungdomsårene og typisk øker atferdsvansker hos guttene (Van Roy, 2005; Munkvold et. al, 2009). Akershus-studien viser at 15 % av barna (selvrapport skjema) i 5-7.klasse har psykiske vansker (Rødje et al. 2004). 5 % av disse er klassifisert som klinisk område (psykiske lidelser). 13 % av barna rapporterte at vanskene påvirket dagliglivet negativt (6 % = gråsoner, 7 % = klinisk område). I følge foreldrene har 6 % av barna psykiske vansker, hvorav 2 % er i klinisk området. 11 % av barna har, i følge foreldre, vansker som påvirker dagliglivet negativt.

Enkelte studier tyder på at barn i Norge har lavere forekomsttall av psykiske lidelser enn Storbritannia (Heiervang 2007, Goodman & Goodman, 2009; Nes & Clench-Aas, 2011). Nes & Clench-Aas (2011) viser at Norge ligger noe lavere i forekomst av *psykiske lidelser* (klinisk område) blant befolkningen sammenlignet med andre land i Europa, men når det gjelder *psykiske vansker* (gråsoner), ligger Norge mye lavere enn andre land i Europa.

Psykisk helse blant barnevernsbarn

Familier med barn som har vedtak fra barneverntjenesten har en overopphopning av helsemessige, sosiale, utdanningsmessige og økonomiske vansker i forhold til familier som ikke har kontakt med barnevernet (Clausen 2000, Kristofersen 2005, Iversen 2008, Holtan og

Rønning et al. 2005, Janssens and Deboutte 2010, Egelund 2007, Kjelsberg & Nygren 2004). Barnevernsbarn kommer dårligere ut helsemessig, med mange trygdede og økt selvmordsrate enn de barna som ikke har hatt vedtak fra barneverntjenesten og det er økt dødelighet, både blant barnevernbarna og deres foreldre (Kristoffersen, 2005). Statistikk fra Statistisk sentralbyrå viser at omtrent 2,1 % av barna i Norge mottar hjelp fra barnevernet hvert år. Dersom man ser på statistikken over tid blir tallene høyere. Kristoffersen (2005) undersøkte tidsrommet fra 1990 til 2002, og fant at barn som fikk hjelp fra barnevernet var omtrent 6 prosent.

I Norge fikk nesten 31.000 barn og unge hjelp i barne- og ungdomspsykiatrien i 2002 (Kristoffersen 2005). Av disse hadde 15 % fått undersøkelse eller hjelpetiltak av barneverntjenesten. Det viser at 3,1 % av barnevernsbarna i 2002 ble gitt tilbud fra barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Kristoffersen (2005) mener at det er betydelig flere barn enn det disse tallene viser, som trenger hjelp fra både barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge.

I en undersøkelse basert på Barn i Bergen-studien, ble psykiske vansker blant hjemmeboende barn som har kontakt med barnevernet undersøkt (Iversen 2008). Tallene er hentet fra andre bølge. Utvalget begrenset seg til 82 barn som tilsvarende 2 % av Barn i Bergen-utvalget. Blant barna som mottok tiltak fra barnevernet var det en overrepresentasjon av gutter (64 %). Familiene til alle barna var dårligere stilt på alle sosiale bakgrunnsfaktorer enn familiene til jevnaldrende. Kun 22 prosent av barna hadde foreldre som bodde sammen. 23 prosent av foreldrene karakteriserte seg selv som fattig. 23 prosent av mødre hadde kun 9-årig grunnskoleutdanning. Foreldre rapporterte dårligere helse enn jevnaldrende. 68 prosent av foreldrene fra utvalget rapporterte at barnet var i kontakt med BUP.

På alle problemområdene i SDQ skårer utvalget vesentlig høyere enn jevnaldrende (Iversen, 2008). Jevnaldrende skårer alle områder og totalskåre under 10 %, i sammenligning med barnevernsutvalget, som skårer rundt 40 % på emosjonelle symptomer, hyperaktivitet og problem med venner, og over 50 % på atferdsproblemer og totale vansker. På den selvutfylte SDQ (barn fra fylte 11 år), er ikke skårene så høye, men er like fullt betydelig høyere enn jevnaldergruppen uten kontakt med barnevernet. Resultatene viser at barna med kontakt med

barnevernet har et betydelig omfang av psykiske vansker. Resultatene indikerer at sosialarbeidere i barnevernet håndterer barn med en betydelig mengde problemer, samtidig som de har liten trening eller støtte for å identifisere og håndtere disse problemene (Iversen 2008).

Prosjektet «Barn som blir plassert utenfor hjemmet - risiko og utvikling» er en longitudinell studie av 109 plasserte barn, som tilsvarer omtrent en tredjedel av alle som ble plassert i en periode. I en delstudie av dette prosjektet har Havnen (2009) brukt Revidert Rutters skala for foreldre og lærere. Rutters skala er et anerkjent kartleggingsverktøy for psykiske vansker, som har lik oppbygning som SDQ. Forekomst av psykiske vansker i det kliniske området var i følge lærerrapport på 75 % blant utvalget og 70 % i følge foreldrene. Guttene skåret signifikant høyere enn jentene på alle problemskalaer, bortsett fra emosjonelle symptomer og prososialitet. Barna hvis hovedgrunn til plassering er foreldres rusmisbruk, har mindre psykiske vansker på alle områder i Rutter skala, unntatt området hyperaktivitet, enn barn som er plassert av andre årsaker (Havnen, 2011)

En dansk kohortundersøkelse (Egelund 2007) viser at små barn som er plassert utenfor hjemmet av barnevernet, er uforholdsmessig sosialt utsatt på en rekke områder. Egelund (2007) undersøkte hele Danmarks 1995-kohort, og studerte forekomst av psykisk helse blant barn som var plassert av barnevernet (i fosterhjem eller institusjon), barn med vedtak fra barnevernet og barn uten kontakt med barnevernet. Studien sammenligner disse gruppene med barn og fant høyest forekomst av psykiske vansker blant barna som ble plassert som små. Det som først og fremst kjennetegner denne gruppen med familier er den opphopning av problemer som skaper en ekstrem vanskelig situasjon for familiene. Selv sammenlignet med andre familier med plasserte barn avviker familiene med barn som ble plassert som småbarn negativt på flere områder. Sammenlignet med familier uten plasserte barn, er disse familiene ekstremt utsatt. Familiene har lavt utdanningsnivå, 58 % er utenfor arbeidslivet, 44 % av foreldrene angir å ha en diagnostisert fysisk eller psykisk lidelse og omtrent halvparten av foreldrene har tidligere vært plassert av barnevernet. Man kan se at familier som har små barn plassert er familier som har hatt en mangeårig svært belastende livssituasjon (Egelund 2007).

Av undersøkelsene som er nevnt ovenfor, kan vi fastslå at barn med kontakt med barnevernet har høy sannsynlighet for å ha psykiske vansker. Imidlertid varierer forekomst av psykiske

vansker med hvilken grad av kontakt med barnevernet familien har. Barn som er plasserte (i fosterhjem eller institusjon) har en uforholdmessig høy forekomst av psykiske vansker (Holtan, Ronning et al. 2005, Kjelsberg & Nygren 2004, Andenæs 2004, Backe-Hansen 2003, Egelund 2007; Havnen, 2009) i forskjell til barn med andre plasseringer og tiltak. Barn i ordinære fosterhjem har mer psykiske vansker, flere antall plasseringer, mindre kontakt med biologiske foreldre og var oftere plassert utenfor nærmiljøet (fra før plassering) enn barn som var plassert i slektsfosterhjem (Holtan, Rønning et al. 2005). I følge Janssens (Janssens and Deboutte 2010) er forekomst av psykiske vansker høyere blant barn som har vedtak fra barneverntjenesten, enn blant de barna som bor i fosterhjem. Janssens har undersøkt forekomst av psykiske helse blant 292 barn, hvor alle er i kontakt med barnevernet, og sammenlignet hjemmeboende og fosterhjemsplasserte barn. For hele utvalget skåret 55.7 % av utvalget over grenseverdi for klinisk område. De hjemmeboende barna med vedtak fra barneverntjenesten, skåret signifikant høyere enn barna i fosterhjem. I Egelunds (2007) studie av 1995-kohorten hadde 20 % av barna som var plassert i fosterhjem minst én diagnose. Av barna som bodde hjemme (med vedtak fra barnevernet) skåret 48 % over grenseverdi i klinisk område, mot 5 % av barna som ikke har kontakt med barnevernet.

Etiske betraktninger

All forskning bør grunnes med å finne ny og nyttig kunnskap. Før studier starter og før respondenter og samarbeidspartnere involveres, bør spørsmålet om hvilke ulemper og fordeler studien vil få være grundig vurdert (Befring, 1998; Hatch, 2002). Dette studiet kan bidra til belyse barnevernsbarnas helse og prøve ut om kartleggingsverktøy er egnet til bruk i barneverntjenesten. Ulempen med studiet kan være at man øker arbeidsbelastningen på barneverntjenesten. Kartleggingsverktøyet kan på sikt bli et tidsbesparende element i arbeidet deres. Oppstart og innlæring av nye metoder tar alltid mer tid i starten selv om målet på sikt er å bli mer systematisk og effektiv.

Gjensidighet er et etisk dilemma i forskning generelt og spesielt når deltakerne må gi av egne, ofte sårbare, opplevelser og vansker (Hatch, 2002). I følge Hatch (2002) bør en forsker avtale med deltakerne hva forskeren skal gi tilbake til deltakerne, for at deltakerne skal få fordeler fra å delta i forskningen. I denne studien blir det ikke gitt noe tilbake til foreldre og lærer fra forsker. Spørreskjema inneholder både positivt og negativt formulerte utsagn, som mest

sannsynlig gir en balanse i opplevd utfall. Det har ikke en ensidig negativt fokus, som flere andre kartleggingsverktøy har. Det er heller ikke et langt og tidkrevende skjema. Vi kan se deltakerne i denne studien som todelt. Det er barneverntjenesten, og det er familiene og lærerne. Barneverntjenesten får opplæring og oppfølging i en tidsperiode for å implementere kartleggingsverktøyet. Dette anses som verdifullt for opplæring og oppfølging koster vanligvis penger. Foreldre, barn og lærere får ikke noe konkret tilbake for sin deltakelse.

Kartleggingsverktøyet kan berøre vanskelig tema for sårbare mennesker i en vanskelig livssituasjon. Kartleggingsskjema skal administreres av barnevernarbeidere, som gjør at klientene blir tatt vare på av profesjonelle dersom kartleggingen avdekker forhold som er ømtålige. De samme barnevernarbeiderne som er med familiene når kartleggingsskjema blir lagt frem, er de som skal følge familien fremover. Et sådant kartleggingsverktøy kan på den måten bli et samtaleverktøy som åpner for gode samtaler med barn og foreldre. På den ene siden deltar foreldre og barn som har vedtak fra barnevernet stadig vekk i samtaler med barneverntjenesten, så man kan tenke at å fylle ut et kartleggingsskjema ikke er en stor tilleggsbelastning. På den andre siden kan man tenke at siden foreldre og barn er i kontakt med barneverntjenesten og deltar i møter med forskjellig agenda jevnt over, kan et ekstramøte for å fylle ut skjema og deretter et nytt møte med formidling av resultatene, utgjøre en belastning for foreldre.

Et sentralt krav innen forskning er å presentere et informert samtykke til alle deltakere (Fossheim, 2009). Et informert samtykke skal inneholde informasjon om forskningsprosjektet, dets overordnede mål og hva det skal brukes til. Det skal også inneholde informasjon om at deltakerne kan trekke seg når som helst i studiet uten at det skal innvirke på den hjelp de får av barneverntjenesten (Silverman, 2006). Det skal informeres om anonymitet og konfidensialitet. Man ivaretar deltakernes anonymitet i prosjektet ved at ingen navn blir skrevet på skjemaene som blir sendt inn til forskergruppen. Barneverntjenesten har sin vanlige taushetsplikt å forholde seg til. Det er foreldrene som skal samtykke i deltakelse i prosjektet. I denne studien ble informert samtykke presentert til foreldrene av barneverntjenesten. Barneverntjenesten har både et lovverk som regulerer taushetsplikten, og etiske retningslinjer for yrket. Som forsker skal man kunne forvente at de ansatte forholder seg til de gjeldende regler og retningslinjer.

Konsekvenser for offentliggjøring av studien kan være at familier som deltar i prosjektet får

innblikk i at de tilhører en belastet gruppe. Det kan være at de ikke kjenner seg igjen, eller får bekreftet (nok en gang) at de har problemer og er i behov for hjelp fra ulike instanser. Det er forskerens ansvar at formidling av resultatene av forskningen foregår på en respektfull og verdig måte ovenfor de som har deltatt i studien.

All forskning vil i en eller annen grad være influert av forskerens verdier. Kun gjennom disse verdiene vil enkelte problemstillinger bli til og undersøkt (Silverman, 2006). Forskeren ser sine data med sitt blikk på verden og med sin erfaring i bakhodet. Dette vil alltid påvirke hva forskeren vektlegger og nedtoner. Forskningen skal være mest mulig gjennomiktig og etterprøvbar, noe som møtes ved å beskrive metoden mest mulig detaljert og hvorfor det gjøres på den måten.

En annen viktig side ved prosjektet er hvorvidt tiltakstilbudet for barna og familien blir gitt etter hva familien kan forvente. Dersom familien er med på et forskningsprosjekt som skal avdekke vansker hos barnet, og opplever at de ikke får noe annet eller bedre tilbud enn det de tidligere har hatt fra barnevernet, kan det oppstå etiske vanskeligheter. Familien kan miste tillit til barneverntjenesten eller føle seg bedratt og sviktet. Mulige konsekvenser kan være at familien trekker samtykke til frivillig hjelp fra barneverntjenesten og barnet står uten tilbud. Barnevernet kan ha begrenset med midler og tiltak. Det kan være lang ventetid på enkelte tiltak. Det er etisk betenkelig å starte et slikt prosjekt uten å ha tilrådelig oversikt over mulige klientforløp, tiltaksbehov og eventuelle ventelister. Prosjektet bør forutse og være klar over at noen barn og familier kan ha andre forventninger enn barnevernet klarer å oppfylle.

Prosjektet er godkjent av Regional etisk komité (REK) den 20.08.2009 med to merknader. Merknadene ble tatt til følge. (Vedlegg 1)

Metode

Metodekapittelet innledes med vitenskapsteori og vitenskaplige paradigmer for å plassere metoden i studien i en samfunnsvitenskaplig kontekst. Så utdypes samfunnsvitenskaplig, kvantitativ metode; Populasjon, for å si noe om hvem som måles; operasjonalisering av variabler for å si noe om hva som måles; validitet og reliabilitet for å rede ut om det som

måles, er pålitelig og gyldig, og til slutt om generaliseringsmuligheter, for å si noe om resultatene, har overføringsverdi til flere enn akkurat de som deltok i studien.

Vitenskapsteori og vitenskaplige paradigmer

Vitenskap er å forklare verden på en systematisk måte, mens vitenskapsteorien forklarer rammeverket for forskningen. Vitenskapsteori har siden Aristoteles' tid vært gjenstand for utvikling, revolusjon og paradigmeskifter, etter som nye forskere har tatt i bruk nye metoder for å utforske verden. Et paradigme er et allment anerkjent vitenskaplig resultat som gir forskere klart definerte problemer og legitime problemløsninger. Et felles paradigme styrer forskningen og forteller forskerne hva virkeligheten er, hvilke spørsmål som kan stilles og hvilke metoder man kan benytte for å få svar (Gilje og Grimen, 1993). Når vitenskapsteorien endres, er det det teoretiske rammeverket som blir nytt. Et eksempel på et sådant skifte i vitenskapsteori kan vi finne i utviklingspsykologiens syn på spedbarn. Fra Freuds psykodynamiske teori på 1900 århundreskiftet frem til 1960-70-tallet, var den rådende teori at spedbarn var født «normalt autistiske» og egosentriske. Om foreldre fortalte om at barnet hadde respondert på deres lyder, med lignende lyder og fakter som kunne minne om samtaler, ble de fortalt at det var tilfeldig og kunne forklares med mageknip eller lignende. Alle nye observasjoner og teori om spedbarns utvikling ble forklart ut i fra dette verdenssynet. Det var først når forskere kunne legge frem empiriske bevis i form av video og lydopptak av foreldre og spedbarn at man kunne få et paradigmeskifte i utviklingspsykologiens syn på spedbarns utvikling (Bråten, 1996). Dette paradigmeskiftet hadde naturligvis også påvirkning på hvordan barnevernet jobbet med familier. Tidligere ble barn ansett som «vedheng» til familien (Ericsson, 1996), mens i dagens barnevern er det vanlig å se barn som selvstendige individer med egne rettigheter. Den nye barnevernsloven som kom i 1992, bidro sterkt til at barnevernet har et barneperspektiv (Fauske, 1999). Barneperspektivet handler om at barn oppfattes som aktive aktører som bidrar i å skape sin egen og omgivelsenes utvikling (Schjelderup et al., 2005).

Det er vanlig å skille mellom to hovedretninger innen forskningen; kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode er knyttet til naturvitenskapen hvor målet er å finne absolutt og objektiv kunnskap. Naturvitenskapen er opprinnelig sterkt knyttet til positivisme (Ringdal, 2007). Positivisme vektlegger at vitenskapen kun skal forholde seg til fakta som kan

observeres og registreres. Kunnskap må bli frembrakt ved positiv bekreftelse på hypoteser gjennom naturvitenskaplige metoder (Grimen, 2003; Ringdal, 2007). Kvalitativ metode er knyttet til humanvitenskapen som i hovedsak er inspirert av hermeneutikk og sosialkonstruksjonisme (Gilje og Grimen, 2000; Johannesen, Tufto og Kristoffersen 2004). I hermeneutisk tilnærming er det ikke bare det objektive man ser som er fakta, man må gjennom en fortolkningsprosess for å forstå hva som ligger bak det rent observerbare for å finne helhetlig kunnskap. Sosialkonstruksjonisme er en sosiologisk teori hvor barn forstås både biologisk, sosialt og som sosial aktør i en kontekst. Kort fortalt innebærer dette et syn hvor barn utvikles i relasjon med andre mennesker, og identitet skapes i en sosial kontekst. Kvantitativ og kvalitativ metode har vært tildels konkurrerende motpoler (Befring, 2007). I etterkrigstiden ble positivismen kritisert av særlig Karl Popper som hevdet at det ikke finnes noen metode hvor hypoteser kan bekreftes ut fra observasjoner (Aadland, 2004). Dette brakte frem en ny retning; postpositivisme, hvor man erkjenner at det ikke finnes en objektiv og nøytral forsker, men at det finnes en sosial realitet som gjør at empirisk forskning kan være verdiladet og subjektiv (Gilje og Grimen, 2000). Postpositivismen forfekter at fenomener kan måles ved hjelp av mangeartede og indirekte metoder. Dette åpner forskningen for en «mixed methods approach», hvor kvalitativ og kvantitative metoder utfyller hverandre for å bidra til bedre kunnskap (Burke Johnsen & Onwuegbuzie, 2004; Grønmo, 1996). Forskning i barnevernsfeltet og sosialt arbeid knyttes hovedsakelig til det hermeneutiske perspektivet og metoden er i overvekt kvalitativ. Psykologi- og medisinfagene knyttes i hovedsak til det postpositivistiske perspektivet, og forskning innen medisin og psykologi er i høy grad basert på kvantitativ forskning. Som forsker vil man forsøke å gjøre rede for hvilket vitenskapsteoretiske ståsted man har, for å gi leseren innblikk i sin subjektive forforståelse. Denne studien er basert på en postpositivistisk tilnærming. Analysene foretas med kvantitativ metode ved hjelp av statistikk. Tolkning av resultatene settes inn i en større helhetlig forståelse ved hjelp av systemøkologisk perspektiv, som redes ut om i et senere kapittel.

Samfunnsvitenskaplig metode

Metode er en systematisk måte å undersøke virkeligheten på (Halvorsen, 2008). Metoden beskriver ikke bare verktøy for å undersøke et fenomen, men også måter å samle inn, organisere, bearbeide og tolke informasjonen. Den kvantitative forskningsmetoden brukes til å få breddekunnskap, finne årsakssammenhenger og for å teste hypoteser. (Grønmo, 2004).

Det er et mål at forskeren skal være nøytral og objektiv ovenfor personene som blir undersøkt og innsamlet data skal være valid, reliabel og generaliserbar (Ringdal, 2007). Den vanligste metoden innen kvantitativ retning er hypotetisk-deduktiv metode. I hypotetisk-deduktiv metode tester man en hypotese. En hypotese er en antakelse om faktiske forhold som er formulert som en påstand. Denne påstanden blir dannet på bakgrunn av teori og/eller tidligere forskning. Om denne studien skulle formulere problemstillingen som en hypotese som skulle testes, kunne den lyde slik: Barn med vedtak fra barneverntjenesten har høyere forekomst av psykiske vansker, enn barn uten barnevernsvedtak. Ut fra hypotesen kan det gjøres en studie og fra studiens funn trekkes det slutninger som bekrefter eller avkrefter hypotesen (Grimen, 2003; Ringdal, 2007). Med utgangspunkt i Karl Poppers teori om at man aldri kan bekrefte en hypotese ved hjelp av observasjoner, men kun forkaste/avkrefte den, handler hypotesetesting om å teste en nullhypotese. Hypoteseprøving er å utarbeide to hypoteser, en hypotese og en nullhypotese. Nullhypotesen påstår det motsatte av hypotesen som skal prøves, så om man kan forkaste nullhypotesen, kan man si at man har styrket hypotesen.

Forskningsdesign

Denne studien har hentet datamaterialet fra prosjektet «Screening av barn - tverrfaglig samarbeid om utredning og tiltak». Det er et samarbeidsprosjekt mellom Barnevernets utviklingscenter vest, Regionsenteret for barn og unges psykiske helse vest og Psykologisk fakultet ved Universitetet i Bergen (Skilbred, 2012). Prosjektets mål var todelt: 1. Gi barnevernstjenesten et verktøy for å få opplysninger om barna på en systematisk og ikke-inngripende måte, samt å systematisere tverrfaglig samarbeid om barnet. 2. Få økt kunnskap om barna i barneverntjenesten sine vansker på flere områder: skolefungering, fysiske og psykiske vansker. Prosjektet er foretatt i en barneverntjeneste i en kommune på Vestlandet. I følge Statistisk Sentralbyrå har barneverntjenesten rundt 100 barn med vedtak pr 31. desember 2010. I prosjektet blir barnas situasjon kartlagt i et skjema som består av spørsmål om barnas faglige og sosiale fungering på skolen, spørsmål om fysisk helse og kartleggingsskjemaet Strengths and Difficulties Questionnaire (Vedlegg 2, 3, 4). Dette skjema ble fylt ut av foreldre, lærere/pedagogiske ledere og barn fra fylte 11 år. I tillegg var det utarbeidet et skjema til saksbehandlere i barneverntjenesten for å kartlegge sosialdemografisk informasjon, type tiltak og varighet av kontakt med barneverntjenesten, resultater av kartleggingsinformasjonen fra de ulike informantene og behov for videre tverretattlig

samarbeid (Vedlegg 5). Dataene er innhentet i løpet av perioden november 2009 og fortsatte ut 2010. Barneverntjenesten var involvert i planleggingsfasen av prosjektet, gjennom møter med forskerne. I planleggingsfasen ble flere spørreskjema vurdert og SDQ ble valgt som spørreskjema om psykiske helse på grunn av dets enkle design og utbredelse. SDQ er mye brukt i undersøkelser om psykisk helse i mange land (Heyerdahl, 2003). I følge SDQs nettside www.sdqinfo.org er SDQ foreløpig oversatt til 72 språk. Skjemaet er fritt tilgjengelig, og gratis å bruke.

I denne studien er fokuset barnas psykiske helse. I all hovedsak brukes SDQ fra vedlegg 1 for å identifisere psykiske vansker i utvalget, og kun noen opplysninger om barnets alder og type tiltak fra vedlegg 5 i undersøkelsen. I kvantitativ metode baseres forskningsstrategien på talldata. Datamaterialet kvantifiseres, så det kan analyseres ved hjelp av statistikk. I kvantitativ metode finnes flere ulike forskningsstrategier. Blant annet eksperimentelle, tverrsnitt, casestudie, langsgående og komparativ design. Eksperimentell design er den klassiske forskningsdesign i naturvitenskapen, for eksempel utprøving av ny medisin. Langsgående design er undersøkelser som foretas flere ganger på samme utvalg, for å bringe inn en tidsdimensjon. Komparativ design har en sammenlignende funksjon. Tverrsnittdesign er begrenset til ett tidspunkt og gir en beskrivelse av forhold i nåtid (Ringdal, 2007). Dette er den dominerende designet i kvantitativ metode. Casedesign er en undersøkelse av en case, som kan være individer, familier, bedrifter, organisasjoner eller land. En case er en eller flere analyseheter som er gjenstand for en intensiv undersøkelse. En case er et avgrenset system – et objekt – og ikke en prosess. Dataene kan være samlet inn ved bruk av spørreskjema. Et spørreskjema er en standardisert utspørring, vanligvis utført på et stort representativt utvalg av personer. I kvantitativ forskning er det mest vanlig å bruke allerede utprøvde spørreskjema som er validitets- og reliabilitetstestet (Ringdal, 2007). Denne studien faller inn under casesdesignbeskrivelsen; Vi benytter et anerkjent og etablert spørreskjema i én bedrift i et gitt tidsrom. Dette designet deler også likhetstrekk med tverrsnittstudie, men tverrsnittstudier egner seg best ved store, representative utvalg, noe dette studiet ikke har. Ringdal beskriver implisitt komparativ design som undersøkelser hvor forskere sammenligner sin case med lignende undersøkelser. Implisitt komparative casestudier kan benyttes både til å fremheve unike trekk ved det som studeres og bidra til generell kunnskap. For eksempel kan en kvantitativ studie av mobbing i en bestemt studie, gjøres implisitt komparativ ved at resultatene sammenlignes med andre studier av samme fenomen. I diskusjonen av denne studien, trekkes forskning fra lignende studier frem for å sammenligne funn, både for å trekke

frem unike trekk ved dette utvalget, og bidra til å beskrive den psykiske helsen til barnevernsbarn generelt. Denne studien kan på bakgrunn av dette beskrives som implisitt komparativ casestudie.

Utvalg og rekruttering

Et sentralt aspekt ved kvantitativ metode er populasjon og utvalg. Populasjon blir definert som de vi ønsker å undersøke. Det må være avklart hvilken populasjon som er målet for undersøkelsen. Dette impliserer formulering av eksklusjonskriterier og inklusjonskriterier. Inklusjonskriterium for å delta i undersøkelsen er at barnet har et vedtak fra barneverntjenesten og er mellom 3 og 16 år. Eksklusjonskriterium er at barn og foreldre ikke er norsktalende. Når man har definert populasjonen er det vanlig å trekke et utvalg av populasjonen fordi det av praktiske grunner nærmest er umulig å undersøke alle i den faktiske populasjonen. I hvilken grad utvalget reflekterer den faktiske populasjonen kalles for representativitet, og i kvantitative studier er dette en avgjørende faktor for å kunne vurdere studiens generaliserbarhet (Ringdal, 2007; Halvorsen, 2008). For å sikre at utvalget er representativt, trekkes man utvalget ved hjelp av bestemte metoder. Hovedkriteriet er at trekkingen får et mest mulig tilfeldig utvalg. Dette vil gi størst sannsynlighet for at egenskapene til utvalget vil gjenspeile egenskapene til populasjonen. Jo større utvalget er, jo mer presis blir dataene (Ringdal, 2007). I casestudier med få case, trekkes utvalget ofte gjennom tilfeldigheter og en blanding av teoretiske valg (Ringdal, 2007). I hovedprosjektet for denne studien ble det foretatt en strategisk utvelgelse av kommunen på bakgrunn av tidligere samarbeidsprosjekter og kjennskap til barneverntjenesten i kommunen.

Det var saksbehandlerne i barnverntjenesten som rekrutterte foreldrene. Saksbehandlerne informerte de foreldrene som var aktuell målgruppe etter inklusjon- og eksklusjonskriterier og innhentet samtykke fra de som ville delta (Vedlegg 3). Et fritt, informert samtykke innebærer at de det forskes på ikke skal være under noen form for press idet de gir sitt samtykke og at de gir samtykket på grunnlag av kjennskap om den forskningen som skal gjennomføres (Fossheim, 2009). Etter denne rekrutteringsprosessen ble utvalget bestående av 50 barn. Det er 25 gutter og 25 jenter som deltar. Bakgrunnen for at overkant av halvparten av barna i barneverntjenesten ikke deltok, skyldes en stor gruppe minoritetsbarn som ikke hadde god nok norskforståelse til å delta og at SDQ ekskluderer barn under 4 og over 17 år (Skilbred,

2012). Når samtykke forelå, ble hele kartleggingsskjemaet fylt ut av foreldre og lærere/førskolelærere. Foreldre og barn fylte skjemaene ut på barnevernskontoret, lærere fikk skjemaene tilsendt og returnerte de i utfylt stand. Barn fra fylte 11 år fylte også selv ut SDQ-selvrapporterings skjemaet.

Operasjonalisering av variabler

SDQ er et kartleggingsskjema som måler psykososiale vansker hos barn mellom 3 og 16 år. Det er utviklet av professor Robert Goodman, publisert i 1997 og bygger på Rutters skala (Goodman 1997, 1999, 2001). Det er validert i flere land, inkludert Australia (Hawes & Dadds, 2004), Finland (Koskelainen, et al. 2000), Tyskland (Klasen et al, 2000) og Sverige (Smedje, 1999). I tillegg er det kommet en oppsummering av erfaringer ved bruk av SDQ i nordiske land (Obel et al. 2006). SDQ er et multiinformantskjema. Det kan fylles ut av foreldre, lærere/førskolelærere og barn fra fylte 11 år. Foreldre og lærere har like skjema, mens barnets skjema er tilpasset selvutfyllingsspørsmål; «jeg»-form.

For å kunne omsette teoretiske begreper til noe målbart blir begrepene operasjonalisert (Ringdal 2007). Operasjonalisering vil si å oversette et abstrakt begrep til et målbart fenomen. Det innebærer at begrep som psykiske vansker gjøres om til konkrete spørsmål eller utsagn som er mest mulig presise og dekkende for det vi ønsker å registrere. Spørsmålene/utsagnene vi konkretiserer kaller vi variabler, og svarene på disse spørsmålene uttrykkes som tall. SDQ er satt sammen av fem symptomskalaer og en innvirkningsdel. Symptomskalaen inkluderer fire skalaer som måler psykiske vansker, samt en som måler positiv sosial atferd. Innvirkningsdelen måler tre dimensjoner; opplevde vansker, vanskenes innvirkning og vanskenes belastning (Goodman, 1999).

I statistiske analyser benyttes skalaer til å måle latente variabler (egenskaper) i samfunnsvitenskaplig forskning. Latente variabler er en verdi som best mulig kan måles ved gradering av flere utsagn som til sammen måler det samme fenomenet. I en skala er svaret på spørsmålene skapt eller forårsaket av den latente variabelen (Ringdal 2007). Svarene reflekterer verdien på den latente variabelen. Dette egner seg for å måle for eksempel holdninger, eller kompliserte atferdskategorier. Symptomskalaene i SDQ er latente variabler. Svarene på utsagnet utgjør verdien i variabelen, og reflekterer målenivået på variabelen.

Variabler har ulike målenivå som gjenspeiler hvilke analyser som er mulig å foreta. I samfunnsfaglig metode skiller man mellom fire ulike målenivåer. Disse er nominalnivå, ordinalnivå, intervallnivå og forholdstallsnivå (Befring, 2007). Disse målenivåene rangeres hierarkisk. Det laveste nivået er nominalnivå og kjennetegnes av at verdiene er gjensidig utelukkende, og kan ikke rangeres. For eksempel kjønn eller ja/nei-spørsmål. I statistisk metode kan disse variablene analyseres ved hjelp av krysstabeller. Det nest laveste målenivået er ordinalnivå. Variabler på ordinalnivå kjennetegnes ved å være gjensidig utelukkende variabler som kan rangeres, for eksempel lite fornøyd, fornøyd, meget fornøyd. Intervallnivå er det nest høyeste målenivået og er variabler som uttrykkes i tall som kan plottes inn i en skala etter hverandre slik at de gir mening. På intervallnivå kan man benytte korrelasjonsanalyse og regresjonsanalyser i statistisk analyser. Forholdstallsnivå er det høyeste målenivået. Disse variablene har et absolutt nullpunkt, eksempel er høyde, vekt og volum. Variablers målenivå deles inn i kategoriske og kontinuerlige variabler. Kontinuerlige variabler kan ha uendelige mange verdier, for eksempel alder og inntekt. Kategoriske variabler er gjensidig utelukkende variabler, for eksempel kjønn eller fylke. I undersøkelser bestreber man å benytte høyest mulig målenivå, som gir mest mulig informasjon (Grønmo, 2004).

I SDQ er målenivået intervallnivå og variablene er kontinuerlige. SDQs fem skalaer skal måle variablene:

1. Emosjonelle symptomer
2. Atferdsproblemer
3. Hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker
4. Vansker i forhold til jevnaldrende
5. Prososial atferd.

For eksempel består variabelen «atferdsproblemer» av 5 utsagn vist i følgende figur. Merk: tabellen er konstruert for å vise eksempelet, i spørreskjemaet SDQ står ikke utsagnene sammen på denne måten.

Tabell 2 Atferdsvansker, utsagn

Atferdsvansker	Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
Har ofte raserianfall eller dårlig humør	0	1	2
Som regel lydig, gjør vanligvis det voksne ber om	2	1	0
Slåss ofte med andre barn eller mobber dem	0	1	2
Lyver eller jukser ofte	0	1	2
Stjeler hjemme, på skolen eller andre steder	0	1	2

Respondenten skal krysse av for om utsagnet «stemmer ikke», «stemmer delvis» og «stemmer helt». Avkrysningen gis verdiene 0, 1, 2. Tallene summeres for å få en skåre for hver problemskala. Denne tallverdien brukes til å måle i hvor stor grad barnet opplever symptomer på psykiske vansker. Høy verdi reflekterer stor grad av symptomer. I de tilfellene hvor utsagnet er positivt, for eksempel «Som regel lydig, gjør vanligvis det voksne mer om» på problemskalaen atferdsvansker, reverseres tallverdiene før de summeres. Hver problemskala i SDQ kan gis 0-10 poeng, hvor høyest poeng gir størst mulig problembilde. Delskårene summeres for å finne totalproblemskåre, som kan bli 0-40 poeng. Prososialitet holdes utenfor denne summeringen. I prososialitet-skalaen henspeiler høy skåre, høy sosial fungering. Totalproblemskåren viser om barnet ligger i området for sannsynlig uten vansker (normalområde), sannsynlig psykiske vansker (gråsoner), og sannsynlig psykisk lidelse (klinisk område). Grensesnitt for områdene blir gjort rede for i et senere avsnitt.

SDQs innvirkningsdel skal måle tre dimensjoner; opplevde vansker, vanskenes innvirkning på barnet og vanskenes belastning (Goodman 1999). Første spørsmål spør om respondent syns barnet samlet sett har vansker med ett eller av områdene følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker. Dette spørsmålet måler dimensjonen opplevde vansker. Svarer blir gitt verdiene: nei=0, ja litt =1, ja tydelige vansker=2, ja alvorlige vansker=3. Om respondenten ikke svarer nei, får det 5 påfølgende spørsmål om varighet og innvirkning av vanskene på barnet selv, familielivet, venneforhold, læring på skolen og fritidsaktiviteter. Varighet (chronicity) blir ratet 1=mindre enn en måned, 2=en til fem måneder, 3=seks til tolv måneder og 4=over ett år. Vanskenes innvirkning på barnet selv

(«distress») og områdene familie, venneforhold, læring og fritid («impact») blir gradert i følgende svarkategorier: «ikke i det hele tatt», «bare litt», «en god del» og «mye». De to første svarkategoriene blir gitt verdien 0, «en god del» får verdien 1, «mye» får verdien 2. Svarene fra «impact» summeres og gir en skåre for grad av innvirkning. Innvirkningsskåre er 0-10, hvor verdien 0 er normalområdet, verdien 1 er gråsonområdet og 2-10 er klinisk område (Goodman, 1999). Siste spørsmål på SDQ dimensjonen vanskenes belastning («burden») på familien (foreldrerapport) og klassen som helhet(lærerreport). Svaralternativene blir ratet 0=ikke i det hele tatt, 1=bare litt, 2= en god del, 3=mye. Grenseverdi er 1 for gråson, 2-10 er klinisk område.

Goodman har utviklet en algoritme som kan predikere om barn har en psykisk lidelse (Goodman et al., 2000; Goodman et al, 2004). Algoritmen bruker rapporterte symptomer og grad av innvirkning til å regne ut sannsynligheten for at barnet har en form for diagnostiserbar psykisk lidelse. Denne prediksjonen gir følgende utfall: ikke sannsynlig, mulig og sannsynlig. De psykiske lidelsene blir kategorisert i hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD), atferdsforstyrrelser (gjentatt og varig sosial uakseptabel oppførsel), emosjonelle forstyrrelser (angst, depresjon) og diagnose uansett type («any type»).

Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet

Reliabilitet viser til datamaterialets nøyaktighet og pålitelighet. Det sier noe om hvor nøyaktig vi måler (Aarø 2007). Reliabiliteten kan undersøkes på ulike måter: stabilitet og indre konsistens. Stabilitet innebærer at man får omtrent de samme resultatene i et utvalg på to forskjellige tidspunkt. Om resultatet stemmer overens mellom de to målingene, er stabiliteten god, og reliabiliteten høy. Lengden tid mellom målene, avhenger av hvor stabilt man mener resultatene bør være. Samtidig bør instrumentet være sensitivt nok til å kunne måle endring i variablene dersom individene som blir målt, blir utsatt for tiltak som er ment å endre variablene. De britiske resultatene om psykometriske egenskaper, er SDQ målt til å ha tilfredsstillende reliabilitet (Goodman, 2001). Totalproblemskåre hos foreldrene og lærerrapport viste god test-retest reliabilitet, kun innvirkningsskalaen viste seg mindre reliabel over tid (Goodman, 2001). Den moderate korrelasjonen for skalaen over tid, kan skyldes tidsperioden på 4-6 måneder mellom målingene, og vanskene kan ha endret seg i løpet av så lang tid.

Indre konsistens handler om i hvilken grad de ulike utsagnene i skalaen registrerer den samme egenskapen. For at målingene skal være mest mulig korrekt, ønsker man at hvert utsagn skal reflektere den variabelen man ønsker å måle. Den vanligste måten å måle dette på er ved hjelp av en statistisk test som heter Cronbachs alfa (Ringdal, 2007). Høy grad av samsvar gir høy Cronbachs alfa, som viser til god reliabilitet. En alfakoeffisient større enn .70 er vanligvis tilfredsstillende, men større enn .80 er mer ønskelig (Ringdal, 2007). I den svenske valideringen av SDQ er alfa koeffisienten på subskalane: prososialitet 0,70, hyperaktivitet 0,75, emosjonelle vansker 0,61, atferdsvansker 0,54 og vansker med jevnaldergruppen 0,51 (Smedje, 1999). Denne svenske studien brukte kun foreldrerapport. Resultater fra en rekke studier viser akseptabel indre konsistens for de totale vanskene og for innvirkningen av vanskene, både for foreldre og lærere (Stone, 2010). I en ny oversiktstudie har hyperaktivitet god indre konsistens, mens de resterende problemskalaene viser kun moderat indre konsistens for foreldrerapport (Stone, 2010). Lærerrapporter viser lav indre konsistens på vansker med jevnaldrende, videre viser emosjonelle vansker, prososialitet, atferdsvansker moderat indre konsistens. Vansker med jevnaldergruppen er det mest problematiske målet i oversiktstudien siden det er lavest indre konsistens både hos foreldre og lærere. Forskjeller i indre konsistens mellom foreldre og lærer på vansker med jevnaldergruppen, kan skyldes at skalaen er mer endimensjonal for lærere, og det gir utslag i haloeffekt. Haloeffekt er når en gruppe atferd påvirker oppfatningen av annen atferd (Stone, 2010).

Validitet handler om gyldighet i forskningen, og er et begrep som skal si noe om hvorvidt vi måler det vi skal måle. Instrumentets validitet dreier seg om å måle at instrumentet (spørreskjema) måler det det har til hensikt å måle. Kriterievaliditet innebærer at man sammenligner resultatet fra sitt spørreskjema med et etablert og anerkjent spørreskjema som måler det samme (Ringdal, 2007). Høy overensstemmelse viser høy validitet. SDQ er evaluert opp mot Rutters skala (Goodman, 1997). Rutters skala er et veletablert spørreskjema om atferdsvansker hos barn. Resultatet var høy korrelasjon mellom Rutters totalskåre og SDQs total problemskåre (foreldrerapport: 0.88, lærerrapport: 0.92) og høy korrelasjon mellom atferdsvansker (foreldrerapport: 0.88, lærerrapport: 0.91), emosjonelle symptomer (foreldrerapport: 0.78, lærerrapport: 0.87) og hyperaktivitet (foreldrerapport: 0.82, lærerrapport: 0.90). Variablene vansker i forhold til jevnaldrene og prososial atferd har ingen tilsvarende mål i Rutters skala. Så selv om Rutters skala bare måler atferdsproblemer og

emosjonelle vansker, viser studien at SDQ og Rutters skala har like god presisjon på å differensiere mellom barn som trenger videre oppfølging av psykiske vansker (Goodman, 1997). I en senere studie sammenligner Goodman og medarbeidere SDQ med Child Behavior Checklist, CBCL, (Goodman and Scott 1999). CBCL er en del av ASEBA og er et foreldreutfylt spørreskjema på 113 spørsmål om problemer. ASEBA er et grundig utprøvd instrument for å måle blant annet psykiske vansker og har blitt brukt i klinikk mange år. I studien får SDQ og CBCL høy korrelasjon. SDQ viser seg å være like god som ASEBA til å differensiere mellom barn i psykiatrisk behandling og barn uten slike vansker. SDQ er målt til å ha tilfredsstillende validitet, hvor særlig «vanskenes innvirkning» er prediktor for å diskriminere om barnet er i normalt eller klinisk utvalg (Heyerdahl, 2003).

Grenseverdi

En sentral del av validitet er valg av grenseverdi for variablene. Som tidligere forklart har skalaene en tallverdi som rangeres. Et eller annet sted må det settes en grenseverdi for hvor høy skåre man har før det betraktes som psykiske vansker. Grenseverdien kan variere mellom land. Det er ikke gitt at atferd oppfattes på lik måte i England som i Norge, og derfor kan man nødvendigvis ikke benytte spørreskjema som er utviklet i England eller for eksempel USA (som Norge importerer mange metoder fra) kun etter oversettelse. Spørreskjema bør bli normert for den befolkning det skal benyttes i. Normering er å sjekke fordeling av forekomst i den befolkning man ønsker å måle, opp mot kvalitetssikrede normer fra andre befolkninger. Normering skjer med visshet om at kulturelle forskjeller spiller inn på hvordan man oppfatter psykiske helse. SDQ er foreløpig ikke validert for norske normer, men er validert til svenske normer (Smedje m.fl., 1999; Malmberg m.fl., 2003) Funn viser at norske og svenske normer generelt er veldig like (Obel et al., 2004; Heiervang et al., 2007). Det finnes en stor studie fra Akershus (Van Roy, 2006) hvor SDQ selvrapporteringsskjema er brukt på over 14 000 ungdommer. Fordelingen av disse data kan fungere som normer for norske barns selvrappport, som blant annet er gjort i en sammenligningsstudie av barn av vietnamesiske båtflytninger og norske barn på populasjonsnivå (Vaage, 2009).

For å avgjøre hvor grenseverdi skal være, må man belyse begrepene sensitivitet og spesifisitet. Når det er satt en grenseverdi, ønsker man at de aller fleste som kommer over

grenseverdien, skal ha psykiske vansker og/eller psykiske lidelser, og at de aller fleste som kommer under grenseverdi ikke har psykiske vansker. Sensitivitet sier noe om hvor mange barn som har psykiske vansker og psykiske lidelser som SDQ faktisk identifiserer. Dette kaller vi rette positive. Falske positive er barn som blir identifisert med psykiske vansker av SDQ, men som ikke har disse vanskene. Spesifisitet handler om hvor mange barn som ikke har vansker som blir korrekt identifisert av SDQ. Dette kaller vi rette negative. Falske negativer er barn med psykiske vansker som ikke blir identifisert av SDQ. For å regne ut sensitiviteten må man først finne ut sannsynligheten for å finne positive funn (i dette tilfellet barn med psykiske vansker) i utvalget. Studier viser at det er stor forskjell på forekomst av psykiske vansker blant generell befolkning og blant barnevernsbarn. For eksempel: Dersom forekomst av psykiske vansker i et risikoutvalg er 50 %, og spørreskjema har en sensitivitet på 0.8 og spesifisitet på 0.8. vil man ved et utvalg på 100 barn, finne 40 rette positive og 10 falske positive. Dersom man har et utvalg på 100 barn i et lavrisikoutvalg som har 10 % forekomst av psykiske vansker, og spørreskjemaet har den samme sensitivitet og spesifisitet, vil man finne 8 rette positive og 18 falske positive.

Goodman (sdqinfo.org) viser til at en kan bruke 80 percentil som grensesnitt for gråsonområdet og 90 percentil for klinisk område. Anvisningen av grenseverdi er veiledende, og bør høynes dersom man vil unngå falske positive, og settes lavere om det er viktigere å unngå falske negativer. I følge de engelske normene tilsvarer 80 percentil 10 poeng for lærere og 12 poeng for foreldre, på totalproblemskåren (Goodman et al., 2000). De amerikanske normene tilsvarende 80 percentil er 10 poeng (hentet fra sdqinfo.org). I denne og flere andre sammenlignende studier, rater foreldre i Sverige barna lavere på totalskåren enn andre land (f.eks England, Goodman). Grensesnitt ved 90 percentilen i selvrapport vil bli 15 etter svenske normer, mot 17 i England (Smedje, 1999). Flere store studier i Norge har brukt SDQ. De fleste på generell populasjon. Ingen av dem har inkludert hele aldersspennet som SDQ kan brukes for, og samlet inn data fra både lærer, forelder og ungdom. Studier fra Norge og Finland rapporterer lavere gjennomsnittskårer enn England, men oversikten viser til små forskjeller mellom de nordiske landene (Obel, 2006). I denne studien er det valgt 10 poeng som grensesnitt ved gråsonområdet, 15 poeng som grensesnitt ved klinisk område. 10 poeng er valgt fordi i følge frekvensfordelingen i de britiske normene har 78,3 % av barna 10 poeng eller mindre, mens 81,3 % av barna har 11 poeng eller mindre. Dette er et lavt grensesnitt for både gråson og klinisk område. Dette er valgt for å unngå at barn i barnevernet har vansker som ikke fanges opp av hjelpeapparatet. I diskusjonen vil implikasjoner for å sette

grenseverdi så lavt utredes nærmere.

SDQs sensitivitet til å predikere diagnoser er fra 82,7 % (emosjonell forstyrrelse) til 100 % (mindre vanlige diagnoser, som autisme) (Goodman, 2004). SDQ måler ikke autisme, men siden det er 100 % sensitivitet vil det si at alle barn som har autisme, vil bli identifisert som sannsynlig diagnose av SDQ. Det er målt en sensitivitet på 97,7 % på hyperkinetiske diagnoser. Høyest sensitivitet får man ved å inkludere alle respondenter i vurderingen. Omtrent like høy sensitivitet får man ved å inkludere foreldre- og lærerrapport. Sensitiviteten faller noe når det er foreldre og selvrappport eller lærer og selvrappport som inkluderes. Aller lavest sensitivitet får man ved å kun inkludere selv rapport. Ved kun selvrappport er sensitiviteten helt nede i 7,1% og 9,1 % ved hyperkinetiske- og ADHD-forstyrrelser. I denne studien inkluderes foreldre og lærers rapport i algoritmen for å predikere diagnose. Selvrappport ekskluderes på bakgrunn av at det er få besvarelser.

Generalisering

Denne studiens funn vil bli sammenlignet med andre lignende studier av psykiske helse blant barnevernsbarn. Formålet med sammenligningen er å beskrive generelle mønstre som kjennetegner barn som har vedtak fra barnevernet. Ved å få frem generelle beskrivelser av en viss del av befolkningen, kan man sette fokus på hvilke innsatser som bør gjøres på denne gruppen. Generalisering sier noe om hvilken grad resultatene fra en studie kan overføres fra utvalg til faktisk og teoretisk populasjon. I prinsippet kan man aldri generalisere sikkert til noen andre enn til den populasjonen utvalget er trukket fra, til samme tid som undersøkelsen er fullført på. Statistisk generalisering forutsetter et tilfeldig trukket utvalg (Ringdal, 2007). Små utvalg har mindre mulighet for å representere populasjonen. Det er vanlig ved større undersøkelser å analysere egenskapene ved frafallet, for å undersøke på hvilken måte frafallet kan innvirke på resultatene (Grønmo, 2004). Utvalget i denne studien er liten og inkluderer ingen barn med minoritetsbakgrunn. Vi kan ikke vise til våre funn som representativt for barnevernsbarn generelt, men vi kan si noe om hvordan en tendens blant etnisk norske barn i alderen 4-17 år viser seg i et barnevernkontor på Vestlandet, og se dette i sammenheng med annen, lignende forskning.

Analyse

Det ble benyttet SPSS for Windows, versjon 18 til alle statistiske analyser. I analysen anvendes univariat og bivariate analyser. Univariat statistikk brukes til å beskrive utvalget gjennom analyse av en og en variabel. I bivariate analyser bruker man to variabler og analyserer hvordan disse forholder seg til hverandre (Pallant, 2007). Fordeling av skårene for hvert delområde, for totalskåre og vanskenes innvirkning blir vist, det blir fremstilt gjennomsnittstall for problemskårer og prosentvis fordeling av barn over gråsonerområde og klinisk område. Pearsons r benyttes som korrelasjonsmål og krysstabeller for å vise samsvar mellom foreldre og læreres skårer. Paret t-test blir bruk for å se om det er statistisk signifikante forskjeller mellom foreldre og læreres skåringer. Videre benyttes Goodmans (2000) algoritme for prediksjon av diagnose.

Korrelasjon betyr statistisk sammenheng mellom to variabler (Ringdal, 2007). Forutsetning for å foreta en korrelasjonsanalyse er at variablene har intervall- eller forholdtallsnivå. Når man regner ut korrelasjon, beregner man en korrelasjonskoeffesient mellom de to variablene som måles. Korrelasjonskoeffesienten gir et tallmessig uttrykk for styrken og noen ganger også retningen i sammenhengen (Pallant, 2007). Koffesienten er mellom -1 og 1, hvor høy verdi indikerer sterkt samsvar mellom variablene. En korrelasjon på 0 betyr at det er ingen sammenheng. En korrelasjon på 1 betyr en perfekt positiv samvariasjon. Korrelasjon på -1 betyr perfekt negativt samvariasjon. Pearson r er det mest kjente korrelasjonsmålet. I følge Cohens kriterier kan korrelasjon tolkes etter grad av styrke på koffesienten, hvor lite samsvar er $r = .10-.29$, middels samsvar er $r = .30-.49$, og sterk korrelasjon er $r = .50-1.0$ (Pallant, 2007). Det samme gjelder om koffesienten har negativt fortegn.

T-test er en annen måte å måle sammenheng mellom to variabler. En t-test bruker man når man vil måle om det er statistisk signifikant forskjell mellom gjennomsnitt av to variabler. En paret t-test brukes når variablene som skal testes kommer fra samme utvalget. Når man analyserer sammenhengen mellom variabler ved hjelp av t-test undersøker man om gjennomsnittsverdien på to variabler, i denne studien foreldres skårer og lærers skårer, er signifikant forskjellig fra hverandre. Statistisk signifikans viser til hvor stor grad resultatene er tilfeldigheter eller ikke. For å vise at resultatene er statistisk signifikante brukes p-verdi og konfidensintervall. Vanlig grense for statistisk signifikans er 0.05 (5 %), som uttrykkes slik:

$p < 0.05$ (Ringdal, 2007). Konfidensintervallet er da på 95 %. Det betyr at det er mindre enn 5 % sannsynlighet for at resultatet skyldes tilfeldigheter. Jo mindre p-verdien er, jo mer sikkert er det at resultatet ikke skyldes tilfeldigheter. Tanken bak et konfidensintervall er å finne et intervall av verdier for gjennomsnittet som med stor sannsynlighet vil inneholde den sanne verdi for populasjonen (Ringdal, 2007). Signifikans på 0.01-nivå ($p < 0.01$) betyr at det er mindre enn 1 % sannsynlig at resultatet skyldes tilfeldigheter.

Resultater

Dette kapittelets hovedformål er å vise tilbake på problemstillingen for studiet: Hvilke psykiske vansker har barna i utvalget? For å identifisere barna med psykiske vansker har vi i all hovedsak brukt foreldre- og lærerrapportene. Bakgrunnen for dette er at det er få selvrapportskjema i datamaterialet. Resultatene er delt opp etter resultat fra symptomskårene, innvirkningsdelen og algoritmen. Vi beskriver først symptomskårene ved hjelp av gjennomsnittsskårer for alle problemskalaene separat og totalproblemskåren (sum av problemskalaene). Vi ser deretter på sammenheng mellom problemskalaene, for å se om barna er identifisert med vansker på flere områder. Videre beskrives vanskenes innvirkning i tre dimensjoner: Opplevde vansker, vanskenes innvirkning og vanskenes belastning. Dette gir god beskrivelse av vanskenes betydning for barnet, om vanskene påvirker barnet og omgivelsene. Til slutt i beskrivelsen av barnas vansker, blir prediksjon av diagnoser fremstilt. I problemstillingen spørres det om det er samsvar mellom foreldre og læreres beskrivelse av barnas vansker, og dette fremstilles i slutten i dette kapittelet.

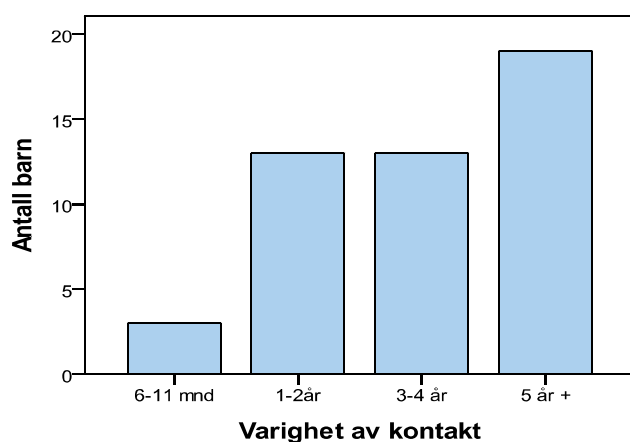
Beskrivelse av utvalget

Det er til sammen 50 barn som deltar i prosjektet. Det er 25 gutter og 25 jenter. Barna er i alderen 3-16 år. Det er en overvekt av barn i alderen 9-16 år (64 %). I dette utvalget har jentene vært i kontakt med barnevernet i lengre tid enn guttene. Det er 18 jenter som har vært i kontakt med barnevernet mer enn 3 år. Tilsvarende tall for gutter er 14 stykker. 32 spørreskjema er besvart av mor, åtte av far mens ti foreldreskjema var besvart av fosterforeldre. I studien behandles svar fra fosterforeldre og foreldre som én kategori som blir

kalt «foreldre», til sammen gjelder dette 50 barn. Lærere/førskolelærere har fylt ut kartleggingsskjema for 45 barn. 19 barn har fylt ut selvrapporteringsskjema. Selvrapporteringsskjema er kun analysert for gjennomsnittskårer på total- og delskårer, og utelatt fra resten av analysene på grunn av lavt antall.

Tabell 3. Barnets alder

Barnets alder		
	Antall	Prosent
3-5 år	7	14.0
6-8 år	11	22.0
9-12 år	17	34.0
13 år +	15	30.0
Total	50	100.0



I følge saksbehandlere har halvparten av barna mer enn ett tiltak. Det mest brukte tiltaket er foreldreveiledning og besøkshjem. Det er 11 barn som er i fosterhjem eller beredskapshjem. 8 barn har økonomisk hjelp til fritidsaktiviteter. Det er 20 barn som er utredet tidligere, 4 av BUP, 13 av PPT og 3 barn som både er utredet av PPT og BUP. I tillegg er det noen barn som er utredet andre steder. 8 barn er henvist men ikke er utredet når barneverntjenesten fylte ut skjema. Det er etablert ansvarsgruppe for 18 barn (36 %).

Symptomer

I det følgende avsnittet fremstilles resultatene fra de fire problemskalaene. For emosjonelle vansker ligger normalområdet mellom 0-5 poeng, gråsonområdet tilsvarer 6 poeng. 7-10 poeng reflekterer det kliniske området. For atferdsvansker er normalområdet 0-3 poeng, 4 poeng reflekterer gråsonområdet, 5-10 utgjør klinisk område. På hyperaktivitetsskalaen er normalområdet 0-5, gråsonområdet 6 poeng, klinisk område utgjør 7-10 poeng. I vansker med jevnaldergruppen utgjør 0-3 poeng normalområdet, 4-5 reflekterer gråsonområdet, videre viser 6-10 poeng til klinisk område. Utsagnene 7, 14, 15, 17 er reversert før summeringen. I tabell 4 vises gjennomsnittskårene for vanskene hos barn for lærer-, foreldre- og selvrappport. Minimum og maksimum viser til skårene i utvalget. For eksempel er 7 den høyeste poengsummen som ble gitt av lærere på emosjonelle vansker, atferdsvansker og vansker med jevnaldrende.

Tabell 4 Gjennomsnitt vansker problemskala for lærer, foreldre og barn

	N	Minimum	Maximum	Gj.snitt	Standardavvik
Lærer					
Emosjonelle vansker	45	.00	7.00	1.60	2.14
Atferdsvansker	45	.00	7.00	1.33	1.91
Hyperaktivitet	45	.00	10.00	3.96	2.80
Vansker jevnaldrende	45	.00	7.00	1.49	1.93
Foreldre					
Emosjonelle vansker	50	.00	10.00	2.44	2.35
Atferdsvansker	50	.00	7.00	2.20	1.73
Hyperaktivitet	50	.00	10.00	4.38	2.79
Vansker jevnaldrende	50	.00	7.00	1.40	1.54
Selvrappport					
Emosjonelle vansker	19	.00	6.00	2.37	1.64
Atferdsvansker	19	.00	7.00	2.05	2.20
Hyperaktiviteter	19	.00	8.00	2.84	2.50
Vansker jevnaldrende	19	.00	6.00	1.68	1.53

I antall barn blir det som følger:

Emosjonelle vansker: Lærere skårer 2 barn (4,4 % av 45 barn) i klinisk område, begge får 7 poeng. Ellers blir ingen barn skåret i gråsonen. Foreldre skårer 3 barn i gråsonen og 3 barn i klinisk område. Til sammen 12 % av 50 barn.

Atferdsvansker: Lærere skårer ett barn i gråsonområdet, og 4 barn i klinisk område. Til sammen 11 % av 45 barn. Foreldre skårer 8 barn i gråsonområdet, 3 barn i klinisk område. Til sammen 22 prosent av 50 barn.

Hyperaktivitet: Lærer skårer 5 barn i gråsonområdet og 7 (14 %) barn i klinisk område. Til sammen 27 % av 45 barn. Foreldre skårer 7 barn i gråsonområdet, og 12 barn (24 %) i klinisk område. Til sammen 38 % av 50 barn.

Vansker med jevnaldergruppen: Lærere skårer 6 barn i gråsonområdet, samt 2 barn i klinisk område. Til sammen 18 % av 45 barn. Foreldre skårer 3 barn i gråsonområdet og 1 barn havner i klinisk område. Til sammen 8 prosent av 50 barn.

I det følgende vil alle prosenttall være i forhold til antall barn i gruppen.

Totalproblemskåre består av summen av problemskalaene. I tabell 5 fremstilles gjennomsnitt av totalproblemskåre for foreldre, lærere og barn fra fylte 11 år. Maksimum viser til høyeste verdi på utvalget og minimum viser til laveste verdi i utvalget.

Tabell 5 Gjennomsnitt totalproblemskåren for lærere, foreldre og ungdom									
	N	Minimum	Maksimum	Gj.snitt	Skjevhet		Kurtose		Std.avvik
Totalproblemskåre , lærerrapport	45	.00	28.00	8.38	.94	.35	.59	.69	6,51
Totalproblemskåre , foreldrerapport	50	1.00	26.00	10.42	.62	.34	-.48	.66	6,31
Totalproblemskåre , selvrapporing	19	2.00	19.00	8.95	.53	.52	-1.03	1.01	5,61

Gjennomsnittskåren av totalproblemskåre fra lærerrapportene var 8,38 poeng. Den høyeste skåren var 28, lavest 0. Tilsvarende tall fra foreldrerapporteringen var 10,42 poeng i gjennomsnitt, 26 poeng som det høyeste og 1 poeng som det laveste skåre. 19 barn/ungdommer fylte selvrapporingsskjema. Gjennomsnitt på totalproblemskåre var litt høyere enn lærerrapporten; 8,9 poeng. Høyeste poengskåre som ungdommen rapporterte selv var 19 poeng, lavest 2. Skjevhet indikerer symmetrien i fordelingen. Positiv skjevhet indikerer at det er flest svar i den venstre, i de lave verdiene. Negativ skjevhet indikerer det motsatte, at

det er flest svar i den høyre siden av variabelen, med høye verdier. Tabell 5 viser størst positiv skjevhet hos lærerrapporter, lavest hos selvrappingen. Kurtose sier noe om hvordan fordelingen topper seg. Positiv kurtose indikerer at fordelingen har flest svar i midten. Kurtoseverdi under 0 indikerer en relativt jevn fordeling av svarene.

For å oppsummere symptomskårene, viser tabell 6 hvor mange barn som blir identifisert i gråsoner og klinisk område av foreldre og lærere.

Tabell 6 Antall barn i normal-, gråsoner- og klinisk område

	Foreldre (n=50)	Lærer (n=45)
Normalområde	27	29
Gråsonerområde (10-14 poeng)	10	8
Klinisk område (15 + poeng)	13	8
Totalt antall	50	45

I prosent tilsvarer dette at 46 % av barna blir i følge foreldre identifisert med symptomer på psykiske vansker av en slik art at de kan gi nedsatt trivsel, sosial mistilpasning og generell funksjonsnedsettelse, jmf definisjon av psykiske vansker. I følge lærere er det tilsvarende tallet omtrent 36 %.

Prososial atferd er ikke med som en del av problemskårene og totalproblemskåren.

Prososialitet er likevel en betydningsfull del av SDQ. I denne studien blir prososial atferd kun fremstilt med gjennomsnittsskårer og fordeling. For prososialitet er normalområdet 6-10 poeng, gråsonerområde tilsvarer 5 poeng og 0-4 poeng utgjør klinisk område.

Gjennomsnittsskåren for selvrapping er 8,10, i foreldrerapport er den 7,20 og lærere rapporterer 6,79 som gjennomsnittsskåre for prososialitet. Lærere skårer 2 barn til 5 poeng, som tilsvarer gråsonerområdet, og 10 barn blir skåret i klinisk område. Til sammen blir 33 % av barna plassert i gråsoner og klinisk område av lærere. Foreldre derimot gir 8 barn 5 poeng i prososialitet, som legger disse barna i gråsonerområdet, og kun to barn ligger i klinisk område. Til sammen kun 14 % av barna har lav prososial atferd i følge foreldre.

Sammenheng mellom vansker

For å fremstille sammenhenger mellom vansker blant barna, er det benyttet korrelasjonsanalyser. På denne måten får vi en indikasjon på om barna har vansker på flere områder. Tabell 7 viser indre korrelasjon mellom vansker fra lærerrapport, n=45

Tabell 7 Lærerrapport, indre korrelasjon, n=45

	Emosjonelle vansker	Atferdsvansker	Hyperaktivitet	Vansker med jevnaldrende
Emosjonelle vansker	1			
Atferdsvansker	.32*	1		
Hyperaktivitet	.27	.69**	1	
Vansker med jevnaldrende	.34*	.40**	.34*	1

*. Korrelasjon er signifikant på 0.05 nivå (2-tailed).

**. Korrelasjon er signifikant på 0.01 nivå (2-tailed).

Det er jevnt over høy korrelasjon mellom problemskalaene fra lærerrapport. Atferdsvansker har særlig høy korrelasjon med hyperaktivitet og vansker med jevnaldergruppen, og noe mindre men likefullt signifikant korrelasjon med emosjonelle vansker. Det er ikke signifikant korrelasjon mellom emosjonelle vansker og hyperaktivitet.

Tabell 8 viser indre korrelasjon mellom vansker fra foreldrerapport, n=50

Tabell 8 Foreldrerapport, indre korrelasjon, n=50

	Emosjonelle vansker	Atferdsvansker	Hyperaktivitet	Vansker med jevnaldrende
Emosjonelle vansker	1			
Atferdsvansker	.32*	1		
Hyperaktivitet	.46**	.51**	1	
Vansker med jevnaldrende	.19	.45**	.46**	1

*. Korrelasjon er signifikant på 0.05 nivå (2-tailed).

**. Korrelasjon er signifikant på 0.01 nivå (2-tailed).

Likedan som i lærerrapporten har atferdsvansker høy korrelasjon med hyperaktivitet og vansker med jevnaldrende, samt høy korrelasjon mellom emosjonelle vansker og

atferdsvansker. Fra foreldrene er det høy korrelasjon mellom hyperaktivitet og emosjonelle vansker, til forskjell fra lærerrapporten, hvor det ikke var signifikant korrelasjon. I foreldrerapporten er det ingen signifikant korrelasjon mellom vansker med jevnaldergruppen og emosjonelle vansker.

Vanskenes innvirkning

Studier har vist at hvis man baserer seg på symptomer eller problemer alene for vurdering av psykisk lidelse, kan man få veldig høye forekomsttall, mens disse blir vesentlig mer realistiske hvis man inkluderer mål for om vanskene påvirker sosial funksjon (Heyerdahl, 2003). For å få et bilde av alvorlighet av vanskene og hjelpebehov, er det viktig å inkludere sosial funksjon, opplevd lidelse eller belastning. I det følgende fremstilles de tre dimensjonene fra innvirkningsdelen av SDQ; Opplevde vansker, vanskenes innvirkning og vanskenes belastning.

Opplevde vansker

Lærerrapport og foreldrerapport starter med et spørsmål om alvorlighet av opplevde vansker. Spørsmålet er: samlet sett, har eleven vansker på ett eller flere av følgende områder: Med følelser, konsentrasjon, oppførsel, eller med å komme overens med andre mennesker? Tabell 9 viser lærernes svar.

Tabell 9 Lærerrapport, opplevde vansker, n=44

	Antall	Prosent
Nei	16	36,4
Ja- små vansker	13	29,5
Ja – tydelige vansker	12	27,3
Ja – alvorlige vansker	3	6,8
Total	44	100

Omtrent 64 % av barna blir av lærere kategorisert som et barn som har vansker på ett eller flere områder (Ja-kategori). Av disse barna er det 18 barn (40 %) hvor lærer svarer «en god del» eller «mye» på om barnet blir forstyrret av sine egne vansker, «distress», (ikke fremstilt i

tabell).

Tabell 10 viser foreldrerapport på alvorlighet av vanskene: «Samlet, synes du at dette barnet har vansker på ett eller flere av følgende områder: Med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?»

Tabell 10 Foreldrerapport, opplevde vansker

	Antall	Prosent
Nei	20	40
Ja- små vansker	21	42
Ja – tydelige vansker	7	14
Ja – alvorlige vansker	2	4
Total	50	100

Foreldre rapporterer at 30 barn (60 %) har vansker på flere områder. Av de er det 9 barn (18 %) hvor barnet selv, i følge foreldre, blir «en god del» eller «mye» forstyrret av vanskene (distress).

Vanskenes innvirkning

Dimensjonen vanskenes innvirkning inneholder spørsmål om barnets vansker påvirker barnets sosiale funksjon, familieliv, læring og fritid. Dimensjonen har et grensesnitt på 1 for gråsone og klinisk område (Goodman, 1999).

Tabell 11 Vanskenes innvirkning foreldre og lærer

	Foreldre (n=50)		Lærere (n=43)	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ingen vansker	31	62	24	55,8
Gråsoner og klinisk område	19	38	19	44,2
Totalt	50	100	43	100

Tabell 11 viser at dersom man ser på sosial funksjon, det vil si om barnets atferd går ut over barnets sosiale fungering; ovenfor jevnaldrende, læring, fritidsaktiviteter og hjemme, er det 38

% av barna som blir identifisert med psykiske vansker av foreldrene, og vel 44 % av lærerne.

Vanskenes belastning

I lærerrapport spør SDQ om vanskene til barnet er en belastning for deg eller klassen som helhet. Dette spørsmålet måler vanskenes belastning. Grenseverdi for gråsoner og klinisk område er 1 (Goodman, 1999). Tabell 12 viser om lærere mener barnet er en belastning for klassen, n=26

Tabell 12 Lærerrapport, belastning

	Antall	Prosent
Ingen belastning	3	11,5
Gråsoner og klinisk område	23	88,5
Totalt	26	100

Om vi ser på hele utvalget fra lærerrapporten, er det 44 valide svar på hele SDQ-delen om vanskenes innvirkning. Ut fra dette antallet er det 52 % av hele utvalget som har vansker som er en belastning for lærer eller klassen som helhet.

Foreldrerapport spør foreldre om barnet er en belastning på forelderen eller på familien som helhet. Tabell 13 viser foreldrenes svar, n=30

Tabell 13 Foreldrerapport, belastning

	Antall	Prosent
Ingen belastning	5	16,7
Gråsoner og klinisk område	25	83,3
Totalt	30	100

I følge foreldrerapportene er det 60 % av hele utvalget av barn (n=50) som har vansker som er en belastning for foreldre eller familien som helhet.

Prediksjon av diagnose

I det følgende fremstilles hvor mange av barna som mulig eller sannsynlig har vansker i en så

stor grad at det vil oppfylle kriteriene for en eller annen diagnose. Tabell 14 viser antall barn med mulig eller sannsynlig diagnose, basert på foreldre og lærerrapport. n=45

Tabell 14 Mulig eller sannsynlig diagnose, n=45

	Antall	Prosent av utvalget
Hyperkinetisk forstyrrelse	11	24,4
Atferdsforstyrrelse	14	31,1
Emosjonell lidelse	10	22,3
Alle typer forstyrrelser	20	44,4

Det er flere av barna som har flere typer forstyrrelser, jamfør antall barn innen alle kategoriene. I følge en korrelasjonsanalyse mellom diagnosetyperne (ikke fremstilt i tabell) er det høyest korrelasjon mellom alle typer forstyrrelser og hyperkinetisk forstyrrelse (0.81), lavest mellom alle typer forstyrrelser og emosjonell forstyrrelse. Alle kategorier forstyrrelser korrelerer med hverandre på 0.01-nivå, bortsett fra atferdsforstyrrelse og emosjonell forstyrrelse som korrelerer på 0.05-nivå (0.37).

Kategorien «mulig» og «sannsynlig» diagnose er her slått sammen. I flere norske studier blir dette gjort, fordi kategorien «sannsynlig» blir ellers svært liten. Dette har sammenheng med hvor grensesnitt er satt. De britiske normene er strenge; symptombelastningen er svært stor for at man kommer innen klinisk område, og i følge norske retningslinjer vil barn fylt kriteriene for rett til hjelp i psykisk helsevern før symptombelastning ble så stor (Heyerdahl, 2004; Bøe et al., 2011).

Multi-informant

I dette avsnittet undersøkes om det er samsvar og forskjeller mellom det foreldre og lærere svarer. Tabell 15 viser gjennomsnittskårer for foreldre og lærere, og om det er forskjell mellom gjennomsnittet på skårene. For å teste om forskjeller mellom gjennomsnittskårene var signifikant ble det gjort paret t-test.

Tabell 15 Gjennomsnittskårer for vansker på SDQ fra lærer- og foreldrerapport, n=45

	Foreldre n=45	Lærere n=45	Forskjell gjennomsnitt (95 % Konfidensintervall)
Totalproblemskåre	10,33	8,38	- 1,96 (-4,11 til 0,20)
Emosjonelle vansker	2,44	1,6	- 0,84 (-1,68 til -0,04)
Atferdsvansker	2,11	1,33	- 0,78 (- 1,41 til -0,14)
Hyperaktivitet	4,4	3,96	- 0,44 (- 1,26 til 0,37)
Vansker med jevnaldrende	1,38	1,49	0,11 (- 0,57 til 0,79)

To av problemskalaene har signifikant forskjell i gjennomsnittskårer mellom foreldre og lærere: Emosjonelle vansker ($t=2,03$; $df=44$, $p<0.05$) og atferdsvansker ($t=2,45$, $df=44$, $p<0.05$).

Tabell 16 fremstiller korrelasjon mellom problemskårene fra foreldre og lærere, som viser om det er signifikant samsvar mellom svarene. Om det er signifikant samsvar er det statistisk sannsynlig at foreldre og lærere rapporterer de samme vanskene hos det samme barnet.

Tabell 16 Korrelasjon mellom svar fra lærer og foreldre:

	Emosjonelle vansker, lærer	Atferdsvansk er, lærer	Hyperaktivite t, lærer	Vansker jevnalder , lærer	Prososialit et, lærer	Totalproblem, lærer
Emosjonelle vansker, foreldre	.22	.05	.15	-.08	-.12	.13
Atferdsvansker, foreldre	.14	.28	.46**	.01	-.22	.33*
Hyperaktivitet, foreldre	.09	.30*	.54**	.12	-.11	.39**
Vansker jevnalder. foreldre	.11	.13	.24	.15	-.21	.22
Prososialitet, foreldre	-.01	.02	-.12	-.15	.05	-.09
Totalproblem, foreldre	.19	.26	.48**	.07	-.20	.36*

*. Korrelasjon er signifikant på 0.05 nivå (2-tailed).

**. Korrelasjon er signifikant på 0.01 nivå (2-tailed).

Det høyeste samsvaret mellom foreldre og lærer er på symptomer på hyperaktivitet. Det vil si at de barna som skårer på hyperaktivitet, er synlig både for foreldre og lærere. Det er også middels korrelasjon mellom rapporterte atferdsvansker og hyperaktivitet, samt hyperaktivitet og totalproblemskåre. Det er lavest samsvar ved vansker med jevnaldrene, emosjonelle vansker og atferdsvansker. Det stemmer med funn fra t-test, hvor det er vist signifikant forskjell i gjennomsnitt mellom foreldre og lærere på emosjonelle vansker og atferdsvansker. Hvorfor ikke vansker med jevnaldrende har lignende forskjell, er mest sannsynlig særlige lave skårer; det er få barn i dette utvalget som har vansker med jevnaldrende.

Diskusjon

Psykiske vansker

I denne undersøkelsen ble 46 % av barna identifisert med psykiske vansker av foreldrene målt med symptomskåren, 35 % av barna ble identifisert av lærer. Dette er langt høyere enn forekomst av psykiske vansker blant barn i generell befolkning, som ligger mellom 10-20% (Dybing & Stoltenberg, 2006; Heiervang et al, 2007; Obel et al. 2004; Van Roy et al. 2006; Mathisen, 2007). Forekomst av psykiske vansker i denne studien ligner andre studier som undersøker psykisk helse blant barn i barnevernet. Studier fra Norge viser forekomst av psykiske vansker hos barn i barnevernet mellom 36 % (Holtan et al. 2005), 50 % (Iversen, 2008) og 75 % (Havnen, 2009). Disse funnene bekreftes av studier fra andre land, hvor andel barn i barnevernet med psykiske vansker varierte mellom 45 % (Meltzer et al, 2003), 55 % (Janssens & Deboutte, 2009) og 72 % (Goodman, 2004). Barn som har vedtak fra barnevernet, har mye større sannsynlighet for å ha psykiske vansker enn barn uten vedtak fra barnevernet. Barnevernsbarn er likevel ingen ensartet gruppe med like egenskaper. Det er stor variasjon i hvilken type vansker, mellom kjønn og hvilke type vedtak de har fra barnevernet. Undersøkelser viser at barn i institusjon er svært hardt rammet av psykiske lidelser (klinisk område), hvor forekomst av psykiatrisk lidelse varierer mellom 65 % og 75 % (Havnen, 2007; Kjelsberg & Nygren, 2004; Ford et al 2007). Barn plassert i fosterhjem eller slektfosterhjem har jevnt over en lavere forekomst av psykiske lidelser som ligger mellom 20 % og 58 % enn barn i institusjon (Egelund, 2009; Holtan et al, 2005; Ford et al. 2007). Noe forskning tyder på at hjemmeboende barn med vedtak fra barnevernet, har høyere forekomst av psykiske vansker

enn fosterhjemsplasserte barn (Janssen & Deboutte, 2009, Iversen, 2008). Samtidig er det vanskelig å si noe sikkert om dette, da de fleste studier som undersøker psykisk helse blant barnevernsbarn, studerer barn som er plasserte, og ikke barn som har frivillige hjelpevedtak fra barneverntjenesten.

Denne undersøkelsen viste lavere gjennomsnittskårer på totalproblemskåren og alle problemskalaene, bortsett fra hyperaktivitet, i forhold til andre lignende studier (Kjelsberg & Nygren, 2004; Holtan et al, 2005; Havnen, 2009; Egelund, 2007). Likevel er det en høy prosentandel barn med psykiske vansker. Dette skyldes at vi brukte en forholdsvis lav grenseverdi for psykiske vansker. Valg av grenseverdi er en dimensjon som bør legges vekt ved bruk av kartleggingsverktøy. Bruk av kartleggingsverktøy i barneverntjenesten blir diskutert i et senere avsnitt i dette kapittelet.

Denne undersøkelsen viser høy forekomst av symptomer på hyperaktivitet, både blant jenter og gutter. Forekomst av hyperaktivitet er høyt i Norge sammenlignet med andre europeiske land (Van Roy, 2006). Videre rapporterer foreldre høye skårer for emosjonelle vansker og atferdsvansker. I Havnen (2011) var symptomskårene høyest på atferdsvansker (plasserte barn). Det samme viser Iversen (2008) sin studie av barnevernsbarn fra Barn i Bergen-studien. I Egelunds (2008) studie av plasserte barn i Danmark fant hun at barna skåret høyest på hyperaktivitet og vansker med jevnaldrende. Holtan (2005) bruker CBCL i sin studie av plasserte barn, og finner at de høyeste skårene blant barna er eksternaliserende vansker og aggressiv atferd. Eksternaliserende vansker tilsvare i SDQ både hyperaktivitet og atferdsvansker, mens aggressiv atferd tilsvare atferdsvansker i SDQ. Det er med andre ord ikke enkelt å sammenligne studier da funn i symptomer varierer en god del mellom utvalg og metoder. Verhulst et al.(2003) hevder at forskjeller mellom kulturer kan skyldes ulike terskler for å rapportere om problemer, språklige forskjeller eller fra faktiske forskjeller i forekomst av psykiske vansker. Forskjeller i skolemiljø, kan også ha en innvirkning (Van Roy, 2006).

I denne studien er det høyt samsvar mellom hyperaktivitet, atferdsvansker og vansker med jevnaldrende. Symptomer på vansker med jevnaldrende korrelerer signifikant med alle problemområdene. Det er en liten gruppe som har vansker med jevnaldrende, så det ser ut til at når vanskene er mange og omfattende, går det utover sosial fungering hos barnet. Dette

bekreftes av funn fra Van Roy (2006) som viser at vansker med jevnaldrende og hyperaktivitet har størst påvirkning på opplevelse av vanskene, særlig for gutter. Dette samsvarer godt med dokumentasjon på vennskaps betydning for barns følelse av velvære og tilpasning (Mathisen, 2009; Borge, 2010) Barna som har vansker med jevnaldrende er en liten gruppe med omfattende og komplekse vansker som sannsynligvis er godt synlig i både klasse- og nærmiljø. Barnevernet har i de siste ti til femten årene bygget opp kunnskap om metoder til bruk for barn med atferdsvansker. Dette er evidensbaserte metoder som De Utrolige Årene for barn i alderen 3-8 år (Fossum og Mørch, 2005), Parent Management Training – Oregon (PMTO) for barn i alderen 4-12 år (Ogden & Amlund-Hagen, 2008) og Multisystemisk terapi (MST) for ungdom (Christensen & Mauseth, 2007). Disse metodene er hentet fra USA, hvor de er utviklet, og ble importert på bakgrunn av en erkjennelse om at barnevernet manglet tiltak for barn og ungdom med alvorlige atferdsvansker (Barne-, likestilling og inkluderingsdepartementet, 2001). Multisystemisk terapi har en systemøkologisk tilnærming, hvor terapeuten jobber mot alle de sosiale nettverkene ungdommen er en del av. Terapeuten jobber både i familien og nærmiljøet for å snu den negative utviklingen hos ungdommen, ved å minimere risikofaktorene som opprettholder ungdommens problematferd og styrke foreldreferdighetene.

Det er antakeligvis lettere for en lærer i klassesituasjon å oppfatte at barn er ulydige, sinte, urolige og ukonsentrerte enn å registrere at barn har vondt i hodet, bekymrer seg, er lettskremt og ofte lei seg. Barn med emosjonelle vansker oppfattes ofte som stille og lydige barn, og i en klasse med opptil 30 elever, er det naturlig at man ikke vil registrere dette som bekymringssymptomer. Undersøkelser viser at barn med angst har lavere selvfølelse og dårligere motorikk enn barn uten angst (Ekornås et al, 2010). De er også oftere sosialt ekskludert fra jevnaldergruppen (Ekornås et al, 2010). Foreldre rapporterer oftere enn lærere emosjonelle vansker, hvilket er mer naturlig for foreldre å legge merke til. Dette kan ha betydning for hvilken hjelp barna får, jamfør mesonivået i systemøkologisk perspektiv. Relasjoner mellom barn og lærer, og lærer og foreldre har betydning for hvordan barnets utvikling blir (Bø, 2004). Dårlig motorisk utvikling hindrer barn i å delta på naturlige arenaer hvor andre barn utfolder seg, noe som kan påvirke barnets sosialisering. En lærer som ser barns atferd som uttrykk for barnets helsetilstand og har god kontakt med foreldre, har større mulighet for å tidlig identifisere og forebygge vansker hos barn. I denne studien er det høyt samsvar mellom lærerrapporterte psykiske vansker og om det er etablert ansvarsgruppemøte,

litt mindre samsvar mellom foreldrerapporterte psykiske vansker og hvorvidt det er etablert ansvarsgruppemøte.

Vanskenes innvirkning

Andelen barn med psykiske vansker var noe lavere når innvirkningsdelen av SDQ ble inkludert i analysen. Forskjellen er ikke stor, og kan skyldes tilfeldigheter, jamfør metodeproblemer med små utvalg. Vanskenes innvirkningsskåre inneholder spørsmål om barnet selv blir forstyrret av vanskene og 4 spørsmål om svekkelse av barnets sosiale funksjon på flere områder. Omtrent 44 % ble identifisert med vansker av lærerne og 38 % av foreldre (gråsone og klinisk område). Når man måler om symptomskåren eller vanskenes innvirkning diskriminerer mellom klinisk gruppe og normalutvalg, vil vanskenes innvirkning predikere klinisk status bedre enn symptomskåren (Goodman, 1999). Hvorav foreldrerapport predikerer klinisk status bedre enn lærerrapport. Skåring av symptomer og hvordan vanskene virker inn på barns liv og omgivelser samsvarer med andre ord ikke perfekt, men det overlapper delvis. Det bekreftes i en studie av generell populasjon hvor kun 50 % av barna som rapporterer symptomer i gråsone og klinisk område, har vansker som innvirker på deres daglige liv (Van Roy, 2006). Det kan sees i sammenheng med at helse kan oppleves forskjellig fra person til person og er ikke nødvendigvis avhengig av symptomnivå. Faktorer i mesonivå, jamfør systemøkologisk modell, kan være modererende for opplevelsen av vansker (Bø, 2004). Dette betyr at hva barn erfarer i relasjon med sine omsorgsgivere, er tett knyttet til hvordan det forholder seg sosialt til andre (Smith, 2010). En nær, stabil relasjon til en voksen øker sannsynligheten for god utvikling til tross for risiko (Borge, 2003; Laucht et al, 2001). Prososial atferd og empati har sterk og god effekt for barn med hyperaktivitet- og uoppmerksomhetssymptomer (Borge, 2010). Prososial atferd og empati reduserer utestengning og isolasjon fra jevnaldergruppen, og gjør at barna føler seg inkludert. I arbeid med barn med hyperaktivitet, bør man derfor ikke kun jobbe med å redusere hendelser med aggresjon og konflikt, men bygge på barnas sosiale ferdigheter, for eksempel øve på å dele og å ta andres perspektiv. En metode for dette er Sosial ferdighetstrening, som er en metode for å forebygge og redusere problematferd blant barn og utvikle barnas sosiale ferdigheter (Fossum, 2005).

Prediksjon av diagnoser

I denne studien var det 44 % av utvalget som falt innen for kategorien «mulig» eller «sannsynlig» diagnose, alle typer. 22 % var i kategorien mulig/sannsynlig emosjonell forstyrrelse, 31 % av barna hadde mulig/sannsynlig en atferdsforstyrrelse og 24 % en hyperkinetisk forstyrrelse, basert på foreldre- og lærerrapport. Dette samsvarer med lignende funn i andre studier (Meltzer et al, 2003), bortsett fra hyperaktivitet, som er lavere i England (Meltzer, et al, 2003) og høyere i Danmark (Egelund, 2007). I Egelund (2007) studie av plasserte barn, er omtrent 74 % av barna diagnostisert med atferds- og følelsesmessige forstyrrelser, som samsvarer godt med Havnen (2009) studie av norske, plasserte barn, hvor 70-75 % av barna er i klinisk område. Egelunds studie er interessant å se som sådan, da hennes studie inkluderer psykiatriske diagnoser i alle psykiatriske sykdomskategorier. Denne viser at de plasserte barna har en overopphopning av lidelser som sannsynligvis i høyere grad vil vise seg i relasjonen til andre mennesker i avvikende og voldsom atferd, mens barna i øvrig populasjon har lidelser som viser seg i mer innadvendte, stillferdige atferdsformer.

I sammenligning med generell barnebefolkning er forekomst av psykiske lidelser blant barnevernsbarn svært høy. I en oversiktsartikkel viser forskning av forekomst av psykiske lidelser hos barn i alderen 5-17 ligger mellom 3 % og 18 % (Costello, Egger, Angold, 2005). I Norge viser Barn i Bergen-studien at 7 % av barn mellom 8-10 år har en psykisk lidelse (Heiervang et al., 2007)

Multi-informant

Å ha flere informanter i forskning og behandling anses som å være mer verdifullt enn å ha en informant. Å bruke flere informantskjema rundt det samme tema, gir generelt et bedre bilde over barnas fungering, selv om de ulike informantene svarer noe ulikt (Heyerdahl, 2003). Men om informanter svarer forskjellig, hvordan skal retningslinjene for tolkning være? Det kan være utfordrende å forholde seg til ulik informasjon om samme fenomener, så det er et behov for retningslinjer om bruk av flere informanter innen psykisk helse (Renk, 2005). Det vanlige er å forstå ulikhet mellom informanter som et uttrykk for at situasjoner og relasjoner oppfattes ulikt, og at flere informanter gir et supplerende og utfyllende bildet av fenomenet som måles (Mathisen, 2007; Heyerdahl, 2003)

Prediksjon av diagnose ble basert på svarene fra foreldre og lærere. Selvrappport ble ekskludert på bakgrunn av at det var kun 19 barn som har besvart selvrapportskjemaet. Om man kun bruker selvrapportskjema som bakgrunn for å vurdere vansker, vil man kun avdekke omtrent halvparten av barna med emosjonelle vansker, og kun en liten mindredel av atferdsforstyrrelse og hyperaktivitetsvanskene (Goodman, 2004). I følge Goodman (2000) kan dette skyldes at ungdom underrapporterer vanskene eller at vanskene som aldersgruppen 11-16 år sliter med, ikke er tilfredsstillende dekket av SDQs problemområder, for eksempel spiseforstyrrelser, fobier, panikkanfall. Heyerdahl (2003) viser til at selvrapport er dårligst til å predikere klinisk område og ungdommene rapporterer lavere poengskåre på vanskens innvirkning enn lærere og foreldre. I følge Goodman (2004) tilfører ungdommen lite ny informasjon om man allerede har en voksen respondent, enten lærer eller forelder. Imidlertid viser tall fra Akershusstudien (Rødje et al. 2004) at barna i 5-7 klasser rapporterte mer vansker enn foreldrene, så tendensen er ikke entydig. Med et helhetlig syn på helse, gir selvrapport verdifull informasjon om barnas situasjon og helse selv om de psykometriske målene ikke er så gode.

I følge Goodman (2004) har SDQ høyest sensitivitet for å predikere diagnoser når man inkluderer foreldre-, lærer- og selvrapportskjema, og nesten like god sensitivitet når man inkluderer lærer og foreldreskjema. En oversiktsstudie viser at samsvar mellom foreldre og lærere varierte mellom 0.26 og 0.47, noe som gir kun middels reliabilitet (Stone et al. 2012). Sammenlignet med andre måleinstrumenter i psykologi, er samsvar mellom foreldre og lærere overveiende bedre. Likevel er reliabiliteten middels, noe som er et velkjent fenomen i psykologiske vurderinger. Samsvar mellom respondenter er verdifullt for å se om barnets atferd er noen lunde lik i forskjellige situasjoner, men det er ikke nødvendigvis så verdifullt som et psykometrisk mål (Stone et.al. 2010). Symptomer som kommer til syne på mer enn en arena, er mer konsistente og muligens et uttrykk for et vedvarende symptomtrykk enn symptomer som kommer til syne ved kun en arena. Samtidig kan symptomer oppfattes ulikt av forskjellige personer, og introverte symptomer kan være mindre synlig for lærer, da slike symptomer vanligvis ikke skaper problem på klassenivå, som for eksempel hyperaktivitet gjør. Introverte symptomer kan like fullt være til plage for barnet, også i den grad at det går utover læring og sosial fungering.

Det ble funnet høyest samsvar mellom foreldre og lærer på symptomer på hyperaktivitet ($r=0.54$) og totalproblemskåre ($r=0.36$). Den samme tendensen er bekreftet i andre studier, blant annet viser en oversiktsstudie høyest korrelasjon på hyperaktivitet (0.48) mellom foreldre og lærere (Goodman et al. 2000). I en studie av plasserte barn samsvarte skårene fra foreldre og omsorgspersoner (fosterforeldre eller institusjonsansatte) enda høyere, særlig atferdsvansker (0,60) og hyperaktivitet (0,58) (Janssens & Deboutte, 2009) Det kan tenkes at det store fokuset som har vært på ADHD-diagnoser i de siste 10-20 årene, gjør at kjennskapen til hyperaktivitetsymptomer er allmenne og derfor lettere for mange å benevne. Munkvold et al (2009) sammenlignet lærer- og foreldrerapport på atferdsymptomer (ODD) på barn fra studien Barn i Bergen. Hun finner at det er høyst middels samsvar mellom foreldre og lærers skåring av barns symptomer på atferdsvansker. ODD skåringer hos en informant samsvarte med høy grad av andre vansker. Generelt har foreldre tendens til å skåre atferdsymptomer høyere enn lærere. I denne studie samsvarte lærer- og foreldrerapport lite på atferdsvansker. Samsvaret var ikke signifikant, og kan derfor skyldes tilfeldigheter. Lærerrapporterte atferdsvansker korrelerte signifikant med foreldrerapporterte hyperaktivitetsymptomer ($r=0.30$).

Når det gjaldt emosjonelle vansker var det ikke signifikant korrelasjon mellom foreldre og lærer. Dette bekreftes av flere andre studier tidligere referert til i denne oppgaven. Munkvold et al (2009) viser at særlig barn med angstproblematikk, går med uavdekkede vansker. Munkvold mener det kan være mangler ved hvordan hjelpeapparatet fungerer og at foreldre mangler kunnskap om hjelpeapparatet som viderefører at barn går med emosjonelle vansker uten at det blir oppdaget og forsøkt hjulpet. Det kan tenkes at det også handler om selve vanskenes natur. Emosjonelle vansker, som angst eller depressive plager, sjenanse eller negative tanker om seg selv, kan holdes skjult av barnet. Det kan også komme til uttrykk som atferdsvansker (Goodman, 2004). Ulik skåring gitt av foreldre, lærere og ungdommen selv, kan skyldes at de voksne ikke i samme grad er oppmerksom på at barna/ungdommen opplever disse vanskene. Eller barna/ungdommene har et negativt syn på sin egen oppførsel, og derfor overrapporterer negativ oppførsel (Wigley et al, 2011). Forskjeller i skårene kan være et uttrykk for at barna oppfører seg forskjellig i ulike settinger, eller et uttrykk for at voksne har ulikt syn på barn. Samsvar mellom skåringer kan være et uttrykk for et etablert problemområde for barnet, muligens en diagnose. Store forskjeller i ulik skåre mellom respondenter bør være et fokus for arbeidet med barna.

Psykisk helse i et systemøkologisk perspektiv

I et systemøkologisk perspektiv blir barns psykisk helse påvirket av forhold i alle de fire hovedkomponentene det består av, samt de dynamiske og interaktive forhold imellom dem. I følge Bronfenbrenner forutsetter utvikling at barn deltar i aktiviteter i mikronivået (Bø, 2004). Aktivitetene må finne sted, regelmessig, over tid og være gjensidig mellom barnet og en samspillspartner. Indirekte påvirkning på barnets utvikling kommer fra eksonivået, hvor påvirkning også er gjensidig. På makronivå har kulturelle ideologier og politiske strømninger innvirkning på barns oppvekstvilkår. Fra tilknytningsteorien vet vi at barnets tidlige erfaringer i relasjon med nær omsorgsgiver er av avgjørende betydning for utviklingen til barnet. Vi vet også at dersom relasjonen over tid preges av ignorering av barnets behov, eller annen form for suboptimal omsorg, er det høyere risiko for at barnet utvikler psykiske vansker i en eller annen form, enn om barnet får god nok omsorg. Nyere forskning på nevrobiologi har nyansert bildet på utvikling, jamfør diatese-stress modellen. Noen barn har god utvikling uten psykiske vansker, selv med suboptimal omsorg, mens andre barn har en medfødt, biologisk sårbarhet som gjør de mer utsatt for faktorer i omgivelsene. Samspillsrelasjonene barna bærer med seg, som er ervervet gjennom sine første år, spilles ut i relasjoner med jevnaldrende og sosiale omgivelser. Mors oppdragsstil påvirker barnas vennskap på skolen og barnets selvoppfatning (Kvello, 2006). Mødres symptomnivå henger sammen med den sosiale støtten de opplever, og mødres symptomnivå henger sammen med ettåringers problematferd (Mathisen, 2009). Graden av psykiske vansker kan minskes dersom barnets sosiale ferdigheter økes (Mathisen, 2009; Borge, 2010). Symptomer på psykiske vansker forsterkes om forholdene i mikro og meso-nivå ikke er optimale, for eksempel om foreldre lider av psykisk sykdom (Mathisen, 2007; Kvello, 2010), om familien preges av fattigdom over lang tid (Iversen, 2008; Havnen, 2009; Egelund, 2007), om foreldrene ruser seg (Moe et al, 2010) eller skolemiljøet er preget av konflikt og lærere skiftes ut etter kort tid.

Samtidig kan vi ikke bare se på de mange individuelle forhold i familien, barnehage/skole og relasjonene mellom disse for å forstå de mange vanskene barn i barnevernet sliter med. I følge systemøkologisk modell må vi også se på samfunnsmessige og økonomiske forhold. Barns oppvekstvilkår skapes på bakgrunn av de voksnes premisser. Å utelukkende forstå psykiske vansker og skjevutvikling blant barn som forårsaket av foreldres omsorgssvikt, kan tildekke forhold i samfunnsstrukturen som er klientskapende (Bø, 2000). Studier av barns oppvekstforhold, viser et nært forhold mellom voksnes ideologi og syn på barn, og mellom de

voksnes livsbetingelser og barns betingelser (Rudberg, 1983; Schrumpf, 1997). Sett i et systemøkologisk perspektiv bør kommuner satse på forebyggende tiltak for å bedre oppvekstvilkårene til barn som er utsatt for risikofaktorer for skjevutvikling (Andenæs, 2004). Norge er en velferdsstat, men denne er preget av å gi økonomisk hjelp til økonomisk depriverte familier. Dette er familier som allerede er i marginaliserte posisjoner i samfunnet. Det finnes ikke en utbredt satsing på forebygging, verken i barneverntjenesten, eller i kommune og stat. Forebyggende satsing forstås her som gode fritidstilbud til alle barn og unge, lett tilgjengelig i lokalmiljøet, som har tett voksenkontakt. Gode skolemiljø, mange gratis og lett tilgjengelig kulturtilbud, godt utbygd kollektivtrafikk og byplanlegging som tar barns perspektiv (åpne byrom, trafikksikkerhet, park- og lekeanlegg). På individnivå forstås forebyggende tiltak som foreldreforberedende kurs til alle vordende foreldre, samlivskurs til unge foreldre i etableringsfasen, godt helsestasjonstilbud og gode, pedagogiske barnepasstilbud med høy voksentetthet. I barneverntjenesten handler forebygging både om å delta på den samfunnsmessige og politiske arenaene for å fremme barns oppvekstvilkår, og om åpenhet mot ulike arenaer, som skole og barnehage, om omsorg og omsorgssvikt i ulik grad. Barneverntjenestens synlighet på skole og barnehage kan bidra til å ufarliggjøre barneverntjenesten, som igjen kan føre til lavere terskler for å melde fra om forhold til barneverntjenesten.

Sett i lys av systemøkologisk perspektiv bør barna med vedtak fra barneverntjenesten møtes med et bredt spekter av tiltak (Bache-Hansen, 2003). De mest brukte tiltakene i barneverntjenesten målt med KOSTRA-tall¹ er besøkshjem, økonomisk støtte til fritidsaktiviteter, støttekontakt og barnehage (Gjerustad, 2006). I KOSTRA er den største kategorien «annet tiltak». I følge Gjerustad (2006) inneholder denne kategorien stort sett 3 grupper med tiltak: Råd og veiledning til hjemmet, grupperettede støttetiltak og individrettet støttetiltak (som leksehjelp). Råd og veiledning retter seg mot å styrke foreldrerollen. I tillegg eksisterer det et omfattende nettverksarbeid (Gjerustad, 2006), som oppfattes å inkludere ansvarsgruppemøte og samarbeid med andre hjelpetjenester. Egelund (2007) fremholder at særlig mødre med små barn som plasseres utenfor hjemmet må møtes med nødvendige, ekstraordinære tiltak for å kunne hjelpes med de omfattende problemer både foreldre og barn sliter med.

1 KOSTRA-databasen er den nasjonale databasen kommunene rapporterer tall fra (bl.a.) barneverntjenesten.

Bruk av kartleggingsverktøy i barnevernstjenesten.

Det bør tas forhåndsregler før man tar i bruk et kartleggingsverktøy. Kartleggingsverktøy bør alltid brukes i en kontekst. Det kan innebære problematiske forhold å starte kartlegging av en allerede sårbar gruppe. Hvordan man bruker kartleggingsverktøyet, introduksjon og formidling av resultatet bør gjøres på en ivaretagende og sensitiv måte. Hvorfor man bruker kartlegging, bør avgjøres på forhånd. Skal man bruke kartlegging for å finne barn som skal henvises, eller er det også viktig å avdekke flere forhold ved barnets situasjon. Det er i denne diskusjonen valg av grensesnitt, er viktig. Kartleggingsverktøyet kan være en første vurdering for å avdekke forhold som trenger videre utredning, eller/og for å legge til rette for en samtale om psykisk helse. Dersom man ønsker å kartlegge for å finne de barna som bør utredes i spesialisthelsetjenesten, bør man bruke en grenseverdi som ligger opp mot 90 percentil. Dersom man også ønsker å avdekke psykiske vansker, som ikke nødvendigvis utløser rett til nødvendig helsehjelp i psykisk helsevern, bør man inkludere en større gruppe barn. En god retningslinje er da å inkludere 80 percentil. I så fall må formidling av resultatene gjøres med forsiktighet og en spørrende, åpen tilnærming. Resultatene fra utfylte skjema må være meningsfylt for barn og foreldre, og om de ikke kjenner seg igjen i hvor problematisk vanskene oppfattes, kan det gi etiske utfordringer i samarbeidet og familiens tillit til saksbehandlerne. I tillegg bør kartleggingsverktøyet være nyttig i den grad at det er verdt å bruke tid på, både for ansatte i barnevernstjenesten, foreldre og barn. I prosjektet blir SDQ brukt som en tilleggsinformasjon til alle de andre opplysninger barnevernstjenesten har om familien, og vil mest sannsynlig ikke ta vekk fokus fra andre forhold som er vanskelig for familien, som fattigdom, dårlig hushold og utrygt nabolag. Brukes kartleggingsskjema som supplement til den vanlige praksis i barnevernstjenesten, ser det ikke ut til at det tar fokus vekk fra omsorgssituasjonen, men bevisstgjør saksbehandlere på barnas fungering og har en positiv funksjon for å samtale med barnet om vanskelige tema (Nordstoga, 2006).

Barn som vokser opp med risiko for å utvikle psykiske vansker har ofte behov for og rett til tjenester etter flere lovverk. Det krever et samarbeidende og koordinert hjelpeapparat for å gi tilpasset og nyttig hjelp. Et nylig avholdt tilsyn viser at dette sjelden er tilfelle i kommuner i Norge, og at barnevernstjenesten og andre hjelpetjenester har svak kunnskap om hverandres tjenester, noe som førte til en svekkelse av det vern og rettssikkerhet barn har krav på (Helsetilsynet/Barne og likestillingsdepartementet 2009). Kartleggingsskjema kan bidra til å gi hjelpetjenester i kommunen et likere språk, som kan tenkes å forenkle samarbeidet om

barn. I hovedprosjektet til denne studien uttrykte saksbehandlere at kartleggings skjemaet forenklet og styrket samarbeidet med helsesøstrene (Skilbred, 2012). Kartleggings skjema kan også øke foreldresamarbeidet. Foreldre gis rollen som eksperter på egne barn, noe som styrker foreldre i maktbalansen i møtet med hjelpeapparatet. I tillegg får barn en stemme inn mot barneverntjenesten om hvordan det har det. I hovedprosjektet blir det reist spørsmål om foreldre tilpasser svarene til hva de ønsker å formidle til barnevernet (Skilbred, 2012). I følge denne studien samsvarer foreldre og lærers svar i en slik grad at det ikke er holdepunkt for å hevde at foreldre systematisk svarer etter eget forgodtbefinnende. I følge Nordstoga (2006) er det større risiko for at foreldre og lærere besvarer kartleggings skjema med egen agenda når det blir brukt i undersøkelsen.

Diskusjon av metode

Datamaterialet er omtrent halvparten av barna med vedtak i en barnverntjeneste på vestlandet i alderen 3-16 år. Det er ingen med minoritetsbakgrunn i utvalget. Dette er ikke et representativt utvalg for barnevernspopulasjonen i Norge. Det er en svakhet med studiet at utvalget ikke er representativt, da generaliserbarhet er svekket (Ringdal, 2007). Det vil si at man ikke kan trekke en slutning fra funn i studien til å gjelde resten av populasjonen. Det lille antallet fører også til at statistiske analyser blir sårbare og må tolkes med forsiktighet. Vi vet ikke om nivået av psykiske vansker blant barnevernsbarn svarer til den faktiske forekomsten av psykiske vansker blant barnevernsbarn generelt.

Det kan forekomme responsbias i undersøkelsene. Responsbias vil si at det er likhetstrekk i egenskapene til frafallet, som påvirker resultatene. Egelund & Hestbæk (2007) foretok en frafallsanalyse av sitt utvalg og fant antydning til at foreldre som ikke deltok i intervju, var av de mest belastede. Det kan tyde på at den faktiske forekomst av psykiske vansker er høyere enn hva studier viser. I denne studien, hvor det er de barnevernsansatte som sto for rekrutteringen av deltakere til studien, kan man tenke seg at det foregår en seleksjonsprosess hvor de ansatte velger å spørre deltakere de selv tenker vil være med i studien. På denne måten kan egenskaper som karakteriserer noen familier, falle bort fra studien. For eksempel er det lett å tenke seg at i saker hvor konfliktnivået mellom foreldre og barnevern er høyt, eller hvor foreldre selv er plaget av psykiske vansker, fort kan velges bort av ansatte.

En svakhet ved studien er at det er en tverrsnittstudie. Dette gir ingen årsaksforklaringer for forekomst, og at man ikke kan se eventuell endring i den psykiske helsen hos barnevernsbarn. Vi kan heller ikke si noe om hvorvidt psykiske vansker hos barn er en årsak til at de har vedtak fra barnevernet, eller om varigheten av kontakten med barnevernet har innflytelse på de psykiske vanskene.

Et problem med implisitt komparativ undersøkelse er at man kan ikke analysere årsaksforskjeller mellom case, og case er av ulik størrelse og er heterogene. I denne sammenhengen vil det si at man kan ikke trekke absolutte sammenligninger mellom denne studien og lignende studier av barnevernsbarn, og som det kommer frem i analysene er resultatene forskjelling på flere områder, men noen områder peker mot den samme tendensen. Imidlertid vet vi ikke om forskjellene skyldes tilfeldigheter eller det er utslag av faktiske forhold.

Det kan også bemerkes at prososialitet er utelatt fra analysene i stor grad. Dette kan ha ført til at vanskene oppfattes større enn de er.

Konklusjon

Denne studien viser at en stor del av barn med vedtak fra barneverntjenesten har psykiske vansker og sannsynligvis psykiske lidelser. Dette bekreftes av tidligere, lignende forskning. Omtrent halvparten av barna blir identifisert i gråsoner eller klinisk område for en psykisk lidelse. Barna som blir identifisert med vansker, har ofte vansker på flere enn ett område. Det er grunnlag for å si at barn med vedtak fra barneverntjenesten i stor grad har omfattende psykiske vansker som påvirker deres daglige liv på flere områder.

Strengt and Difficulties Questionnaire (SDQ) er et kartleggingsverktøy som egner seg til å identifisere barn med psykiske vansker. Det ser også ut til at det har fungert godt i ordinær drift ved et barnevernkontor, med unntak av minoritetsspråklige barn. Det anbefales å prøve SDQ som en del av vanlig prosedyre i både undersøkelsesfase og vedtaksfase i

barnevernetjenesten. Dette kan føre til at barnevernstjenesten får et enkelt og systematisk dokument som kan bedre tjenesten til barn og unge som sliter med psykiske vansker.

Referanseliste

- Aadland, E (2004) *Og eg ser på deg: vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Aarø, L. E. (2007). *Fra spørreskjemakonstruksjon til multivariat analyse av data: en innføring i survey-metoden* (2. utg. ed.). Bergen: HEMIL-senteret Universitetet i Bergen.
- Andenæs, A. (2002) Når det selvfølgelig faller bort: Om besteforeldreskapet i utsatte familier, i: Toverud, Ruth & Kirsten Thorsen (red.) *Kulturpsykologi*, Oslo: Universitetsforlaget
- Andenæs, A. (2004) Hvorfor ser vi ikke fattigdommen? Fra en undersøkelse om barn som blir plassert utenfor hjemmet. *Nordisk sosialt arbeid*, 24(1), 19-33
- Antonovsky, A. 1987. *Unraveling The Mystery of Health - How People Manage Stress and Stay Well*. San Fransisco: Jossey-Bass
- Befring, E. (2007) *Forskningsmetode med etikk og statistikk*. Oslo: Det norske samlaget
- Backe-Hansen, E. R. (2003). *Barn utenfor hjemmet. Flytting i barnevernets regi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Barne-, likestilling og inkluderingsdepartementet. *Om implementering av metoden Parent Management Training (PMT) i Norge*. Rundskriv Q-16/1. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/rundskriv/2001/rundskriv-om-implementering-av-metoden-p.html?id=108821>
- Bretherton, I. (1992) The Origin of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 1992, Vol. 28 (5) s. 759-775.
- Bråten, S. (1996) Videoanalyser av spedbarn i samspill bidrar til å oppheve et modellmonopol. I H.Holter & R.Kalleberg (red). *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget
- Borge, I.A.H (2003). *Resiliens: Risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Borge, I.A.H (2010) Resiliens og sped- og småbarns psykiske helse. I Moe, V, Slinning, K. & Hansen, MB (red) *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal

Akademisk

- Bowlby. (1973) *Attachment and Loss, Vol. 2: Separation*. New York: Basic Books
- Burke Johnson, R. & Onwuegbuzie, A.J. (2004) Mixed methodes approach: A Research paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, 2004 vol. 33(7) s. 14-26
- Bø, I. (2004) *Barnet og de andre*. Oslo: Universitetsforlaget
- Bøe, T. Øverland, S., Lundervold, A.J. & Hysing, M. (2011) Socioeconomic status and Children's mental health: Results from the Bergen Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2011, Hentet fra <http://www.springerlink.com/content/8w4836582145hg20/>
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D. & Braunwald, K. (1989). Disorganised/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 1989(25), s. 525–531
- Christensen, B. & Mauseth, T. (2007) Multisystemisk terapi: familie- og nærmiljøbasert behandling av ungdom med alvorlige atferdsvansker. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 2007 (44), s. 1095-1106
- Clausen, S.E. (2000) Barnevern i Norge 1990–1997. En longitudinell studie basert på registerdata (Rapport Nr. 7). Oslo: NIBR .
- Clench-Aas, Rognerud & Dalgård (2009) Levekårsundersøkelsen 2005 Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger. Rapport 2009:6. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5583&MainArea_5661=5583:0:15,1359:1:0:0:::0:0&MainLeft_5583=5603:77439:::1:5585:1:::0:0
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry*, Vol 60(8), s. 837-844.
- Costello, E. J., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(10), 972-986.

- Duncan, G. & Brooks-Gunn Jeanne (1997) (red.) *Consequences of growing up poor*, New York: Russel Sage Foundation.
- Dybing, E., & Stoltenberg, C. (2006) Kunnskapsoppsummering om barns helse og miljø. Rapport 2006:3. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Egelund, T. & Hestbæk, A.-D. (2007) Små børn anbragt udenfor hjemmet. Resultater fra et dansk longitudinelt studie af anbragte børn fra 1995-kohorten. *Nordisk Socialt arbeid*. 2007 (2) s. 134-147
- Ekornes, B., Lundervold, A., Heimann, M. & Tjus, T. (2010) Anxiety disorders in 8-11-years old children: Motor skills performance and self-perception of competence. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2010 Vol. 51(3), s. 271-277
- Ericsson, Kjersti (1996) *Barnevern som samfunnsspeil*. Oslo: Pax forlag A/S
- Ericsson, Kjersti & Guri Larsen (2000) Skolebarn og skoleforeldre: Om forholdet mellom hjem og skole, Oslo: Pax.
- Fauske, H. (1999) Barnevernets legitimitet i det senmoderne samfunn. Høyskolen i Lillehammer, arbeidsnotat nr. 69, 1999.
- Fauske, H., Lichtwarck, W., Marthinsen, E., Willumsen, E., Clifford, G. & Kojan, B.H. (2009) Barnevernet på ny kurs? NF-Rapport nr. 8/2009
- Fløtten, T. (2006) Poverty and Social Exclusion – Two sides of the same Coin? A comparative study of Norway and Estonia (Doktoravhandling) Oslo: Fafo. Hentet fra <http://fafo.no/pub/rapp/487/index.htm>
- Fossum, S. (5. november 2009). *Beskrivelse og vurdering av tiltaket: TIBIR - Sosial ferdighetstrening for barn*. Ungsinn, tiltak nr 8. Hentet fra: http://ungsinn.uit.no/portal/page/portal/Forebyggingsbasen/startside/artikkel?p_document_id=130974
- Fossum, S. & Mørch, W. T. (2005). «De utrolige årene» – empirisk dokumentert og manualisert behandling av atferdsforstyrrelser hos små barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 195–203.
- Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H., & Goodman, R. (2007) Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: Comparison with children living in private

- households. *British Journal of Psychiatry*, 190, s.319 -325
- Fossheim, H.J. (2009) Informert samtykke. Hentet fra <http://www.etikkom.no/Templates/Pages/FBIBArticle.aspx?id=798&epslanguage=no>
- Gautun, Heidi (1990) Eldre kvinner som ressurspersoner for voksne barn med foreldreforpliktelser. En studie av solidaritet mellom generasjoner, Hovedoppgave i sosiologi, UiO.
- Gilje, N., Grimen, H., (2000) *Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Gjernes, 2004. Helsemodeller og forebyggende helesarbeid. *Sosiologisk tidsskrift*, nr 2:2004. Hentet fra <http://www.forebygging.no/en/Teori/Overordnede-perspektiver/Forebyggende-og-helsefremmende-arbeid---strategi-og-begrunnelse-for-metodevalg/Helsemodeller-og-forebyggende-helsearbeid/>
- Gjerustad, C., Grønningsæter, A., Kvinge, T., Mossige, S. & Vindegg, J. (2006) *Bare fantasien setter grenser? Om kommunenes bruk av hjelpetiltak i barnevernet*. Fafo-rapport 545
- Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, s. 581-586
- Goodman R (1999) The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, s. 791-801
- Goodman R (2001) Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, s. 1337-1345
- Goodman A, Goodman R (2009) Strengths and difficulties questionnaire as a dimensional measure of child mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2009(48), s 400-403.
- Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H (2000) Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 177, s. 534-539.
- Goodman R, Ford T, Corbin T, Meltzer H (2004) Using the Strengths and Difficulties

- Questionnaire (SDQ) multi-informant algorithm to screen looked-after children for psychiatric disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2004(13) Suppl 2, s. 1125-1131
- Grimen, H. (2003) *Samfunnsvitenskaplige tenkemåter*. Oslo: Universitetsforlaget
- Grønmo, S. (1996) Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnærminger i samfunnsforskningen. I H.Holter & R.Kalleberg (red). *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget
- Gudmundsson, O. O. and K. Tomasson (2002). Quality of life and mental health of parents of children with mental health problems. *Nordic Journal of Psychiatry* 56(6) s. 413-417.
- Guttman, Steinmetz & Crowell (2006) Attachment and externalizing disorders: a developmental psychopathology perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, s. 440-451
- Helse- og omsorgsdepartementet (1998) *Opptrappingsplan for psykisk helse*. St.prp.nr. 63 (1997-1998)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2003) *Sammen om psykiske helse*. Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse. Hentet fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/veiledninger_og_brosjyrer/2003/---sammen-om-psykisk-helse---.html?id=87979
- Helsetilsynet/Barne- og likestillingsdepartementet (2009) *Utsatte barn og unge – behov for større samarbeid. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 med kommunale helse-, sosiale- og barneverntjenester til utsatte barn*. Rapport fra Helsetilsynet 5/2009
- Hafstad, R. & Øvreeide, H. (2004). Marte Meo – en veilednings- og behandlingsmetode. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, 447–456.
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Hatch, J. A. (2002). *Doing qualitative research in education settings*. Albany, N.Y.: State University of New York Press.
- Haugen, R (red) & Bjerke, T.(2006). *Barn og unges læringsmiljø 1*. Kristiansand: Høgskoleforlaget. 2.utgave.

- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., Løkke, J.A. (2009) *Perspektiver på psykiske helse*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Havnen, K J S; Jakobsen, R; Stormark, KM. (2009) Mental health problems in Norwegian school children placed outside home - the importance of family risk factors. *Child Care in Practice* 2009, Vol. 15. s. 235-250
- Havnen, K S., Brevik, K., Stormark, K M., Jakobsen, R. (2011) Why do children placed out-of-home because of parental substance abuse have less mental health problems than children placed for other reasons? *Children and Youth Services Review* 2011, s. 2010-2017
- Havik, Toril (2003) Barnevernsbarna i skolen - barnas, foreldrenes og klasselærernes oppfatninger, i Backe- Hansen, Elisabeth (red.), *Barn utenfor hjemmet: Plassering i barnevernets regi*, Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Hawes DJ, Dadds MR (2004) Australian data and psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. Australian and New Zealand. *Journal of Psychiatry*, 2004(38) s. 644-651
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A.J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M. B. (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8 to 10-year-olds? An epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(4), 438-447.
- Helsedirektoratet, 2012. ICD-10. <http://finnkode.kith.no/2012/#|icd10|ICD10SysDel|-1|flow>
- Helse- og omsorgsdepartementet (1998) Opptappingsplan for psykisk helse. St.prop.nr 63. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Heyerdahl, S. (2003) SDQ – Strength and Difficulties Questionnaire: En orientering om et nytt spørreskjema for kartlegging av mental helse hos barn og unge, bruk i UNGHUBRO, OPPHED og TROFINN. *Norsk Epidemiologi* 2003, vol. 13(1), s. 127-135
- Holtan, A., Ronning, J. A., Handegard, B. H., & Sourander, A. (2005). A comparison of mental health problems in kinship and nonkinship foster care. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(4), 200-207.
- Hundeide, K. (2007). Innføring i ICDP Programmet. Oslo: International Child Development

Programme (ICDP)

- Iversen, A. H., Toril; Jakobsen, Reidar; Stormark, Kjell Morten. (2008). Psykiske vansker hos hjemmeboende barn med tiltak fra barnevernet. *Norges barnevern*, 85(01), 3-9.
- Janssens, A. & Deboutte, D (2010) Psychopathology among children and adolescents in child welfare: a comparison across different types of placement in Flanders, Belgium. *J Epidemiol Community Health* 2010(64), s. 353-359. Hentet fra <http://jech.bmj.com/content/64/4/353.abstract>
- Johannessen, A, Tufte, P.A og Kristoffersen, L (2004) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt forlag, Oslo
- Kalil, Ariel & J S Eccles (1998) Does welfare affect family processes and adolescent adjustment? *Child Development* Vol. 69 (6) s. 1597-1613
- Kjelsberg, E., & Nygren, P. (2004). The prevalence of emotional and behavioural problems in institutionalized childcare clients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(4), s. 534-539
- Klasen H, Woerner W, Wolke D, Meyer R, Overmeyer S, Kaschnitz W, Rothenberger A, Goodman R (2000) Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2000(9) s. 271-276
- Koskelainen M, Sourander A, Kaljonen A (2000) The Strengths and Difficulties Questionnaire among Finnish school-aged children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2000(9) s. 277-284
- Kristofersen, L. B. (2005). Barnevernbarnas helse: uførhet og dødelighet i perioden 1990-2002. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kvello, Ø. (2006). *Barns og unges vennskap: Empiri- og teorigjennomgang, en kvantitativ og kvalitativ studie over barns oppfatninger og presentasjoner av sosiale relasjoner til jevnaldrende og voksne i forhold til noen sentrale mål på psykososial tilpasning*. Doktorgradsavhandling. Trondheim, NTNU. Hentet fra <http://ntnu.diva-portal.org/smash/record.jsf?searchId=1&pid=diva2:125991>
- Kvello, Ø. (2010) Sped- og småbarn utsatt for omsorgssvikt. I Moe, V, Slinning, K. &

Hansen, MB (red) *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Laucht, M., Esser, G. Og Smith, M.H. (2001) Differential development of infant at risk for psychopathology: the moderating role of early maternal responsivity. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 43, s. 292-300.

Malmberg M, Rydell AM, Smedje H (2003) Validity of the Swedish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Swe). *Nord J Psychiatry* (57), s. 357–363

Marvin, R. & Cooper, G., Hoffman, K., Powell, B. (2002) The circle of security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment and Human Development* Vol. 4(1) 2002 Hentet fra

<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14616730252982491>

Masten, A.S, Hubbard, J.J, Gest, S.D., Tellegen, A., Garmezy, N., Ramirez, M. (1999) Competence in the context of adversity: pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychology*. 1999, 11(1) s. 143-169. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10208360>

Mathai, J., Anderson, P., & Bourne, A. (2002). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) as a screening measure prior to admission to a child and adolescent mental health service (CAMHS). *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 1. Hentet fra www.auseinet.com/journal/vol1iss3/Mathai.pdf.

Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R., and Ford, F. (2000) Mental health of children and adolescents in Great Britain. London: The Stationery Office. Hentet fra <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/0954026021000046155>

Meltzer, M., Gatward, R., Corbin, T., Goodman, R. & Ford, T. (2003) The Mental Health of Young People Looked After by Local Authorities in England. TSO (The Stationery Office). Hentet fra <http://www.esds.ac.uk/doc/5280/mrdoc/pdf/5280userguide.pdf>

Mathisen, Kjeldsen, Skipstein, Karevold, Torgersen & Helgeland (2007) Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid. Rapport 2007(5), Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Mathisen, 2009. Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Rapport 2009(8) Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Hentet fra <http://www.fhi.no/dokumenter/68675aa178.pdf>

Moe, V., Siqueland, T. & Slinning, K. (2010) Barn av foreldre med rusproblemer og psykiske

- vansker. I Moe, V, Slinning, K. & Hansen, MB (red) *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Morton, N. & Browne, K. D. (1998). Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment: A review. *Child Abuse & Neglect*, 1998(22), s. 1093–1104
- Munkvold, L.; Lundervold, A; Lie, S. A; Manger, T. (2009) Should there be av separate parent and teacher-based categories of ODD? Evidence from a general population. *Journal of Child Psychology and psychiatry*, Vol. 50 (10), s. 1264-1272.
- Myhre, A.M, Gjevik, E. & Grøholt, B. (2006) Livet setter sine spor. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2006 (7) s. 909-111
- Mæland, J.G (2010) *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget
- Nes R. & J. Clench-Aas, 2011. Rapport 2011: 2. Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger. Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo
- Nordstoga, S. (2006) ASEBA i barnevernundersøkelsen i Søgne kommune – evaluering etter ett år. Kristiansand: Rapport fra Høgskolen i Agder.
- Nærde, A. & Neumer, S.-R.. (2003) Psykiske lidelser blant barn 0-12 år Rapport nr 2003:10. Oslo: Folkehelseinstituttet
- Obel C, Heiervang E, Rodriguez A, Heyerdahl S, Smedje H, Sourander A, Guethmundsson OO, Clench-Aas J, Christensen E, Heian F, Mathiesen KS, Magnusson P, Njarethvik U, Koskelainen, M, Ronning JA, Stormark KM, Olsen J (2004) The Strengths and Difficulties Questionnaire in the Nordic countries. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 13(Suppl 2), s. 1132–1139
- Ogden, T. & Amlund-Hagen, K. (2008). Treatment Effectiveness of Parent Management Training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008 (4), 607-621.
- Pallant, J. (2007) *SPSS Survival manual*. Berkshire: Open University Press
- Renk, K. (2005). Cross-informant ratings of the behavior of children and adolescents: The “Gold Standard”. *Journal of Child and Family Studies*, 2005, 14(4), s. 457-68
- Ringdal, K. (2007) *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ*

- metode*. Bergen: Dabokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Robertson, 1952. A two-year-old goes to hospital. Hentet fra <http://www.youtube.com/watch?v=F11scJ3ZwOE>
- Robertson & Bowlby (1952). Responses of young children to separation from their mothers. *Currier of the International Children's Centre, Paris II*, s. 131-140.
- Rudberg, M. (1983) *Dydige, sterke, lykkelige barn. Ideer om oppdragelse i borgelig tradisjon*. Oslo: U-forlaget.
- Rustand, B. (2007) *Psykiatriens samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rødje K, Clench-Aas J, Van Roy B, Holmboe O, Muller AM. (2004) Helseprofil for barn og ungdom i Akershus. Barnerapport. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, rapportnr. 1/2004. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no>
- Schjelderup, L., Omre, C., Marthinsen, E., Horverak, S., & Hyrve, G. (2005). Mot et nytt barnevern. I: L. Schjelderup, C. Omre & E. Marthinsen (Red.), *Nye metoder i et moderne barnevern*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Schrumpf, E. (1997) *Barnearbeid – plikt eller privilegium. Barnearbeid og oppvekst i to norske industrisamfunn i perioden 1850-1910*. Oslo: Høyskoleforlaget.
- Skilbred, D. (2012) Kartlegging av barn i barnevernet – tverretattlig samarbeid om utredning og tiltak. Upublisert manuskript, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Vest.
- Smedje, H., Broman, J.-E., Hetta, J. & von Knorring, A.-L. (1999) Psychometric properties of a Swedish version of the «Strengths and Difficulties Questionnaire» European Child & Adolescent Psychiatry, vol. 9(2), s. 63-70
- Smith, L. (2002). *Tilknytning og barns utvikling*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Smith, L. (2010a) Felles oppmerksomhet og forståelsen av andres tanker, intensjoner og følelser i spedbarnsalderen. *Tidsskrift for norsk psykologforening* Vol. 47 (7), 2010, s. 539-600
- Smith, L. (2010b) Tidlig utvikling, risiko og psykopatologi. I Moe, V, Slinning, K. & Hansen, MB (red) *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Sosial- og helsedepartementet (2000) Behandlingsreiser til utlandet NOU 2000: 2. Oslo:

Sosial- og helsedepartementet.

Spitz, R. (1952) Grief: A Peril in Infancy. Hentet fra

<http://www.youtube.com/watch?v=VvdOe10vrs4>

Stone, L.L., Otten, R., Rutger, C.M., Engels, E., Vermulst, Ad A., Janssens, J.M. (2010) Psychometric Properties of the Parent and Teacher Versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire for 4- to 12-Years-Olds: A Review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2010(13), s. 254-274

Store Norske Leksikon, epidemiologi. () I Store norske leksikon. Hentet fra:

<http://snl.no/epidemiologi>

Stortinget, 2011. Nasjonal helse og omsorgsplan 2011-2014. Oslo: Stortinget. Hentet fra

<http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=49361>

Trevarthen, C. (1994) The Concept and Foundation of Infant Intersubjectivity. I S. Bråten (red), *Intersubjective Communication and Emotion in Ontogeny*. Pre-Proceedings for symposium i Det Norske Videnskaps-akademi, Oslo 25.-28.8. 1994

Vaage, A.B., Tingvold, L., Hauff, E., Van Ta, T., Wentzel-Larsen, T., Clench-Aas, J. & Thomasen, P.T. (2009) Better mental health in children of Vietnamese refugees compared with their Norwegian peers – a matter of cultural difference? *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2009 vol. 3(34), Hentet fra

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1753-2000-3-34.pdf>

Van Roy, B., Grøholt, B., Heyerdahl, S., & Clench-Aas, J. (2006) Self-reported strength and difficulties in a large Norwegian population 10-19 years. Age and gender results of the extended SDQ-questionnaire. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2006 (15), s. 189-198

Verhulst FC, Achenbach TM, van der Ende J, Erol N, Lambert MC, Leung PW, Silva MA, Zilber N, Zubrick SR (2003) Comparisons of problems reported by youths from seven countries. *Am J Psychiatry* 160 s.1479–1485

Werner, E.E og Smith, R.S. (2001) *Journeys from Childhood to Midlife. Risk, Resilience and Recovery*. London: Cornell University Press

Wigley, V., Preston-Shoot, M., McMurray, I. & Connolly, H. (2011) Researching young people's outcomes in children's services: Findings from a longitudinal study. *Journal of*

Social Work, 2011, s, 1-22

WHO (2001) The world health report 2001 – Mental health: New understanding, New hope.

Hentet fra <http://www.who.int/whr/2001/en/>

Vedlegg 1 Vedtak fra REK

Toril Havik
toril.havik@bus.uib.no
Unifob helse

Vår ref	Dato
2009/914	02.09.09

Ad. prosjekt: Kartlegging av barn i barnevernet - tverretattlig samarbeid om utredning og tiltak

Det vises til din søknad om godkjenning av forskningsprosjekt, datert 03.07.09.

REK Vest behandlet søknaden i møtet den 20.08.09.

Formålet med prosjektet er å evaluere en modell for tidlig kartlegging av barnevernbarn. Videre ønsker man å få kunnskap om det tverretattlige samarbeidet knyttet til iverksetting og evaluering av innsatser overfor barnet. Prosjektet er i sin natur et helsetjenesteforskningsprosjekt der man ønsker å forvise seg om at kartlegging og tverretattlig samarbeid som har vært utført, faktisk har ført til ønsket resultat. Deltakerne i prosjektet er barn i fire til seksten års alder som har tiltak fra barneverntjenesten. Disse utgjør en sårbar gruppe. Komiteen mener det derfor er riktig at prosjektet fremlegges og behandles av REK.

Komiteen har ingen merknader til forskningsprotokollen, men har følgende merknader til forespørselen:

- Forespørselen rettet mot barna er i overkant vanskelig utformet. Komiteen anbefaler at man forenkler og tilpasser språket bedre til deltakergruppen.
- Det må fremkomme i forespørselen omtrent hvor lang tid man må bruke på deltakelsen.

Vedtak:

Prosjektet godkjennes på vilkår av at ovennevnte merknader tas til følge.

Vennlig hilsen

Jon Lekven
Leder

Camilla Gjerstad
Førstkonsulent

Ny ordning fra 01.07.09:

En gjør oppmerksom på at denne søknaden er vurdert i henhold til helseforskningsloven, som ble satt i kraft 01.07.09. Dette innebærer at REK fra og med denne dato har kompetanse til å godkjenne opprettelse og endring av forskningsbiobank, å innvilge dispensasjon fra taushetsplikt og å gi tillatelse til bruk av personopplysninger til forskning. Saker som er søkt Helsedirektoratet, NSD eller Datatilsynet vedrørende ovennevnte, vil utelukkende bli behandlet av REK. Dette for å unngå parallellbehandling av saker nå i overgangsfasen.

REK Vest forutsetter at dette vedtaket blir forelagt den forskningsansvarlige til orientering. Se helseforskningsloven § 6, jfr. § 4 bokstav e.

De regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk foretar sin forskningsetiske vurdering med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jfr. forskningsetikkloven § 4.

Saksbehandlingen følger forvaltningsloven. Komiteenes vedtak etter forskningsetikklovens § 4 kan påklages (jfr. forvaltningsloven § 28) til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. Klagen skal sendes REK Vest (jfr. forvaltningsloven § 32). Klagefristen er tre uker fra den dagen du mottar dette brevet (jfr. forvaltningsloven § 29).

Vedlegg 2 Kartleggings skjema foreldre

Prosjektet

”Kartlegging av barn i barnevernet – samarbeid om utredning og tiltak”

Skjemaet er fylt ut av: Mor Far Andre,
hvem? _____

Del 1: Skole/Barnehage-sjekk

1. Har barnet spesielle tiltak på skolen/ i barnehagen (støtteundervisning, assistenthjelp, spesialskole, spesialklasse, etc)? Nei Ja, hvilke: 1. _____
2. _____
3. _____

2. Hvordan klarer barnet seg på skolen/ i barnehagen, sammenlignet med jevnaldrende?

	Langt under gjennomsnitt	Under gjennomsnitt	Gjennomsnitt	Over gjennomsnitt	Langt over gjennomsnitt
Norsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matematikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engelsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kroppspøving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Hvordan fungerer barnet på skolen/ i barnehagen, sammenlignet med jevnaldrende?

	Langt under gjennomsnitt	Under gjennomsnitt	Gjennomsnitt	Over gjennomsnitt	Langt over gjennomsnitt
Arbeidsinnsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppførsel (god)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppfatningsevne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samarbeidsevne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Har barnet mye fravær fra skolen/barnehagen?

- Nei
 Ja

DEL 2: Fysisk helsesjekk

1. Hvordan vil du beskrive helsen til barnet?

- Svært god
- God
- Middels
- Dårlig
- Svært dårlig

2. Har barnet noen sykdom eller funksjonshemninger (fysisk eller psykisk)?

- Nei
- Ja, vennligst beskriv: _____

3. Har barnet hørselshemming?

- Vet ikke
- Nei
- Ja, vennligst spesifiser: _____

4. Har barnet synshemming?

- Vet ikke
- Nei
- Ja, vennligst spesifiser: _____

5. Har barnet en kronisk fysisk sykdom?

- Vet ikke,
- Nei
- Ja, vennligst spesifiser:

<input type="checkbox"/> Epilepsi
<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Astma
<input type="checkbox"/> Annet: _____ _____

6. Har barnet søvnproblemer?

- Nei
- Ja, vennligst spesifiser:

<input type="checkbox"/> Vansker med å sovne om kvelden
<input type="checkbox"/> Våkner ofte i løpet av natten
<input type="checkbox"/> Våkner tidlig og får ikke sove igjen
<input type="checkbox"/> Sover lenge/trøtt om morgenen
<input type="checkbox"/> Sover ofte på dagtid
<input type="checkbox"/> Annet: _____

7. Har du spesielle bekymringer for barnet?

- Nei
- Ja, vennligst beskriv: _____

DEL 3: Psykisk helsesjekk - Sterke og svake sider (SDQ-Nor)

Vennligst kryss av for hvert utsagn: Stemmer ikke, Stemmer delvis eller Stemmer helt. Prøv å svare på alt selv om du ikke er helt sikker eller synes utsagnet virker rart. Svar på grunnlag av barnets oppførsel de siste 6 månedene eller dette skoleåret.

	Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
1. Omtenkksom, tar hensyn til andre menneskers følelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rastløs, overaktiv, kan ikke være lenge i ro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Klager ofte over hodepine, vondt i magen eller kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Deler gjerne med andre barn (godter, leker, andre ting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Har ofte raserianfall eller dårlig humør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ganske ensom, leker ofte alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Som regel lydig, gjør vanligvis det voksne ber om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mange bekymringer, virker ofte bekymret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hjelpsom hvis noen er såret, lei seg eller føler seg dårlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Stadig urolig eller i bevegelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Har minst en god venn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Slåss ofte med andre barn eller mobber dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ofte lei seg, nedfor eller på gråten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Vanligvis likt av andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Lett avledet, mister lett konsentrasjonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Nervøs eller klengete i nye situasjoner, lett utrygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Snill mot yngre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Lyver eller jukser ofte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Plaget eller mobbet av andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tilbyr seg ofte å hjelpe andre (foreldre, lærere, andre barn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Tenker seg om før hun / han handler (gjør noe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Stjeler hjemme, på skolen eller andre steder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Kommer bedre overens med voksne enn med barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Redd for mye, lett skremt

25. Fullfører oppgaver, god konsentrasjonsevne

**26. Samlet, synes du at barnet ditt har vansker på ett eller flere av følgende områder:
Med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?**

Nei	Ja- små vansker	Ja- tydelige vansker	Ja- alvorlige vansker
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har svart ”Ja”, vennligst svar på følgende spørsmål:

27. Hvor lenge har disse vanskene vært til stede?

Mindre enn en måned	1 – 5 måneder	6 – 12 måneder	Mer enn ett år
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Blir barnet selv forstyrret eller plaget av vanskene?

Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Påvirker vanskene barnets dagligliv på noen av de følgende områder?

	Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
Hjemme / i familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forhold til venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Læring på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fritidsaktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Er vanskene en belastning for deg eller familien som helhet?

Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Har du andre kommentarer eller bekymringer?

Takk for hjelpen!

Vedlegg 3 Kartleggings skjema lærere

Skjema for
Barnehage/skole

Kode:

Dato: _____

Prosjektet

”Kartlegging av barn i barnevernet – samarbeid om utredning og tiltak”

Skjemaet er fylt ut av: Lærer/Førskolelærer
 Rådgiver
 Andre, hvem? _____

Del 1: Skole/Barnehage-sjekk

2. Har barnet spesielle tiltak på skolen/
i barnehagen (støtteundervisning,
assistenthjelp, spesialskole,
spesialklasse, etc)? Nei
 Ja, hvilke: 1. _____
2. _____
3. _____

3. Hvordan klarer barnet seg på skolen/ i barnehagen, sammenlignet med jevnaldrende?

	Langt under gjennomsnitt	Under gjennomsnitt	Gjennomsnitt	Over gjennomsnitt	Langt over gjennomsnitt
Norsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matematikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engelsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kroppsøving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Hvordan fungerer barnet, sammenlignet med jevnaldrende?

	Langt under gjennomsnitt	Under gjennomsnitt	Gjennomsnitt	Over gjennomsnitt	Langt over gjennomsnitt
Arbeidsinnsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppførsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppfatningsevne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samarbeidsevne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Har barnet mye fravær fra skolen/barnehagen?

Nei
 Ja

DEL 2: Fysisk helsesjekk

1. Hvordan vil du beskrive helsen til barnet?

- Svært god
- God
- Middels
- Dårlig
- Svært dårlig

2. Har barnet noen sykdom eller funksjonshemninger (fysisk eller psykisk)?

- Nei
- Ja, vennligst beskriv: _____

3. Har barnet hørselshemming?

- Vet ikke
- Nei
- Ja, vennligst spesifiser: _____

4. Har barnet synshemming?

- Vet ikke
- Nei
- Ja, vennligst spesifiser: _____

5. Har barnet en kronisk fysisk sykdom?

- Vet ikke,
- Nei
- Ja, vennligst spesifiser:
 - Epilepsi
 - Diabetes
 - Astma
 - Annet: _____

6. Har barnet søvnproblemer?

- Nei
- Ja, vennligst spesifiser:
 - Vansker med å sovne om kvelden
 - Våkner ofte i løpet av natten
 - Våkner tidlig og får ikke sove igjen
 - Sover lenge/trøtt om morgenen
 - Sover ofte på dagtid
 - Annet: _____

DEL 3: Psykisk helsesjekk - Sterke og svake sider (SDQ-Nor)

Vennligst kryss av for hvert utsagn: Stemmer ikke, Stemmer delvis eller Stemmer helt. Prøv å svare på alt selv om du ikke er helt sikker eller synes utsagnet virker rart. Svar på grunnlag av barnets oppførsel de siste 6 månedene eller dette skoleåret.

	Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
1. Omtenkksom, tar hensyn til andre menneskers følelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rastløs, overaktiv, kan ikke være lenge i ro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Klager ofte over hodepine, vondt i magen eller kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Deler gjerne med andre barn (godter, leker, andre ting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Har ofte raserianfall eller dårlig humør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ganske ensom, leker ofte alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Som regel lydig, gjør vanligvis det voksne ber om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mange bekymringer, virker ofte bekymret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hjelpsom hvis noen er såret, lei seg eller føler seg dårlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Stadig urolig eller i bevegelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Har minst en god venn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Slåss ofte med andre barn eller mobber dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ofte lei seg, nedfor eller på gråten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Vanligvis likt av andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Lett avledet, mister lett konsentrasjonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Nervøs eller klengete i nye situasjoner, lett utrygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Snill mot yngre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Lyver eller jukser ofte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Plaget eller mobbet av andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tilbyr seg ofte å hjelpe andre (foreldre, lærere, andre barn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Tenker seg om før hun / han handler (gjør noe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Stjeler hjemme, på skolen eller andre steder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Kommer bedre overens med voksne enn med barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Redd for mye, lett skremt

25. Fullfører oppgaver, god konsentrasjonsevne

26. Samlet, synes du at dette barnet har vansker på ett eller flere av følgende områder: Med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?

Nei	Ja-små vansker	Ja-tydelige vansker	Ja-alvorlige vansker
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har svart ”Ja”, vennligst svar på følgende spørsmål:

27. Hvor lenge har disse vanskene vært til stede?

Mindre enn en måned	1 – 5 måneder	6 – 12 måneder	Mer enn ett år
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Blir barnet selv forstyrret eller plaget av vanskene?

Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Påvirker vanskene barnets dagligliv på noen av de følgende områder?

	Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
Forhold til jevnaldrene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Læring på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Er vanskene en belastning for deg eller klassen som helhet?

Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Har du andre kommentarer eller bekymringer?

Vedlegg 4 Kartleggings skjema, barn

Skjema for
barn og ungdom

Kode: _____

Dato: _____

Prosjektet

”Kartlegging av barn i barnevernet – samarbeid om utredning og tiltak”

1. Hvordan klarer du deg på skolen, sammenlignet med de fleste andre på din alder?

	Langt under gjennomsnitt	Under gjennomsnitt	Gjennomsnitt	Over gjennomsnitt	Langt over gjennomsnitt
Norsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matematikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engelsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kroppsøving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Hvordan er det med punktene under, sammenlignet med de fleste andre på din alder?

	Langt under gjennomsnitt	Under gjennomsnitt	Gjennomsnitt	Over gjennomsnitt	Langt over gjennomsnitt
Arbeidsinnsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppførsel (god)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppfatningsevne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samarbeidsevne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Har du mye fravær fra skolen?

- Nei
 Ja

4. Hvordan vil du beskrive helsen din?

- Svært god
 God
 Middels
 Dårlig
 Svært dårlig

5. Har du søvnproblemer?

- Nei
 Ja, vennligst spesifiser: Vansker med å sovne om kvelden
 Våkner ofte i løpet av natten
 Våkner tidlig og får ikke sove igjen

- Sover lenge/trøtt om morgenen
- Soverofte på dagtid
- Annet: _____

Del 2: Sterke og svake sider (SDQ-Nor)

Vennligst kryss av for hvert utsagn: Stemmer ikke, Stemmer delvis eller Stemmer helt. Prøv å svare på alt selv om du ikke er helt sikker eller synes utsagnet virker rart. Svar på grunnlag av hvordan det har vært de siste 6 månedene eller dette skoleåret.

	Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
1. Jeg prøver å være hyggelig mot andre. Jeg bryr meg om hva de føler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg er rastløs. Jeg kan ikke være lenge i ro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg har ofte hodepine, vondt i magen eller kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg deler gjerne med andre (mat, spill, andre ting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jeg blir ofte sint og har kort lunte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jeg er ofte for meg selv. Jeg gjør som regel ting alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jeg gjør som regel det jeg får beskjed om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jeg bekymrer meg mye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jeg stiller opp hvis noen er såret, lei seg, eller føler seg dårlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jeg er stadig urolig eller i bevegelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jeg har en eller flere gode venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jeg slåss mye. Jeg kan få andre til å gjøre det jeg vil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jeg er ofte lei meg, nedfor eller på gråten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Jeg blir som regel likt av andre på min alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Jeg blir lett distraheret, jeg synes det er vanskelig å konsentrere meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Jeg blir nervøs i nye situasjoner. Jeg blir lett usikker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Jeg er snill mot de som er yngre enn meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Jeg blir ofte beskyldt for å lyve eller jukse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Andre barn eller unge plager eller mobber meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Jeg tilbyr seg ofte å hjelpe andre (foreldre, lærere, andre barn/unge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Jeg tenker meg om før jeg handler (gjør noe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Jeg tar ting som ikke er mine hjemme, på skolen eller andre steder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Jeg kommer bedre overens med voksne enn de på min egen alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Jeg er redd for mye, jeg blir lett skremt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Jeg fullfører oppgaver. Jeg er god til å konsentrere meg

26. Samlet, synes du at du har vansker på ett eller flere av følgende områder: Med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?

Nei	Ja-små vansker	Ja-tydelige vansker	Ja-alvorlige vansker
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har svart "Ja", vennligst svar på følgende spørsmål:

27. Hvor lenge har disse vanskene vært til stede?

Mindre enn en måned	1 – 5 måneder	6 – 12 måneder	Mer enn ett år
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Forstyrrer eller plager vanskene deg?

Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Virker vanskene inn på livet ditt på noen av disse områdene?

	Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
Hjemme / i familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forhold til venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Læring på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fritidsaktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Er vanskene en belastning for de rundt deg (familie, venner, lærere osv.)?

Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Har du andre kommentarer eller bekymringer?

Vedlegg 5 Underveisevalueringsskjema

Prosjektet

”Kartlegging av barn i barnevernet – tverretattlig samarbeid om utredning og tiltak”

Skjema A Skjema for utfylling etter kartlegging

Kode _____ Dato for screening _____

- 1. Barnets kjønn** Jente Gutt
- 2. Barnets alder** 0 – 2 år 3 – 5 år 6 – 8 år 9 – 12 år 13 år +
- 3. Hvem bor med** Mor Far Andre, hvem: _____
- 4. Varighet av kontakt med barnevernet** 0 – 5 mnd. 6 – 11 mnd. 1 – 2 år 3 – 4 år 5 år +
- 5. Barnet utredet tidligere** Nei
 Ja, Av: _____ , når: _____
Av: _____ , når: _____
Av: _____ , når: _____
- 6. Henvist, men ikke utredet** Nei
 Ja, Av: _____ , når: _____
Av: _____ , når: _____
Av: _____ , når: _____
- 7. Ansvarsgruppe etablert** Nei
 Ja, hvis avsluttet, når: _____
- 8. Hvem deltar/deltok** BUP Skole Mor
 PPT Barnehage Far
 Helsestasjon Fastlege/Kommunelege Barn
 Andre, hvem: _____
- 9. Tiltak nå** Støttekontakt Foreldreveiledning
(flere kryss mulig) Besøkshjem Økonomisk hjelp
 Fritidsaktiviteter Beredskapshjem
 Barnehage Fosterhjem
 SFO Institusjon

Annet: _____

10. Hvilke styrker og vansker er identifisert? (skårer på SDQ)

	<i>Foreldre</i>	<i>Ungdom</i>	<i>Lærer</i>
Emosjonelle vansker	_____	_____	_____
Atferdsproblemer	_____	_____	_____
Hyperaktivitet	_____	_____	_____
Venneproblemer	_____	_____	_____
Prososial atferd	_____	_____	_____

Helsesjekk

11. Har barnet:	<i>Foreldre</i>	<i>Ungdom</i>	<i>Lærer</i>	<i>Helsesøster</i>
Synsproblem	_____	_____	_____	_____
Hørselsproblem	_____	_____	_____	_____
Annet	_____	_____	_____	_____

Skolesjekk

	<i>Foreldre</i>	<i>Lærer</i>
12. Har barnet spesielle tiltak i barnehage/skole	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Nei
	<input type="checkbox"/> Ja, hvilke: _____	<input type="checkbox"/> Ja, hvilke: _____

13. Hvordan klarer barnet seg i barnehage/skolen, sammenlignet med jevnaldrende?

	Langt under gjennomsnitt		Under gjennomsnitt		Gjennomsnitt		Over gjennomsnitt		Langt over gjennomsnitt	
	Forel.	Lærer	Forel.	Lærer	Forel.	Lærer	Forel.	Lærer	Forel.	Lærer
Norsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matematikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engelsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kroppsøving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Hvordan fungerer barnet, sammenlignet med jevnaldrende

	Langt under gjennomsnitt		Under gjennomsnitt		Gjennomsnitt		Over gjennomsnitt		Langt over gjennomsnitt	
	Forel.	Lærer	Forel.	Lærer	Forel.	Lærer	Forel.	Lærer	Forel.	Lærer
Arbeidsinnsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppførsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppfatningsevne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Har screeningens ført til identifisering av nye vansker? Nei Ja, hvilke: _____

16. Er det behov for konsultasjonsmøte? Nei, hvorfor ikke: _____

Ja, hvorfor: _____

17. Dato for konsultasjonsmøte: _____

Prosjektet

”Kartlegging av barn i barnevernet – tverretattlig samarbeid om utredning og tiltak”