

Karen J Skaale Havnen

Mellom psykisk helse og barnevern

Ein studie av psykiske vanskar hos barn plasserte
utanfor heimen; førekomst, variasjon og utvikling

Avhandling for graden philosophiae doctor

Trondheim, mai 2013

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap



NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Doktoravhandling for graden philosophiae doctor

Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap

© Karen J Skaale Havnen

ISBN 978-82-471-4384-1 (trykt utg.)
ISBN 978-82-471-4385-8 (elektr. utg.)
ISSN 1503-8181

Doktoravhandlingar ved NTNU, 2013:140

Trykket av NTNU-trykk

Forord

Utgangspunktet for denne avhandlinga går heilt tilbake til slutten av 1990-talet, då eg som forskar ved tidlegare Barnevernets utviklingsenter på Vestlandet (BUS-V) var med i oppstartinga av eit nasjonalt, longitudinelt prosjekt om norske barn plasserte utanfor heimen av barnevernet. Eg hadde ikkje den gang planar om å gjennomføra noko doktorgradsarbeid, men etter kvart som arbeidet med forskingsprosjektet skreid fram, vaks det fram eit sterkt ønske om at kunnskapen frå prosjektet måtte behandlast og formidlast på ein måte som kunne setja plasserte barns psykiske helse og utvikling på dagsorden.

Arbeidet med sjølve avhandlinga starta opp parallelt med at siste datainnsamling i hovudprosjektet vart avslutta, og eg vart teken opp som doktorgradsstudent ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU vinteren 2007 med førsteamanuensis Inger Marii Tronvoll som rettleiar. Inger Marii har vore ein fagleg og personleg støttespelar gjennom heile doktorgradsløpet, med særleg stor innsats i avsluttingsfasen. Takk Inger Marii, for di gode evne til å formidla tru på egne krefter! Vidare vil eg i kronologisk rekkefølge takka sjefen min gjennom fleire 10-år ved BUS-V, prosjektleiar Toril Havik, for å ha oppmuntra og stilt til rådvelde det empiriske datamaterialet for forskning og forskingsleiar Elisabeth Backe-Hansen ved Norsk senter for oppvekst, velferd og aldring (NOVA) som påtok seg å vera medrettleiar i den første fasen av prosjektet. Eg takkar forskingsleiar Kjell Morten Stormark som også var medrettleiar i den første perioden, og dåverande leiar Magne Mæhle, for at forskingsarbeidet kunne gjennomførast ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Vest (RBUP Vest). I siste halvdel av prosjektperioden overtok tidlegare kollega og noverande leiar ved Regionalt kunnskapsenter for barn og unge, Vest (RKBU Vest), Reidar Jakobsen som medrettleiar. Som både rettleiar og medforfattar i alle artiklane er vel han ein av dei som best kjenner prosjektet mitt og mange av utfordringane eg har møtt undervegs. Takk skal du ha Reidar, for at vi begge heldt ut! Den andre som kjenner prosjektet svært godt er noverande kollega, forskar Kyrre Breivik ved RKBU Vest, som har vore medforfattar i dei 2 siste artiklane. Utan hans engasjement og kompetanse i forskingsmetode er det høgst usikkert om eg hadde greidd å behandla

delar av det empiriske materialet på ein tilfredsstillande måte. Takk skal du ha Kyrre, for ditt pågangsmot og evige optimisme!

Mine gode kollegaer og venner både ved tidlegare BUS-V, ved tidlegare RBUP Vest og ved Uni Helse har betydd mykje for meg; Bente Moldestad, Øivin Christiansen og Dag Skilbred, takk for all interesse. Siv Skotheim og Hedvig Fosse, takk for engasjerte stipendiatsamtalar om underfundige statistiske fenomen og mange andre ting i tida på RBUP Vest. Karin Barth og Bente Groth, takk for uvurderleg støtte i viktige fasar. Og Aud Hodnekvam, mi gode veninne og «nynorskkonsulent», takk for at du ville lesa og for hyggelege treff med deg og Bente.

Til slutt vil eg takka min flotte familie som har følgd arbeidet mitt heile vegen! Per Harald, Knut og Tore – den seinare tida også Kristin – ingen ting har gitt meir inspirasjon og krefter enn gode samtalar og stunder med dåke. Mi «evigunge» mor i Rosendal; takk for eit altomfattande følgje på vegen. Alfon, mannen min; den aller beste takk til deg som har vore der heile tida☺ og for kyndig teknisk assistanse undervegs.

Bergen 29. oktober 2012

Karen Havnen

Samandrag

Temaet for avhandlinga ligg i skjeringsfeltet mellom psykisk helse og barnevern, og dreiar seg om psykiske vanskar hos norske barn plasserte utanfor heimen av barnevernet. Det overordna siktemålet er å bidra til auka kunnskap om plasserte barns psykiske helse; herunder å utforska førekomst, variasjon, og utvikling av psykiske vanskar. Som teoretisk utgangspunkt for avhandlinga er valt utviklingspsykopatologi og resiliensteori, som begge byggjer på ei transaksjonell forståing av menneskeleg utvikling og fungering. Gjennom tre delstudiar siktar avhandlinga mot å undersøkje tydinga av risiko- og beskyttande faktorar på ulike nivå; som kjenneteikn ved barnet, familie/nettverk, sosioøkonomiske forhold, omfang av stressande livshendingar og kontakten med barnevernet. Dei tre delstudiane kan sjåast både som sjølvstendige forskingsarbeid og som arbeid som byggjer på kvarandre. Dei to første delstudiane dreiar seg om førekomst og variasjon i barna sine psykiske vanskar kort tid etter at dei som 6-12 åringar blei plasserte utanfor heimen av barnevernet (n=109), medan den siste delstudien gjeld stabilitet og endring i barna sine psykiske vanskar frå plasseringstidspunktet og 7-8 år fram i tid (n=70), då barna var i alderen 13-20 år. Barna sine psykiske vanskar og prososiale åtferd har blitt kartlagt ved hjelp av eit standardisert kartleggingsinstrument (The Revised Rutter Scales). Informantar i delstudiane har vore barna sine saksbehandlarar i barneverntenesta, barna sine foreldre/omsorgspersonar og barna sine lærarar.

Hovudfunn frå den første delstudien (artikkel 1) var at minst 70 % av dei plasserte barna hadde symptom på psykiske vanskar, og gutar oftare enn jenter. Dersom plasseringa i hovudsak skjedde pga. problem knytt til foreldra, hadde barna lågare psykiske vanskar enn dersom plasseringa skuldast samhandlingsproblem mellom foreldre og barn. Desse funna vart følgde opp og utforska vidare i den andre delstudien (artikkel 2), der det blei stilt spørsmål ved *om*, og i tilfelle *kvifor*, barn som blei plasserte utanfor heimen pga. foreldres rusproblem hadde lågare psykiske vanskar enn barn plasserte av andre grunnar. Fleire gruppeskilnader vart funne mellom barn plasserte pga. foreldres rusproblem og barn plasserte av andre årsaker. Den viktigaste forklaringsvariabelen for skilnaden i psykiske vanskar var barna si prososiale åtferd, som var langt meir framståande hos barn plasserte pga. foreldres rusproblem enn hos

dei andre barna. Det å bli plassert pga. egne åtferdsvanskar var også ein viktig forklaringsvariabel, medan variablar som kjønn, disiplinproblem eller sosioøkonomiske forhold ikkje hadde nokon effekt. Ein konklusjon i studien var at prososial åtferd kan sjåast som ein viktig beskyttande faktor mot psykiske vanskar, noko som er eit argument for sterkare satsing på tiltak som fremjar prososial utvikling.

I den siste delstudien (artikkel 3) vart funn frå dei to første studiane følgde opp, med føremål å studera stabilitet og endring i barna sine psykiske vanskar frå plasseringstidspunktet og 7-8 år framover i tid. Eitt hovudfunn for barna som gruppe, var ifølgje lærarane sine rapportar at dei hadde langt lågare psykiske vanskar på oppfølgingstidspunktet enn på plasseringstidspunktet, noko som kunne tyda på at barna hadde hatt «nytte» av plasseringa utanfor heimen. Ifølgje omsorgspersonane sine rapportar derimot, var det inga endring i omfanget av psykiske vanskar. Vidare analysar basert på individuelle endringsskårar, viste derimot at mellom halvparten og fire femdelar av barna faktisk hadde lågare psykiske vanskar på oppfølgingstidspunktet. Fordi mange av endringane ikkje var store nok til at barna kryssa den kliniske grensa mellom høgskårarar og lågskårarar, vart ikkje den positive utviklinga fanga opp av gruppeanalysane. Barn med høgare initiale vanskar hadde ei meir positiv utvikling ifølgje begge informantgrupper, medan barn med lågare initiale vanskar hadde ei meir negativ utvikling, særleg ifølgje omsorgspersonane. Fleire forhold knytt til barna sin bakgrunn og forhold ved plasseringa (jfr. artikkel 1 og 2) hadde samanheng med endringane i barna sine psykiske vanskar over tid, men alle desse forholda mista effekten og vart forklarte av barna sine vanskar på plasseringstidspunktet. Ein hovudkonklusjon frå den tredje delstudien, var at barna si utvikling var prega av individuell variasjon meir enn av felles utviklingstrekk. Å behandla plasserte barn som ei homogen gruppe vil derfor kunna vera misvisande, fordi ein står i fare for å oversjå individuelle endringar som er viktige for det enkelte barn og dei vaksne kring barnet.

I artikkane er drøftingstema nært knytt til dei empiriske funna, og samanlikna med anna forskning. I «kappa» er utvalde hovudfunn drøfta på eit meir overordna teoretisk nivå og relatert til sentrale barnevernfaglege tema. Dei overordna drøftingstema er: korleis kan vi forstå den mangedobla førekomsten av psykiske vanskar hos plasserte barn; tydinga av direkte versus indirekte risikofaktorar for utvikling av psykiske vanskar; korleis har offentlege omsorgsarrangement ivareteke

barnas psykiske helse; og tydinga av kunnskap om individuelle variasjonar i utvikling. I avslutningskapitlet blir det reflektert omkring implikasjonar av funna for forskning og praksis i lys av gjennomgangstemaet for avhandlinga, som ligg i skjæringsfeltet mellom psykisk helse og barnevern.

English summary

The theme of the thesis is situated in the intersection between mental health and child welfare, focusing on mental health problems among Norwegian children in out-of-home care. The overall aim of the thesis is to contribute to the knowledge base of placed children's mental health conditions, by exploring the prevalence, the variation and the development of mental health problems. The theoretical basis of the thesis is developmental psychopathology and resilience theory, which are both founded in a transactional understanding of human development and functioning. Through three studies/articles the thesis has examined the impact of risk and protective factors on different levels, like characteristics of the children and the families, social networks, socioeconomic conditions, stressful life events and contact with the child welfare services. The three studies are designed both as independent research studies covering specific issues, and as studies building on each other in a successive way. The two first studies examined the prevalence and variation in the children's mental health problems shortly after the time of out-of-home placement when the children were aged 6-12 years (n=109), while the third study examined stability and change in the children's mental health problems from the time of placement and 7-8 years onwards when the children were aged 13-20 years (n=70). The children's mental health problems and prosocial behavior were assessed by a standardized instrument (The Revised Rutter Scales). The information in the studies was reported by the children's child welfare workers, their parents/caregivers and their teachers.

A main finding from the first study (paper 1) was that 70 % or more of the placed children had symptoms of mental health problems, the boys more often than the girls. Furthermore the study reported that children placed out-of-home mainly due to parental problems had lower mental health problems than children placed due to interactional problems or child neglect and abuse. The findings from the first study were

followed up in the second study (paper 2), focusing on *if* and *why* children placed because of parental substance abuse had lower mental health problems than children placed for other reasons. Besides documenting several group differences between children placed because of parental substance abuse and children placed for other reasons, the study found that the most important variable explaining the group difference in all subtypes of mental health problems was the level of prosocial behaviour in the children. Being placed for behavioural problems also explained a significant part of total difficulties and conduct problems, while variables like gender, discipline problems and socioeconomic conditions did not have a significant effect. The conclusion of the study was that prosocial behaviour might be regarded as an important protective factor against mental health problems, which is an argument for increased efforts in programs aimed at enhancing prosocial development.

The third study (paper 3) followed up important findings from the two first studies, aiming at exploring stability and change in the children's mental health problems from the time of placement to the follow-up time 7-8 years later. One main finding was that according to the teachers, the children as a group had far lower mental health problems at the follow-up time, indicating that the children might have benefited from the out-of-home placement. According to the caregivers however, there was no change in the level of mental health problems. Further analyses based on individual change scores, showed that between one half and four fifths of the children actually had lower difficulty scores at the follow-up time according to both informant groups. But in spite of a positive development, many of the children did not cross the cut-off line between high scorers and low scorers, for which their positive development did not show in the group analyses. Interestingly, children with higher initial problems had a positive development according to both informant groups, while children with lower initial problems had a more negative development according to the caregivers. Several pre-placement and placement variables were associated with the change in the children's mental health problems from the time of placement to the follow-up time according to both informants. However, all the predictors were accounted for by the strong effect of the children's problem scores when entering care. The findings from the third study indicate that there was a large variability in the children's development over time. Thus treating children in out-of-home care as one homogeneous group, which has

often been done in previous research, can give the false impression that placed children are more or less following the same developmental path over time.

The discussions in the three papers are closely related to the empirical findings and compared with previous research findings. In the overall discussion in the thesis, a selection of the main findings is discussed on a more theoretical level and related to central child welfare issues. The central issues are: How can we understand the high prevalence of mental health problems in placed children; the impact of direct versus indirect risk factors on children's mental health problems; how are the placed children's mental health conditions taken care of by public out-of-home arrangements; and the importance of knowledge about individual differences in development. The final chapter reflects upon implications of the findings for practice and research, in the intersection between mental health and child welfare.

Publikasjonsliste

- 1) Havnen, K.S., Jakobsen, R. & Stormark, K.M. (2009): Mental health problems in Norwegian school children placed out-of-home - the importance of family risk factors. *Child Care in Practice*, **15**, 235-250.
- 2) Havnen, K.S., Breivik, 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*, **33**, 2010-2017.
- 3) Havnen, K.S., Breivik, K. & Jakobsen, R. (2012): Stability and change – A 7-8 year follow up study of mental health problems in Norwegian children in long term out-of-home care. *Child and Family Social Work*, accepted for publication 19. juli. Article first published online: 17 Sep 2012 | DOI: 10.1111/cfs.12001.

Innholdsliste

Forord.....	3
Samandrag	5
English summary	7
Publikasjonsliste.....	10
Innholdsliste	11
1. Introduksjon	13
1.1 Barnevernet sitt ansvar for plassering av barn	14
1.2 Barnevernstatistikk om plasserte barn	15
1.3 Utviklingstrekk og prinsipielle spørsmål om plassering av barn	16
1.4 Psykisk helsevern for barn og unge – endring og vekst	19
1.5 Kva forstår vi med psykisk helse og psykiske vanskar?	20
1.6 Føremålet med avhandlinga - problemstillingar	22
2. Teoretiske perspektiv og kunnskapsgrunnlag.....	24
2.1 Ei transaksjonell forståing av utvikling.....	24
2.2 Det utviklingspsykopatologiske kunnskapsfeltet	25
2.2.1 Teoretiske føresetnader og prinsipp	26
2.3 Framveksten av resiliensforskninga	29
2.3.1 Risikofaktorar og beskyttande faktorar.....	30
2.3.2 Direkte og indirekte risiko	32
2.3.3 Frå faktorar til prosessar	33
2.3.4 Resiliens som «ordinary magic».....	36
2.4 Mot ei integrert forståing av resiliens og utvikling?	38
3. Relevant forskning om psykisk helse.....	40
3.1 Førekomst og variasjon av psykiske vanskar.....	40
3.2 Tydinga av risikofaktorar for plasserte barns og andre barns psykiske helse.....	43
3.3 Rusproblem hos foreldre.....	46
3.4 Omsorgssvikt og mishandling.....	48
3.5 Åtferdsvanskar og samhandlingsproblematikk.....	52
3.6 Longitudinelle studiar av psykiske vanskar	54
3.6.1 Studiar som har rapportert reduserte psykiske vanskar.....	54
3.6.2 Studiar som har rapportert stabile eller auka psykiske vanskar	60

3.7	Barns egne vurderingar av psykisk helse og trivsel.....	64
3.8	Vurderande oppsummering	65
4.	Metode.....	67
4.1	Om hovudprosjektet	67
4.2	Det empiriske materialet i avhandlinga	69
4.3	Utval – representativitet	69
4.4	Kartleggingsinstrument for psykisk helse - The Revised Rutter Scales	70
4.5	Andre studievariablar	72
4.5.1	Demografiske kjenneteikn ved barna	72
4.5.2	Sosioøkonomiske kjenneteikn ved foreldra	72
4.5.3	Informasjon om barnevernssaka.....	73
4.5.4	Stressande livshendingar.....	74
4.5.5	Støttande relasjonar.....	75
4.6	Statistiske analysemetodar	75
4.7	Handtering av manglande data.....	76
4.8	Forskingsetiske vurderingar	79
5.	Resultat frå delstudiane	81
5.1	Artikkel 1:	81
5.2	Artikkel 2:	83
5.3	Artikkel 3:	85
6.	Drøfting av hovudfunn	91
6.1	Ein mangedobla førekomst av psykiske vanskar hos plasserte barn	91
6.2	Tydinga av direkte versus indirekte risikofaktorar	94
6.3	Korleis har offentlege omsorgsarrangement ivareteke barnas psykiske helse?.....	98
6.4	Individuelle variasjonar i utvikling.....	102
6.5	Sterke og svake sider.....	104
7.	Mellom psykisk helse og barnevern – avsluttande refleksjonar	107
	Referansar	111

Artikkel 1-3 er lagt inn i fulltekst etter resultat frå delstudiane i kapittel 5

Vedlegg 1: Spørjeskjema til saksbehandlarar på T1
Vedlegg 2: The Revised Rutter Scale foreldreversjon
Vedlegg 3: The Revised Rutter Scale lærarversjon

1. Introduksjon

Temaet for avhandlinga ligg i skjeringsfeltet mellom psykisk helse og barnevern, og dreiar seg om psykiske vanskar hos norske barn plasserte utanfor heimen av barnevernet. Det er kjent frå forskning at barn som blir plasserte utanfor heimen av barnevernet har ein mangedobla førekomst av psykiske vanskar samanlikna med barn flest (sjå t.d Burge, 2007; Dimigen et al., 1999; Egelund et al., 2008; Fernandez, 2008; Ford, Vostanis, Meltzer, & Goodman, 2007; Garland et al., 2001; Holtan, Ronning, Handegard, & Sourander, 2005; Kjelsberg & Nygren, 2004; Pecora et al., 2010; Stein, Evans, Mazumdar, & Rae-Grant, 1996). Faktorar som kan påverka barnas psykiske helse anten indirekte eller direkte er m.a. sosioøkonomisk status, familiestruktur, foreldres psykiske lidningar og rusproblem, konflikhtar og vald i heimen, stressande livshendingar, manglande sosial støtte, samhandlingsproblem mellom foreldre og barn og/eller at barnet sjølv har vanskar eller sjukdomar som gjer at det krev særleg omsorg (Robins & Rutter, 1990; Rolf, Masten, Cicchetti, Nuecterlein, & Weintraub, 1990; Rutter, 1985; Rutter & Quinton, 1984; Rutter & Taylor, 2002; Werner & Smith, 1992).

Sjølve flyttinga vil også for mange bli opplevd som ei tilleggsbelastning, både fordi dette kan skje brått og utan at barna forstår kvifor det er nødvendig, og/eller at foreldra ikkje har samtykt i plasseringsvedtaket (Christiansen & Havnen, 2003). På lengre sikt kan ei plassering utanfor heimen innebera usikre planar for framtida, flyttingar mellom ulike plasseringsstader (Christiansen, Havik, & Anderssen, 2010), og at barna sine kjensler og lojalitet blir dregne mellom offentlege omsorgspersonar og egne foreldre (Christiansen, Havnen, Havik, & Andersen, 2011). Også som vaksne skil barn som har vore plasserte utanfor heimen seg ut med lågare utdanningsnivå og ulike sosiale- og helsemessige problem (Clausen & Kristofersen, 2008; Kristofersen, 2005; Vinnerljung, Franzen, Hjern, & Lindblad, 2010; Vinnerljung & Sällnas, 2008).

Det overordna siktemålet med avhandlinga er å bidra til auka kunnskap om plasserte barns psykiske helse; herunder å utforska førekomst, variasjon, og utvikling av psykiske vanskar. Avhandlinga består av 3 delstudiar, som omfattar førekomst og variasjon i psykiske vanskar, samanhangen mellom årsaker til plassering og barna sine psykiske vanskar, psykiske vanskar hos barn som er plasserte pga. foreldres rusproblem versus barn plasserte av andre årsaker, samt ein oppfølgingsstudie av barna sine

psykiske vanskar 7-8 år etter plassering utanfor heimen. Analysane er baserte på informasjon frå foreldre, offentlege omsorgspersonar, saksbehandlarar og lærarar. Datamaterialet er henta frå det longitudinelle forskingsprosjektet «Barn som blir plassert utenfor hjemmet – utvikling og risiko» (Andenæs et al., 2001).

Vidare i dette kapitlet vil det bli gitt ein kort presentasjon av barnevernet sitt ansvar for plassering av barn og unge, barnevernstatistikk om plasserte barn, utviklingstrekk og prinsipielle spørsmål om plassering av barn, psykiske helseverntenester for barn og unge med vekt på sentrale innsatsområde og utfordringar, samt avklaring av ulike definisjonar og bruk av omgrepa psykisk helse og psykiske vanskar. Sist i kapitlet blir det gitt ein nærare presentasjon av føremålet og problemstillingane i avhandlinga. Kapittel 2 omhandlar teoretiske perspektiv for avhandlinga; utviklingspsykopatologi og resiliens-teori, som begge byggjer på ei transaksjonell forståing av menneskeleg utvikling. Kapittel 3 presenterer relevant forskning om barn og unges psykiske helse, med eit særleg fokus på studiar som omhandlar plasserte barn, og psykiske vanskar målt ved standardiserte kartleggingsinstrument. Kapittel 4 gjer greie for metodiske rammer og spørsmål i samband med dei ulike delstudiane, medan kapittel 5 gir ei oppsummering av funn og konklusjonar frå dei empiriske undersøkingane, som er publiserte gjennom tre vitenskaplege artiklar. Fordi artiklane med fordel kan lesast før den overordna drøftinga, er dei lagde inn i fulltekst etter oppsummering av funna. Kapittel 6 drøftar utvalde hovudfunn frå delstudiane med utgangspunkt i teoretiske perspektiv og barnevernfaglege spørsmål. Sterke og svake sider ved avhandlinga er oppsummert sist i kapitlet. Som avslutting, blir det i kapittel 7 reflektert omkring implikasjonar av funna for forskning og praksis, i lys av gjennomgangstemaet for avhandlinga; mellom psykisk helse og barnevern.

1.1 Barnevernet sitt ansvar for plassering av barn

Barnevernet sitt ansvarsområde er heimla i Lov om barneverntjenester av 17. juli 1992 (Bvl.). Det overordna siktemålet med lova (Bvl. §1-1) er å sikra at barn og unge som lever under forhold som kan vera skadeleg for helse og utvikling får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, og å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår. Plassering av barn utanfor heimen er det mest inngripande tiltaket overfor barn og foreldre som barnevernet rår over, og skal berre nyttast dersom tiltak i heimen ikkje er tilstrekkeleg.

Omgrepet «plassering» blir brukt både om den faktiske flyttinga av barnet frå foreldreheimen til eit heildøgns tiltak i regi av barnevernet, og om sjølv tiltaket som barnet blir flytta til (Holtan, 2002)¹.

I barnevernstatistikken blir det skilt mellom «plasseringstiltak» heimla som hjelpetiltak (Bvl. §4-4.5) og som omsorgstiltak (Bvl. §4-12)². Hjelpetiltaksplasseringar blir gjort i samråd med foreldra etter vedtak av den lokale barneverntenesta, medan omsorgsplasseringar krev vedtak i Fylkesnemnda for sosiale saker.

Hjelpetiltaksplasseringar er grunnleggjande med at barnet har særlege behov som ikkje blir godt nok ivaretekne pga. forholda i heimen eller andre grunnar, medan omsorgsplasseringar er grunnleggjande med omsorgssvikt, mishandling, manglande oppfølging av barnets særlege behov for opplæring og behandling, og sannsynleggjort fare for at barnets helse og utvikling kan ta skade. Barnevernet kan fatta midlertidig vedtak om plassering utanfor heimen som akuttvedtak, med eller utan samtykke frå foreldra (Bvl. §4-6). Barna som er studerte i denne avhandlingen var plasserte utanfor heimen etter ein av dei nemnde lovheimlane.

1.2 Barnevernstatistikk om plasserte barn

I løpet av 2011 mottok 3,6 % (52 100) av alle norske barn i alderen 0-22 år (1 445 556) tiltak frå barnevernet (SSB, 2012a). Ved utgangen av året var talet på barn med barneverntiltak 38 000. Av desse var 13 200 barn registrert med plasseringstiltak utanfor heimen, anten som omsorgstiltak (55 %) eller som hjelpetiltak (45 %). Som for tidlegare år var 7 av 10 plasserte barn i fosterheimar, medan dei resterande var plasserte i institusjonar, bustader med oppfølging, eller beredskapsheimar. Delen norske barn med plasseringstiltak (0,9 %) er på nivå med Sverige, USA og Tyskland, langt lågare enn Danmark og høgare enn England (Thoburn, 2010). Samstundes er det relativt færre plasseringar pr. år av norske barn, noko som blir forklart ved at norske barn

¹ Som problematisert av Andenæs (Andenæs & Skollerud, 2003) er «plassering» av barn eit teknisk omgrep som lett kan ta fokus bort frå den faktiske situasjonen at det er barn som flyttar eller blir flytta.

² Medan vedtak om omsorgsovertaking etter barnevernlova blir oppheva frå det tidspunktet barnet fyller 18 år, kan vedtak om hjelpetiltak fortsetja til barnet er 23 år.

gjennomgåande er plasserte over lengre tid enn barn i dei fleste andre land. Eit nordisk særtrekk er at barna er eldre ved plassering utanfor heimen (Thoburn, 2010). T.d. er om lag halvparten av dei norske barna over 13 år ved plassering (SSB, 2012a).

Barnevernstatistikken viser ikkje eksplisitt kva forhold som har ført til vedtak om plassering utanfor heimen, men ei undersøking av plasserte 6-12-åringar i 1999 (Clausen, 2000) viste at hovudgrunnen til plassering utanfor heimen var omsorgssvikt (54 %). Dei neste grunnane var forholda i heimen (20 %), barnet sine åtferdsvanskar (14 %) og mishandling (11 %). For alle *nye* barn med anten hjelpetiltak eller omsorgstiltak frå barnevernet viser den seinaste statistikken (SSB, 2012a) at grunnlaget for vedtaket i heile 39 % av sakene var forholda i heimen/særlege behov, medan dei neste grunnane var psykiske lidningar hos foreldre (9 %), barnet sine åtferdsvanskar (8 %), manglande omsorgsevne (6 %) og foreldres rusmisbruk (6 %). Ulike typar omsorgssvikt/mishandling var registrert i ca. 5 % av sakene.

1.3 Utviklingstrekk og prinsipielle spørsmål om plassering av barn

Bortsetjing av barn har skjedd til alle tider, med slekta som dei næraste til å overta ansvaret dersom foreldra ikkje var i stand til å ta hand om barnet. Som verdas første land fekk Noreg i 1896 ei eiga barnevernlov (Verjerådslova), som dersom alvorleg påtale eller formaningar til barn og/eller foreldre ikkje nytta, ga heimel til å plassera barn til oppseding i ein «heiderleg» familie, i barneheim, skoleheim eller tvangsskole (NOU 2000:12). Men plassering av barn blei også gjort av fattigvesenet, pga. av økonomisk naud, sjukdom og bortfall av foreldre. Verjerådslova var på si tid ei føregangslov for vanskelegstilte barn, men historia viser likevel at kvaliteten på offentleg omsorg, i store institusjonar med dårleg bemanning og fosterheimar utan tilsyn, i mange tilfelle påførte barna like mykje lidningar som omsorg (St. meld. 40, 2001-2002). Den neste store barnevernreforma kom med Lov om barnevern av 1953, som vektla førebyggjande tiltak i heimen framføre plassering i institusjon eller fosterheim. Denne lova prøvde å ta grep om manglar ved den offentlege barneomsorga, bl. a. ved innføring av eit system med tilsyn med institusjonar og private heimar. Som medlem i granskingskommisjon for tidlegare barneverninstitusjonar i Bergen kommune (Drægebø, Havnen, Hove, Skjerve, & Oma, 2003), fekk eg nær kjennskap til at overgrep og omsorgssvikt framleis skjedde i perioden 1953 til 1980, og at tilsynet

fungerte dårleg. Trass i at mange barn også fekk ein relativt god oppvekst i barnevernets omsorgstiltak, førte dei mange redselshistoriene om offentleg omsorgsvikt til at barnevernet i store delar av sitt første hundreår har hatt ein låg legitimitet i befolkninga, noko som først begynte å snu omkring tusenårsskiftet (Havnen, 2003). Med den siste og noverande barneverntenestelova av 1992 vart barnevernet gitt eit utvida mandat, basert på prinsipp om «tidleg innsats» og «rett hjelp til rett tid» (Smith, 1992). Tiltak frå barnevernet skulle ikkje lenger berre vera knytt til mogeleg omsorgssvikt, men barns særlege behov og forholda i heimen kunne også utløysa tiltak. Av særleg relevans for plassering av barn, var at dette også kunne skje som eit hjelpetiltak, i samråd med foreldra. Til skilnad frå tidlegare barnevernlover, har den noverande lova blitt følgt opp med store ressuroverføringar og kompetansekrav til stat og kommune. Dette gjer at barnevernet i dag framstår som ein stadig viktigare samfunnsinstans, med eit kunnskapsbasert fokus i arbeidet for vanskelegstilte barn og familiane deira. Frå 1990-talet og framover har det vore ein stor ekspansjon i barnevernets tiltak, både når det gjeld tiltak i heimen og plasseringar utanfor heimen (<http://www.ssb.no/emner/03/03/barneverng/arkiv/tab-2009-07-06-02.html>).

Som det går fram av barnevernstatistikken er ulike typar fosterheimar det føretrekte plasseringstiltaket, medan institusjonar er mindre brukt. Særleg ved langvarige plasseringar er det ei målsetjing at dette skal skje i familieliknande tiltak, som kan gi barna ein mest mogeleg «vanleg» oppvekst (St. meld. 40, 2001-2002). Ei stor utfordring ved langvarige plasseringar utanfor heimen er å leggja til rettes for kontinuitet og stabilitet i omsorgstiltaka. Av ulike årsaker skjer det relativt ofte at barn må flytta mellom omsorgstiltak (Berridge & Cleaver, 1987; Egelund & Vitus, 2009; Oosterman, Schuengel, Wim Slot, Bullens, & Doreleijers, 2007; Triseliotis, 2002; Vinnerljung, Sallnäs, & Westermark, 2001), og at det er uklare og skiftande målsetjingar for kor barnet skal bu gjennom oppveksten (Christiansen, et al., 2010). Ustabile plasseringsforløp og forskning som viser at plasserte barn kjem dårlegare ut på mange område enn andre barn, både som barn og som vaksne, har i fleire land ført til ein diskusjon om effekten av offentlege omsorgstiltak, og ei dreining mot at barn som treng ein «ny» heim for livet bør frigivast for adopsjon. Denne såkalla «permanency» politikken står særleg sterkt i USA, der om lag 25 % av plasserte barn blir adopterte (Barth & Lloyd, 2010), men også i England der tilsvarande tal er 8 % (Forrester,

Goodman, Cocker, Binnie, & Jensch, 2009). I Noreg har «permanency» politikken i liten grad resultert i adopsjon av plasserte barn, sjølv om talet ifølgje barnevernstatistikken er aukande (23 barn i 2006, 40 barn i 2011). Barnevernlova uttrykkjer likevel at det skal fastsetjast ein varig plan for barnets framtidige omsorgssituasjon innan to år etter plassering (Bvl. §4-15). Det er også nyleg gjennomført lovendringar som skal bidra til å redusera foreldres rett til å reisa gjentakande saker om tilbakeføring av barnet, og at adopsjon som alternativ til plassering blir vurdert oftare.

Med referanse til spørsmåla ovanfor har det blitt hevda at internasjonal sosialpolitikk om offentlege plasseringstiltak dei siste 10-åra har vore (for) konsentrert om tema som tryggleik, stabilitet og «permanency», og at dette til ein viss grad har gått på kostnad av eit fokus på barns velvære og fungering (Fernandez & Barth, 2010b). Ifølgje Fernandez og Barth er dette fokuset no i ferd med å endra seg, noko som både blir sett i samanheng med ei sterkare vektlegging av FN's barnekonvensjon og barns rettar, og med nyare utviklingspsykologiske forståingsmåtar og forskingsmetodar. Ei ny offentlig utgreiing (NOU 2012: 5) vektlegg også barnets utviklingsbehov som eit styrande prinsipp for «barnets beste». Andre eksempel på den nye bølga er framveksten av longitudinelle studiar av plasserte barns psykiske helse og utvikling, som ofte er relatert både til utviklingspsykologisk kunnskap og til debatten om effekten av plassering utanfor heimen (sjå kap 3.6). Funn frå slike studiar nyanserer biletet av effekten av plasseringar for barns utvikling, noko som truleg også vil føra til ei nyansering i synet på plassering utanfor heimen som «the last resort». Eit nærare samband mellom utviklingspsykologisk forskning og barnevernforsking blir vurdert å vera av stor tyding i søking etter meir nyanserte svar på korleis ein skal styrka plasserte barns psykiske helse og utvikling (Whittaker, 2010).

1.4 Psykisk helsevern for barn og unge – endring og vekst

Medan barnevernet har eit overordna ansvar for plasserte barn og unge sin omsorgssituasjon, helse og utvikling, er ansvaret for psykisk helsevern lagt til spesialisthelsetenesta (Psykisk helsevernloven)³. Oppgåvene til spesialisthelsetenesta omfattar undersøkingar og behandling av menneske i forhold til psykiske lidingar, samt den pleie og omsorg dette krev. I forhold til barn og unge blir tenestene først og fremst utførte ved poliklinikkar for barn og unges psykiske helse (BUP), men det er også avdelingar knytt til større sjukehus og behandlingstilsetningar for barn og unge med psykiske lidingar.

Frå slutten av 1990 talet har psykisk helsevern gjennomgått forholdsvis store endringar og forbetringar. Frå tidlegare tider då psykisk helse og psykiske vanskar i stor grad var ei privat sak, til dagens samfunn med vektlegging av større openheit omkring psykiske vanskar og ei målsetjing om god psykisk helse for alle (St. meld. 25, 1996-97), har også det psykiske helsevernet fått ei meir aktiv rolle overfor barn og unge. Samfunnets innsats har vore kanalisert gjennom ein storstila opptrappingsplan for psykisk helsevern i perioden 1999-2006/08 (St. prp. nr. 63, 1997-98), med tilhøyrande strategiplanar, delplanar, forsøksverksemd, retningslinjer etc. (sjå t.d. Helsedepartementet, 2003; Helsedirektoratet, 2008; NOU 2009: 22; Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Ifølgje evaluering av opptrappingsplanen eitt år etter avslutting, har ein pr. i dag nådd målsetjinga om ein dekkingsgrad på 5 % psykiske helseverntenester til barn og unge, og tilbodet har blitt jamnare i ulike delar av landet (Helsedirektoratet, 2010).

Trass i lovreguleringar og retningslinjer har ansvaret for behandling av psykiske vanskar hos barn og unge i barnevernet vore ein kime til konflikt mellom barnevernet og psykisk helsevern langt tilbake i tid (Aamodt, 2012; Lurie & Tjelflaat, 2009:14; NOU 2009: 22). For barnevernet har det vore vanskeleg å gi tilfredsstillande omsorg og

³ Omgrepet psykisk helsevern erstattar i dag det tidlegare omgrepet psykiatri, om ulike delar av behandlingsapparatet for psykiske lidingar. Omgrepet psykiatri er likevel framleis i bruk ved enkelte behandlingstilsetningar – psykiatriske avdelingar – og i samanheng med uttrykket «psykiatriske» diagnosar. Dette har vore retningsgivande for bruken av omgrepet «psykiatri» i avhandlinga. Psykiatri er også ein spesialitet innan området medisin.

hjelp til barn med store psykiske vanskar, medan for det psykiske helsevernet har det vore vanskeleg å inngå behandlingsansvar for barn med alvorleg og gjerne uavklara omsorgssviktproblematikk. I nyare retningsliner for psykisk helsevern er det presisert at vurdering av foreldres omsorgsevne ikkje er grunn for å avvise hjelp; tvert imot er det understreka at barn i ein vanskeleg omsorgssituasjon har særleg behov for hjelp og støtte (Helsedirektoratet, 2008). Andre utfordringar i samarbeidet mellom psykisk helsevern og barnevernet har vore/er knytt til ulike lovverk, administrative nivå, finansieringsordningar, arbeidsmåtar, profesjonar etc., som i neste omgang kan ha gått utover barn som treng psykisk helsehjelp (NOU 2009: 22).

I kjølvatnet av opptrappingsplanen har det blitt sett i gang fleire samarbeidsprosjekt mellom poliklinikkar for psykisk helsevern og barnevernet (og andre kommunale instansar), for å betra tilbodet til vanskelegstilte barn og unge (sjå t.d. Aamodt & Keeping, 2011). Barnevernet synest også å innta ei meir aktiv haldning til barnas psykiske helse enn tidlegare, bl.a. gjennom utprøving av ulike kartleggingsskjema som kan gi ein peikepinn på barnas evt. behov for bistand frå det psykiske helsevernet (Aasheim, 2012; Backe-Hansen, 2009). For barn og unge som både treng omsorg utanfor heimen og behandling for alvorlege psykiske lidningar har det blitt føreslege å oppretta behandlingstiltak, som eit samarbeidsprosjekt mellom psykisk helsevern og barnevernet (Barnevernpanelets rapport, 2011; NOU 2009: 22). I dette forslaget kan ein skimta ei revitalisering av tanken om eit «psykisk barnevern», som vart lansert (men ikkje vedteke) allereie på 1950-talet, for å sikra eit meir heilskapleg tilbod til dei mest vanskelegstilte barnevernsbarna (NOU 2000:12; St. meld. 40, 2001-2002).

1.5 Kva forstår vi med psykisk helse og psykiske vanskar?

Verdas helseorganisasjon (WHO) konstaterer i sitt grunnlagsdokument⁴ at «psykisk helse» er ein integrert og essensiell komponent av helse, som igjen er ein tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære, og ikkje berre fråvær av sjukdom og

⁴Signert 22. juli 1946 av representantar frå 61 statar, iverksett 7. april 1948.

funksjonsnedsetjing. På dette grunnlaget blir psykisk helse definert slik: *Mental health is a state of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community. In this positive sense, mental health is the foundation for individual well-being and the effective functioning of a community*⁵.

Nytteverdien av WHO sitt ideelle syn på helse har gjennom tidene vore gjenstand for kontroversar, både fordi det verkar uopnåeleg, og fordi målsetjingane er generelle og dermed uforpliktande (Sosial- og helsedepartementet, 2000). I seinare dokument har WHO sine målsetjingar blitt konkretisert (Ottawa charteret 1986, Jakarta deklarasjonen 1997), og god helse har blitt knytt opp mot fred, bustad, utdanning, sosial tryggleik, sosialt fellesskap, mat, inntekt, styrking av kvinners stilling, eit stabilt økosystem, berekraftig bruk av ressursar, sosial rettferd, respekt for menneskerettar, likskap og likeverd. Det synest å vera allmenn semje om at den aller største helsetrusselen er fattigdom.

Når det gjeld psykiske vanskar blir det i faglitteraturen skilt mellom ulike omgrep (Bang Nes & Clench-Aas, 2011; Sosial- og helsedepartementet, 2000). *Psykiske helseplager* blir brukt om milde former for psykiske vanskar som vanlegvis ikkje krev behandling av det psykiske helsevernet, medan *psykiske lidingar* er knytt til meir alvorlege vanskar som går vesentleg ut over det daglege funksjonsnivået og som ofte krev behandling. For å skilja psykiske lidingar frå psykiske helseplager, og for å utgreia kva type lidingar det er tale om, gjer ein seg bruk av såkalla diagnosemanualar. I Noreg (og dei fleste andre europeiske land) brukar ein offisielt WHO sitt diagnosesystem «International Classification of Diseases and Related Health Problems» (ICD10), medan det amerikanske «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM-IV) blir brukt som eit supplement og gjerne i forskningssamanheng. For å inneha ein diagnose må ei rekke kriteria vera oppfylte, tilstanden må ha hatt ein viss varigheit og funksjonsnivået må vera vesentleg påverka.

⁵ WHO Faktaark nr 220, september 2010, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

Innan forskning om psykisk helse nyttar ein seg ofte av «standardiserte måleinstrument» for å kartleggja omfang og type vanskar og sosial kompetanse. Dette er spørsmålsbatteri som ofte tar utgangspunkt i diagnosekriteria, og som både er utprøvde på større befolkningsgrupper og på mindre «kliniske» utval. Fordi forskning vanlegvis ikkje omfattar kliniske vurderingar utført av fagpersonar, er det viktig å vera merksam på at denne typen kartlegging ikkje stiller diagnosar, men at den gir informasjon om omfang og symptom på vanskar som kan vera eit grunnlag for vidare utgreiing og behandling. Psykisk helse og psykiske vanskar slik det er brukt i delstudiane i avhandlinga er basert på eit standardisert måleinstrument (The Revised Rutter Scales) (Elander & Rutter, 1996a; Hogg, Rutter, & Richman, 1997), der ein både kan skilja mellom høge og låge vanskar, mellom ulike typar vanskar og mellom grader av prososial åtferd (sjå nærare i metodekapitlet).

1.6 Føremålet med avhandlinga - problemstillingar

Det overordna føremålet med avhandlinga er å bidra til auka kunnskap om psykisk helse hos plasserte barn; herunder å utforska førekomst, variasjon og utvikling av psykiske vanskar. Dei konkrete problemstillingane er utleia av det overordna føremålet, samstundes som dei byggjer på suksessive funn frå dei tre delstudiane. Problemstillingane er formulerte som siktemål, slik det har blitt gjort i dei enkelte delstudiane.

Problemstillingar

- 1) Å undersøkje *førekomst* av psykiske vanskar hos dei plasserte barna kort tid etter plassering utanfor heimen (delstudie 1)
- 2) Å undersøkje *variasjon* i psykiske vanskar og prososial åtferd relatert til kjønn og alder (delstudie 1)
- 3) Å undersøkje *samanhengen* mellom familierelaterte årsaker til plasseringa og variasjonen i barna sine psykiske vanskar (delstudie 1)
- 4) Å undersøkje *kjenneteikn* ved barn plasserte pga. foreldres rusmisbruk samanlikna med barn plasserte av andre årsaker (delstudie 2)

- 5) Å undersøkje moglege *forklaringar* til skilnader i psykiske vanskar mellom barn plasserte utanfor heimen pga. foreldres rusmisbruk og barn plasserte av andre årsaker (delstudie 2)
- 6) Å undersøkje *stabilitet og endring* i barna sine psykiske vanskar over tid (delstudie 3)
- 7) Å utforska *langtidseffekten* av faktorar som var relatert til barna sine psykiske vanskar på plasseringstidspunktet (delstudie 3)

2. Teoretiske perspektiv og kunnskapsgrunnlag

For å forstå psykisk helse og utvikling hos barn og unge plassert av barnevernet er det openbart at forklaringsmodellar og forståingsmåtar på ulike nivå og med ulike fokus kan vera både nødvendige og nyttige, samstundes som det kan vera eit dilemma at framheving av eit perspektiv gjer at andre perspektiv kjem i bakgrunnen. Det er sjølvsagt også slik at eit enkelt forskingsprosjekt verken kan innlemma alle potensielt viktige forhold eller alle relevante forståingsmåtar. Styrt av dei konkrete problemstillingane i avhandlinga som dreiar seg om førekomst, variasjon og utvikling av psykiske vanskar hos barn plasserte av barnevernet, har eg valt å ta utgangspunkt i det utviklingspsykopatologiske kunnskapsfeltet, med eit særleg fokus på resiliensforskninga. Som bakanforliggjande perspektiv på menneskeleg utvikling ligg ei transaksjonell forståing av forholdet mellom menneske og miljø, som vil bli gjort greie for nedanfor.

2.1 Ei transaksjonell forståing av utvikling

Ei transaksjonell forståing av menneskeleg utvikling vart presentert for fleire 10-år sidan av Sameroff og Chandler (1975). Seinare har denne forståingsmåten blitt vidareutvikla (Sameroff, 2010), og den er no vanleg som overordna forståing av psykologisk utvikling. Kjernepunktet i forståingsmåten er at all utvikling kan sjåast som resultat av dynamiske interaksjonar (transaksjonar) mellom menneske og miljø, og at biologiske, sosiale og psykologiske prosessar inngår i den gjensidige utvekslinga/påverknaden over tid innanfor rammene av ein økologisk kontekst (Sameroff, 2010)⁶. Med den sterke vektlegginga av transaksjonar som føresetnad for utvikling tek Sameroff eit «oppgjær» med tidlegare forklaringsmodellar, som vekselvis har vore mest opptekne av anten arv eller miljø, eller dei har behandla individ og miljø som uavhengige (og determinerte) einingar som samhandlar utan at det nødvendigvis føregår endring eller utvikling. Ein føresetnad i den transaksjonelle forståingsmåten er

⁶ Sameroff har nyleg lansert ein såkalla biopsykososial utviklingsmodell, som tek mål av seg å foreina tidlegare teoriar om utvikling til ein heilskapleg modell, basert på ei transaksjonell forståing (Sameroff, 2010).

at alt (og alle) står i ein relasjon til noko anna, frå det mest komplekse samfunnet til den mest elementære partikkelen. Og ikkje minst, det er i relasjon til noko(n) anna(n) at ein organisme/menneske utviklar seg og noko nytt oppstår. For å eksemplifisera viser Sameroff til at alle celler i ein organisme inneheld eit identisk arvematerialet, men dei er likevel ulike pga. ulik påverknad og samspel med andre biologiske prosessar over tid. Ei celledeling er såleis ikkje førehandsdeterminert, men har eit mangfald av utviklingsmogelegheiter. I forhold til psykiske vanskar hos barn vil ein utifrå ei transaksjonell forståing av utvikling aldri kunna forklara vanskane utelukkande utifrå kjenneteikn ved barnet eller omgjevnadene, men som eit resultat av eit pågåande samspel med gjensidig påverknad over tid.

Den transaksjonelle forståingsmåten har til no hatt sin styrke som teoretisk analysemodell for å forstå utvikling, medan det har vore vanskeleg å overføra dei komplekse, teoretiske prinsippa til forskning. Sameroff sjølv erkjenner denne utfordringa, men hevdar at nyvinningar på det statistiske området som t.d. vekstkurveanalyser, opnar nye mogelegheiter for å predikera utfall, sjølv med utgangspunkt i innfløkte interaksjonsprosessar mellom menneske og miljø som endrar seg over tid (Sameroff, 2010).

2.2 Det utviklingspsykopatologiske kunnskapsfeltet

Det utviklingspsykopatologiske kunnskapsfeltet har blitt omtalt som eit makroparadigme⁷ (Achenbach, 1990), med liner til ei lang rekke mikroparadigme, som igjen har greiner til ulike teoriar om meir spesifikke samanhengar (jfr. skjematisk oversikt Achenbach, 1990 s 32). T.d. blir tunge og ulike fagområde som biomedisin, behaviorisme, sosiologi og systemisk familieteori rekna som mikroparadigme under det utviklingspsykopatologiske paradigmet, medan t.d. genetikk, læringsteori, klasseteori og «barnet som symptomberar» er døme på teoriar på lågare nivå. Sambandslinene

⁷ Eit paradigme kan forståast som eit *vitskapleg fellesskap* basert på ein eller fleire oppnådde vitskaplege prestasjonar, og som anerkjenner grunnlaget for vidare forskning ved å definera for (nye) forskarar kva problem og metodar som i ein viss periode er legitime innan forskingsfeltet (Kuhn, 1996).

mellom dei ulike teoriane og det overordna paradigmet er at dei alle er nødvendige og relevante for å forstå menneskeleg utvikling og åtferd i ein heilskapleg kontekst.

Det utviklingspsykopatologiske paradigmet har som namnet gjenspeglar sine røter både frå både utviklingspsykologi og klinisk psykologi, men er likevel noko meir enn ein «sum» eller kombinasjon av dei to fagområda (Cummings, Davies, & Campbell, 2000). Ifølgje Sroufe og Rutter (1984) var utviklingspsykologien frå først av oppteken av å studera aldersrelaterte gruppegjennomsnitt blant barn flest, med føremål å forstå universelle utviklingsprosessar. I nokon grad har dette føremålet gått på kostnad av studiet av individuelle ulikskapar i utvikling og fungering, særleg når det gjeld avvikande åtferd og mistilpassing. På same vis har klinisk barnepsykologi tradisjonelt sett vektlagt sjukdomslære (nosologi) og behandling, samt forholdet mellom risikofaktorar og diagnosar (Cicchetti, 1984). Dette har igjen ført til at ein har oversett dei spesifikke prosessane som gjer at risikofaktorar kan føra til psykiske lidingar, tydinga av beskyttande faktorar, utviklingsprosessar over tid og verdien av å samanlikna normal og unormal fungering. I forhold til utviklingspsykologi og klinisk barnepsykologi siktar utviklingspsykopatologien mot å forstå variasjonar i fungering både på gruppenivå og individnivå, og prosessar som ligg bak så vel normal som unormal utvikling⁸.

2.2.1 Teoretiske føresetnader og prinsipp

Utviklingspsykopatologien byggjer på ei transaksjonell forståing av menneskeleg utvikling (Sameroff, 2010; Sameroff & Chandler, 1975), som igjen har referanse til dynamisk systemteori (Minuchin, 1974) innanfor rammene av eit økologisk verdsbilete (Bronfenbrenner, 1980, 1986). Utvikling blir sett som eit pågåande samspel mellom ein aktiv organisme i endring, innanfor ein dynamisk kontekst (handling-i-konktekst) (Cummings, et al., 2000). *Aktivitet* og *endring* er grunnelementa i utvikling, som kan forståast som seriar av samanvovne heilskapar eller nettverk av aktivitetar knytt til intrapersonlege system (t.d. samspel mellom biologi, tankeprosessar og kjenslemessige

⁸ Både utviklingspsykologien og klinisk barnepsykologi har i dag teke opp i seg mange av prinsippa frå utviklingspsykopatologien når det gjeld synet på avvik og normalitet, og samspelet mellom risiko og beskyttande faktorar.

prosessar), interpersonlege system (t.d. kvalitet av relasjonar) og økologiske eller sosiokulturelle system (t.d. verdiar, haldningar, lokalsamfunn). Ut frå prinsippet om «handling i kontekst» har ei kvar handling eit *føremål* som står i forhold til ein aktuell kontekst. Dersom konteksten endrar seg vil ikkje den same handlinga lenger vera like føremålstenleg. T.d. kan ein strategi om å skjerma seg frå nære relasjonar fungera bra for barnet på kort sikt i forholdet til foreldre som ikkje bryr seg, medan det å ha utvikla ein generell mistillit til nære relasjonar kan få uheldige følgjer på lengre sikt, t.d. ved etablering av parforhold (jfr. prinsippa om ulike tilknytingsmønster), (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Crittenden & Ainsworth, 1989/2010). Basert på eksemplet ovanfor kan ein utleia at mistilpassing i parforholdet er eit produkt av transaksjonar mellom personen sine intraorganiske kjenneteikn, tidlegare tilpassingsstrategiar og den aktuelle konteksten (Sroufe, 1997). At mistilpassing blir sett som eit resultat av utviklingsprosessar har også relevans for synet på psykopatologi. Medan ein ut frå ein tradisjonell medisinsk modell vil kunna forstå patologiske trekk som ein individuell sjukdomstilstand som kan plasserast i ein bestemt diagnostisk kategori, vil ein ut frå ei utviklingspsykopatologisk forståing vurdere patologiske trekk som resultat av utviklingsprosessar, og som grader av patologi på ein skala der sunn utvikling utgjer det motsette endepunktet (Sroufe, 1997). Det er derimot viktig å skilja mellom nytten av å bruka kategoriar for å synleggjera kvalitativt avvikande tilstandar i klinisk arbeid eller i forskning, og det å forstå kvifor patologiske utviklingsprosessar har blitt etablert.

Basert på kunnskap om at kvart barn gjer seg opp sine egne forklaringsmåtar for åtfærd og hendingar (attribusjon) samt at dei har ulike tilpassingshistoriar og erfaringar knytt til fortid og notid, kan ein også hevda at eit kvart barns utvikling til ein viss grad er unik. Følgjeleg er det ikkje slik at ei hending eller årsak berre kan ha eit utfall, men tvert imot kan utfallet variera frå barn til barn. Dette blir i utviklingspsykopatologien kalla «*multifinalitet*», og motsett kan ulike årsaker eller hendingar føra til det same utfallet på eit gitt tidspunkt, kalla «*ekvifinalitet*» (Cicchetti & Rogosch, 1996). I praksis kan dette visa seg ved at søsken som veks opp med omsorgssvikt i same familie kan utvikla seg både likt og ulikt avhengig av dei spesifikke transaksjonane mellom barnet og omgjevningane.

Føresetnaden om at kvart barns utvikling er unik er relatert til oppfatninga av enkeltindividet som ein aktiv handlande organisme i samspel med omgjevnadene i tid og rom. Denne forståinga byggjer på ein *konstruktivistisk* tankegang, som inneber at individet sine oppfatningar ikkje berre er eit spegelbilete av aktuelle hendingar, men eit resultat av korleis det oppfattar samanhengen mellom eigne handlingar og hendingar, tidlegare forståingsmåtar/trussystem og kva meining eller tyding hendingane har for deira eige velvære (Cummings & Davies, 1995). Slik sett gjer individet eigne val, anten bevisst eller ubevisst, som igjen har innverknad på t.d. kven ein omgåast og korleis. Det kan følgjeleg hevdast at samanhengen mellom tilpassingsvanskar og stressande livshendingar ikkje berre kan forståast som eit resultat av livshendingane åleine, men heller som eit resultat av samhandlinga mellom eit aktivt handlande individ og livshendingane.

Sjølv om barns utvikling er prega av endring og variasjon i tid og rom, er det likevel slik at grunnleggjande utviklingsprosessar er generelle og knytt til alder og modning. Dette inneber at utvikling er *retningsbestemt*, samstundes som den består av *kontinuitet* og *endring*. Med referanse til det ortogenetiske prinsipp (jfr. Werner, 1948 ref. i Cummings, et al., 2000), blir utvikling forstått som ein organisert prosess som startar med ein tilstand av relativ globalitet og manglande differensiering til ein tilstand av aukande differensiering, artikulasjon og hierarkisk integrasjon. I motsetnad til tidlegare utviklingspsykologiske teoriar som knytte utvikling til meistring av adekvate oppgåver i påfølgjande, aldersbestemte fasar fram mot vaksenaldar (jfr. t.d. Freud, Piaget, Eriksson), ser ein i dag føre seg livslange utviklingsliner der meistring av dei aldersadekvate oppgåvene inneber stor grad av individuell variasjon, og der verknadene av meistring på eit alderstrinn ikkje nødvendigvis er avgjerande for den vidare utvikling. Formulert på ein annan måte er ikkje utviklingspotensialet til ein person førehandsdeterminert, men det inneheld ei rekke moglegheiter avhengig av dei pågåande transaksjonane mellom menneske og miljø.

På den andre sida er det ikkje all samhandling som fører til endring og utvikling. Samhandling kan også vera repeterte reaksjonsmønster som ikkje skapar noko nytt. Ifølgje Sameroff (2010) skjer dette ofte hos vaksne, som over tid har utvikla reaksjonsmønster for dei fleste daglegdagse situasjonar. Hos barn som har fleire og tettare utviklingsoppgåver å forholde seg til, kan det skje ein stagnasjon i utvikling i den

grad møtet med omgjevnadene ikkje fører til endring og læring. Dette kan også vera tilfelle når psykiske vanskar varer over tid, og «impulsar» utanfrå eller innanfrå ikkje er sterke nok til å skapa endring.

2.3 Framveksten av resiliensforskinga⁹

Medan utviklingspsykopatologien har som overordna siktemål å forstå både normal og patologisk utvikling hos så vel risikogrupper som hos barn flest, har resiliensforskinga eit spesifikt fokus på utvikling hos barn som har vore utsett for traumatiske hendingar eller utviklingstrugande situasjonar over tid (Borge, 2010/2003; Rutter, 1985). Slik sett er denne forskingstradisjonen særleg relevant for barna denne avhandlinga dreiar seg om, som både kan ha levd i omsorgssviktande miljø over tid, og som ofte har opplevd traumatiske episodar i heim eller nærmiljø. Det teoretiske grunnlaget i resiliensforskinga byggjer på dei generelle prinsippa frå utviklingspsykopatologien, men i det faktum at det er vakse fram ei særleg forskingsretning med fokus på barn som har opplevd ekstreme hendingar og situasjonar, reiser det seg eit underliggjande spørsmål om desse barna si utvikling kan ha andre kjenneteikn enn utvikling hos barn flest.

Framveksten av resiliensforskinga har sitt utspring i studiar av psykiske vanskar hos barn i ulike risikosituasjonar. Gjennom oppfølgingsstudiar av barn som vaks opp i fattige omgjevnader eller hadde foreldre med psykiske lidningar eller hadde opplevd krig o.l. (Garmezy, Masten, & Tellegen, 1984; Robins & Rutter, 1990; Rutter, 1989; Werner & Smith, 1992) gjorde ein det noko uventa funnet at ein stor del av barna, ofte meir enn halvparten, ikkje viste særlege teikn på psykisk avvikande reaksjonar, og/eller at mange av barna tilpassa seg nye livssituasjonar tilsynelatande utan langvarige mein (sjå omtale av fleire kjente studiar i Cederblad, 2004). Med utspring i denne forskinga på den varierende tydinga av risikofaktorar for utvikling av psykopatologi skjedde det i løpet

⁹ Omgrepet «resiliens» stammar frå fysikken der det blir brukt om eit materiale eller eit objekt si evne til å koma tilbake til utgangsposisjonen etter å ha vore utsett for sterkt press eller tøyning. Ingeniørar brukar omgrepet som uttrykk for «spenst» t.d. i betong, innan biologien blir det brukt om eit tre eller ein plante si evne til å reisa seg opp att etter å ha blitt utsett for hardt ver og vind. Andre uttrykk for resiliens er elastisitet, «seighet», motstandskraft, styrke, «robusthet», tåleevne, tilpassingsevne, medan det motsette av resiliens kan vera porøs, skjør, stiv, svak, utsett, sårbar, mottakeleg (Wikipedia).

av 1980-90-åra ei dreining i interessefelt frå patologi mot resiliens og sunn utvikling, med særleg vekt på å kartleggja faktorar og prosessar som kunne førebyggja eller dempa effekten av risikoforhold (Borge, 2010/2003).

2.3.1 Risikofaktorar og beskyttande faktorar

Kjerneelementa både innan utviklingspsykopatologi og resiliensforskning er risikofaktorar og beskyttande faktorar, og ikkje minst det dynamiske forholdet dei imellom (Rolf, et al., 1990). Ein risikofaktor kan definerast som alle forhold eller situasjonar, akutte eller kroniske, som aukar risikoen for utvikling av psykopatologi, medan ein beskyttande faktor kan definerast som forhold eller situasjonar som reduserer verknaden av ein risikofaktor, og aukar sjansen for ei sunn utvikling. Ein beskyttande faktor verkar dermed som ei «støytputte» eller «buffer» som gjer seg gjeldande i ein risikosituasjon, og i den grad bufferen er sterkare enn risikofaktoren, aukar sjansane for eit resilient utfall.

Som pionerar i arbeidet med å forstå samanhengen mellom risikofaktorar og beskyttande faktorar er det særleg relevant å trekkja fram den britiske barnepsykiateren og forskaren Michael Rutter og dei amerikanske forskarane Emmy Smith og Ruth Werner. I samband med dei kjente longitudinelle studiane av barn i det engelske øysamfunnet Isle of Wight¹⁰ og studiar av barn i indre London, framsette Rutter ein såkalla risikoindex (Rutter, 1979) over viktige faktorar som auka risikoen for patologisk utvikling hos barn, samstundes som han formulerte det etter kvart klassiske prinsippet om *kumulativ risiko*. Dei 6 risikofaktorane var alvorleg ekteskapleg konflikt, låg sosioøkonomisk status, dårlege buforhold, kriminalitet hos fedrar, psykiske vanskar hos mødrer og kontakt med barnevernet/fosterheimsomsorga. Det var ingen skilnad i risiko for psykiske vanskar hos barn i familiar kjenneteikna av 0 eller 1 risikofaktor, men ved 2-3 risikofaktorar var det konstatert ein 4-dobbel risiko for psykiske vanskar og ved 4 eller fleire risikofaktorar var risikoen igjen multiplisert med talet på risikofaktorar. Altså risikoen for utvikling av vanskar auka eksponensielt med talet på risikofaktorar. Frå dei

¹⁰ For nærare omtale av dei klassiske Rutter-studiane viser eg til Rutter, 1989 og Borge, 2010/2003.

same studiane (Quinton, Rutter, & Liddle, 1984; Rutter & Quinton, 1984) og støtta av anna forskning trekkjer Rutter (1990) også fram ei rekke beskyttande faktorar som kjønn (i tydinga jente før pubertet), det å ha eit lett» temperament, ein god foreldre-barn relasjon, ein støttande ektefelle, evne til planlegging, positive skoleerfaringar, positiv sjølvoppfatning (Harter, 1999), tru på eigen kompetanse (Bandura, 1976), nøytralisierende hendingar og vendepunkt i livet.

Werner og Smith (1992), personane bak den verdskjente 40-års longitudinelle undersøkinga av eit årskull barn fødd i 1955 i det fattige øysamfunnet Kauai på Hawaii¹¹, presenterte ei liknande liste over risikofaktorar og beskyttande faktorar. Risikofaktorane omfatta perinatalt stress, kronisk fattigdom, foreldre med låg utdanning, disorganisert familiemiljø, liten stabilitet i familien, alkoholiserde foreldre, vald, tenåringsmor og omsorgssvikt. For at barna skulle definerast som «risikobarn» måtte minst 4 av risikofaktorane vera til stades. Beskyttande faktorar var at barnet hadde normal intelligens, var sjarmerande og tiltrekte seg positiv merksemd frå familie og andre, dei hadde kjenslemessige band til søsken og besteforeldre i tillegg til foreldre, og dei hadde tilgang til eit ytre støtteapparat som verdsette kompetansen deira (t.d. skole, trussamfunn, vennegruppe).

Desse tidlegaste listene over risikofaktorar og beskyttande faktorar har blitt utvida i takt med nye forskingsresultat, og dei har blitt systematisert etter kva nivå dei representerer; individnivå, familienivå og samfunnsnivå (Kvelling, 2007). Som eg skal koma inn på seinare er det likevel ikkje alltid lett å skilja risikofaktorar frå beskyttande faktorar, og det er heller ingen uttømande eller autoriserte lister som omfattar alle mogelege påverknadsfaktorar. Samanhengen mellom graden av risikofaktorar og beskyttande faktorar og variasjonar i psykisk helse kan enkelt forklarast slik: Høg grad av risiko knytt til individ, familie eller miljø kombinert med låg grad av beskyttelse gir ein forholdsvis høg risiko for utvikling av vanskar, medan låg grad av risiko kombinert med høg grad av beskyttelse aukar sjansane for ei sunn utvikling. Andre mindre

¹¹ Nærare omtale av Kauai-studien er å finna i Cederstrøm, 2003 og Borge, 2003/2010, forutan originalkjelder (Werner & Smith, 1992, Werner, 1993)

ekstreme kombinasjonar av risiko og beskyttelse gir mindre ekstreme utfall i den eine eller andre retninga. Som allereie nemnt tenkjer ein seg at risikoen for utvikling av vanskar aukar med talet eller omfanget av risikofaktorar, men det er også av tyding om risikoen har samanheng med ein akutt situasjon eller om den varer ved over tid, sameleis som enkelte risikofaktorar kan ha ein sterkare alvorsgrad enn andre. Med referanse til forskning om tydinga av enkeltfaktorar versus opphoping av risikofaktorar uttalar Sameroff (2010) at effekten av enkeltfaktorar nokre gonger først kjem til syne i kombinasjon med andre faktorar (interaksjonseffektar), noko som framhevar tydinga av kompliserte modellar også for å forstå enkeltsamanhengar. I avhandlinga er både tal og type risikofaktorar gjort til gjenstand for utforsking og drøfting (artikkel 1).

2.3.2 Direkte og indirekte risiko

Ein annan nyanse i forståinga av resiliensprosessar er at både beskyttande faktorar og risikofaktorar kan vera enten *direkte* eller *indirekte* i sin verknad på barnet (Baldwin, Baldwin, & Cole, 1990). Faktorar som har ein direkte påverknad av barnet kan vera organiske forhold (t.d. fødselsskadar, nevrologisk skade, manglande ernæring, genar), intrapersonlege forhold (t.d. intelligens, sjølvoppfatning, oppfatning av andre, meistringsstrategiar) eller interpersonlege forhold (t.d. samspel mellom barnet og andre viktige personar i og utanfor familien, foreldrestil, omsorgskvalitetar). I det empiriske materialet i avhandlinga er det ingen spesifikke variablar som gjeld organiske forhold hos barnet, men informasjon om barnet si åtferd, både i form av åtferdsvanskar og prososial åtferd, kan sei noko om barnet sine meistringsstrategiar i ein vanskeleg livssituasjon. Når det gjeld interpersonlege forhold som har ein direkte innverknad på barnet er det særleg informasjon om årsaker til plassering som er relevant, t.d. omsorgssvikt/overgrep, grensesetjingsproblem/disiplinproblem og samhandlingsproblem. Avhandlinga har også informasjon om «støttande relasjonar» i barnet sitt nettverk, t.d. støtte i eldre søsken, familie/slekt og venner/naboar, som vil kunna ha ein direkte innverknad på barnets psykiske helse og fungering. Også ulike livshendingar som flytting, skolebytte, endringar i familiesituasjonen, dødsfall etc. er eksempel på forhold som verkar direkte inn på barnet.

Faktorar som indirekte kan ramma eller beskytta barnet er relatert til meir objektive kjenneteikn ved foreldre/familie og/eller oppvekstmiljø/storsamfunnet. T.d.

kan familiestruktur, foreldres utdanning, helse, økonomi, livsstil etc. ha positive eller negative verknader på barnet avhengig av korleis slike forhold verkar inn på foreldra si fungering og dernest på samspelet mellom foreldre og barn, og korleis barnet sjølv opplever situasjonen. Ei rekke slike forhold blir undersøkt i avhandlinga for å utforska variasjon og samanhengar i barnas psykiske helse. I ein særleg risikosituasjon, t.d. ved tappt arbeidsinntekt eller ved rusproblem hos foreldre (sjå artikkel 2), tenkjer ein seg at familiar med sterkare ressursar totalt sett vil vera betre i stand til å oppretthalda ei tilfredsstillande fungering overfor barna enn familiar med knappare ressursar. I begge tilfella verkar dei meir objektive kjenneteikna ved foreldre/miljø indirekte på barna. Det er ikkje nødvendigvis fattigdom eller rusproblem i seg sjølv som skaper problem for barnet, men samhandlinga mellom foreldre og barn, korleis situasjonen blir opplevd og handtert av barnet og i kva grad barnet har støtte i nettverket. Ved slik indirekte påverknad seier ein at verknaden av dei ytre forholda blir *mediert* gjennom (går via) foreldra si fungering overfor barnet. I den grad indirekte faktorar har ulik verknad på psykisk helse hos gutar og jenter, eller på barn i familiar med høg eller låg inntekt, er det tale om at kjønn eller familieinntekt *modererer* (spesifiserer) effekten av den undersøkte samanhengen (Baron & Kenny, 1986; Bennett, 2000).

2.3.3 *Frå faktorar til prosessar*

Allereie på 1980-talet, i den klassiske artikkelen «Resilience in the face of adversity» (Rutter, 1985), tok Rutter til orde for at fokus burde endrast frå å studera tydinga av uavhengige enkeltfaktorar til å studera prosessane og mekanismane som gjer at faktorane får ei tyding for enkeltindividet. Det er ikkje dei ulike faktorane i seg sjølv som er avgjerande, men korleis individet sine sterke og svake sider blir omforma og kjem til uttrykk i ulike situasjonar. Eit spedbarn kan t.d. vera beskytta pga. alder fordi det enno ikkje har utvikla ei kognitiv forståing av kva som inneber ein risiko, medan ei god kognitiv forståing hos eldre barn kan gjera at barnet kan forstå og forholde seg til ein situasjon på ein aktiv måte som fører til ei resilient utvikling. Motsett kan ei dårlegare kognitiv forståing innebera forvirring og stress som kan føra til patologi.

Når barn blir flytta frå foreldra sine til offentleg omsorg er det mange eksempel på at dei ikkje har blitt forklart eller forståar kvifor flytting er nødvendig (Andenæs & Skollerud, 2003), noko som kan påføra barna langvarige belastningar. Slike situasjonar

blir gjerne forsterka når foreldra heller ikkje er einige i at barnet må flytta, noko som kan skapa eit vanskeleg samarbeidsforhold mellom barnet sine nye omsorgsgivarar og foreldra. På den andre sida er det sjølvstøtt ein normal reaksjon at barn sørgjer når dei må flytta frå foreldra sine. Det avgjerande i slike situasjonar kan vera korleis barna blir ivaretekne i sorgprosessen, og at dei får tid og støtte til å tilpassa seg ein ny situasjon. For å gjera ei flytting mest mogeleg skånsam er det sjølvstøtt også av tyding at barna i størst mogeleg grad er førebudde på dette, og at ikkje flyttinga, slik det var for mange barn i vårt prosjekt, skjer akutt (Christiansen, et al., 2010; Christiansen & Havnen, 2003).

Hos barn som har ein oppvekst med foreldre som har psykiske vanskar og/eller rusproblem ser ein også store variasjonar i korleis barna taklar dette (sjå artikkel 2). Medan nokre barn reagerer med åtferdsvanskar eller avvising pga. utilfredsstillande omsorg, er det andre barn som møter utfordringane på ein meir proaktiv måte, bl.a. ved å ta på seg ein vaksenrolle for å prøva å ivareta dei daglege funksjonane i heimen. Dette er eit fenomen som blir kalla «parentifisering», og som ofte blir sett som eit problem hos barn plasserte utanfor heimen. I ein forskingsgjennomgang viser Haugland (2006) til at parentifisering ikkje nødvendigvis er teikn på ein patologisk utviklingsprosess, men at det også kan vera uttrykk for ein sunn prosess som fremjar resiliens. Det avgjerande synest å vera i kva grad barna blir verdsette for innsatsen det gjer, gjerne i samband med praktiske gjeremål i heimen eller i forhold til yngre søsken, eller om innsatsen i større grad krev at barna må fungera som empatiske støttepersonar for foreldra, utan å få tilsvarende støtte tilbake.

Ein parallell til dei ulike verknadene av parentifisering, kan vera tydinga av barnet si prososiale åtferd (sjå artikkel 2). I utgangspunktet tenkjer ein seg at prososial åtferd gir positive ringverknader for barnet både i skolesamanheng, blant venner og i samvær med vaksne. Dette skjer ved at barnet gjennom positive sosiale relasjonar også vil motta støtte, som gjer barnet betre istand til å tola stressande situasjonar i heimen (Sørli, Hagen, & Ogden, 2008). Men det er også forskning som viser at prososial åtferd som inneber for stor grad av innleving i andre sin situasjon, kan føra til emosjonelle vanskar (Perren, Stadelmann, Wyl, & Klitzing, 2007).

Forholdet mellom sosial støtte og stress er heller ikkje ukomplisert (Lazarus & Folkman, 1984 ref. i Rutter, 1985). T.d. har tydinga av sosial støtte i stressande

situasjonar lenge blitt sett som ein «buffer» eller støytputte mot utvikling av patologi. Empirisk forskning om tydinga av sosial støtte har likevel ikkje vore eintydig i sine resultat, noko Rutter bl.a. meiner har samanheng med korleis sosial støtte har blitt definert og undersøkt. T.d. seier storleiken av nettverket lite om kvaliteten og den opplevde støtta av relasjonane, og nettverket kan slik sett like gjerne vera kjelde til stress som til støtte (Bøe, 2012; Fyrand, 2005). På same vis er skilsmisse, flyttingar og skolebytte ofte behandla som risikofaktorar, samstundes som i nokre situasjonar er det slike hendingar som skal til for at eit barn og ein familie sin situasjon skal betra seg. Både stressande livshendingar og støttande relasjonar er undersøkt i avhandlinga (artikkel 2).

Ein annan viktig nyanse i forståing av resiliensprosessar er skiljet mellom beskyttande faktorar som gjer seg gjeldande i risikosituasjonar og positive faktorar som fremjar ei sunn utvikling generelt sett (Rutter, 1985, 2007). Det å ha god helse, god omsorg, god økonomi, godt sosialt nettverk etc. er alle faktorar som ofte er til stades hos barn med ei sunn utvikling; kjenneteikna av meistringsevne og kompetanse. Men beskyttande faktorar treng ikkje å vera positive hendingar i seg sjølv, og det treng ikkje vera forhold som vanlegvis er knytt til sunn utvikling. Rutter viser til at det å vera utsett for risikofylte hendingar til ein viss grad kan føra til styrking av immunforsvaret, som igjen kan auka individets motstandskraft mot seinare stress. Eit barn som kjenner seg ivareteken gjennom sjukdom og stress, vil kunna opparbeida strategiar og tankemåtar som verkar beskyttande. Igjen er utviklinga og utfallet avhengig av samspelet mellom forhold og prosessar på ulike nivå.

Rutter viser vidare til at beskyttande faktorar ikkje har nokon tydeleg effekt i fråværet av risiko, men at dei kjem til syne i møtet med risiko. Eksempel på dette er vellukka førebyggingsprogram for motverknad av emosjonelt stress hos barn ved innlegging i sjukehus. Det er rimeleg å tru at det ville vera vanskeleg å finna nokon effekt av programma i heilt andre situasjonar. Eit anna eksempel som blir trekt fram er kjønn som beskyttande faktor, i tydinga av at jenter i langt mindre grad enn gutar viser teikn på patologi i møtet med stress i åra fram mot puberteten. Ei forklaring på dette er at dei ulike reaksjonane ikkje skuldast kjønn i seg sjølv, men både det at gutar og jenter blir behandla ulikt, og at gutar naturleg har ein tendens til å utsetja seg sjølv for meir risikofylte situasjonar enn jenter (Rutter, 1990).

2.3.4 Resiliens som «ordinary magic»

I takt med framveksten av ei transaksjonell forståing av menneskeleg utvikling har også fenomenet resiliens fått eit endra innhald; frå ei tidlegare forståing av at enkelte barn hadde ei sterkare medfødd motstandskraft enn andre (såkalla løvetannbarn), til dagens forståing av resiliens som ein relativ tilstand som kan endra seg i tid og rom (Borge, 2010/2003). Ein kjent definisjon av resiliens er «prosessar som gjer at utviklinga når eit tilfredsstillande resultat, trass i at barn har hatt erfaringar med situasjonar som inneber ein relativt stor risiko for å utvikla psykiske problem eller avvik» (Rutter, 2000). Borge (2010/2003) definerer resiliens som «å gjenoppretta, oppretthalda og forbetra psykisk fungering etter å ha opplevd ein akutt eller levd i ein kronisk alvorleg risikosituasjon».

Ein føregangsperson i nyare resiliensforskning er den amerikanske forskaren Ann Masten. Ho har særleg bidrege til å forstå at resiliensprosessar i utgangspunktet ikkje er knytt til særlege eigenskapar hos enkeltbarn, men må forståast som ein integrert del av det menneskelege tilpassingssystem som blir aktivert i møte med stressande livshendingar og utviklingstrugande situasjonar (Masten, 2001). Uttrykket hennar «ordinary magic» peikar nettopp på dette fenomenet; at mennesket har ei medfødd evne til å gjenvinna balanse dersom ikkje dei ulike tilpassingssystema er varig skada. Etter ein gjennomgang av resiliensforskninga listar Masten et al. (2006, p. 22) opp ei rekke menneskelege tilpassingssystem med tilhøyrande beskyttande faktorar som har tyding for utvikling av resiliens i møte med risiko. Lista blir gjengitt nedanfor i original versjon:

Adaptive systems implicated in the world literature on resilience

- Learning systems of the human brain
 - problem solving, information processing
- Attachment system
 - close relationships with caregivers, friends, romantic partners, spiritual figures
- Mastery motivation system
 - self-efficacy processes, reward systems related to successful behaviour
- Stress response systems
 - alarm and recovery systems
- Self-regulation systems
 - emotion regulation, executive functioning, activation and inhibition of attention or behaviour
- Family system
 - parenting, interpersonal dynamics, expectations, cohesion, rituals, norms
- School system
 - teaching, values, standards, expectations

- Peer system
 - friendships, peer groups, values, norms
- Cultural and societal systems
 - religion, traditions, rituals, values, standards, laws

Det utvida synet på resiliens som eit allment tilpassingssystem har opna for eit langt breiare forskingsfelt enn den tidlegare forskinga omkring eigenskapar hos enkeltpersonar. Dette har både vist seg gjennom forskning på vanlege skolebarn og deira møte med stress og livsutfordringar (Masten, Best, & Garmezy, 1990; Masten et al., 1995; Masten, Hubbard, & Gest, 1999; Masten & Obradovic, 2006), og ved at resiliens ikkje berre blir målt som fråvær av psykiske vanskar, men like gjerne som kompetanse og meistring på ulike livsområde. Eit eksempel frå den breiare forskningstradisjonen er det longitudinelle «kompetanseprosjektet» i Minneapolis som i meir enn 20 år har kartlagt og følgt opp typiske skolebarn og deira familiar i forhold til kompetanse, påkjenningar og stress, og situasjonar og forhold som hadde gjort ein skilnad i liva deira. Ein av studiane til Masten (1995) galdt utvikling av barnas kompetanse frå dei var 8-12 år og til dei var 17-23 år. Utifrå viktige utviklingsoppgåver for barn i denne aldersgruppa vart kompetanse på det første tidspunktet operasjonalisert i forhold til «sosial kompetanse», «åtferdskompetanse» og «akademisk kompetanse», medan det for dei unge vaksne var eit tillegg av «jobbkompetanse» og «romantiske forhold». Eit hovudresultat var at åtferdskompetanse (antisosial eller prososial åtferd) viste sterk kontinuitet over tid, medan sosial kompetanse og akademisk kompetanse viste moderat kontinuitet. Eit viktig funn var også at antisosial åtferd underminerte akademisk kompetanse og jobbkompetanse.

Parallelt med den såkalla «kompetansetradisjonen» føregår det framleis viktig resiliensforskning på grupper i særleg risiko for å utvikla psykiske vanskar. Eit eksempel på dette er det storstila oppfølgingsprosjektet av Romania-barna, som etter å ha levd kortare eller lengre tid i «depriverande» barneheimar blei adopterte til engelske og amerikanske familiar (Rutter & The English and Romanian Adoptees Study Team, 1998). Overordna funn frå dette prosjektet er at storparten av barna viste framgang og tilpassing på dei fleste utviklingsområde, og at dei hadde ei overraskande stor evne til å gjenoppretta normale funksjonar. Frå det norske resiliensmiljøet har vi eksempel på meir fokuserte prosjekt som omhandlar tydinga av trygg tilknytning for utvikling av ego-

resiliens (Von der Lippe, Hartmann, & Killen, 2007), resiliens som personlegdomstrekk (Torgersen & Waaktaar, 2007), resiliens og tiltaksarbeid (Waaktaar, Torgersen, & Christie, 2007) og tydinga av vennskap for ukonsentrerte og hyperaktive barn (Borge & Natvig, 2007).

Eit anna norsk kompetansemiljø med relevans for resiliensforskning er det såkalla spedbarnsnettverket (Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse), med Vibeke Moe som ein av føregangspersonane. Moe er særleg kjent for forskning på gravide rusmisbrukarar/barn av rusmisbrukarar, som ho har følgd frå svangerskapet og framover, og som er unikt i norsk samanheng (Moe, 2002; Moe & Slinning, 2002). Doktorgradsprosjektet hennar er av særleg interesse for barnevernsfeltet, fordi mange av dei ruseksponerte barna blei adopterte eller plasserte i fosterheim i løpet av det første leveåret. I ein alder av 4-5 år viste dei fleste barna relativt god utvikling, men med teikn på nedsette intellektuelle funksjonar på enkelte område (visual-motor and perceptual abilities). Jentene utvikla seg betre enn gutane dei første par åra, men med mindre skilnader ved siste oppfølging.

2.4 Mot ei integrert forståing av resiliens og utvikling?

Den breiare forståinga av resiliensprosessar har også bidrege til eit sterkare fokus på ressursar og meistring innanfor utviklingspsykopatologisk forskning generelt. Dette gjeld t.d. framveksten av såkalla «positiv psykologi» (Seligman, 2000), forskning på barns kompetanse og meistring generelt (Nordahl, Sørli, Manger, & Tveit, 2005; Ogden, 1995; Sandbæk, 2002), tiltaksforskning (t.d. Ogden, 2010) og longitudinelle prosjekt om barns utvikling og helse, som omfattar så vel biologiske som miljøvise forhold (t.d. det norske mor-barn prosjektet i regi av Folkehelseinstituttet, <http://www.fhi.no/dav/1c83308dec.pdf>).

På den andre sida har tilnærminga mellom resiliensforskning og andre retningar innan utviklingspsykopatologisk forskning medført at det etter kvart har blitt vanskeleg å skilja mellom rein resiliensforskning og forskning på utviklingsprosessar generelt. Medan *resiliensperspektivet* som forståingsmåte for barns utvikling i møte med risiko har vunne stor internasjonal gjenklang dei siste 20 åra, blir det hevda at *resiliensforskninga* ikkje har hatt ein tilsvarande framgang (Kumpfer, 1999; Kvello, 2007; Masten & Obradovic, 2006). Framståande resiliensforskarar har teke til orde for at *resiliensforskninga* står i

fare for å mista truverde sitt som forskingstradisjon dersom ikkje presserande utfordringar blir løyst (Cicchetti & Garnezy, 1993; Kumpfer, 1999). Ifølgje Kumpfer (1999) gjeld dette alt frå uklare og ulike definisjonar og operasjonaliseringar av resiliens og risiko, til forskingsdesign som spenner frå mindre kvalitative studiar via tverrsnittstudiar med få eller mange variablar, til forholdsvis få omfattande studiar som siktar mot å forstå resiliensprosessar over tid. Trass i relativt mange resiliensstudiar etter kvart er det altså vanskeleg å samanlikna resultata, fordi studiane byggjer på ulike føresetnader og det manglar overordna modellar for å forstå vesentlege samanhengar.

Masten (2007) drøftar også ulike utfordringar knytt til den fragmenterte og sprikande resiliensforskinga, samstundes som ho hevdar at forskingstradisjonen no står på trappene til den såkalla «fjerde bølge»¹² (sjå også Borge, 2007). Den fjerde bølge bør ifølgje Masten (2007) fokusera på korleis ein ved hjelp av multinivå analysar kan systematisera og integrera dei ulike forskingsspørsmåla i tråd med ei transaksjonell forståing av resiliens og utvikling (Sameroff, 2010); inkludert nyare bidrag frå genetik og nevrobiologisk forsking om hjernens plastisitet. Eit eksempel på nyare bidrag frå genforskning er t.d. påvising av at nokre barn frå fødselen av er ekstra sensitive både for negativ og positiv påverknad (Aron & Aron, 1997; Belskey, 2005, 2012; Ellis & Boyce, 2008). Desse barna, «orkidebarn», er ikkje berre ekstra sårbare for utvikling av psykiske vanskar, men har også eigenskapar for å gjera seg ekstra god nytte av eit stimulerande oppvekstmiljø. Belskey (2012) påpeikar at tidlegare forsking har vore fokusert på at nokre barn er ekstra sårbare, medan ein har oversett at dei same barna også har større mogelegheiter enn andre barn for å utvikla seg i ei positiv retning. For å forstå utvikling hos barn som blir flytta frå omsorgssviktande biologiske familiar til utviklingsstøttande omsorg i offentlege familiar, kan det i framtida vera viktig å inkludera bidrag frå genforskninga.

¹² Ifølgje Masten hadde bølge 1 fokus på å forstå at nokre barn utvikla seg tilfredsstillande trass i sterke påkjenningar, bølge 2 var kjenneteikna av ein periode med forsking på forholdet mellom beskyttande faktorar og resiliensprosessar, og bølge 3 har vore prega av tiltaksforskning på korleis ein kunne dempa verknadene av risikofaktorane og styrka barns positive utvikling.

3. Relevant forskning om psykisk helse

I denne forskingsgjennomgangen er det primært fokus på psykisk helse og utvikling hos barn plasserte utanfor heimen. Dei refererte studiane er nært knytte til problemstillingane i avhandlinga, som gjeld førekomst, variasjon og utvikling av psykiske vanskar. Dette gjeld også forskning om ei rekke forhold på ulike nivå som kan ha samanheng med barnas psykiske helse, og som er undersøkt i dei ulike delstudiane. Sentrale tema som rusproblem hos foreldre, omsorgssvikt/overgrep og åtferdsvanskar/samhandlingsproblem er gjort greie for i egne avsnitt, både fordi dei kvar for seg representerer egne forskings- og kunnskapsfelt, og fordi dei har særleg relevans for delstudiane i avhandlinga. Psykiske vanskar er i avhandlinga undersøkt ved hjelp av eit standardisert kartleggingsinstrument. Dette har vore rettleiande for utveljing av relevante studiar i forskingsgjennomgangen, men ein har også inkludert enkelte studiar med andre utfallsmål; som psykiatriske diagnosar på den eine sida og psykososial fungering på den andre sida. I den grad det framleis manglar forskning om plasserte barns psykiske helse på ein del område, er det trekt inn forskning om andre barnegrupper for å kasta lys over problemstillingar og samanhengar som er aktuelle i avhandlinga. I tillegg blir psykiske vanskar hos plasserte barn samanlikna med psykiske vanskar hos barn flest og hos andre utsette barnegrupper. I gjennomgangen er det ikkje inkludert egne avsnitt om samanhengen mellom moglege beskyttande faktorar og barnas psykiske helse, dels fordi dette er omtala i teorikapitlet, og dels fordi det er mangel på slik forskning for plasserte barn. Beskyttande faktorar blir omtala undervegs, i den grad dei ulike studiane har rapportert om slike forhold. Sist i kapitlet er det inkludert eit avsnitt om barns egne vurderingar av psykisk helse og trivsel, ei problemstilling som ikkje er del av avhandlinga, men som er viktig for å danna seg eit heilskapleg bilete av barnas behov og situasjon.

3.1 Førekomst og variasjon av psykiske vanskar

Ifølgje Nasjonalt folkehelseinstitutt reknar ein med at mellom 15 % og 20 % av norske barn under 18 år vil oppleve psykiske problem i løpet av oppveksten, og at omkring 8 % av barna vil ha behov for psykisk helsehjelp (Bang Nes & Clench-Aas, 2011; Dybing & Stoltenberg, 2006; Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009). Internasjonale oversiktar

og studiar viser eit liknande omfang (Costello, Egger, & Angold, 2005; Ford, Goodman, & Meltzer, 2003).

Når det gjeld norske barn plasserte utanfor heimen finst det pr. i dag ingen offisielle førekomsttal for psykiske vanskar, men enkeltstudiar viser at førekomsten er langt høgare enn for barn flest. Kjelsberg og Nygrän (2004) studerte psykiske vanskar hos alle barn i alderen 4-18 år som var plasserte i barneverninstitusjonar og profesjonelle fosterheimar (knytt til institusjonar) i Oslo fylke i løpet av ei gitt veke i september 1999 (n=244). Desse vart samanlikna med barn i same alder som budde i barne- og ungdomspsykiatriske behandlingsinstitusjonar eller døgntilbod i same fylket på same tid (n=90). Målt ved det standardiserte kartleggingsinstrumentet The Achenbach Child Behaviour Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991) fann dei at heile 68 % av barna i barneverninstitusjonar (inkl. forsterka fosterheimar) hadde kliniske skårar for totale psykiske vanskar, medan tilsvarande for barna i psykiatriske institusjonar var 72 % (ikkje signifikant skilnad). Det var heller ingen skilnad i totale psykiske vanskar hos gutane i dei to utvala, (mellom 71 % og 64 %) men av jentene i psykiatriske institusjonar hadde 86 % vanskar mot 63 % av jentene i barneverninstitusjonar. Skilnaden gjaldt også internaliserande vanskar.

Holtan et al. (2005) samanlikna psykiske vanskar hos eit nasjonalt utval barn i alderen 4-13 år som var plasserte i slektsfosterheimar (n=124) med eit utval barn i same aldersgruppe (frå 3 fylke) som var plasserte i offentlege fosterheimar (n=90). Også målt ved CBCL, fann dei at 36 % av barna i slektsfosterheimar mot 52 % av barna i offentlege fosterheimar hadde symptom på psykiske vanskar. Variablar som hadde samband med høge problemskårar var det å vera gut, og at plasseringsstaden låg utanfor barna sitt heimemiljø.

Til samanlikning viser ein delstudie frå det populasjonsbaserte, longitudinelle «Barn i Bergen» prosjektet (n= 4162) at heile 56 % av heimebuande barn i alderen 10-13 år med tiltak frå barnevernet (n=82) hadde symptom på psykiske vanskar målt ved The Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1999), mot 8 % av barna utan tiltak frå barnevernet (Iversen, Jakobsen, Havik, Hysing, & Stormark, 2007). At såpass stor del av barnevernsbarna som ikkje var plasserte utanfor heimen hadde psykiske vanskar, tyder på at vanskan ofte oppstår før plassering, og ikkje berre er eit utslag av sjølv plasseringa. Også denne studien fann at gutar hadde høgare vanskar enn

jenter både når det gjaldt emosjonelle vanskar, åtferdsvanskar, hyperaktivitet, vennerelasjonar og dei hadde lågare prososiale skårar.

Internasjonal forskning om psykisk helse hos barn under offentleg omsorg stadfestar også at plasserte barn har langt oftare psykiske vanskar enn barn flest (sjå t.d Burge, 2007; Dimigen, et al., 1999; Egelund, et al., 2008; Fernandez, 2008; Ford, et al., 2007; Garland, et al., 2001; Pecora, et al., 2010; Stein, et al., 1996). Ford et al. (2007) har referert til førekomststal mellom 17 % og 89 % for studiar utført i USA, Canada og Storbritannia medan Stein et al. (1996) har referert til førekomststal mellom 48 % og 80 %. Ein ny oversiktsstudie om psykiske vanskar hos fosterbarn i USA, Canada, Skotland, Australia og Noreg har rapportert førekomststal mellom 36 % og 61 % for eksterntalserande vanskar målt ved CBCL (Oswald, Heil, & Goldbeck, 2010). At tala er såpass sprikande skuldast truleg at studiane til dels dreiar seg om ulike aldersgrupper, ulike omsorgstiltak og ulike kartleggingsmetodar og informantar, og sjølvstakt det faktum at undersøkingane har blitt gjennomførte i ulike land. I den vidare gjennomgangen av internasjonale førekomststudiar har eg valt å omtala eit par sentrale britiske og nordiske studiar, fordi desse har større samanlikningsverdi i forhold til det norske systemet for plassering av barn utanfor heimen enn utanom europeiske studiar, både når det gjeld lovverk og plasseringspraksis (Backe-Hansen, Egelund, & Havik, 2010).

Ein av dei til no største studiane av psykisk helse hos plasserte barn er den britiske studien av Ford et al. (2007), som inkluderte barn i alderen 5-17 år frå England, Skotland og Wales. Studien var basert på surveyar frå dei 3 landa (n=1453), og samanlikna med data frå den britiske surveyen for barn og unges mentale helse (n=10438). Alle surveyane hadde brukt dei same måleinstrumenta for å kartleggja psykopatologi; Development and Well-being Assessment (DAWBA) og SDQ, og utvalet av plasserte barn var tilfeldig valt. Hovudfunna frå studien var at 45 % av plasserte barn hadde psykiske vanskar; varierende mellom 71 % av barn i institusjonar til 32 % av barn i slektsfosterheimar. Studien fann også at variablar som alder, kjønn og lærevanskar hadde samanheng med ulike typar psykiske vanskar på same måte som for barn generelt sett. Dette innebar at eldre barn hadde oftare angstliding, posttraumatisk stress liding og åtferdsvanskar, medan yngre barn hadde oftare opposisjonell åtferdsforstyrning, hyperkinetisk forstyrning og separasjonsangst. Jenter hadde oftare

posttraumatisk stresslidning, medan gutar hadde oftare hyperkinetisk forstyrning og åtferdsvanskar.

Ein dansk, longitudinell kohortstudie av psykisk helse blant alle 7-åringar er gjennomført i Danmark av Egelund og medarbeidarar (Egelund, et al., 2008; Egelund & Hestbæk, 2007; Egelund, Hestbæk, & Andersen, 2004; Egelund & Lausten, 2009). Studien omfatta alle barn som var fødd i 1995 og som anten var plasserte eller hadde vore plasserte utanfor heimen på undersøkingstidspunktet (n=1072). Desse barna vart samanlikna med eit utval utsette barn som mottok tiltak frå barnevernet medan dei budde heime (n=1457), og med barn som ikkje hadde kontakt med barnevernet (n=71321). Nye surveydata vart innhenta då barna var 11 år gamle, og utvalet av plasserte barn vart då komplettert med evt. nykomarar frå same fødselskohorten (1995). Undersøkinga var også koplå mot registerdata både i forhold til sosioøkonomiske forhold og helseforhold/diagnosar. Utanom bruk av diagnosedata, vart psykisk helse kartlagt ved hjelp av det standardiserte måleinstrumentet SDQ. Hovudfunn frå den første undersøkinga (Egelund, et al., 2004) var ifølgje dei offentlege omsorgspersonane (anbringelsesstedene) at 66 % av dei plasserte barna hadde totale psykiske vanskar over normalområdet (53 % abnormal + 13 % borderline), mot 26 % (17 % + 9 %) av dei heimebuande barna med barneverntiltak og 9 % (5 % + 4 %) av barn flest¹³. Dei mest utbreidde vanskane var hyperaktivitet og åtferdsvanskar, medan emosjonelle vanskar var sjeldnare. Gutar i alle gruppene hadde høgare vanskar enn jenter, medan aldersskilnader i tidspunkt for plassering ikkje hadde ein signifikant samanheng med psykiske vanskar.

3.2 Tydinga av risikofaktorar for plasserte barns og andre barns psykiske helse

Mange studiar viser at barn plasserte utanfor heimen er marginalisert i forhold til andre barn når det gjeld familiestruktur, foreldres utdanning og inntektsforhold, foreldres psykiske helse og rusproblem, sviktande foreldrefunksjonar (inkludert omsorgssvikt og

¹³ Ifølgje foreldra var førekomsten av psykiske vanskar hos barna lågare; 47 % utanfor normalområdet (37 % abnormal+ 10 % borderline)

mishandling), stressande livshendingar og sosialt nettverk (sjå t.d. Andenæs, 2004 ; Backe-Hansen, 2003b; Clausen, 2000; Clausen & Kristofersen, 2008; Cleaver, Undell, & Aldgate, 1999; Egelund, et al., 2004; Egelund & Lausten, 2009; McAuley & Young, 2006). I tillegg er kjenneteikn og eigenskapar ved barnet sjølv ofte avgjerande for korleis barnet reagerer på ulike risikofaktorar (Rutter, 1990). Dette er alle ifølgje epidemiologisk forskning, åleine eller saman, kjente risikofaktorar for utvikling av psykiske vanskar hos barn (Costello, et al., 2005; Meltzer, Gatward, Goodman, & Ford, 2000). Det er derimot framleis lite forskning som spesifikt har undersøkt korleis desse risikofaktorane har samanheng med psykisk helse hos plasserte barn, og om utfallet er det same som for barn flest eller barn i andre risikogrupper som ikkje er plasserte utanfor heimen.

I Noreg har vi ikkje funne studiar der plasserte barns psykiske helse har blitt undersøkt i forhold til sosioøkonomiske forhold. Iversen et al. (2007) sin delstudie frå Barn i Bergen prosjektet (n=4162) som også omfatta heimebuande barn i kontakt med barnevernet (n=82), fann derimot at faktorar som kjønn, familiestruktur (eineforeldre), foreldra si helse og utdanning, samt familien sin økonomiske situasjon alle hadde samanheng med barnas psykiske helse. Den viktigaste forklaringsvariabelen for variasjonar i barnas psykiske helse var derimot om barnet hadde kontakt med barnevernet eller ikkje.

I Danmark undersøkte Egelund et al. (Egelund, et al., 2004; Egelund & Lausten, 2009) samanhengen mellom psykisk helse/psykiatriske diagnosar hos barna og ei rekke variablar knytt til sosioøkonomiske og familierelaterte forhold. I undersøkinga av 7-åringar plasserte utanfor heimen (Egelund, et al., 2004) vart det funne ein klar samanheng mellom «dårlege sosiale forhold» som årsak til plassering og psykiske vanskar (åtferdsvanskar og totale vanskar) hos barna. Desse barna hadde også lågare prososial åtferd. I oppfølgingsundersøkinga av *alle* barna i alderskohorten av 11-åringar (Egelund & Lausten, 2009) er det rapportert om ein større risiko for at barnet hadde ein psykiatrisk diagnose i familiar med eineforeldre og der foreldra hadde ein psykiatrisk diagnose, medan risikoen var mindre dersom søskenflokken bestod av fleire heilsøsken, og dersom foreldra var i arbeid. For 11-åringane som var plasserte utanfor heimen var det ingen av desse faktorane som hadde forklaringsverdi, verken i forhold til psykiatriske diagnosar eller målt ved SDQ (bortsett frå kjønn, som predikerte

psykiatriske diagnosar). Forfattaren forklarar dei manglande funna med at i motsetnad til for barn flest, som sjeldan er utsett for mange risikofaktorar, så er dette svært vanleg for plasserte barn. Det er derfor vanskeleg å skilja ut plasserte barn med høge eller låge vanskar på grunnlag av enkeltståande risikofaktorar. Pga. lite data vart ikkje desse analysane gjort for dei heimebuande barna med tiltak frå barnevernet.

Meltzer et al. (2000) fann også at psykisk helse hos engelske barn flest hadde samanheng med foreldres psykiske lidningar, familiekonfliktar, å bli straffa av foreldre, og opplevingar av stressande livshendingar (t.d. separasjon frå foreldre, dødsfall i nær familie). Kva tyding desse risikofaktorane har for plasserte barn eller andre utsette barn er ikkje direkte undersøkt i dei engelske studiane. Ford et al. (2007) hevdar likevel at den høgare førekomsten av meir miljørelaterte psykiske lidningar som post traumatisk stress syndrom, ulike emosjonelle lidningar og åtferdsvanskar hos plasserte barn kan ha samanheng med opphoping av risikofaktorar i barna sin biologiske familie, medan den høgare førekomsten av meir biologisk relaterte lidningar som ADHD og autismelidningar kan ha samanheng med manglande foreldrekompetanse til å følgja opp særleg krevjande barn.

Stein et al. (1996) undersøkte samanhengen mellom ulike risikofaktorar og psykiske vanskar hos kanadiske barn i alderen 4-16 år. Eit utval fosterbarn (n=248) vart samanlikna med barn som hadde kontakt med det psykisk helsevernet (klinisk utval) (n=654) og barn frå eit generelt utval (n=1751). Barna sine psykiske vanskar var skåra av omsorgspersonar og lærarar på eit standardisert måleinstrument brukt innan kanadisk psykisk helsevern (Psychiatric symptomatology was measured using the Standardized Clinical Information System (SCIS) parent and teacher forms). Eit overordna funn var at fosterbarna hadde nesten like høge psykiske vanskar som barna i det kliniske utvalet, og langt høgare enn barn flest. Skilnaden i vanskar hos dei plasserte barna og det kliniske utvalet blei enda mindre etter å ha kontrollert for ulike risikofaktorar, noko som tyder på at skilnaden i psykiske vanskar mellom plasserte barn og vanlege barn ikkje først og fremst skuldast sjølve plasseringa, men at det var relatert til opphoping av risikofaktorar knytt til barna sjølve og til barna sine oppvekstvilkår.

For barn flest fann dei at ei rekke risikofaktorar korrelerte med barnas psykiske helse; barnrelaterte variablar som kjønn, alder, lærevanskar, utviklingshemming, plassering utanfor heimen før fylte 3 år, og omsorgspersonrelaterte variablar som sosial

hjelp status, psykisk lidning eller alkoholmisbruk og registrering i strafferegisteret. I det kliniske utvalet var det også korrelasjon mellom omsorgsgivarskårane for psykiske vanskar og dei fleste risikofaktorane, bortsett frå omsorgsgivars sosial hjelp status og alkoholmisbruk, medan lærarskårane for psykiske vanskar berre var korrelerte med lærevanskar, utviklingshemming og plassering før fylte 3 år. Hos dei plasserte barna var det berre omsorgsgivarane sin kontakt med strafferegisteret som hadde ein samanheng (fysiske og seksuelle overgrep hadde også samanheng, med slik informasjon var ikkje innhenta for barn flest). Som forklaring på den ulike tydinga av risikofaktorar i ulike grupper uttalar også Stein et al. (1996) at det kan vera vanskeleg å skilja ut enkeltfaktorar som predikerer psykiske vanskar hos plasserte barn pga. opphoping av risikofaktorar. I tillegg kan det vera at særleg utsette barn reagerer annleis på risikofaktorar enn barn flest.

Stein et al. (1996) har også vist til eldre studiar som tyder på at nokre risikofaktorar har ulik innverknad på psykisk helse hos barn i ulike grupper, medan andre ikkje har det. T.d. er det funne at rusmisbruk og kriminalitet hos foreldre har ein samanheng uavhengig av gruppe, medan psykiske lidningar og utviklingshemming hos foreldre ikkje har vist nokon samanheng for plasserte barn (Palmer, 1979, Pardeck, 1984 ref. i Stein, et al., 1996). Ulike typar omsorgssvikt og mishandling synest derimot å ha samanheng med psykiske vanskar både blant barn generelt, utsette barn (kliniske utval) og plasserte barn (sjå fleire referansar i Stein, et al., 1996).

3.3 Rusproblem hos foreldre

Rusproblem hos foreldre er ein kjent risikofaktor for ei rekke negative konsekvensar for barns utvikling og helse (Christoffersen & Soothill, 2003; Dore, Doris, & Wright, 1995; Haugland, 2003; Johnson & Leff, 1999; Johnson, Sher, & Rolf, 1991; Rossow, Moan, & Natvig, 2009; Steinhausen, 1995), men studiar viser også at meir enn halvparten av barna greier seg bra som vaksne, særleg dersom dei har vore sosialt engasjerte og har hatt viktige støttepersonar utanom den rusmisbrukande forelderen (Werner, 1986; Werner & Smith, 1992). Oppretthalding av familierutinar og det at barnet blir skjerma for direkte opplevingar av rusmisbruket er andre moglege beskyttande faktorar (Haugland, 2003). Ein nyare rapport frå SIRUS (Rossow, et al., 2009) reknar at mellom 50 000 og 150 000 norske barn er råka av risikofyllt alkoholmisbruk hos foreldra. Dette

utgjør mellom 4 % og 13 % av barnebefolkninga under 18 år (SSB, 2012b). Tala for illegalt rusmisbruk er usikre.

Særleg amerikanske studiar har dokumentert samanhengen mellom foreldres rusmisbruk og ulike typar mishandling (Besinger, Garland, Litrownik, & Landsverk, 1999; Dore, et al., 1995), medan studiar frå mange land har vist at foreldres rusmisbruk er ei svært vanleg årsak til kontakt med barnevernet (Cleaver, et al., 1999; Dore, et al., 1995; Forrester, 2000; Forrester, et al., 2009). Det er likevel få studiar som har undersøkt kjenneteikn ved barn plasserte pga. foreldres rusmisbruk samanlikna med barn plasserte av andre årsaker (Forrester, 2000), og enda færre som har rapportert samanhengar mellom foreldres rusproblem og plasserte barns psykiske helse (Egelund, et al., 2004; Vanderploeg et al., 2007).

Enkeltstudiar har derimot funne at barn som er plasserte pga. foreldres rusmisbruk har andre kjenneteikn enn barn plasserte av andre årsaker, både når det gjeld barna sjølve, sosioøkonomiske forhold, typar mishandling og forhold knytt til sjølve plasseringa. Besinger et al. (1999) fann at barn i rusgruppa samanlikna med barn plasserte av andre grunnar var yngre, dei hadde oftare einslege foreldre og dei hadde oftare opplevd omsorgssvikt i form av vanrøkt. Barn i rusgruppa hadde også sjeldnare opplevd seksuelle og fysiske overgrep. Vanderploeg et al. (2007) fann at barna i rusgruppa var yngre, dei var oftare jenter, og oftare plasserte i slektsfosterheimar. I motsetnad til Besinger et al., fann dei at omsorgssvikt var sjeldnare rapportert for barna i rusgruppa enn i samanlikningsgruppa. Forrester og Harwin (2006) fann også at barn plasserte pga. foreldres rusmisbruk var yngre enn andre plasserte barn, foreldra deira var sjeldnare i arbeid, og familiane budde oftare i midlertidige husvære.

Nokre få studiar har rapportert at plasserte barn av rusmisbrukarar har mindre psykiske vanskar og betre sosial kompetanse enn andre plasserte barn. Vanderploeg et al. (2007) fann at barn i rusgruppa hadde sjeldnare psykiatriske diagnoser, funksjonshemmingar og åtferdsvanskar enn samanlikningsgruppa, medan Egelund et al. (2004) fann ein positiv samanheng mellom foreldres rusproblem som årsak til plassering og barns prososiale fungering. Forfattarane føreslår at ei forklaring på den noko uventa samanhengen kan vera at barn av rusmisbrukarar blir nøydd til å læra seg prososiale åtferdsformer for å handtera kvardagen med rusmisbrukande foreldre. På den andre sida fann Egelund et al. (2004) også ein samanheng mellom totale

vanskar/emosjonelle vanskar og foreldres rusmisbruk, noko som viser at barn av rusmisbrukarar både kan vera prososiale og ha psykiske vanskar (t.d. Hawley, 2003). For åtferdsvanskar og hyperaktivitet var det derimot ingen samanheng med foreldres rusmisbruk i den danske studien.

Backe-Hansen (2001, 2003a) har samanlikna barnevernets beslutningsprosessar i eit norsk utval av yngre barn plasserte utanfor heimen hovudsakleg pga. foreldres rusmisbruk med barn plasserte pga. ulike typar omsorgssvikt og mishandling, valdelege familieforhold og dysfunksjonelle relasjonar mellom foreldre og barn. Konklusjonen av studien var at når foreldres rusmisbruk var ei hovudårsak til plasseringa, var dette argumentet i seg sjølv så tungtvegande (trumpf kort) at fokus på barnas fungering kom i bakgrunnen. I dei meir samansette sakene (puslespelsaker) var derimot barna sine fungeringsvanskar som kunne relaterast til omsorgssvikt og mishandling, eit av hovudargumenta for plassering. Utifrå ein slik tankegang kan det forståast at barn av rusmisbrukarar har mindre vanskar når dei blir plasserte enn barn plasserte av andre grunnar, rett og slett fordi barnevernet kan ha gripe inn tidlegare i russaker enn i andre saker.

3.4 Omsorgssvikt og mishandling

Forskingslitteraturen som omhandlar omsorgssvikt og mishandling er omfattande, og dei summerte resultatane er rimeleg samstemte om at barnemishandling (child maltreatment¹⁴) er av dei mest alvorlege risikofaktorane for utvikling av ei rekke fysiske og psykososiale vanskar og lidingar hos barn. Når det gjeld førekomsten av ulike typar barnemishandling blant barn flest viser ein ny oversiktsstudie som omhandlar «rike» (hovudsakleg vestlege) land, at kvart år opplever mellom 1 % og 15 % av barn i alderen 0-17 år omsorgssvikt, mellom 4 % og 16 % opplever fysiske overgrep, om lag 10 % opplever psykologisk/emosjonell mishandling og mellom 10 % og 25 % er vitne til vald

¹⁴ «Child maltreatment» blir på engelsk brukt som eit samleomgrep for ulike typar omsorgssvikt (neglect) og mishandling (abuse). Det tilsvarande omgrepet på norsk er «barnemishandling». I faglitteraturen ser ein at omgrepet «omsorgssvikt» er brukt både som eit samleomgrep for ulike typar barnemishandling og når det gjeld fysisk og psykisk vanrøkt (neglect).

mot foreldre i heimen. Forekomsten av seksuelle overgrep er summert til mellom 5 % og 10 % for jenter og mellom 1 % og 5 % for gutar i løpet av barndommen (Gilbert et al., 2009). For andre oversiktar og kunnskapsstatusar om ulike typar barnemishandling viser eg til (Borgen et al., 2011; Finkelhor, Ormrod, Turner, & Hamby, 2005; Finkelhor, Turner, Ormrod, & Hamby, 2010; Mossige & Stefansen, 2007; Radford et al., 2011).

Når det gjeld forekomsten av omsorgssvikt/mishandling i det norske barnevernet viser den siste statistikken (SSB, 2012a) at dette var saksgrunnlaget i meir enn 25 % av nye undersøkingar. Det er her ikkje skilt mellom ulike typar omsorgssvikt. Statistikken viser ikkje grunnlag for tiltak i plasseringsvedtak spesifikt, men ei tidlegare undersøking av 6-12 åringar som blei plasserte utanfor heimen på slutten av 1990-talet viste at heile 54 % av desse sakene gjaldt omsorgssvikt, medan 14 % gjaldt mishandling/overgrep (Clausen, 2000).

Trass i ein del kunnskap om forekomsten av omsorgssvikt/mishandling er det likevel lite forskning som har prøvd å skilja konsekvensane av dei ulike typane barnemishandling frå kvarandre; dei blir ofte behandla under eitt, eller det blir fokusert på ein spesifikk type mishandling som seksuelle overgrep eller fysisk mishandling (Garland, Landsverk, Hough, & Ellis-MacLeod, 1996). Grunnen til dei lite spesifikke resultatane er bl.a. at det er vanleg at fleire typar omsorgssvikt opptrer samstundes, og at konsekvensane av ulike typar omsorgssvikt i stor grad er overlappande. Det blir t.d. hevda at fysisk eller seksuell mishandling utan emosjonell mishandling er på det næraste umogeleg, medan omsorgssvikt i tydinga vanrøkt kan førekoma åleine (Crittenden & Ainsworth, 1989/2010). Det er også funne at alvorsgraden og kor lenge mishandlinga har vart, er viktigare prediktorar for problemåtfærd enn den spesifikke typen mishandling (Cicchetti & Toth, 1995; Manly, Cicchetti, & Barnett, 1994). På den andre sida er det forskning som viser at ulike typar overgrep også får ulike konsekvensar; t.d. at fysiske overgrep i særleg grad utløyser aggressiv åtfærd (Kaufman & Cicchetti, 1989), og at seksuelle overgrep kan føra til post traumatisk stress syndrom (PTSD) (Borgen, et al., 2011; Dubner & Motta, 1999).

Det er førebels lite spesifikk forskning om samanhengen mellom ulike typar omsorgssvikt og psykisk helse for plasserte barn, sjølv om dette er tema som rører ved eit av kjerneområda i barnevernets mandat. Ein nyare internasjonal oversiktsstudie (engelskspråkleg litteratur) om barnemishandling og psykisk helse hos fosterbarn

refererer til 32 aktuelle studiar frå perioden 1999-2009 (Oswald, et al., 2010). 12 av studiane rapporterte typar og omfang av mishandling som var årsak til plasseringa; vanrøkt 18-78 %, fysisk mishandling 6-48 %, seksuelle overgrep 4-35 %, emosjonell mishandling 8-77 %, manglande omsorgsperson 21-30 % og rusmisbruk hos foreldre 14-30 %. 23 av studiane rapporterte spesifikke funn relatert til fosterbarnas psykiske helse, medan 9 av studiane galdt førskolebarns utvikling og fungering på ulike område. Forfattarane oppsummerer funna i generelle vendingar som at fosterbarna hadde svært høg førekomst av psykiske vanskar, ofte samansette (komorbide), og forseinka utvikling på fleire område. Funna blir forstått utifrå ei opphoping av risikofaktorar saman med mishandling, som har føregått over tid.

Når det gjeld samanhengen mellom ulike typar mishandling og psykososiale/kognitive vanskar hos barn i alderen 3-6 år fann Pears, Kim, & Fisher (2008) at lågare kognitiv fungering oftast var relatert til vanrøkt og psykisk mishandling. Eksternaliserande vanskar var oftast relatert til ein kombinasjon av fysiske/seksuelle overgrep og omsorgssvikt, medan internaliserande vanskar var oftast relatert til anten fysiske eller seksuelle overgrep eller begge delar. Egelund et al. (2004) har rapportert at barn som var plasserte pga. vanrøkt og seksuelle overgrep, men ikkje fysiske overgrep, hadde ein relativt høg førekomst av emosjonelle vanskar. Enkeltstudiar har funne høge førekomstar av ulike tilknytingsdiagnosar hos plasserte barn (t.d. Millward, Kennedy, & Towlson, 2006) og post traumatisk stress syndrom (PTSD) (Dubner & Motta, 1999). PTSD har særleg blitt relatert til seksuelle og fysiske overgrep.

Fleire studiar har funne samanhengar mellom mishandling og kontakt med det psykiske helsevernet (dosReis, Zito, Safer, & Soeken, 2001) Ein studie som synest særleg relevant er Garland et al. (1996) som har undersøkt samanhengen mellom ulike typar barnemishandling som årsak til plassering utanfor heimen og kontakten med det psykiske helsevernet. I alt 662 barn i alderen 2-17 år deltok i studien, som var basert på kohortdata av barn plasserte utanfor heimen i San Diego, California i eit 6-månaders tidsrom i 1991/92. I 67 % av sakene var omsorgssvikt (neglect) registrert som medverkande årsak til plassering, i 47 % av sakene var det registrert «manglande omsorgsperson», i 26 % av sakene var det registrert fysisk mishandling og i 15 % var

det registrert seksuelle overgrep. Emosjonell mishandling var ikkje inkludert pga. få saker registrert med denne årsaka.

I forhold til kontakten med det psykiske helsevernet galdt dette dei aller fleste sakene med fysiske (69 %) eller seksuelle overgrep (77 %), mot under halvparten av omsorgssvikt sakene (45 %). Saker med seksuelle overgrep synest å bli vist til det psykiske helsevernet uavhengig av kor omfattande vanskar barna hadde. Også i saker der fleire typar omsorgssvikt var registrert, var det ofte kontakt med det psykiske helsevernet. Forfattarane reiser spørsmål om det er ei anna haldning i praksisfeltet til omsorgssvikt enn til ulike typar overgrep, og om det er ei oppfatning av at barn som har opplevd omsorgssvikt i mindre grad treng psykisk helsevern enn barn som har vore utsett for overgrep. Sjølv om fysiske og seksuelle overgrep har vist seg å ha særleg alvorlege følgjer for barna, påpeikar forfattarane at det er like stor grunn til å ta langvarig omsorgssvikt på alvor.

Som det går fram av den refererte forskinga om tydinga av omsorgssvikt har det vore eit nesten utelukkande fokus på negative utfall. Collishaw et al. (2007) som har undersøkt psykisk helse hos tidlegare barn frå Isle of Wight studien (Rutter, 1989), hadde derimot eit resiliensperspektiv på utvikling. Denne studien fokuserte bl.a. på personar som rapporterte at dei hadde vore utsett for alvorleg, vedvarande eller gjenteken fysisk mishandling eller seksuelle overgrep i barndommen. Resiliens vart definert som fråvær av psykiske lidningar og sjølvordstankar i ein periode på 30 år i vaksen alder. Ved hjelp av tidlegare innsamla data vart det stadfesta at denne gruppa hadde forhøgja førekomst av psykiske vanskar i ungdomstida, som også varte ved i ung vaksen alder. På oppfølgingstidspunktet rapporterte nesten halvparten av gruppa at dei ikkje hadde psykiske vanskar, noko som var relatert til korleis personane hadde opplevd foreldreomsorg, vennskap i ungdomstida, kvaliteten av intime relasjonar og personlegdomsstil. Eit særleg viktig funn galdt tydinga av alvorlege versus mindre alvorlege overgrep. Kopla med tydinga av gode vennskap/relasjonar hadde alvorlighetsgraden av overgrepet lite å sei. Nesten ingen av barna med dårlege venner og høg alvorlighetsgrad av overgrep viste resiliens, men dersom dei hadde gode venner auka førekomsten av resiliens til 40 %. For barn med låg alvorlighetsgrad av overgrep og dårlege venner var førekomsten av resiliens om lag like høg (37 %), men dersom denne gruppa hadde gode venner viste i alt 80 % av barna resiliens som vaksne. Collishaw et al. (2007) peikar på

at tidlegare studiar ikkje har skilt godt nok mellom ulike alvorsgradar av overgrep/omsorgssvikt, og at ein del rapporterte funn av resiliens etter overgrep eigentleg er effektar av lite alvorleg overgrep, som ikkje har hatt nokon innverknad på utviklinga.

3.5 Åtferdsvanskar og samhandlingsproblematikk

Barn og unge som utfordrar sosiale normer og ordningar har til alle tider representert eit samfunnsproblem, og tiltaka for å møte desse «problembarna» har variert mellom straff, oppseding og behandling (NOU 2000:12). Synet på barn med åtferdsvanskar har også variert, og uttrykket «mad» eller «bad» kan vera beskrivande for ytterpunkta (Munkvold, 2011, p. 12). Den rådande forståinga av åtferdsvanskar i dag er at barnet sine uttrykksformer er eit resultat av uheldige samhandlingsmønster, som både har sitt utspring i eigenskapar hos barnet så vel som eigenskapar ved miljøet. Den oppsummerte kunnskapen om åtferdsvanskar er at alvorlege vanskar som viser seg tidleg (før 10-12 årssalder) (engelsk: early onset) relativt ofte fører til langvarige og kroniske problem, medan vanskar som startar i ungdomsalder (engelsk: late onset) i større grad er forbigåande. Åtferdsvanskar er også langt oftare eit problem hos gutar enn hos jenter, særleg i yngre aldersgrupper (Moffitt & Caspi, 2001). Åtferdsvanskar som årsak til plassering utanfor heimen er ein kjent prediktor for negative utfall seinare i livet når det gjeld utdanning, arbeidsliv, helse, kriminalitet etc. (Clausen & Kristofersen, 2008; Helgeland, 2010; Vinnerljung & Sällnas, 2008).

Når det gjeld førekomsten av åtferdsvanskar blant barn og unge er tala usikre, ikkje minst fordi definisjonar av åtferdsvanskar er mange og ulike, bl.a. avhengig av fagmiljø (Munkvold, 2011; Ogden, 2010)¹⁵. Det er derfor viktig å skilja mellom meir «normale» åtferdsvanskar i oppseding av barn og «alvorlege» åtferdsvanskar som representerer eit problem i samvær med andre. I fagleg samanheng viser ein t.d. til

¹⁵ I utviklingspsykologisk samanheng blir åtferdsvanskar oftast vurdert etter alvorsgrad på ein kontinuerleg dimensjonell skala, medan i psykiatrisk samanheng blir åtferdsvanskar ofte diagnostisert kategorisk etter spesifikke retningsliner og diagnosesystem (ICD-10, DSM-IV), t.d. «ODD» (opposisjonell åtferdsforstyrning) eller «CD» (åtferdsforstyrning).

alvorlege åtferdsvanskar i samband med enkeltepisodar som lovbrot, vald, brannstifting og overgrep. Alvorlege åtferdsvanskar blir også brukt om ein kombinasjon av handlingar som samla sett utgjer eit problem, eller når problema er stabile over tid og kjem til uttrykk i fleire miljø som heime, på skolen og i fritida (Ogden, 2010). Basert på ulike norske undersøkingar refererer Ogden (2010) til at mellom 3 og 5 % av norske barn og unge har alvorlege åtferdsvanskar. Basert på internasjonale undersøkingar refererer Munkvold (2011) til at mellom 5 % og 10 % av barn i alderen 8-16 år har alvorlege åtferdsforstyringar innan ODD/CD spekteret.

Åtferdsvanskar er ei av dei mest vanlege årsakene til kontakt både med barnevernet og med psykisk helsevern for barn og unge, og stigande med alder. Ifølgje ei undersøking av 6-12 åringar plasserte utanfor heimen av barnevernet (Clausen, 2000) var åtferdsvanskar registrert som medverkande plasseringsårsak for 14 % av barna, medan tilsvarande for nye barn med ulike typar barneverntiltak var 8 % i 2011 (SSB, 2012a). Ein oversikt frå psykisk helsevern for barn og unge viser at om lag 17 % av barna var søkte inn pga. åtferdsvanskar (Helsedirektoratet, 2010). Mange barn og unge med åtferdsvanskar har kontakt både med barnevernet og med psykisk helsevern (sjå t.d. Kjelsberg & Nygren, 2004). Det er likevel kjent at behovet for psykisk helseverntenester for plasserte barn med særleg alvorlege vanskar ikkje er tilfredsstillande imøtekome (NOU 2009: 22).

Åtferdsvanskar blir gjerne sett i samanheng med samhandlingsproblem mellom barnet og omsorgsgivar. Hos barn plasserte utanfor heimen fann Egelund et al. (2004) ein samanheng mellom oppsedingskonfliktar som medverkande årsak til plassering og psykiske vanskar målt ved SDQ (utanom emosjonelle vanskar). Det var og som venta, ein samanheng mellom oppsedingskonfliktar og det å vera plassert pga. barnets eigne problem/åtferdsvanskar. Forfattarane påpeikar at oppsedingskonfliktar både kan vera uttrykk for problem hos foreldra og hos barnet, og at det er vanskeleg å vita kva som er årsak og verknad. Uansett kan samhandlingskonfliktar mellom foreldre og barn vera ein viktig indikator på at barnet har psykiske eller sosiale problem, som bør utgreia nærare. Foreldra si rolle i foreldre-barn samspelet blir særleg understreka i forskning om tydinga av ulike foreldrestilar. T.d. er det funne ein samanheng mellom deprimerte mødrer/foreldre, ein unnlåtande/passiv foreldrestil og aggressiv åtferd hos barn. Motsett har ein foreldrestil som kombinerer støtte og krav, såkalla proaktiv foreldreåtferd, vist

seg å ha stor tyding for å endra uheldige åtferdsmønster hos barn (Dishion & Patterson, 2006; Patterson, 1989).

Eit anna relevant tema i forskning på åtferdsvanskar er forholdet mellom antisosial og prososial åtferd (Ogden, 2010). Medan enkelte forskarar har argumentert for at desse to åtferdstypane kan sjåast som kvar sine ytterpunkt på ein skala, har andre argumentert for at det er tale om to uavhengige åtferdstypar med ulike kjenneteikn og forløp (Hawley, 2003; Hay & Pawlby, 2003). Med den siste forståinga som utgangspunkt har ei rekke studiar vist at prososial åtferd kan sjåast som ein beskyttande faktor mot åtferdsvanskar (Hastings, Zahn-Waxler, Robinson, Usher, & Bridges, 2000; Kokko & Pulkkinen, 2002; Kokko et al., 2006; Pulkkinen & Trembely, 1992), fordi prososial åtferd kan framkalla positive reaksjonar i miljøet, som forsterkar denne typen åtferd meir enn antisosial åtferd (Sørli, et al., 2008). På den andre sida er det studiar som har vist at prososial åtferd også kan vera ein risikofaktor for utvikling av psykiske vanskar, dersom personen har *for* stor innleving og omsorg for andre (sjå t.d. Hay & Pawlby, 2003; Perren, et al., 2007).

3.6 Longitudinelle studiar av psykiske vanskar

Gjennomgangen av longitudinelle studiar av plasserte barns psykiske vanskar er basert på søk etter engelskspråklege studiar som har kartlagt barnas psykiske helse på to eller fleire tidspunkt ved hjelp av standardiserte kartleggingsinstrument. Søket har ikkje vore uttømmende, men har sikta mot å finna fram til større populasjonsstudiar eller oversiktsstudiar frå ulike delar av verda som USA, Australia, Storbritannia og Skandinavia. Studiane blir presenterte i to underpunkt; studiar som har rapportert reduserte psykiske vanskar, og studiar som har rapportert stabilitet eller auka psykiske vanskar.

3.6.1 Studiar som har rapportert reduserte psykiske vanskar

Britiske oppfølgingsstudiar

Forrester et al. (2009) har gjort ein gjennomgang av britiske oppfølgingsstudiar frå 1991 og fram til 2009, med siktemål å bidra til den sosialpolitiske debatten om «effekten» av å bli plassert utanfor heimen for barnas fungering og velvære. Berre nokre av studiane har nytta seg av standardiserte kartleggingsinstrument i vurdering av barnas fungering,

men særleg fordi artikkelen reiser fleire prinsipielle og vesentleg spørsmål om plassering utanfor heimen som «the last resort» (siste utveg) eller eit veileigna tiltak for barn som ikkje kan bu heime, er den teken med under dette punktet.

Forskarane fann i alt 12 studiar som både hadde eit longitudinelt design, og som nytta seg av ulike utfallsmål for å vurdere barnas fungering og tilpassing etter å ha vore under offentleg omsorg for kortare eller lengre tid. 3 av studiane samanlikna dei plasserte barnas fungering med andre grupper barn, medan 9 av studiane studerte plasserte barn over tid, og samanlikna undergrupper av barn i fosterheimar, institusjonar og/eller adopterte barn.

Forfatarane oppsummerer følgjande 5 hovudfunn/implikasjonar av litteraturgjennomgangen: 1) Det er ein stor mangel på forskning om plasserte barns tilpassing og fungering under ulike offentlege omsorgstiltak, noko som kan knytast til mangel på forskning innan sosialt arbeid og sosialt omsorgsarbeid gererelt. 2) Gjennomgangen av studiar ga ingen «bevis» for at plassering i offentlege omsorgstiltak har forverra barna sin situasjon. 3) På den andre sida viste studiane at dei plasserte barna fungerte dårlegare på dei fleste område enn barn som ikkje var plassert, sjølv om dei hadde hatt ei positiv utvikling under plasseringa. 4) Det relativt positive biletet av offentleg omsorg varte ikkje ved etter opphøyr av plasseringane, fordi ettervernsopplegget fungerte dårleg og hadde ein tendens til å «øydeleggja» den positive utviklinga som var starta under plasseringa. 5) Viktige bidrag til den positive effekten av plassering utanfor heimen var for det første at offentleg omsorg står i sterk kontrast til ein oppvekst i familiar med omsorgssvikt og overgrep, og for det andre den engasjerte innsatsen til dei mange offentlege omsorgspersonane og sosialarbeidarane.

Forrester et al. (2009) tek i artikkelen opp spørsmålet om kva som er realistiske mål når det gjeld å betra situasjonen til barn som har opplevd omsorgssvikt, og stiller spørsmål ved den (tidlegare?) utbreidde oppfatninga om at målsetjinga for samfunnet må vera å unngå plassering utanfor heimen. Det blir føreslege at ein heller skulle sjå til den skandinaviske omsorgsmodellen, som har ein lågare terskel for plassering av barn enn den engelske, for slik sett å hjelpe barn og familiar på eit tidlegare tidspunkt.

Amerikansk oppfølgingsstudie

Med utgangspunkt i den nasjonale longitudinelle populasjonsstudien av psykisk helse hos amerikanske barn som hadde hatt kontakt med barnevernet (NSCAW) gjorde McWey et al. (2010) ei undersøking av fosterbarns psykiske helse og utvikling i forhold til ulike typar omsorgssvikt. Den nasjonale kartlegginga pågjekk i ein 15 månaders periode i 1999/2000 og omfatta i utgangspunktet alle barn som hadde blitt undersøkt av barnevernet i samband med omsorgssvikt og overgrep. I neste steg vart det trekt eit representativt utval av barna, som igjen vart delt inn i undergrupper av barn som hadde blitt verande i heimen etter barnevernsundersøkinga, og barn som hadde blitt plasserte utanfor heimen (totalt 5501 barn). I tillegg vart det vald ut ei gruppe barn som allereie hadde budd meir enn 1 år i fosterheim (n=727). Barna var undersøkte ved starten av studien, etter 12 månader og etter 36 månader.

Fordi McWey et al. (2010) var interesserte i ungdommar (13-16 år), vart det på nytt selektert eit utval som bestod av 106 ungdommar som i utgangspunktet hadde budd meir enn 1 år i fosterheim. Undersøkningsvariablane i studien var vanskjøtsel (neglect), fysisk mishandling, seksuelle overgrep og andre typar mishandling (maltreatment), rapportert av saksbehandlarar i barnevernet som grunnlag for undersøking, i tillegg til kontrollvariablar som kjønn, alder og kor lenge dei hadde budd i fosterheimen. Barna sine internaliserande og eksternaliserande vanskar var kartlagt ved hjelp av CBCL, som vart utfyllt av den aktuelle omsorgspersonen (oftast fosterforeldre).

Det overordna funnet var at eksternaliserande vanskar hos barna var blitt tydeleg redusert i løpet av 3 år i fosterheim, medan nedgangen i internaliserande vanskar ikkje var signifikant. Barn som var plasserte pga. vanskjøtsel og seksuelle overgrep (fysiske overgrep delvis) hadde større grad av eksternaliserande vanskar ved første måling enn barn plasserte for andre typar mishandling, og desse ungdommane hadde også størst nedgang i vanskar etter 3 år. Ulikt tidlegare studiar, var det ingen kjønnsvis skilnader i problemskårar ved første måling, men over tid viste det seg at gutar hadde ein tydeleg nedgang i eksternaliserande vanskar, medan jentene ikkje hadde det. Yngre barn hadde større eksternaliserande vanskar i utgangspunktet, men alder hadde ikkje samanheng med endring over tid. Det var heller ingen effekt av tid under omsorg. Internaliserande vanskar hadde også samanheng med vanskjøtsel og seksuelle overgrep på første

måletidspunktet og ein svak samanheng over tid, men pga. ein dårleg tilpassa målemodell var desse funna ikkje solide.

Forfattarane peikar på nytten av å sjå utvikling hos barn under omsorg i eit utviklingspsykopatologisk perspektiv, og dei framhevar at representative, longitudinelle studiar med bruk av standardiserte måleinstrument framleis er sjeldan i Amerika. Andre styrkar ved studien er fokus på ungdom i fosterheim, tydinga av spesifikke typar omsorgssvikt og ikkje minst funna som tyder på at det kan vera kjønnsvis og aldersvis skilnader i ungdommane si utvikling.

Australske oppfølgingsstudiar

Barber og Delfabbro (2005) har presentert funn frå ein 2-års oppfølgingsstudie av australske barn i alderen 4-17 år (gjennomsnittsalder 10,8 år), som blei plasserte (n=129) eller replaserte (n=105) i fosterheim frå mai 1999 til april 2000 i Sør Australia. Barn som skulle plasserast etter vedtak om forvaring, korttidsplasseringar, avlastingsopphald og hjelpetiltaksplasseringar (family preservation services) vart utelukka, for å få eit reinare utval av barn som var planlagt å vera i fosterheim over ei viss tid. Siktemålet med undersøkinga var å undersøka barnas psykososiale fungering over tid, skolefungering, samt årsaker til endringar i plasseringar, og bidra til debatten om «effekten» av fosterheimsplassering for barns utvikling. Det vart også gjennomført intervju med eit utval ungdommar for å innhenta deira synspunkt på plasseringa. I denne samanheng vil funn vedkomande barnas psykiske helse bli referert.

Barnas psykiske helse blei kartlagt ved hjelp av the Child Behavior Checklist (Boyle et al., 1987), som bl.a. har delskårar for emosjonelle vanskar, åtferdsvanskar og hyperaktivitet, basert på utvalte item frå DSM-IV. Det vart gjort målingar av barnas psykiske helse heile 5 gonger, ved oppstart av studien, etter 4 månader, 8 månader, 12 månader og 24 månader. Allereie etter 4 månader var det betring på alle delskårane; barna oppførte seg betre, var mindre engstelege og meir konsentrerte og oppmerksame. Basert på tidlegare forskning var dette eit forventa funn, grunnlagt med at nyplasserte barn ofte prøver å tilpassa seg den nye familien i starten. Det er derimot ingen sjølvfølge at denne betringa held seg over tid. Ved 8 månaders oppfølging var det framleis nedgang i åtferdsvanskar og emosjonelle vanskar i forhold til plasseringstidspunktet, men ikkje i forhold til 4 månaders tidspunktet. For hyperaktivitet

var ikkje skilnaden frå 1. til 3. måling signifikant. Ved 12 månader etter plassering var resultatet det same som ved 8 månader; ein tydeleg nedgang i åtferdsvanskar og emosjonelle vanskar samanlikna med utgangspunktet, medan skåren for hyperaktivitet var stabil. Målingane 2 år etter plassering viste det same som ved 12 månader. Dette tyder på at betringa i barna sine åtferdsvanskar og emosjonelle vanskar som vart oppnådd den første tida i fosterheimen varte ved over tid, medan nivået av hyperaktivitet var stabilt.

Studien blir relatert til debatten om «permanency planning» som bl.a. inneber at barn som ikkje kan bu heime bør få ein avklara og stabil omsorgssituasjon snarast mogeleg, gjerne gjennom adopsjon eller rask tilbakeføring til foreldra. Ein slik politikk inneber bl.a. at fosterheimstiltak bør unngåast, fordi dette etter lova er ei tidsavgrensa ordning og ikkje ein familie for livet. Med utgangspunkt i funna frå studien hevdar forfattarane at langtids fosterheimsplassering ikkje ser ut til å gå utover barnas fungering, noko som også blir stadfesta av barna sine egne positive vurderingar av fosterheimane. Forfattarane påpeikar at det kanskje ikkje er dei formelle rammene omkring plasseringa som opptek barna mest, men heller at dei blir presenterte med respekt og varme av engasjerte omsorgspersonar. Slik sett kan iveren etter permanente omsorgsalternativ vera eit uttrykk for dei vaksne sine behov for administrativ og lovmessig tydelegheit, meir enn for barna sine behov for kvalitativt gode relasjonar og omsorgssituasjonar.

Fernandez (2008, 2009) presenterer i fleire artiklar resultat frå ein 8-årig longitudinell studie av 59 australske fosterbarn i alderen 4-17 år, som har blitt følgt opp med ca 2-års mellomrom etter plassering. Den viktigaste datakjelda var intervju med alle barn over 7 år, saksbehandlarar og fosterforeldre, men i ein av studiane er det også rapportert lærarvurderingar frå to ulike tidspunkt (Fernandez, 2008). Barna sine behov og ressursar blei kartlagt både i forhold til psykisk helse, skolefungering, tilknytning etc., både ved hjelp av standardiserte instrument (CBCL/TRF) og semistrukturerte intervju. Funna

som blir presenterte her gjeld barnas psykiske helse vurdert av fosterforeldre og lærarar på 2 ulike tidspunkt¹⁶. I tillegg til å studera dei plasserte barnas psykiske helse over tid, vart det også gjort samanlikningar med eit representativt utval barn frå den nasjonale australske studien av psykisk helse hos barn og unge (Mental health of young people in Australia - MHYPA), og lærardata er samanlikna med eit «matcha» utval barn frå same klasse som det plasserte barnet.

Ifølgje fosterforeldra sine vurderingar av dei plasserte barna ved første intervju hadde 43 % av dei høge skårar (over cut-off) for totale vanskar, medan 36 % hadde høge internaliserande vanskar og 34 % hadde høge eksternaliserande vanskar. Tilsvarande tal for australske barn generelt var 14 % for totale vanskar og 13 % for delskårane. Ved andre intervju var totale vanskar hos dei plasserte barna redusert til 38 %, medan internaliserande vanskar var redusert til 22 % og eksternaliserande vanskar var auka til 37 %. Det var berre endringa i internaliserande vanskar som var statistisk signifikant.

Ifølgje lærarane hadde 16 % av dei plasserte barna høge totale vanskar på det første tidspunktet, medan 14 % hadde høge internaliserande vanskar og 21 % hadde høge eksternaliserande vanskar. For samanlikningsgruppa er det ikkje oppgitt tilsvarande prosenttal, med unntak av eit noko spesielt funn, at heile 25 % av desse barna hadde høge internaliserande vanskar på det første tidspunktet. Målt ved gjennomsnittsverdiar hadde derimot dei plasserte barna høgare eksternaliserande vanskar enn samanlikningsgruppa. På det andre måletidspunktet viste både dei plasserte barna og samanlikningsgruppa ein signifikant nedgang i både totale vanskar, internaliserande vanskar og eksternaliserande vanskar målt ved gjennomsnittsskårar. Dei plasserte barna hadde størst nedgang i eksternaliserande vanskar, medan samanlikningsgruppa hadde størst nedgang i internaliserande vanskar. Det mest positive funnet var at skilnadene mellom dei plasserte barna og samanlikningsgruppa var utviska. Det var også gjort samanlikningar av fosterforeldre og lærarar sine vurderingar

¹⁶ Medan informasjon frå fosterforeldre er henta frå intervju 1 og 2, kan det sjå ut som at informasjon frå lærarane er henta noko seinare i prosjektperioden, utan at dette går klart fram av artikkelen.

av barn med kliniske vanskar. Det viste seg at det var størst semje om barna som ikkje hadde kliniske vanskar, og fosterforeldra skåra jamt over barna høgare enn lærarane.

Dei overordna positive funna blir m.a. relatert til verdien av langvarige fosterheimsplasseringar, som både tillèt barna å ha kontakt med biologiske foreldre og å veksa opp i omsorgsfulle heimar. Saman med funn om framgang i skoleprestasjonar og tilpassing generelt (ikkje presentert her), blir den positive utviklinga i barna sine psykiske vanskar sett som teikn på ei resilient utvikling, som det er viktig for sosialarbeidarar, omsorgspersonar og lærarar å byggja vidare på. Samstundes blir det understreka at ei resilient utvikling ikkje må føra til redusert innsats i det førebyggjande arbeidet.

3.6.2 Studiar som har rapportert stabile eller auka psykiske vanskar

Amerikanske oppfølgingsstudiar

Berger et al. (2009) har gjort ein 3 års oppfølgingsstudie med utgangspunkt i den tidlegare nemnte amerikanske populasjonsundersøkinga av psykisk helse hos barn og unge i kontakt med barnevernet (NSCAW). Studien er eineståande i sin bruk av fleire ulike og avanserte metodar for å kontrollera for seleksjonsbias for barn som blir plasserte utanfor heimen og barn som ikkje blir plasserte. Utan at det er rom for å beskriva dei ulike analysemetodane i detalj, omfatta dei regresjonsanalysar og ulike metodar for å studera endring, både på individnivå og på gruppenivå. Det overordna føremålet med studien var å undersøkje effekten av å vera plassert utanfor heimen over tid, for barn i alderen 4-14 år. Målet på psykiske vanskar var CBCL, som vart brukt som kartleggingsinstrument før barna blei plasserte, og 18 og 36 månader etter plassering.

Utanom bruk av ulike analysemetodar, var det også brukt ulike utval for å kontrollera for initiale skilnader mellom barn som blei plasserte og barn som ikkje blei plasserte. T.d. var det sett som eit kriterium at barna i utvala skulle ha blitt vurderte *før* plassering, noko som utelukka ei stor gruppe barn som allereie var plasserte i fosterheim då prosjektet starta. Det første settet av analysar vart gjort av det totale utvalet på til saman 2453 barn som var vurderte av barnevernet, og delt inn i barn som ikkje var blitt plasserte (n=2111) og barn som var blitt plasserte (n=342). Det andre settet analysar vart gjort av dei plasserte barna samanlikna med ei statistisk «matcha» kontrollgruppe av dei ikkje plasserte barna. Ved hjelp av estimert sannsynlegheit (propensity scores)

vart gruppene «matcha» på ei lang rekke bakgrunnsvariablar, slik at berre gruppetilhøyrse (plassert versus ikkje plassert) skilde mellom gruppene (n=616).

Resultat frå det første analysesettet viste at ifølgje regresjonsanalysane hadde alle barna som gruppe ein nedgang i både internaliserande og eksternaliserande vanskar frå før plassering og 2,5 år fram i tid. Dette galdt for utvalet samla, og for plasserte barn og ikkje plasserte barn. Resultat frå dei ulike endringsanalysane var lite konsistente, og dei fleste viste inga endring i vanskar for dei ulike gruppene. Det andre analysesettet av «matcha» grupper viste derimot konsistente resultat for alle analysemetodane; nemleg at det ikkje var signifikante endringar verken for eksternaliserande eller internaliserande vanskar. Forfattarane forklarar skilnadene i resultat mellom det «umatcha» og det «matcha» utvalet som at det førstnemnte ikkje greidde å skilja godt nok mellom kjenneteikn ved dei plasserte og dei ikkje plasserte barna, medan det «matcha» utvalet ivaretok seleksjonsbias på ein langt betre måte. Funna tyder også på at sjølv om regresjonsanalysar kan kontrollera for ei rekke bakgrunnsvariablar, så er ikkje dette så finmaska analysar som ulike endringsanalysar, eller at utvala er matcha på førehand.

Funna blir drøfta i lys av tidlegare forskning som både har rapportert positive og negative effektar av plassering utanfor heimen. Sett i lys av at amerikansk barnevernspolitik har vore meir fokusert på å sikra stabilitet i oppvekstforhold (permanency) enn å fremja plasserte barns helse og fungering, synest resultatet om at plassering utanfor heimen verken har positiv eller negativ effekt på barna å vera rimeleg. Ein mogeleg svakheit ved studien er at ulike informantar skåra barnas psykiske helse på dei to tidspunkta; foreldra før plassering og fosterforeldra etter plassering. Forfattarane hevdar at dette er ein pris å betala dersom ein skal ivareta kravet om kontroll for seleksjonsbias, og at ei slik mogeleg feilkjelde kan vera vanskeleg å unngå når ein skal studera barn som flyttar mellom ulike omsorgsbasar.

Lawrence og medarbeidarar (2006) undersøkte effekten av fosterheimsplasseringar for barns psykologiske utvikling og tilpassing med utgangspunkt i «the Minnesota longitudinal study of parents and children» (n=189). Utvalet var delt i 3 grupper; barn som blei plasserte i fosterheim (n=46), mishandla heimebuande barn (n=46) og ei kontrollgruppe av heimebuande barn som hadde dei same kjenneteikna som dei andre gruppene (låg sosioøkonomisk status og utdanning hos foreldre, ustabile familieforhold

etc.), men der barna fekk tilfredsstillande omsorg (n=97). Barnas psykiske helse og fungering var kartlagt på ulike tidspunkt ved ulike metodar; tilknytingsåtfærd (12-18 månader), problemløysingsevne (24 månader), uthaldenheit og egokontroll (42 månader) og CBCL/TRF (barnehagealder). Dei ulike vurderingane vart omgjorde til standard gjennomsnittsskårar (z-skårar), som dermed kunne samanliknast og brukast som utgangsmål for barn som blei plasserte utanfor heimen på ulike alderstrinn. Viktige kontrollvariablar var sosioøkonomiske forhold (SEC) skåra ved hjelp av «Duncan socioeconomic index», med hyppige mellomrom frå småbarnsalder til 6. klasse. Utfallet av fosterheimplasseringa blei vurdert kortast mogeleg tid etter opphøyr av plasseringa, og samanlikna med mishandla heimebuande barn i same alder og kontrollgruppa av ivaretekne heimebuande barn ved 6. klasse. Utfallsmålet som blir referert i denne samanheng er TRF, som blei utfylt av lærarane heilt fram til 10. klasse, men det vart også gjort kartleggingar av psykiatriske diagnosar basert på «Kiddi schedule of affective disorders and schizophrenia ratings» (KSADS).

Dei overordna resultatane viste at kontrollert for «baseline» data og SEC hadde fosterbarna signifikant høgare skårar enn kontrollgruppa for totale vanskar og eksteraliserande vanskar, og høgare eksteraliserande vanskar enn dei mishandla heimebuande barna. Det var ingen skilnad for internaliserande vanskar. I ein vidare analyse vart det plukka ut barn som var plasserte utanfor heimen i løpet av 1. til 3. klasse (n=15) for å studera endring i TRF skårar over tid. Tilsvarende grupper av mishandla heimebuande barn og ivaretekne heimebuande barn vart konstruert. For dei tidlegare fosterbarna var det ein signifikant auke på alle vanskeskårar frå før plassering til etter opphøyr av plassering. Det var også større auke i vanskar for fosterbarna enn for dei mishandla heimebuande barna for alle skårane, og for eksteraliserande vanskar for kontrollgruppa. Også vurdert medan dei framleis var i fosterheimen, og kontrollert for SEC og «baseline» mål, hadde fosterbarna langt større vanskar enn samanlikningsgruppene. Barn som var plasserte i fosterheimar hos familie/kjente, hadde mindre internaliserande vanskar enn barn plasserte hos ukjente familiar. Alder ved plassering, lengda av plasseringa eller tal flyttingar hadde ikkje samanheng med barna sine psykiske vanskar.

Heile utvalet av barn blei også vurdert på fleire tidspunkt etter utflytting av fosterheimen, i 6. klasse og i 16 årsalderen. Kontrollert for «baseline» data og SEC fann

ein at dei forhøgja vanskane ved opphøyr av fosterheimsplasseringa varte ved for alle delkårane, og dei tidlegare fosterbarna hadde framleis større vanskar enn kontrollgruppa for totale vanskar og eksternaliserande vanskar, men ikkje større enn mishandla heimebuande barn.

Forfattarane drøftar korleis ein kan forstå funna om ein markert auke i problem etter plassering i fosterheim, som også varte ved over tid. Det kan ha med sjølv separasjonen frå og/eller kontakten med foreldre å gjera, med fosterheimsordninga og hjelpeapparatet som system, med uro knytt til uklare tidsperspektiv for plasseringa etc. Funnet at dei tidlegare fosterbarna og dei mishandla heimebuande barna kom ut likt, gjer at den negative utviklinga ikkje åleine kan tilskrivast opphaldet i fosterheimen, men kanskje også dårlege forhold i heimen ved tilbakeføring. Studien oppmodar til vidare forskning omkring effektane av fosterheimsplassering for barnas psykiske helse, og at det også i desse studiane blir kontrollert for «baselineinformasjon» og SEC, og gjort bruk av samanlikningsgrupper.

Dansk oppfølgingsstudie

Den nasjonale danske «barneforløpsstudien» har vore omtala tidlegare i kapitlet (Egelund, et al., 2008; Egelund, et al., 2004). I denne samanhengen er det dei longitudinelle analysane som er av interesse, og barna si utvikling frå dei som 7-åringar kom med i studien, og ca 4 år fram i tid. Barna sine psykiske vanskar var kartlagt ved SDQ. Mødrene skåra barna sine vanskar i den landsomfattande surveyen (n=4970/4770), medan omsorgspersonar/foreldre skåra dei plasserte barna sine vanskar (n=390-450). Som då barna var 7 år gamle, var det framleis store skilnader i vanskar mellom danske barn generelt og dei plasserte barna som 11-åringar. Det viste seg også at delen barn med vanskar utanfor normalområdet (inkludert midtområdet) var omtrent nøyaktig den same som 4 år tidlegare for begge gruppene. Dvs. at 9 % av danske barn generelt hadde symptom på «totale vanskar», mot 67 % av dei plasserte barna. Tilsvarande tal frå første måling var 10 % og 70 %. For delskårane for emosjonelle vanskar, hyperaktivitet, prososial åtferd og venneproblem var det også marginale endringar over tid. For åtferdsvanskar fann ein derimot ein signifikant nedgang i vanskar frå 19 % utanfor normalområdet på første tidspunktet til 10 % på oppfølgingsstidspunktet for barn flest, og frå 60 % til 50 % for dei plasserte barna. Fordi

utvalet av plasserte barn ikkje var heilt det same på dei to tidspunkta (nye plasserte barn fødd i 1995 var lagt til), gjorde ein også undersøkingar av dei såkalla «gjengangarane» som var i studien på begge tidspunkta. Resultatet var det same som vist over, med unntak av at det for dette utvalet heller ikkje var signifikante endringar i åtferdsvanskar over tid.

Meir detaljerte analysar viste at 70 % av barna som var skåra utanfor normalområdet hadde same plassering 4 år seinare, og motsett at 70 % av barna innanfor normalområdet var stabile. Det var også ein sterk samanheng mellom å ha ein diagnose for langvarig sjukdom eller funksjonsnedsetjing og å tilhøyra det kliniske området for SDQ. Plasserte gutar hadde høgare vanskar enn jentene, men truleg pga. lite utval var skilnaden ikkje signifikant. Barn som var plasserte pga. egne vanskar hadde oftare høge skårar på SDQ enn barn plasserte pga. foreldra sine problem. Forfattarane oppsummerer at funna viser stabile nivå av psykiske vanskar/prososialitet både for danske barn generelt og plasserte barn, men medan danske barn flest fungerer stabilt innanfor normalområdet, fungerer plasserte barn stabilt utanfor normalområdet. Det bør nemnast at den danske «barneforløpsstudien» omfattar ei rekke forhold knytt til plasserte barns fungering og situasjon. Det er også utarbeidd fleire danske kunnskapsstatusar om plasserte barn (Egelund, Christensen, Jakobsen, Jensen, & Olsen, 2009; Egelund & Hestbæk, 2003).

3.7 Barns egne vurderingar av psykisk helse og trivsel

Den presenterte forskinga om psykisk helse hos barn og unge er for det meste basert på rapportar frå dei vaksne omkring barnet. For å få ei heilskapleg vurdering av eit barns psykiske helse og trivsel er det sjølv sagt av stor tyding at ein har kunnskap om korleis dette er for barnet som aktør (Sandbæk, 2002). Dette er særleg viktig utifrå ei erkjenning av at barns opplevingar er gyldig kunnskap, og at barn ofte opplever ting annleis enn dei vaksne. Reint juridisk er det også slik at barn ifølgje FN's barnekonvensjon¹⁷ og norsk lov har rett til å uttala seg og bli høyrte i saker som er

¹⁷ FN's barnekonvensjon blei vedteken i 1989, og ratifisert av Noreg 8. januar 1991.

viktige for dei, noko som ikkje minst gjeld i saker om plassering utanfor heimen. Nyare kunnskapsoversikter framhevar også tydinga av forskning med utgangspunkt i barns egne erfaringar (Backe-Hansen, et al., 2010).

Hovudprosjektet som avhandlinga byggjer på har på oppfølgingstidspunktet intervjuet 65 barn om livet deira, bl.a. om helsetilstand og fungering på ulike livsområde, i tillegg til at barna har fylt ut kartleggingsskjema for psykisk helse (SDQ). Upubliserte analysar viste at barna såg på eigen psykiske helsetilstand på ein langt meir positiv måte enn dei vaksne. T.d. var det berre ein knapp tredjedel av barna som plasserte seg i området for kliniske vanskar; eit funn som var i samsvar med andre intervjuopplysningar frå barna. Liknande funn har vore gjort t.d. av Egelund et al. i undersøkinga av danske plasserte barn (Egelund, et al., 2008). At informasjon frå barna vart utelaten i denne avhandlinga, skuldast at prosjektet ikkje hadde innhenta informasjon frå barna sjølve om deira psykiske helse på plasseringstidspunktet, og ein kunne dermed ikkje sei noko om evt. endringar over tid¹⁸.

Det kan visast til fleire andre delstudiar frå hovudprosjektet som inkluderer informasjon frå barna sjølve; særleg ein artikkel tilhøyrande doktorgradsprosjektet til Øivin Christiansen (Christiansen, et al., 2011), som bl.a. viste at dei fleste barna i fosterheimar hadde positive opplevingar av plasseringsstaden og kjente at dei hørte til. Andre delstudiar omhandlar dei plasserte barna sine skoleerfaringar (Havik, 2003; Skilbred & Havik, 2011), barnas syn på framtida (Pilodden, 2008) og barna sine erfaringar frå ettervern (Bakketeig & Mathisen, 2008).

3.8 Vurderande oppsummering

Forskingsgjennomgangen har vist at forskning på plasserte barns psykiske helse framleis er mangelfull på mange område. Ein har eit forholdsvis godt bilete på førekomsten av psykiske vanskar hos plasserte barn sett i forhold til andre barn, men det er framleis få studiar som har samanlikna psykisk helse hos plasserte barn med andre barn som har

¹⁸ Det hadde vore ønskeleg at barnas synspunkt på eiga psykiske helse på oppfølgingstidspunktet vart utforska nærare i evt. komande artiklar frå hovudprosjektet.

tilsvarende sosioøkonomisk bakgrunn, men som ikkje er plassert. Enkeltfunn som viser at skilnaden mellom desse barnegruppene ikkje nødvendigvis er så stor, framhevar tydinga av å kontrollere for bakgrunnsvariablar før plassering utanfor heimen, og/eller såkalla seleksjonskriteriar for plassering. Studiar av undergrupper av plasserte barn er mangelvare, t.d. barn plasserte pga. foreldres rusmisbruk versus andre årsaker. Det er også mangel på studiar som inkluderer forholdet mellom risikofaktorar og beskyttande faktorar for barns psykiske helse, og studiar som fokuserer på resiliens. Til slutt er det lite forskning som følgjer plasserte barns utvikling over tid, og som har nytta seg av forskingsdesign som ivaretek dei komplekse transaksjonane mellom barnet på den eine sida og omgjevnadene på den andre sida.

Avhandlinga siktar mot å fylla bitar av den manglande forskingskunnskapen, først og fremst når det gjeld psykisk helse hos norske barn plasserte utanfor heimen, men undersøkingar og funn omkring førekomst, variasjon og utvikling av psykiske vanskar vil også vera bidrag til det internasjonale forskingsfeltet. Reint metodisk er det viktig å framheva hovudprosjektet som delstudiane byggjer på, som det første landsdekkande, longitudinelle forskingsprosjektet som inkluderer informasjon om psykisk helse hos norske barn plasserte utanfor heimen. Som det vil gå fram av metodekapitlet, har prosjektet både gjort seg nytte av standardiserte kartleggingsinstrument for psykiske vanskar som mogeleggjjer samanlikningar med andre studiar, det er innhenta informasjon frå fleire informantar på fleire tidspunkt, og ei omfattande rekke studievariablar er undersøkt i forhold til risiko og beskyttelse av barnas psykiske helse. Prosjektet har derimot inga kontrollgruppe eller samanlikningsgruppe, noko som vanskeleggjer ei direkte samanlikning av funna med andre grupper barn som ikkje er plasserte utanfor heimen. Som det første longitudinelle prosjektet om psykisk helse hos norske barn plasserte utanfor heimen, kan det vera eit springbrett for nye forskingsprosjekt, som både kan replisera vesentlege funn og gjera metodologiske forbetringar.

4. Metode

I dette kapitlet blir det gjort greie for det empiriske grunnlaget for avhandlninga, og for dei enkelte delane av forskingsprosessen som ikkje har blitt dekkja godt nok i artiklane. Dette omfattar rekruttering av informantar, innhenting av samtykke, datainnsamling, utval - representativitet, kartleggingsinstrument og variablar, analysemetodar, handtering av manglande data samt etiske vurderingar. Spesifikke metodiske vurderingar og val blir gjort greie for undervegs, medan sterke og svake sider ved avhandlninga blir oppsummert i drøftingskapitlet (kap. 6).

4.1 Om hovudprosjektet

Det empiriske grunnlaget for avhandlninga er basert på data frå det nasjonale longitudinelle forskingsprosjektet “Barn som plasseres utenfor hjemmet – utvikling og risiko” (heretter omtala som hovudprosjektet) (Andenæs, et al., 2001), som opphavleg var eit samarbeid mellom Norsk senter for oppvekst, velferd og aldring (NOVA) og Barnevernets utviklingscenter på Vestlandet (BUS-V)¹⁹. I samband med oppstart av avhandlingsarbeidet vart det også inngått ein samarbeidsavtale mellom BUS-V og Regionsenter for barn og unges psykiske helse, avdeling Vest (RBUP Vest)²⁰, der RBUP Vest har stått for finansiering av prosjektet i ein 4-årsperiode og BUS-V har stilt datamateriale til disposisjon. Som forskar ved tidlegare BUS-V har eg sjølv delteke i hovudprosjektet i alle fasar.

Målgruppa for hovudprosjektet var alle norske skolebarn i alderen 6-12 år som blei plassert utanfor heimen i perioden 15. september 1998 til 31. desember 1999 av barnevernet. Denne mellomgruppa av skolebarn blei vald, dels pga. mangelfull kunnskap om årsaksforhold til plassering for denne aldersgruppa; i motsetnad til yngre barn som ofte blir plasserte pga. forhold ved foreldra og eldre barn som ofte blir

¹⁹ Prosjektets første fase var finansiert av Norges forskningsråd. Seinare fasar var finansiert av Barne-, inkluderings- og likestillingsdepartementet, Helse og rehabilitering, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Uni helse og NOVA.

²⁰ RBUP Vest og BUS-V vart frå 1. juni 2011 slått saman til Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, Vest, psykisk helse og barnevern, som ei avdeling under Uni Helse, Uni Research AS.

plasserte pga. egne vanskar (Clausen, 2000; Grinde, 1993), og dels pga. ei aukande erkjenning av og forskingsinteresse omkring tydinga av barns skoleerfaringar for fungering og trivsel (Havik, 2003; Skilbred & Havik, 2011). Sentrale problemstillingar i hovudprosjektet var 1) Kven er dei plasserte barna? og 2) Korleis går det med dei på kortare og lengre sikt? Hovudprosjektet samla inn data om barna sin situasjon ved 4 tidspunkt i perioden 1998/99 til 2006/2007, ved hjelp av ulike metodar og ved fleire informantar rundt det enkelte barn. Ei lang rekke artiklar frå prosjektet har blitt publisert både internasjonalt og nasjonalt, dessutan fleire bokkapittel og rapportar, fleire masteroppgåver og sist men ikkje minst ei ny doktoravhandling (Christiansen, 2011). For tilgang til oversikt over publikasjonane viser eg til følgjande nettside hos Uni Helse: <http://helse.uni.no/Projects.aspx?site=2&description=0&project=2152>.

Rekruttering av informantar til prosjektet skjedde gjennom det fylkeskommunale barnevernet, som når det blei kjent med ei aktuell plassering, skulle kontakta foreldre og invitera dei til å delta. Foreldra blei også spurde om samtykke til at andre informantar i saka kunne kontaktast, slik som barna sine saksbehandlarar, lærarar, offentlege omsorgspersonar (beredskapsheimsforeldre, fosterforeldre og miljøarbeidarar) og barna sjølve. Ved seinare oppfølgingsundersøkingar måtte foreldra samtykka til innhenting av informasjon dersom plasseringa var heimla som hjelpetiltak (§4-4.5) eller barna var flytta heim att, medan leiar av barneverntenesta kunne gi samtykke for barn under omsorg (§4-12). Barn over 18 år ga sjølve samtykke for innhenting av informasjon, og barn over 15 år fekk egne informasjonsskriv om undersøkinga.

Utifrå ei avgrensa kartlegging av plasseringar der ein *ikkje* oppnådde samtykke til deltaking, var årsaker til dette at plasseringa ikkje var registrert av fylkeskommunen, at ein ikkje oppnådde kontakt med foreldra, at foreldra ikkje vart spurde fordi dei blei vurdert å ikkje vera i stand til å innfri kravet om informert samtykke, at barnet hadde flytta heim att etter få dagar eller at foreldra takka nei til deltaking.

Første datainnsamling vart gjennomført snarast mogeleg (mellom 2 og 12 veker) etter at barna var plasserte utanfor heimen (T1). Foreldre og barn blei intervjuva av fylkeskommunale prosjektmedarbeidarar, medan lærarar, offentlege omsorgspersonar (beredskapsheimsforeldre, fosterforeldre, miljøarbeidarar) og saksbehandlarar i barnevernet fylte ut spørjeskjema. Informasjon frå saksbehandlarane vart kvalitetssikra ved oppfølgjande og utdjupande telefonintervju gjennomført av to forskarar. Om lag 1

år etter plasseringa (T2) og 4-5 år etter plasseringa (T3) vart det gjennomført avgrensa datainnsamlingar (spørjeskjema og telefonintervju med saksbehandlarane) for å få oppdatert informasjon om barna. 7-8 år etter plasseringa (T4) vart det gjennomført ei ny omfattande datainnsamling, der forskarane sjølve stod for mesteparten av informasjonsinnhentinga. Barna og dei aktuelle omsorgspersonane vart intervjuja andlet til andlet, medan saksbehandlarar og foreldre utan heimebuande barn i hovudsak vart intervjuja pr. telefon, og lærarane fylte ut spørjeskjema.

4.2 Det empiriske materialet i avhandlinga

Avhandlinga siktar mot å studera førekomst, variasjon og utvikling av psykiske vanskar hos dei plasserte barna. Dette inneber at det empiriske materialet i avhandlinga inkluderer utvalde delar av det rikhaldige materialet i hovudprosjektet, medan andre delar er utelatne. Relevant informasjon i dei ulike delstudiane er henta frå saksbehandlarar, omsorgspersonar (foreldre, fosterforeldre, miljøarbeidarar) og lærarar kort tid etter at barna var plasserte utanfor heimen (T1) og frå dei same informantane 7-8 år etter plasseringa (T4). Informasjon om barnas psykiske helse var ikkje kartlagt på T2 og T3, og data frå desse tidspunkta er derfor ikkje brukt. Problemstillingane i avhandlinga krev ei kvantitativ tilnærming til materialet, som dermed har ført til at kvalitativ informasjon frå hovudprosjektet er utelaten frå analysane. Barn som informantar om eiga psykiske helse er utelate fordi hovudprosjektet mangla informasjon om dette temaet frå plasseringstidspunktet, og ein hadde dermed ikkje grunnlag for å studera utviklingstrekk sett frå barna sin synsstad.

4.3 Utval – representativitet

Hovudprosjektet sikta mot å samla informasjon om alle skolebarn i alderen 6-12 år som blei plasserte utanfor heimen i perioden 15. september 1998 til 31. desember 1999. Som det framgår av delstudie 1, lukkast det prosjektet å innhenta informasjon om ca. ein femtedel av dei aktuelle barna; til saman 109 barn. Spørsmålet om representativitet blei dermed aktualisert og særleg viktig for problemstilling 1) om førekomsten av psykiske vanskar. Etter førespurnad frå prosjektleiinga gjennomførte Norsk institutt for by og regionforskning (NIBR) ein spesialstudie om plasserte barn i aldersgruppa 6-12 år i 1999, basert på informasjon frå den offentlege barnevernstatistikken (Clausen, 2000). Dette

mogeleggjorde ei vurdering av representativitet av utvalet utifrå variablar som kjønn, alder, plasseringsstad, lovheimel for plassering, samt nokre kjenneteikn ved barna sine foreldre (utdanning, inntekt, familiestruktur). Oppsummert blei utvalet funne å vera representativt i forhold til dei fleste av dei nemnte variablane, men mødrene i utvalet hadde noko lågare utdanning og færre av barna i utvalet budde saman med begge foreldra (jfr. artikkel 1). Delstudie 2 var også basert på utvalet av 109 barn, men i denne studien vart utvalet inndelt i to grupper; ei der foreldres rusmisbruk var medverkande årsak til plassering (n=54), og ei der foreldres rusmisbruk *ikkje* var registrert som medverkande årsak (n=55).

I delstudie 3, som fokuserte på barna si utvikling 7-8 år etter plassering utanfor heimen (T4), var utvalet 70 barn, som alle hadde vore plasserte i meir enn fire år (gjennomsnittleg 6 år). Barna var no i alderen 13-20 år. Samanlikna med dei opphavlege 109 barna, hadde dette utvalet noko færre eldre barn og barn som var plasserte pga. egne åtferdsvanskar, noko som hovudsakleg skuldast at ein del av dei eldste barna var utskrivne frå barnevernet på denne tida. På dei andre bakgrunnsvariablane skilte dei 70 barna seg ikkje ut verken frå populasjonen frå 1999 eller frå dei 109 barna i det første utvalet.

4.4 Kartleggingsinstrument for psykisk helse - The Revised Rutter Scales²¹

Informasjon om barnas psykiske helse vart innhenta ved hjelp av ein norsk versjon av the Revised Rutter Scales for School-Aged-Children (Borge, Samuelsen, & Rutter, 2001; Hogg, et al., 1997; Waaktaar, Borge, Christie, & Torgersen, 2005), og rapportert av lærarar og omsorgspersonar (foreldre, fosterforeldre, miljøarbeidarar) kort tid etter plassering (T1) og 7-8 år etter plassering (T4).

Dei opphavlege Rutterskalaene vart utvikla i samband med den klassiske Isle of Wight-studien på 1960-talet (Rutter, 1989), og har blitt brukte i mange land i verdssamanheng. Skalaene har undervegs blitt validerte, reviderte, utvida og justerte ei rekke gonger (Elander & Rutter, 1996a, 1996b; Goodman, 1994; Rutter, 1967; Rutter &

²¹ Gjennom den vidare teksten er skalaen for det meste omtala på norsk som «Rutterskalaen»

Rutter, 1997; Rutter, Tizard, & Whitmore, 1970). Skalaene eignar seg best til å fanga opp åtferdsvanskar og hyperaktivitet, og lærarversjonen har blitt vurdert å vera meir påliteleg enn foreldreskalaen, pga. mogleg påverknad frå relasjonen mellom foreldre og barn (Elander & Rutter, 1996a).

Den oversette norske versjonen av lærarskalaen består av 62 spørsmål og foreldreversjonen av 50 spørsmål, inkludert både originale spørsmål og tilleggsspørsmål (sjå vedlegg). Fordi val av grenseverdier for symptom på psykiske vanskar er basert på det originale skåringssystemet, vart ikkje tilleggsspørsmåla tekne med i denne studien (Borge, 2010/2003; Hogg, et al., 1997). Det brukte målet på psykiske vanskar består dermed av ein totalskåre på 26 enkeltspørsmål, som inkluderer tre delskårar – emosjonelle vanskar, åtferdsvanskar og hyperaktivitet – og ein prososial skåre som består av 10 spørsmål for foreldreversjonen (Goodman, 2001) og 18 spørsmål for lærarversjonen (Weir & Duveen, 1981). Svara på enkeltspørsmål har tre alternativ; «stemmer ikkje» (0), «stemmer noko» (1) og «stemmer heilt» (2). Spørsmåla i lærarskalaen varierer noko frå foreldreskalaen, for best mogleg å fanga opp informasjon frå dei ulike posisjonane. Talet på spørsmål varierer også for delskårane for emosjonelle vanskar (foreldreskalaen har 5 spørsmål og lærarskalaen har 4 spørsmål) og for åtferdsvanskar (foreldreskalaen har 5 spørsmål og lærarskalaen har 6 spørsmål), medan delskårane for hyperaktivitet har 3 spørsmål for begge skalaene.

Reliabiliteten for dei ulike delskårane var i hovudsak tilfredsstillande (Cronbach's alpha frå 0.67 til 0.95), med unntak av delskåren for emosjonelle vanskar rapportert av lærarane på T4 (Cronbach's alpha 0.45). Grenseverdiane for kliniske totale vanskar vart sett til 9 for lærarskalaen og 11 for foreldreskalaen, i samsvar med det britiske skåringssystemet (Hogg et al., 1997), pga. manglande norske normdata. Totalskårar over grenseverdien har blitt definert som «høge vanskeskårar» og under grenseverdien som «låge vanskeskårar». I den longitudinelle delstudien (delstudie 3) vart det også konstruert individuelle endringsskårar for dei ulike delindeksane på Rutterskalaen, som er differansen mellom vanskeskåren på det siste måletidspunktet (T4) minus vanskeskåren på det første måletidspunktet (T1).

Det siste 10-året har Rutterskalaene i stor grad blitt erstatta av SDQ (Goodman, 1999), som inneheld mange av dei same spørsmåla som Rutterskalaen, men med færre spørsmål og like versjonar for foreldre/omsorgspersonar, lærarar og barn

(www.sdqinfo.com). I mange land (særleg USA) er også CBCL/TRF (Achenbach, 1991) eit føretrakt kartleggingsinstrument for barns psykiske vanskar. Bruken av ulike kartleggingsinstrument i ulike studiar kan vera ei utfordring i forskingssamanheng, fordi det vanskeleggjer direkte samanlikningar av funna. Ved bruk av grenseverdiar for kliniske vanskar kan ein likevel samanlikna førekomsten av psykiske vanskar på tvers av kartleggingsinstrument og studiar. Når det gjeld bruken av skalaene som kontinuerlege avhengige variablar (utfallsmål), er det likeeins fullt mogeleg å samanlikna påviste samanhengar, variasjon og utvikling.

4.5 Andre studievariablar

4.5.1 Demografiske kjenneteikn ved barna

Kjønn vart koda 0 for jenter (n=38) og 1 for gutar (n=71).

Alder vart behandla både som ein kontinuerleg variabel (alle delstudiane), og som dikotomisert variabel (delstudie 1), der aldersgruppa 6-9 år (n=61) vart koda 0 og aldersgruppa 10-12 år (n=48) vart koda 1.

4.5.2 Sosioøkonomiske kjenneteikn ved foreldra

Sosioøkonomiske kjenneteikn ved foreldra var kartlagt ved tre variablar; familiestruktur, mor si høgaste utdanning og mor si viktigaste inntektskjelde på plasseringstidspunktet. Informasjon om mødrene vart valt fordi dei fleste barna budde saman med mødrene på plasseringstidspunktet, og fordi det mangla informasjon om ein stor del av fedrane. Informasjonen var rapportert av barna sine saksbehandlarar i den enkelte sak, og supplert/justert av informasjon frå foreldra sjølve.

Familiestruktur var rapportert i fem kategoriar avhengig av kven barnet budde med rett før plassering utanfor heimen; mor og far (n=12), mor åleine (n=59), mor/stefar (n=29), far åleine (n=5), far/stemor (n=4). Alle kategoriane er rapporterte i delstudie 1, medan i delstudie 2 vart kategoriane samanslegne til to grupper: «foreldre/steforeldre» (koda 0) og «eineforeldre» (koda 1).

Mor si høgaste utdanning var rapportert på ein seks-punkt skala som gjekk frå «mindre enn 9 års skolegang» (1) til høgskole/universitetsutdanning (6). Variabelen vart behandla både som kategoriell (delstudie 1) – der grunnskolenivå (inntil 9 år) vart koda

1 (n=53), vidaregåande nivå (inntil 12 år) vart koda 2 (n=24) og høgskole/universitetsnivå vart koda 3 (n=5) - og som kontinuerleg (delstudie 2).

Mor si viktigaste inntektskjelde var rapportert i fem kategoriar; inntektsgivande arbeid (n=24), lån (n=1), trygdeytningar (n=59), økonomisk sosial hjelp (n=15) og anna (n=7), men vart slått saman til tre kategoriar i delstudie 1 og til to kategoriar i delstudie 2. Desse kategoriane var: «inntektsgivande arbeid» (koda 1), «trygdeytning» (koda 2)/«sosial hjelp/anna» (koda 3).

4.5.3 Informasjon om barnevernssaka

Informasjon om barnevernssaka bestod av fem variablar; plasseringstype, lovheimel for plassering, tidlegare tiltak frå barnevernet, årsaker til plassering (fleire variablar) og tal flyttingar frå plasseringstidspunktet (T1) til oppfølgingstidspunktet (T4). All informasjonen var rapportert av saksbehandlarane.

Plasseringstype var rapportert i fire kategoriar: institusjon (n=56), fosterheim (n=18), beredskapsheim (n=31) og «anna» (n=4). I delstudie 3 vart dei fire kategoriane slått saman til to; «institusjon» (koda 0) og «fosterheim/beredskapsheim o.l.» (koda 1).

Lovheimel for plasseringa var rapportert i fire kategoriar: friviljug plassering etter Bvl. § 4-4.5 (n=41), akutt plassering med samtykke etter Bvl. § 4-6.1 (n=18), akutt plassering utan samtykke etter Bvl. § 4-6.2 (n=22) og omsorgsovertaking etter Bvl. § 4-12 (n=28). I delstudiane vart dei fire kategoriane slått saman til to; «friviljuge plasseringar» (koda 0) og «tvangsplasseringar» (koda 1).

Tidlegare barneverntiltak bestod av tre kategoriar (koda 0,1,2); “ingen tiltak” (n=17), “hjelpetiltak i heimen» (n=66) og «hjelpetiltak heime og plasseringstiltak» (n=26).

Årsaker til plassering inkluderte ei rekke enkeltårsaker som var registrert av saksbehandlarane som medverkande til at plasseringa skjedde. Dette galdt *forhold knytt til foreldra*; rus (n=54), psykisk sjukdom (n=25), fysisk sjukdom (n=2), foreldre død (n=5), foreldre slitne (n=46), samlivskonfliktar/vald (n=28), samværskonfliktar (n=4), kriminalitet (n=8), anna avvikande åtferd hos foreldre (n=11), økonomiske vanskar (n=22), *forhold knytt til omsorgssituasjonen*; vanrøkt/omsorgssvikt (n=54), fysiske overgrep (n=11), seksuelle overgrep/incest (n=5), psykisk omsorgssvikt og/eller overgrep (n=38), *forhold knytt til foreldre-barn relasjonen*; grensesetjingsproblem

(n=50), foreldre/barn konflikter (n=26) og *forhold knytt til barnet*; åtferdsvanskar (n=55).

Det er viktig å vera merksam på at barnet sine åtferdsvanskar som årsak til plassering ikkje er det same som delskåren for åtferdsvanskar kartlagt ved the Revised Rutter Scales. For å skilja dei frå kvarandre i artiklane er åtferdsvanskar som årsak til plassering omtala som «behavioural problems», medan det diagnostiske omgrepet knytt til skalaen er «conduct problems». Det var også registrert ei rekke andre årsaker til plassering knytt til barna, men dei vart ikkje brukt i PhD-prosjektet. Alle årsakene var koda 0 dersom dei ikkje var registrert, og 1 dersom dei var registrert som medverkande årsak til plasseringa. Det var også registrert fleire årsaker til plassering i kvar sak. Dei ulike årsakene til plassering er brukt litt ulikt i dei ulike delstudiane, noko som vil gå fram av punktet om analysemetodar.

Tal plasseringar (0-11) etter første plassering vart registrert for kvart enkelt barn og oppdatert gjennom oppfølgingsundersøkingane på T2 og T3 gjennom intervju med saksbehandlarane, og på T4 gjennom nye intervju med saksbehandlarar, og gjennomgått med barna sjølve. Systematiseringar av plasseringsforløpa har blitt gjort av Havik & Christiansen (2009) og vidare utforska av Christiansen et al. (2010).

4.5.4 Stressande livshendingar

Stressande livshendingar var rapportert av saksbehandlarane, som fylte ut ei liste av 15 potensielt viktige livshendingar i barnet/familien sitt liv dei siste åra (Goodyer, 1985; Ogden, 1995; Sandbæk, 1999). Hendingane gjaldt sjukdom, død, tap av viktige personar, endringar i familiesituasjonen (nye barn eller vaksne i hushaldet, skilsmisse/separasjon), flyttingar, skolebytte, alvorlege sosiale problem (t.d. økonomiske problem, husproblem, kriminalitet) etc. Dei ulike hendingane vart koda 1 dersom dei vart stadfesta og 0 dersom dei ikkje vart stadfesta. Før bruk i analysesamanheng vart svara på enkelthendingane summert til ein sumskåre (0-9). Ein mogeleg svakheit ved denne informasjonen er at den er rapportert av saksbehandlarane, og ikkje av foreldra/barna sjølve.

4.5.5 Støttande relasjonar

Støttande relasjonar vart målt ved ein sumskåre av følgjande 4 spørsmål: 1) barnet har støtte i lærar eller ein annan vaksen person på skolen, 2) barnet har støtte i eldre søsken, 3) barnets familie har støtte i familie/slektningar og 4) barnets familie har støtte i naboar/venner. Spørsmåla er også brukte i Prosjekt Oppvekstnettverk (Ogden, 1995). Enkeltspørsmåla var svara på av saksbehandlar; positivt (koda 1) dersom støttande relasjonar vart stadfesta, og negativt (koda 0) dersom ikkje stadfesta. På same vis som med spørsmåla om stressande livshendingar kan det vera ein svakheit knytt til informasjonen frå desse spørsmåla, fordi den ikkje er stadfesta av foreldra/barna sjølve.

4.6 Statistiske analysemetodar

Analysemetodar som er brukt i dei enkelte delstudiane kan oppsummerast til frekvensanalysar, kji-kvadrat testar, t-testar, prinsipal komponent analyse (PCA), korrelasjonsanalysar og regresjonsanalysar utført i SPSS versjon 17 og 18 (artikkel 1 og 3) og Amos (artikkel 2). *Frekvensanalysar* har vore brukt for å beskriva kjenneteikn ved dei ulike utvala og fordelingar mellom høge og låge vanskeskårar på Rutterskalaen. *Kji-kvadrat* testar har vore brukt for å undersøkje om skilnaden mellom ulike grupper i kategorielle variablar har vore signifikant, medan *t-testar* for uavhengige (independent) og avhengige (paired) grupper har vore brukt for å testa tilsvarande skilnader i gjennomsnittsverdiar for kontinuerlege variablar.

Prinsipal komponent analyse vart brukt i konstruksjon av tre risikoindeksar for psykiske vanskar, basert på familierelaterte årsaker til plassering (10 årsaker, som alle var rapportert for minst 10 barn inngjekk i analysen) (delstudie 1). Den første analysen indikerte fem faktorar med «eigenverdi» over 1. Vidare analysar indikerte at ei tre-faktorløysing, som forklarte 48 % av den totale variansen, ga den beste teoretiske løysinga. Analysen ga tilfredsstillande verdiar på «Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy» (0.53) som har grenseverdiar frå 0.50 til 0.80, og «Bartlett's Test of Sphericity» var signifikant. Dei tre risikoindeksane var slik samansette: «foreldrerisiko» (rusmisbruk, psykiske vanskar, avvikande åtferd, konflikhtar/vald mellom foreldra), «samhandlingsrisiko» (foreldre slitne, grensesetjingsproblem, foreldre/barn konflikhtar), og «omsorgssviktrisiko» (fysisk/psykisk mishandling, fysisk/psykisk omsorgssvikt). Risikoindeksane vart brukte i vidare regresjonsanalysar.

Korrelasjonsanalysar vart brukt for å undersøkje samanhengar mellom dei uavhengige variablane og utfallsmåla, bl.a. for å ha eit statistisk grunnlag for å velja ut mogelege forklaringsvariablar for vidare regresjonsanalysar. Korrelasjonsanalysar vart også brukt for å studera samanhengen mellom dei ulike måla på barna sine psykiske vanskar på T1 og på T4. I delstudie 2 undersøkte ein samanhengen mellom ulike forklaringsvariablar og gruppeskilnader mellom det å vera plassert pga. foreldres rusproblem og det å vera plassert pga. andre årsaker. I undersøkingar av gruppeskilnader er det ein føresetnad at ein mogeleg forklaringsvariabel har ein viss korrelasjon *både* med utfallsmålet og med gruppevariabelen (MacKinnon, Krull, & Lockwood, 2000).

Hierarkisk multippel regresjonsanalyse vart brukt i alle delstudiane for å undersøkje den totale og unike tydinga som dei uavhengige variablane hadde på dei avhengige variablane (utfallsmålet). I samband med regresjonsanalysane vart det også køyrt ei rekke analysar for å undersøkje mogelege interaksjonseffektar mellom dei ulike forklaringsvariablane og utfallsmåla, men ingen slike effektar vart funne i nokon av delstudiane. I regresjonsanalysane var alle kategorielle variablar «dummy-koda» (0-1), medan dei kontinuerlege variablane vart oppretthaldne.

4.7 Handtering av manglande data

Kvantitativ forskning er avhengig både av eit rimeleg stort tal informantar, og av eit mest mogeleg komplett datasett. I både tverrsnittstudiar, men særleg i oppfølgingsstudiar, kan det vera ei utfordring at datasettet er mangelfullt, anten pga. bortfall av informantar, eller at det manglar informasjon på enkeltspørsmål i eit kartleggingsskjema. Det finst etter kvart mange avanserte metodar for å behandle manglande data, føresett at ikkje altfor store delar av datasettet manglar.

Ein tradisjonell metode er å erstatta manglande data på enkeltvariablar med ein individuell gjennomsnittsverdi basert på dei andre skårane på same indeks eller skala. Dette er ein metode som blei brukt i alle delstudiane i avhandlinga for å fylla ut manglande enkeltsvar på Rutterskalaen (føresett at manglande svar på skalaen ikkje oversteig 33 %). Dette innebar t.d. at minst 2 av 3 spørsmål på skalaen for hyperaktivitet måtte vera svara på, eller 4 av 6 spørsmål på skalaen for åtferdsvanskar, lærarversjon.

I det empiriske materialet var ikkje manglande data noko stort problem i forhold til dei uavhengige variablane, der vi hadde komplette data, bortsett frå informasjon om mødrene si utdanning (n=82, manglande data 25 %) og familiestruktur (n=105, manglande data 4 %), som ikkje hadde særleg stor tyding for dei vidare analysane. Det var derimot manglande data på Rutterskalaen, som ga ei særleg utfordring på oppfølgingstidspunktet 7-8 år etter plasseringa.

I *den første delstudien* (T1) blei det ikkje estimert verdiar for informantar som ikkje hadde svara på Rutterskalaen, dels fordi talet informantar blei vurdert å vera stort nok til å gjera dei ønska analysane (n=86-92, manglande informantar 21-16 %), og dels pga. manglande kompetanse i meir avanserte metodar for å behandla manglande data, i den første fasen av forskingsarbeidet.

I *den andre delstudien* (T1) blei analysane gjennomførte i statistikkprogrammet AMOS, som innebar at manglande data blei estimert ved hjelp av rutinane for "Full Information Maximum Likelihood" (FIML) (Byrne, 2009). Denne metoden estimerer manglande verdiar på grunnlag av all informasjon i det aktuelle datasettet, og ikkje berre gjennomsnittsverdiar på grunnlag av den enkelte sine skåringar på andre spørsmål. Føresetnaden i FIML metodar er at «sannsynlegheiten» for manglande data på ein spesifikk variable "Y" er relatert til dei andre variablane i modellen, men ikkje til verdiane av "Y" variabelen sjølv, noko som blir kalla «missing at random» (MAR) (Enders, 2010). Formulert på ein annan måte inneber MAR at manglande data om psykiske vanskar ikkje er relatert til desse spørsmåla i seg sjølv, men evt. til ein av dei andre variablane i modellen²².

I *den tredje delstudien* (T4) mangla det informasjon om psykiske vanskar for meir enn halvparten av dei 109 barna, anten frå omsorgspersonar eller frå lærarar. Både pga. manglande data, men like mykje pga. eit ønske om å undersøkje eit mest mogeleg homogent utval av langtidsplasserte barn, vart utvalet på oppfølgingstidspunktet bestemt til å inkludera dei 70 barna som alle hadde vore plasserte utanfor heimen i meir

²² Ideelt sett er det ønskeleg at manglande data skal vera heilt tilfeldig og uavhengig av alle variablar i modellen; «missing completely at random» (MCAR), men då dette sjeldan er tilfelle er krava til bruk av metoden sett til MAR, som forklara i teksten.

enn 4 år. I dette utvalet varierte manglende data om psykiske vanskar frå 19 % til 24 % for dei ulike skalaene, bortsett frå lærarskalaen på T4, der manglende data var mellom 43 % og 46 %.

Fordi utvalet i oppfølgingsstudien var såpass lite, valde vi å nytta Multiple Imputation (MI) for å handtera manglende data. Denne metoden er også basert på føresetnaden om MAR, og vart gjennomført ved hjelp av rutinane i SPSS 18. MI gjer bruk av Bayesian estimering, som har vist seg å vera mindre sensitiv for små utval enn Maximum Likelihood estimering (Enders, 2010; Muthén & Asparouhov, 2012). MI har vist seg å fungera tilfredsstillande for utval ned mot $n=50$, og å kunne behandla manglende data på inntil 50 % på ein god måte (Graham, 2009).

For å oppnå eit tilnærma likt resultat med gjennomsnittet frå uendelege trekningar frå ein populasjon, blir det tilrådd å gjera imputeringa mange gonger (minst 40), og det er gjennomsnittet frå dei enkelte imputeringane som blir brukt som endelege verdiar. Å gjera imputeringa mange gonger, vil også gi ein større variasjon i materialet enn ved ei enkelt imputering. MI og FIML er generelt sett vurdert som “state of the art” når det gjeld metodar for å behandla manglende data, og som klart overlegne post hoc rutinar som «mean replacement» og «list-wise» eller «pair-wise deletion» (Schäfer & Graham, 2002).

Sjølv om MI har vist seg å fungera tilfredsstillande for små utval kan ein risikera konvergeringsproblem og utilfredsstillande løysingar som kan forstyrre analyseresultata (Sterne, White, & Carlin, 2009). Dette vart det kontrollert nøye for, i tillegg til at det også vart gjort samanlikningar med analysar utan imputering (list-wise deletion), som i hovudsak ga det same resultatet. Talet på imputerte datasett vart sett til 50 for å oppnå tilfredsstillande statistisk kraft. Relevante interaksjonseffektar var også inkluderte i imputeringsmodellen, for å betre kunna oppdaga slike effektar (Graham, 2009).

4.8 Forskingsetiske vurderingar

Forsking på marginaliserte grupper inneber eit forskningsetisk ansvar både i forhold til vern av enkeltindividet og i forhold til samfunnets behov for kunnskap²³. Særleg gjeld dette forskning på mindreårige og andre grupper som er dårleg i stand til å målbera sine egne interesser, og i forhold til innhenting av sensitiv informasjon, som også kan utløysa kraftige reaksjonar og hjelpebehov hos informantane (Strandbu & Thørnblad, 2010). Fordi innsamling av datamaterialet skjedde i regi av hovudprosjektet, gjeld etiske vurderingar for avhandlinga først og fremst behandling og vidareformidling av informasjon. Som forskingsmedarbeidar i hovudprosjektet gjennom heile perioden vil eg likevel nemna nokre forskningsetiske problemstillingar frå datainnsamlingsperioden, som særleg gjeld foreldre og barn.

Det vart i utgangspunktet lagt stor vekt på å gi fyldig og forståeleg informasjon om kva det innebar å delta i prosjektet til alle partar, både skriftleg og munnleg, og at det var mogeleg å trekkja tilbake samtykke til deltaking kva tid som helst. I rekruttering av informantar på T1 var det særleg viktig å nærma seg dei potensielle informantane (foreldra) med varsemnd og respekt, særleg fordi dei nyleg, med eller utan samtykke, hadde opplevd at barna deira var blitt plasserte utanfor heimen for kortare eller lengre tid, og at dei av ulike årsaker ikkje hadde strekt til som foreldre. I nokre saker var det ei utfordring å vurdera om foreldra pga. helsetilstanden var i stand til å gi eit informert samtykke. Ved siste datainnsamling (T4) var det ein stadig tilbakevendande diskusjon i prosjektgruppa korleis ein skulle få kontakt med informantane og evt. purra på skriftleg samtykke. Nokre saker gjekk t.d. heilt eller delvis tapt fordi ungdommane sjølve ikkje ønskte at dei vaksne i saka skulle la seg intervjuja, eller at dei ikkje ville delta fordi dei ville vera ferdige med fortida si som barnevernsbarn.

I sjølve intervjusituasjonen var det viktig å vera merksam på når informantane var slitne og å visa forståing for at dei ikkje ønska å uttala seg om alle tema. Det var også viktig å sikra seg at informantar som trengte nokon å snakka med etter intervjuet hadde det. For barna sin del var dette ofte omsorgspersonane, men for nokre av dei var

²³ <http://www.etikk.no/retningslinjer/NESHretningslinjer/06>

det betre å snakka med andre som ikkje var så involverte i barnevernsaka. Fordi det var intervju med fleire informantar i kvar sak, var det avgjerande å sikra at den framkomne informasjonen ikkje vart gitt vidare til dei andre. Alle forskingsmedarbeidarane var innforstått med at dersom det kom fram informasjon som kunne utløysa meldeplikt til barnevernet, så var dette overordna lovnaden om konfidensialitet.

Mine personlege erfaringar frå bl.a. å ha intervjuet ei rekke ungdommar er at dei fleste synest det var både ei positiv og nyttig oppleving å bli intervjuet, og som ein av dei unge gutane sa: «Tenk, det kom ein forskar heilt frå Bergen berre for å snakka med meg!» Nokre av dei yngste informantane syntest nok at det blei for mange spørsmål på ein gong, og likte betre å kryssa av på spørjeskjema.

Forskingsetiske problemstillingar som har større relevans for PhD-prosjektet gjeld først og fremst formidling av funn. Innan kvantitativ forskning som blir formidla på gruppenivå er det ikkje så stor fare for at enkeltpersonar skal kunna identifiserast. Men dersom mogeleg ufordelaktige opplysningar blir formidla offentleg, er det ein fare for stigmatisering eller ytterlegare marginalisering av dei det gjeld; anten at barnevernsbarn eller foreldre blir framstilte som stereotypiar eller som avvikarar frå det som er normalt eller ønskelig, eller at det blir sannsynleggjort at barnevernet eller lærarar ikkje har gjort ein god nok jobb. Dette er generelle omsyn som må vegast opp mot samfunnets behov for kunnskap; ein kunnskap som forhåpentleg også kan føra til ein større innsats og ein betra situasjon for dei det gjeld.

5. Resultat frå delstudiane

Dette kapitlet omhandlar dei empiriske delstudiane som har danna grunnlaget for avhandlinga. Gjennomgangen startar med eit samandrag av problemstillingar, funn og konklusjonar knytt til dei enkelte delstudiane. Deretter har eg valt å leggja inn dei 3 artiklane i fulltekst, for å tydeleggjera at dei er ein integrert del av avhandlinga, og fordi dei med fordel kan lesast før drøftinga i det siste kapitlet.

5.1 Artikkel 1:

Havnen, K.S., Jakobsen, R. & Stormark, K.M. (2009): Mental health problems in Norwegian school children placed out-of-home - the importance of family risk factors. *Child Care in Practice*, **15**, 235-250.

Studien som blir presentert i denne artikkelen hadde to hovudproblemstillingar:

- 1) Å kartleggja førekomst og variasjon av psykiske vanskar hos norske skolebarn i alderen 6-12 år kort tid etter at dei blei plasserte utanfor heimen
- 2) Å studera samanhengen mellom familierelaterte årsaker til plasseringa og variasjonen i barna sine psykiske vanskar.

Utvalet bestod av 109 barn som blei plasserte utanfor heimen i ein alder av 6-12 år. Barna sine psykiske vanskar og prososiale åtferd blei vurdert av lærarar og foreldre, som fylte ut eit standardisert kartleggingsskjema (the Revised Rutter Scales) kort tid etter plasseringa. Skjemaet hadde ein skåre for totale psykiske vanskar og delskårar for emosjonelle vanskar, åtferdsvanskar, hyperaktivitet og prososial åtferd. Totalskåren vart også delt i høge og låge vanskeskårar (kliniske vs. ikkje kliniske skårar) etter bestemte grenseverdier. Medverkande årsaker til plassering blei registrert av barna sine saksbehandlarar i barneverntenesta på ei omfattande liste av moglege årsaker²⁴. Familierelaterte årsaker til plasseringa blei i denne studien slått saman til 3

²⁴ Barnerelaterte risikofaktorar var ikkje studerte i denne samanheng

risikoindeksar; 1) foreldreproblem (rusmisbruk, psykiske vanskar, avvikande åtferd, konflikhtar/vald mellom foreldra), 2) samhandlingsproblem (foreldre slitne, grensesetjingsproblem, foreldre/barn konflikhtar), og 3) omsorgssvikt/mishandling (fysisk/psykisk mishandling, fysisk/psykisk omsorgssvikt).

Studien viste at meir enn sju av ti barn hadde symptom på psykiske vanskar både ifølgje lærarar (75 %) og foreldre (70 %), og at gutane hadde høgare vanskar enn jentene på alle problemområda, bortsett frå emosjonelle vanskar. Jentene hadde også høgare prososial åtferd enn gutane. Det var ingen samanheng mellom barna sin alder og omfanget av totale psykiske vanskar. I utforskinga av kva forhold som kunne forklara variasjonen i barna sine psykiske vanskar, blei det konstatert at det var ingen lineær samanheng mellom talet på risikofaktorar knytt til familierelaterte årsaker til plassering og barna sine vanskar, men barn som var plasserte pga. *ei* spesifikk årsak hadde lågare psykiske vanskar enn dersom *to eller fleire* årsaker medverka til plasseringa. Risikoindeksane for foreldreproblem og samhandlingsproblem forklarte begge ein signifikant del av variasjonen i barna sine totale psykiske vanskar, men i kvar sine retningar. Medan høgare foreldreproblem var relatert til lågare psykiske vanskar, var høgare samhandlingsproblem relatert til høgare psykiske vanskar. Risikoindeksen for omsorgssvikt/mishandling hadde ingen forklaringsverdi i denne samanheng. Kjønn hadde ein forklaringsverdi ifølgje lærardata, men ikkje ifølgje foreldredata.

I artikkelen blir det konkludert med at omfanget av psykiske vanskar hos norske barn plasserte utanfor heimen er høgt, både i forhold til barn generelt og samanlikna med andre studiar av plasserte barn. Ulike risikofaktorar knytt til familierelaterte årsaker til plassering kan vera viktige indikatorar for psykiske vanskar hos barna. For å betre fanga opp behovet for vidare utgreiing og behandling, blir det foreslege å innføra ei «screening» av psykiske vanskar for alle barn som blir vurdert for plassering utanfor heimen. Større nasjonal innsats blir etterlyst, både når det gjeld forskning på førekomsten

av psykiske vanskar hos norske barnevernsbarn, og i tiltaksutvikling for å betre imøtekoma barna sine psykiske vanskar.²⁵

5.2 Artikkel 2:

Havnen, K.S., Breivik, 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*, **33**, 2010-2017.

Studien som blir presentert i denne artikkelen er ei oppfølging av artikkel 1, som bl.a. fann at barn plasserte utanfor heimen pga. foreldreproblem hadde lågare psykiske vanskar enn barn plasserte pga. samhandlingsproblem. I denne artikkelen valde vi å gå bort frå risikoindeksane frå artikkel 1, for heller å fokusera på enkeltvariablar. Ettersom rusmisbruk hos foreldre var ei av dei vanlegaste enkeltårsakene til plassering, og som var relatert til lågare grad av psykiske vanskar enn andre plasseringsårsaker, bestemte vi oss for å studera korleis barn plasserte pga. foreldres rusmisbruk skilte seg ut ifrå barn plasserte av andre årsaker. På denne bakgrunn var føremålet med artikkelen å samanlikna barn plasserte utanfor heimen pga. foreldres rusmisbruk med barn som var plasserte av andre årsaker enn foreldres rusmisbruk, med eit særlig fokus på å utforska potensielle skilnader i barna sine psykiske vanskar. Artikkelen hadde tre problemstillingar;

- 1) Å beskriva mogelege gruppeskilnader mellom barn plasserte pga. foreldres rusmisbruk og barn plasserte av andre årsaker; relatert til barna sjølve, til foreldra og til barnevernsaka, så vel som barna og familiane sine opplevingar av sosial støtte og stressande livshendingar.

²⁵ Korrigerings av feil i publisert artikkel s. 246: Med referanse til Egelund & Hestbæk (2007) blir det opplyst at den danske studien fant ingen korrelasjon «mellom lærar- og foreldrerapport» av barna sine psykiske vanskar. Det korrekte skal vera «mellom fosterforeldre- og foreldrerapport». Det står også at barna gjekk i 1ste til 10de klasse (s238). Det rette skal vera 1ste til 7de klasse.

- 2) Å utforska mogelege gruppeskilnader i psykiske vanskar mellom barn plasserte pga. foreldres rusmisbruk og barn plasserte av andre årsaker.
- 3) Å utforska mogelege forklaringar til den potensielle gruppeskilnaden i psykiske vanskar mellom barn plasserte pga. foreldres rusmisbruk og barn plasserte av andre årsaker.

Utvalet var, som i den første studien, 109 barn som blei plasserte utanfor heimen i alderen 6-12 år, men for å studera gruppeskilnader mellom barn plasserte pga. foreldres rusmisbruk og barn plasserte av andre årsaker blei utvalet delt i to grupper; der 54 barn tilhørde “rusgruppa” (PSA = parental substance abuse) og 55 barn tilhørde “ikkje-rus gruppa” (NPSA = not parental substance abuse). Dei fleste barna i begge gruppene hadde fleire plasseringsårsaker, men skiljet mellom gruppene var «rus» eller «ikkje rus» hos foreldra. Barna sine psykiske vanskar og prososiale åtferd var i denne studien basert på lærarvurderingar frå the Revised Rutter Scale, som blei vurdert å vera mindre påverka av sjølve plasseringa enn foreldrevurderingane. Informasjon om barna sjølve, familieforhold (inkludert sosioøkonomiske forhold) og barnevernsaka, samt opplysningar om sosial støtte og stressande livshendingar var svara på av saksbehandlarar i barnevernet, medan familieforhold også var supplert/justert med informasjon frå foreldra.

Det vart funne ei rekke (signifikante) gruppeskilnader mellom PSA-gruppa og NPSA-gruppa: Samanlikna med NPSA-gruppa var barna i PSA-gruppa yngre og oftare jenter; mødrene var oftare mottakarar av sosialhjelp/trygd, men hadde høgare utdanning; familiane hadde opplevd fleire stressande livshendingar; barna var sjeldnare plasserte i institusjon, oftare tvangsplasserte og hadde oftare vore plasserte utanfor heimen tidlegare; barna var sjeldnare plasserte pga. tilleggsårsaker som disiplinproblem eller eigne åtferdsvanskar og dei hadde høgare prososial åtferd. Forhold som familiestruktur, sosial støtte og det å vera plassert pga. omsorgssvikt skilte ikkje mellom dei to gruppene.

PSA-gruppa hadde mindre psykiske vanskar enn NPSA-gruppa for alle delskårar av the Revised Rutter Scale, unntatt hyperaktivitet. Begge gruppene hadde derimot langt oftare psykiske vanskar enn barn flest. Forhold som hadde samanheng med høgare psykiske vanskar var det å vera gut, og det å vera plassert utanfor heimen pga.

disiplinproblem og/eller egne åtferdsvanskar, medan forhold som hadde samanheng med lågare psykiske vanskar var mor si inntektskjelde (sosialhjelp/trygd), høgare grad av sosial støtte og høgare grad av prososial åtferd. Forhold som barna sin alder, familiestruktur, mors utdanning, tidlegare tiltak frå barnevernet og omfanget av stressande livshendingar hadde ingen samanheng med barna sine psykiske vanskar.

Alle variablar som korrelerte ($r > .15$) både med gruppetilhøyrse og med barna sine psykiske vanskar på dei ulike delskårane blei inkludert i regresjonsanalysar, med siktemål å forklara gruppeskilnadene i psykiske vanskar. Analysane viste at gruppeskilnadene i både totale psykiske vanskar og åtferdsvanskar nesten fullt ut vart forklart av barna si prososiale åtferd, og i nokon grad av barna sine åtferdsvanskar som medverkande årsak til plasseringa. Gruppeskilnaden i emosjonelle vanskar blei delvis forklart av barna si prososiale åtferd. Dei andre forklaringsvariablane hadde ingen sjølvstendig forklaringsverdi.

Studien konkluderer med at dei mange observerte skilnadene mellom PSA-gruppa og NPSA-gruppa tyder på at det dreiar seg om to forholdsvis ulike barnegrupper innanfor barnevernssystemet, både med omsyn til kjenneteikn ved barna, familiane og barnevernsaka. Prososial åtferd hos barnet kan sjåast som ein viktig beskyttande faktor mot utvikling av psykiske vanskar, noko som oppmodar til auka innsats frå barnevernet (og andre instansar) for å styrka slik åtferd. Det blir etterlyst longitudinell forskning for å undersøkje om barna i PSA-gruppa framleis har mindre psykiske vanskar enn andre plasserte barn når dei blir ungdommar og unge vaksne.

5.3 Artikkel 3:

Havnen, K.S., Breivik, K. & Jakobsen, R. (2012): Stability and change – A 7-8 year follow up study of mental health problems in Norwegian children in long term out-of-home care. *Child and Family Social Work*, accepted for publication 19. July. Article first published online: 17. Sep. 2012 | DOI: 10.1111/cfs.12001.

Studien som blir presentert i denne artikkelen er ei oppfølging av funn frå dei to føregåande artiklane, med føremål å undersøkje stabilitet og endring i barna sine psykiske vanskar 7-8 år etter at dei som 6-12 åringar blei plasserte utanfor heimen. Problemstillingane i studien var:

- 1) Å undersøkje absolutt og relativ stabilitet i barna sine psykiske vanskar over tid.
- 2) Å undersøkje om forhold som hadde samanheng med barna sine psykiske vanskar på plasseringstidspunktet også predikerte moglege endringar i psykiske vanskar over tid.

Utvalet i oppfølgingsstudien var 70 av dei 109 barna som var del av det opphavlege utvalet av barn plasserte utanfor heimen i alderen 6-12 år. Barna var på oppfølgingstidspunktet i alderen 13-20 år, det var dobbelt så mange gutar som jenter, og alle hadde vore plasserte utanfor heimen i meir enn 4 år (gjennomsnitt 6 år). Dei fleste av barna budde i fosterheim (n=46), medan resten budde i institusjon (n=9), i eige husvære (n=10) eller dei hadde nyleg flytta heim (n=5). Barna sine psykiske vanskar og prososiale åtferd blei på oppfølgingstidspunktet vurdert av barna sine daglege omsorgspersonar (fosterforeldre, miljøarbeidarar, foreldre) og av barna sine lærarar på the Revised Rutter Scales, medan tilsvarande opplysningar frå plasseringstidspunktet 7-8 år tidlegare, blei henta frå barna sine foreldre og lærarar. Informasjon om barnevernsaka og forhold ved barna/familiane blei registrert av barna sine saksbehandlarar i barneverntenesta på plasseringstidspunktet og er gjort greie for i dei to tidlegare delstudiane. I tillegg vart det inkludert informasjon om plasseringstype, lovheimel for plassering og tal flyttingar mellom ulike plasseringsstader i løpet av plasseringsforløpet, også rapportert av saksbehandlarane.

I utforskinga av absolutt og relativ stabilitet i psykiske vanskar var «absolutt stabilitet» definert som graden av stabilitet i individuell fungering på ein viss dimensjon (i denne samanheng psykiske vanskar) på tvers av tid (og rom), medan «relativ stabilitet» var definert som graden av stabilitet i individuell posisjon i ei gruppe på tvers av tid (og rom). Eit hovudfunn frå studien var at ifølgje lærarane hadde barna sine psykiske vanskar i absolutte verdiar betra seg tydelig, målt både ved gjennomsnittsskårar og ved omfanget av høge vanskeskårar (høge skårar redusert frå 83 % til 54 %), medan ifølgje omsorgspersonane var barna sine psykiske vanskar stabile over tid og framleis høge (71 % høge skårar begge tidspunkt). Relativt sett var det derimot ein låg til moderat korrelasjon mellom barna sine psykiske vanskar på plasseringstidspunktet og 7-8 år seinare, noko som indikerte at forholdsvis mange barn

hadde endra sin individuelle posisjon i gruppa over tid. Sistnemnte var eit funn som var felles i begge informantgruppene.

I ei vidare utforsking av individuelle endringsskårar (T4 skårar minus T1 skårar) blei det funne at heile 81 % av barna hadde lågare vanskeskårar på oppfølgingstidspunktet ifølgje lærarane, mot 51 % ifølgje omsorgspersonane. Ifølgje data frå begge informantgrupper var det ein sterk negativ korrelasjon mellom initiale vanskeskårar og endringsskårane. Plot av dei individuelle korrelasjonane viste at ifølgje lærarskårane hadde storparten av barna fått reduserte vanskar på oppfølgingstidspunktet, medan ifølgje omsorgspersonskårane hadde barn med høgare initiale vanskeskårar fått reduserte vanskar og barn med lågare initiale vanskeskårar hadde fått auka vanskar (sjå figurar i slutten av kapitlet). For barna med dei høgaste initiale vanskanane var det dermed eit felles mønster ifølgje begge informantgrupper, at barna hadde fått reduserte vanskar over tid.

Mogelege prediktorar for endringar i psykiske vanskar (endringsskårar) over tid vart først utforska ved korrelasjonsanalysar og deretter ved regresjonsanalysar. Også i desse analysane var det eit felles mønster i begge informantgruppene for variablar som hadde samanheng med barna sine endringsskårar, men samanhengane var i motsett retning enn det ein fann i analysar frå plasseringstidspunktet. Å vera gut og å vera plassert pga. egne åtferdsvanskar hadde samanheng med ei meir positiv utvikling enn å vera jente og å ikkje vera plassert pga. åtferdsvanskar. Å vera plassert pga. foreldres rusproblem eller å ha høgare skåre på prososial åtferd på plasseringstidspunktet hadde samanheng med ei mindre positiv utvikling enn å vera plassert av andre grunnar enn foreldres rusproblem eller å ha lågare prososial åtferd ved plassering. Tilleggsvariablane som gjaldt lovheimel for plassering og plasseringstype viste noko ulike resultat ifølgje lærarar og omsorgspersonar. Å vera «tvangsplassert» hadde samanheng med ei mindre positiv utvikling ifølgje omsorgspersonskårane, og å vera plassert i fosterheim hadde samanheng med ei mindre positiv utvikling ifølgje lærarskårane. Det var ingen samanheng mellom talet på flyttingar og endringsskårane for psykiske vanskar.

Alle prediktorane som hadde ein viss korrelasjon med endringsskårane ($r \Rightarrow .20$) vart inkluderte i regresjonsanalysar med føremål å predikera endringsskårane i barna sine psykiske vanskar. Eit samstemt resultat for begge informantgrupper, var at dei einaste signifikante prediktorane for endringar i barna sine psykiske vanskar frå

plasseringstidspunktet til 7-8 år seinare, for alle delskårane, var barna sine vanskeskårar på plasseringstidspunktet. Effekten av alle dei andre prediktorane vart forklart av barna sine initiale vanskar.

Ein hovudkonklusjon i studien var at barna si utvikling var prega av variasjon og endring meir enn stabilitet, og at det ikkje er tale om ei homogen gruppe som følgjer dei same utviklingslinene over tid. Studien framhevar tydinga av å undersøkje endring ved hjelp av ulike metodar, og at berre å rapportera absolutte endringar ved hjelp av gjennomsnittsskårar eller proporsjonar av høge/låge vanskeskårar kan dekkja over viktige individuelle endringar. Sjølv om meir enn halvparten av barna hadde lågare vanskeskårar på oppfølgingstidspunktet, var det generelle nivået av psykiske vanskar framleis høgt. Dette viser behovet for sterkare innsats både frå barneverntenesta og frå det psykiske helsevernet for barn og unge. Det blir etterlyst meir longitudinell forskning om plasserte barns psykiske vanskar.

Figure 1 The association between the total difficulty scores at T1 and individual change scores (T4–T1), caregivers' reports ($n = 70$). Note: The x-axis displays the level of total difficulties at T1. The y-axis displays the level of change.

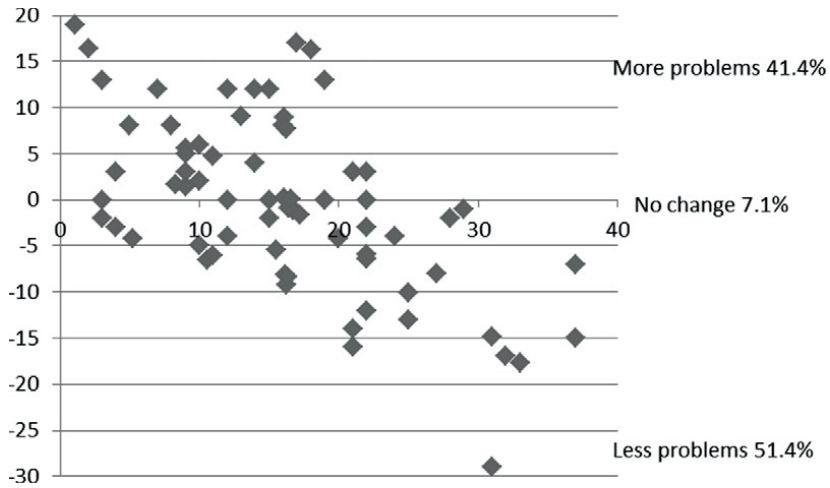
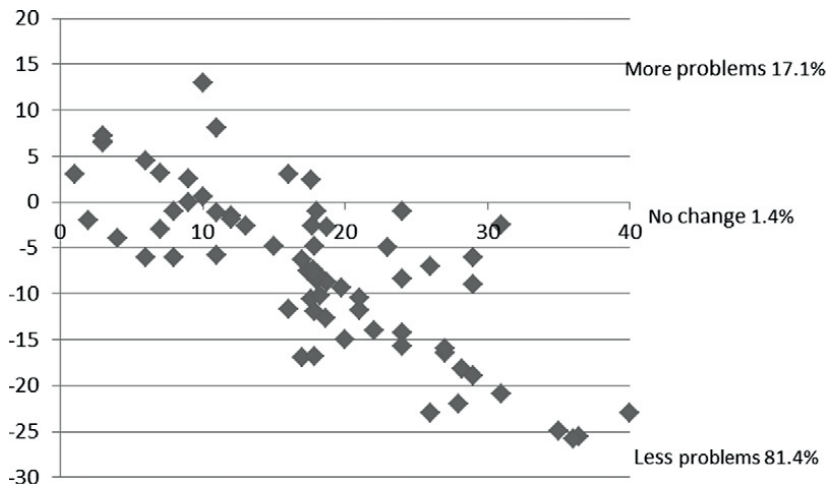


Figure 2 The association between total difficulty scores at T1 and individual change scores (T4–T1), teachers' reports ($n = 70$). Note: The x-axis displays the level of total difficulties at T1. The y-axis displays the level of change.



Artikkel 1

This article is not included due to copyright
available in Child Care in Practice 2009 ;Volum 15. s. 235-250
<https://doi.org/10.1080/13575270902891115>

Artikel 2



Contents lists available at ScienceDirect

Children and Youth Services Review

journal homepage: www.elsevier.com/locate/childyouth

Why do children placed out-of-home because of parental substance abuse have less mental health problems than children placed for other reasons?

Karen Skaale Havnen^{a,*}, Kyrre Breivik^b, Kjell Morten Stormark^a, Reidar Jakobsen^a^a UNI-Health, Centre for Child and Adolescent Mental Health, University of Bergen, Norway^b UNI-Health, Research Centre for Health Promotion, University of Bergen, Norway

ARTICLE INFO

Article history:

Received 22 March 2011
 Received in revised form 19 May 2011
 Accepted 19 May 2011
 Available online 27 May 2011

Keywords:

Parental substance abuse
 Mental health problems
 Behavioral problems
 Prosocial behavior
 Out-of-home care
 Children

ABSTRACT

The purpose of this paper was to compare children placed out-of-home because of parental substance abuse (PSA) with children placed for other reasons (NPSA), and to explore the association between PSA and mental health problems in a Norwegian sample of 6- to 12-year-old children in out-of-home care ($N = 109$). Several group differences were found related to the children themselves, their families and the Child Welfare case. The PSA children had less total difficulties, conduct problems and emotional problems than the NPSA children assessed by the teachers on the Revised Rutter Scale. However, both groups had far more mental health problems than children in general. The most important variable explaining the group difference in all subgroups of mental health problems was the extent of prosocial behavior in the children, but being placed for behavioral problems also explained a significant part of total difficulties and conduct problems. Variables like gender, discipline problems and socioeconomic conditions did not have a significant effect. The conclusion of the study was that prosocial behavior might be regarded as an important protective factor against mental health problems, which is an argument for investing in programs focusing on enhancing the placed children's mastering strategies.

© 2011 Elsevier Ltd. All rights reserved.

1. Introduction

Parental substance abuse¹ (PSA) is a well-established risk factor for a variety of negative psychosocial outcomes for children (Christoffersen & Sothill, 2003; Dore, Doris, & Wright, 1995; Haugland, 2003; Johnson & Leff, 1999; Johnson, Sher, & Rolf, 1991; Steinhausen, 1995) but some studies have also focused on “resilient” children of substance abusers, like the “classical” study of Werner (1986). American studies have widely documented the association between PSA and child maltreatment, and both American and European studies have recognized PSA as a major concern and a frequent reason for being in contact with the child welfare services (CWS) (Besinger, Garland, Litrownik, & Landsverk, 1999; Cleaver, Undell, & Aldgate, 1999; Dore et al., 1995; Forrester & Harwin, 2006; Havnen, Jakobsen, & Stormark, 2009). There is however, still a lack of research on children of substance abusers compared with other children registered with the CWS (Forrester, 2000), and we have found only a few studies reporting findings on the association between PSA and mental health problems in placed children (Egelund, Hestbæk, & Andersen, 2004; Vanderploeg et al., 2007). The purpose of this paper

was to compare children placed out-of-home because of PSA with other placed children, and to explore the association between PSA and mental health problems in a Norwegian sample of 6- to 12-year-old children in out-of-home care. The concept “mental health problems” is used in a general way including different types of problems. Whenever specific types of mental health problems are referred to this is specified by terms as “total difficulties,” “emotional problems,” “conduct problems” or “hyperactivity” in accordance with the respective scale they were measured on.

Some studies have documented that child welfare cases characterized by PSA differ from other child welfare cases related to sociodemographic conditions, type of maltreatment and placement settings. Besinger et al. (1999) found that children in the substance abuse group were younger, more often had single parents and more often had experienced neglect, but had experienced sexual or physical abuse less often than children of the non-substance abuse group. Vanderploeg et al. (2007) found group differences associated with age, gender, ethnicity, and placement settings, indicating that the children of the substance abuse group were more often girls, more often younger and more often placed in kinship care, but less often placed in group homes and emergency shelter homes. In contrast to Besinger et al. (1999), Vanderploeg et al. (2007) also reported that child neglect as an additional reason for placement were less frequent in the substance abuse group than in the other group. Forrester and Harwin (2006) found that children in the PSA group were younger than children in the comparison group. Most families in both groups

* Corresponding author at: UNI-Health, Centre for Child and Adolescent Mental Health, Box 7800, 5020 Bergen, Norway. Tel.: +47 55583212; fax: +47 55588379.
 E-mail address: karen.havnen@uni.no (K.S. Havnen).

¹ PSA = parental substance abuse, NPSA = not parental substance abuse.

were headed by single mothers, but the substance abuse families were half as likely to have a working parent, twice as likely to be living in temporary accommodation and three times more likely to have identified housing concerns. Based on the previous studies the first aim of the current study was to describe possible group differences between children placed out-of-home for PSA versus NPSA.

It is well documented that children in contact with the child welfare services have considerably more mental health problems than children in general (Egelund et al., 2004; Ford, Goodman, & Meltzer, 2003; Havnen et al., 2009; Iversen, Jakobsen, Havik, Hysing, & Stormark, 2007). Little research however, has focused on the association between PSA and the children's mental health problems in a child welfare context. In a previous study of the current sample Havnen et al. (2009) found that children placed out-of-home because of parental problems (substance abuse, mental health problems, conflicts/violence, deviant behavior) had less mental health problems than children placed because of interactional problems (e.g. discipline problems and parent-child conflicts). Suggested explanations for the finding were that parental problems do not necessarily affect the children directly, the children might have supportive adults who protected them from the parents' problems or the children might have developed some kind of mastering strategies to help their families in their daily functioning. Vanderploeg et al. (2007) found that children placed in foster care because of PSA were significantly less likely to have mental illness diagnosis, disabilities and behavioral problems than children in the comparison group (NPSA). In contrast Egelund et al. (2004) have reported an association between PSA as a reason for placement and high scores of total difficulties and emotional problems on the SDQ scale (Goodman, 2001). The limited and somewhat divergent results from previous studies underline the need for more research in this area. Thus the second aim of the study was to explore if children placed out-of-home because of PSA had less mental health problems than children placed for other reasons; which we expected that they would.

If our hypothesis was confirmed, our last aim was to explore possible reasons for this. Based on information from the first research question selected variables for exploring the group differences in mental health problems in the children were characteristics of the children, the parents and the child welfare case, as well as the children's and the families' experiences of supportive relationships and stressful life events. We expected that an important explanation for the hypothesized lower risk for mental health problems among children in the PSA group could simply be attributed to the fact that PSA children would be less likely to be placed out-of-home because of their own problems. Backe-Hansen (2001, 2003) has examined the child welfare workers decision making processes in a Norwegian sample of children placed out-of-home because of parental substance abuse compared to other reasons like child abuse and neglect, violent family conditions or dysfunctional relationship between the children and the parents. She has concluded that when parental substance abuse was a main reason for placement, this argument was so important (trump card cases) that focus on the children's functioning became of less interest. In more complex cases (puzzle cases) information about the children's (mal)functioning which could be related to the maltreatment was of great importance as an argument for placing the children.

We also expected that children in the PSA group would have less mental health problems than children removed for other reasons, because they might be more prosocial. The hypothesis was partly based on Egelund et al. (2004) who have reported that children placed because of PSA were more prosocial than other placed children. They suggested that children living in substance abusing families have to develop prosocial coping strategies to manage in everyday life. Despite its name, prosocial behavior should not simply be regarded as the opposite of antisocial behavior (Hawley, 2003; Kokko et al., 2006; McGinley & Carlo, 2006; Sørli, Hagen, & Ogdén, 2008). For

instance, some children might be both prosocial and aggressive at the same time (Hawley, 2003; Hay & Pawlby, 2003). According to several researchers prosocial behavior might be regarded as a protective factor against antisocial behavior (Hastings, Zahn-Waxler, Robinson, Usher, & Bridges, 2000; Kokko et al., 2006; Kokko & Pulkkinen, 2002; Pulkkinen & Trembely, 1992), because prosocial behavior is likely to elicit reactions in the environment that reinforce prosocial behavior to a greater degree than antisocial behavior (Sørli et al., 2008).

Prosocial behavior might possibly also be seen as a protective factor in relation to emotional problems, because it might heighten children's chance of having close and supportive relationships, both with friends and with grown-ups (Wentzel & McNamara, 1999). It is important to emphasize however, that a few studies have found that prosocial behavior might in fact act as a risk factor for certain children, as being too empathic and too caring about others might increase children's own depressive and anxious feelings (e.g. Hay & Pawlby, 2003; Perren, Stadelmann, Wyl, & Klitzing, 2007). It is therefore of great interest to explore whether prosocial behavior in fact acts as a protective factor for emotional problems in this high risk sample.

Based on previous research findings and information from the current study the aims of the study were as follows:

1. To describe possible group differences between the PSA group and the NPSA group in relation to the children, the parents and the child welfare case; as well as the children's and the families' experiences of supportive relationships and stressful life events.
2. To explore possible group differences in mental health problems between children placed out-of-home because of PSA and NPSA.
3. To explore possible reasons for the potential group difference in mental health problems between the PSA group and the NPSA group.

2. Methods

2.1. The Norwegian Child Welfare System

Whereas the British and the US CWS are focused on protecting children against neglect and abuse (Browne & Hamilton-Giachritsis, 2007; Lindsey, 2003; Parton, Thorpe, & Wattam, 1997), the Nordic CWS are more directed toward supporting families and children in need to prevent out-of-home placements (Gilbert, 1997; Khoo, Hyvonen, & Nygren, 2002). In line with this policy, most of the Norwegian children who receive interventions from the child welfare system live at home (80%), and only a minority (20%) stay in out-of-home care, usually in a foster home (75%) (Statistics, 2009). According to the Norwegian Child Welfare Act of 1992 children can be removed from home both by court order and voluntarily with the parents' consent. Although "conditions at home," (special needs, parenting problems, etc.) is a primary category for new cases assessed by the CWS, "child neglect" is a primary category for cases ending in removal from home (Clausen, 2000).

2.2. Design and sample

The current study is part of a Norwegian longitudinal study of children in out-of-home care which is the first such research project about children in substitute care to be carried out in Norway (Andenæs et al., 2001). The project collected data about children and their situation four times between 1998 and 2006, from different informants and by different methods. The sample consisted of one hundred nine 6- to 12-year-old children from all over the country who were placed outside home between September 1998 and the end of 1999. This included nearly one-fifth of the population of all 6- to 12-year-old children placed out-of-home in the same period, and the sample was found to be representative for the target population with regard to gender, age, legal basis for the placement and the mothers' main source of income (Havnen et al., 2009). The information used in the current study is from

the first wave, and was collected from teachers, child welfare workers and parents shortly after the out-of-home placements in 1998/99.

2.3. Variables

2.3.1. Subgroups

Contributing reasons for the out-of-home placement were registered by the child welfare workers on a comprehensive list of possible items related to the parents' functioning and life, the interaction between the parents and the children and the children's functioning (Havnen et al., 2009). The list was based on categories for "reasons for interventions" from a previous version of the National Child Welfare Statistics (Statistics, 2009), and supplied by some extra items to capture the information of the current study. In the current paper the sample was divided into two subgroups; children for whom parental substance abuse (PSA) was considered as a contributing reason for the out-of-home placement ($n=54$), and children for whom parental substance abuse was not (NPSA) seen as a contributory reason ($n=55$). The NPSA group was coded zero and the PSA group was coded one.

2.3.2. The Revised Rutter Scale for school-aged children

The children's mental health problems and prosocial behavior were reported shortly after the out-of-home placement by the teachers and the parents on a Norwegian version of the Revised Rutter Scale for School-Aged Children. The Rutter Scales are well recognized and used all over the world, and they have been validated, revised, supplemented and adjusted several times (Andresen, 1992; Elander & Rutter, 1996a, 1996b; Goodman, 1994; Rutter, 1967; Rutter, Tizard, & Whitmore, 1970). Both the validity and the reliability of the scales are generally good, but the reliability has been found better for antisocial than emotional behavior, and better for teacher ratings than parent ratings.

In the current analyses assessments from the teacher reports were chosen because they were considered to be less influenced by the process of out-of-home placement than the parent reports. The teacher version of the Revised Rutter Scale includes a total difficulty score of 26 items (Cronbach's $\alpha=0.90$) on a three-point scale ranging from "not true" (0) and "somewhat true" (1) to "certainly true" (2). From the total difficulty score three subscales can be extracted; four items indicating emotional problems (Cronbach's $\alpha=0.62$) (example: often worried, worries about many things), six items indicating conduct problems (Cronbach's $\alpha=0.89$) (example: frequently fights or is extremely quarrelsome with other children) and three items indicating hyperactivity (Cronbach's $\alpha=0.83$) (example: very restless, has difficulty staying seated for long). Because the scale has not been validated in Norway, the cut-off value for assessing a clinical total difficulty score was set to nine, in accordance with the original British scoring system (Hogg, Rutter, & Richman, 1997). The Revised Rutter Scale for Teachers also includes a prosocial behavior score (Weir & Duveen, 1981), which in the Norwegian version consists of eighteen items (Cronbach's $\alpha=0.94$) (example: if there is a quarrel or dispute will try stop it).

2.3.3. Demographic variables of the children

The children in the study were aged between six and twelve, and age was treated as a continuous variable. Gender was coded zero for girls and one for boys.

2.3.4. Sociodemographic variables of the parents

Sociodemographic variables were described by three variables; family structure, mother's highest level of education, and mother's main source of income. The information was reported by the child welfare workers and supplied/adjusted by information from the parents.

Family structure was reported in five categories depending whom the child was living with before the out-of-home placement. Because

several of the groups were very small (mother and father (12), mother alone (59), mother/stepfather (29) father alone (5), father/stepmother (4)), the categories were collapsed into two groups; "parents/stepparents" (0) and "single parents" (1).

Mother's highest education level was reported on a six-point scale ranging from "less than 9 years of education" (1) to "college/university education" (6). The variable was treated as continuous.

Mother's main source of income was reported in five categories; job income/salary (24), loan (1), social insurance (59), social benefits (15) and "other" (7), but collapsed into two categories because of small groups. The two categories were "social insurance/benefits" (0) and "job income/salary" (1). The reason for selecting information about the mothers and not the fathers were that information about the fathers was often missing, and just a small percentage of the children actually lived with their fathers at the time of placement.

2.3.5. Information related to the child welfare case

The information related to the child welfare case consisted of five variables; type of accommodation, legal basis for the placement, previous interventions by the CWS and three variables referring to other major reasons for placement, all reported by child welfare workers shortly after the out-of-home placement. Type of accommodation was a categorical variable consisting of four categories: institution (1), foster home (2), emergency shelter home (3) and other (4). Legal basis for the placement was reported in four categories referring to different combinations of voluntary versus compulsory placement and emergency versus planned placement. The four categories were combined and collapsed into two categories indicating voluntary (0) and compulsory (1) placement. Previous intervention by the CWS consisted of three categories; "no intervention" (0), "support at home" (1) and "support at home and placement" (2). Other reasons for placement selected for the current analyses were "disciplinary problems," "behavioral problems" and "child neglect," all reported by the child welfare workers as "yes" (1) or "no" (0). To avoid misunderstandings it must be underlined that "disciplinary problems" and "behavioral problems" refer to reasons for placement, and should not be mixed up with the concept of "conduct problems" which refers to the Revised Rutter Scale.

2.3.6. Stressful life events

Stressful life events were reported by the child welfare workers, who filled in a list of fifteen potentially important life events which might have happened to the child or his/her family in the recent years (Goodyer, 1985; Ogden, 1995). The issues covered were illness and death/loss of important persons, changes in the family situation, moving, change of school, severe social problems (e.g. economic problems, housing problems, criminality), etc. Before analyses were conducted the answers were added into a sum score ranging from zero to nine. The items were scored "positive" (1) if confirmed and "negative" (0) if not confirmed.

2.3.7. Supportive relationships

Supportive relationships were measured by a sum score consisting of four single items: (1) the child had a supportive relationship with his/her teacher or another other grown-up at school, (2) the child had a supportive relationship with elder sibling(s), (3) the child's family had a supportive relationship with family/relatives and (4) the child's family had a supportive relationship with friends/neighbors; all questions were answered by the child welfare workers. The items were scored "positive" (1) if confirmed and "negative" (0) if not confirmed.

2.4. Missing data

For most of the variables describing the sample the amount of missing data was very small (<4%). For "mother's education," however, information was missing in 25% of the cases. For the Revised Rutter Scale

the number of non-responses was 21%, whereas the amount of missing data on single items ranged from 0% to 14%. These were replaced by the individual mean scores on the respective subscales based upon the items that were present, if the amount of missing data was less than 33%. In order to handle missing data in the correlation/regression analyses it was decided to use the routine of full information maximum likelihood (FIML) available in Amos 18 (Allison, 2002; Schäfer & Graham, 2002).

2.5. Statistical analyses

The descriptive analyses were carried out with SPSS 17.00 software. Group differences between children placed out-of-home because of PSA and NPSA were analyzed by *T*-tests for independent groups and Chi-square statistics (Tables 1 and 2).

Hierarchical multiple regression analyses were used to estimate the association between the group differences in mental health problems on the Revised Rutter Scale (Tables 4 to 6). The analyses were carried out in Amos 18 software, which gave the opportunity of using the FIML routine for handling missing data. Potential explanatory variables were chosen on basis of correlation analyses, also

Table 1
Group differences related to the children, their families and the child welfare case for children placed out-of-home because of parental substance abuse (PSA) and not parental substance abuse (NPSA).

Variables	PSA (max n = 54)		NPSA (max = 55)		chi-square (df) p
<i>Gender</i>					
Girls	25	46.3%	13	23.6%	6.161 (1)**
Boys	29	53.7%	42	76.4%	
<i>Accommodation</i>					
Institution	23	42.6%	33	60.0%	9.279 (3)*
Emergency shelter home	20	37.0%	11	20.0%	
Foster home	11	20.4%	7	12.7%	
Other	–	–	4	7.3%	
<i>Legal basis for placement</i>					
Voluntary	25	46.3%	34	61.8%	2.644 (1)†
Compulsory	29	53.7%	21	38.2%	
<i>Prev. interventions from CWS</i>					
None	6	11.1%	11	20.0%	10.516 (2)**
Support at home	28	51.9%	38	69.1%	
Support at home and placement	20	37.0%	6	10.9%	
<i>Other main reasons for placement</i>					
<i>Child neglect</i>					
Yes	27	50%	27	49.1%	0.009 (1) Ns
No	27	50%	28	51.9%	
<i>Disciplinary problems/conflicts</i>					
Yes	19	35.2%	38	69.1%	12.556 (1)***
No	35	64.8%	17	30.9%	
<i>Children's behavioral problems</i>					
Yes	23	42.6%	32	58.2%	2.649 (1)†
No	31	57.4%	23	41.8%	
<i>Family structure</i>					
Parents/step-parents	23	42.6%	22	40.0%	0.076 (1) Ns
Single parents	31	57.4%	33	60.0%	
<i>Mother's main source of income</i>					
Job income/salary	6	11.1%	18	34.6%	8.355 (1)**
Social insurance/benefits/other	48	88.9%	34	65.4%	
<i>Continuous variables</i>					
Age (6–12 yrs.)	Mean	(SD)	Mean	(SD)	t (df) p
Age (6–12 yrs.)	8.7	(1.9)	9.5	(2.0)	2.13 (107)*
Mother's level of education (1–6)	2.9	(1.4)	2.2	(1.0)	–2.34 (79)*
Stressful life events (0–9)	4.01	(2.2)	3.31	(2.1)	–1.88 (106)†
Supportive relationships (0–3)	1.50	(0.84)	1.47	(0.90)	–0.16 (107) Ns
Prosocial behavior	15.52	(8.28)	8.66	(7.18)	4.06 (78)***

Note: Ns = not significant. †*p*<0.10; **p*<0.05; ***p*<0.01; ****p*<0.001.

Table 2

Mean scores on the Revised Rutter Scale for Teacher Report for children placed out-of-home because of parental substance abuse (PSA) and not parental substance abuse (NPSA).

Revised Rutter Scale	PSA group		NPSA group		t (df) p
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	
Total difficulties	14.23	(8.75)	20.97	(10.40)	–3.26 (83)**
Emotional problems	2.74	(1.99)	3.74	(1.87)	–2.40 (82)*
Conduct problems	3.08	(3.30)	5.58	(4.01)	–3.16 (83)**
Hyperactivity	2.78	(2.13)	3.56	(2.25)	–1.64 (84)

Note: †*p*<0.10; **p*<0.05; ***p*<0.01; ****p*<0.001.

carried out in Amos 18 (Table 3); variables which had at least a modest correlation ($r > \pm 0.15$) with both the group variable and the respective Rutter subscale were chosen for further analysis. This strategy was chosen because potential explanatory variables must have at least a moderate relationship with both the group variable and the outcome variables in order to have notable impact on the relationship we wanted to explain (MacKinnon, Krull, & Lockwood, 2000). Variables which were a consequence of and not a possible explanation for the placement were excluded (accommodation, legal basis for placement). The relationship between the selected explanatory variables and the group variable was tested for the homogeneity of the regression lines, but no interaction effect was found. In the regression analyses all categorical variables were dummy coded (0, 1), and the continuous variables were kept. To avoid overlooking important associations in the analyses because of a relatively small sample the significance level was set to $p < 0.10$. The following procedures were used for conducting the regression analyses in Amos 18:

1. In the first model of the regression analyses the group variable (PSA versus NPSA) and all the explanatory variables were entered, and all variables except the group variable were fixed to zero. The unstandardized coefficient of the group variable then reflected the mean difference in mental health problems between the groups.
2. In the subsequent models (2 to 5) the explanatory variables were released for estimation in accordance with the respective models. For example, in model 2 “behavioral problems” and “disciplinary problems” were released. This procedure was repeated until all explanatory variables were released. The unstandardized coefficients for each model then reflected the “adjusted mean difference” between the groups after controlling for the respective explanatory variables (Cohen, Cohen, West, & Aiken, 2003). The overall effect of the explanatory variables on the group difference in mental health problems can be expressed as the relationship between the mean difference between the groups in the first model and the adjusted mean difference in the final model. The adjusted mean difference for each model is also displayed in percentage terms, which is possibly an easier way of interpreting the effects of the different explanatory variables on the group difference. This procedure was carried out for the total difficulties scale and for the subscales of conduct problems and emotional problems, but not for hyperactivity, which showed no group difference between the PSA group and the NPSA group.

3. Results

3.1. Group differences related to children, their families and the CWS

Table 1 shows the group differences between the PSA group and the NPSA group with regard to characteristics of the children, the out-of-home placement and previous interventions by the CWS. It also shows group differences related to socioeconomic conditions in the families and the amount of supportive relationships and stressful life events. The PSA group consisted of about the same number of boys

Table 3Correlations between the Revised Rutter Scales (mean scores), the group variable (PSA versus NPSA)¹ and possible explanatory variables.

Variables	PSA	Total difficulty score	Emotional problems	Conduct problems	Hyperactivity
PSA (a)	–	–0.31**	–0.25*	–0.30**	–0.15
Boys (b)	–0.24*	0.40***	0.15	0.40***	0.36**
Age (6–12 years)	–0.20*	0.001	–0.11	0.05	0.01
Single parents (c)	–0.03	0.05	–0.09	0.09	0.05
Education (1–6)	0.25*	–0.16	–0.09	–0.16	–0.29*
Social insurance/benefits (d)	0.29**	–0.21*	–0.03	–0.22*	–0.21*
Prev. interventions CWS (0–2)	0.28**	–0.09	–0.08	–0.13	0.06
Child neglect (e)	0.01	0.26*	0.16	0.17	0.15
Disciplinary problems (f)	–0.34***	0.31**	0.01	0.34**	0.24*
Behavioral problems (g)	–0.16	0.43***	0.07	0.48***	0.43
Stressful life events (0–9)	0.18†	0.16	0.21*	0.04	0.23*
Supportive relationships (0–4)	0.02	–0.27*	–0.12	–0.26*	–0.36**
Prosocial behavior	0.40***	–0.64***	–0.40***	–0.59***	–0.43***

Note: † $p < 0.10$; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Reference groups: (a) NPSA; (b) girls; (c) parents/step-parents; (d) job income/salary; (e) not child neglect; (f) not disciplinary problems; (g) not behavioral problems.

¹ PSA = parental substance abuse, NPSA = not parental substance abuse.

and girls, whereas the NPSA group was strongly overrepresented by boys. The PSA children, however, were younger, and in contrast to the NPSA children, who were more often placed in institutions, the PSA children were more often placed in different types of foster homes. Whereas the PSA children were placed on both a voluntary and a compulsory legal basis, the NPSA children were more often placed on a voluntary basis. Most of the children had received previous interventions by the CWS, but the PSA children had more often experienced out-of-home placements, and the NPSA children had more often experienced support at home. “Disciplinary problems” and “behavioral problems” were less often reported as reasons for placement for the PSA group, whereas no group difference was found for “child neglect.”

As regards the socioeconomic variables there was no group difference in family structure, but the PSA group's mothers more often had “social insurance/benefits” as their main source of income, and they had higher levels of education than the parents of the NPSA group. The PSA group was also found to have experienced more stressful life events than the NPSA group, but no group difference was found for the amount of “supportive relationships.”

3.2. Group differences in mental health problems

As displayed in Table 2, the mean differences in mental health problems on the Revised Rutter Scale showed that the PSA group had significantly lower difficulty scores on all subscales apart from hyperactivity than the NPSA group. The distribution of high and low total difficulty scores (not displayed) showed that 63% of the children in the PSA group had high difficulty scores compared with 87% in the NPSA-group.

3.3. Possible explanatory variables selected for further analyses

Possible explanatory variables were chosen for further analyses if they had at least a modest correlation ($r \geq \pm 0.15$), with both the group variable and the outcome variable used in the specific analysis. The analyses in Table 3 show that gender, mothers' education, mothers' main source of income, disciplinary problems, behavioral problems, stressful life events and prosocial behavior all had a modest correlation with both the total difficulty score and the group variable (NPSA versus PSA), whereas the other variables had a lower correlation with either total difficulties (age, previous interventions by the CWS) or with the group variable (child neglect, social support) or they did not correlate with any of them (family structure). The correlation profiles for the subscales of hyperactivity and conduct problems were similar to that of total difficulties, apart from a lack of correlation between conduct problems and stressful life events.

Emotional problems only correlated with gender, stressful life events and prosocial behavior.

3.4. Models for explaining group differences in mental health problems in the children

As shown in Tables 4 to 6, a five-step hierarchical regression analysis was carried out to explain the group differences (NPSA versus PSA) in total difficulties, conduct problems and emotional problems on the Revised Rutter Scale. Preliminary analyses showed that stressful life events increased the group difference for both total difficulties and the other subscales rather than explaining it, and this variable was therefore omitted from the final analyses.

Table 4 shows the regression analyses for total difficulties, which will be explained in some detail. In model 1, children in the PSA group had -6.74 ($p < 0.01$) lower mean scores on total difficulties than their counterparts in the NPSA group. The group difference in this model was set to 100%. Controlling for behavioral problems and discipline problems in model 2 the group difference in total difficulties was reduced to -5.17 ($p < 0.01$), reducing the group difference to 77%. This means that behavioral problems and disciplinary problems as reasons for placement together accounted for 23% of the original group difference. The standardized Beta coefficients in the table indicate that behavioral problems as a reason for placement was a significant predictor for explaining the group difference in total difficulties, whereas disciplinary problems was not. With the addition

Table 4

Hierarchical multiple regression analyses of the association between the group differences in total difficulties (unstandardized coefficients) and possible explanatory variables (standardized coefficients) for children placed out-of-home because of parental substance abuse (PSA) versus not parental substance abuse (NPSA).

Variables	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
PSA versus NPSA (a)	–6.74** (100%)	–5.17** (77%)	–3.90* (58%)	–3.35† (50%)	–0.39 (6%)
<i>Reasons for removal</i>					
Behavioral problems (b)	–	0.36***	0.29**	0.32**	0.22*
Disciplinary problems (c)	–	0.08	0.07	0.02	–0.05
<i>Background variables</i>					
Boys (d)	–	–	0.27**	0.26**	0.12
Education (1–6)	–	–	–	–0.12	–0.14
Social insurance/benefits(e)	–	–	–	–0.05	–0.10
Prosocial behavior	–	–	–	–	–0.49***

Note: † $p < 0.10$; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

The unstandardized Beta coefficients represent the mean differences on the Revised Rutter Scale between the PSA group and the NPSA group (group difference in percentages).

Reference groups: (a) NPSA; (b) not conduct problems; (c) not disciplinary problems; (d) girls; (e) job income/salary.

Table 5

Hierarchical multiple regression analyses of the association between the group differences in conduct problems (unstandardized coefficients) and possible explanatory variables (standardized coefficients) for children placed out-of-home because of parental substance abuse (PSA) versus not parental substance abuse (NPSA).

Variables	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
PSA versus NPSA (a)	−2.50** (100%)	−1.83* (73%)	−1.36† (54%)	−1.12 (45%)	−0.23 (9%)
<i>Reasons for removal</i>					
Behavioral problems (b)	–	0.41***	0.35***	0.37***	0.29**
Disciplinary problems (c)	–	0.09	0.08	0.03	−0.03
<i>Background variables</i>					
Boys (d)	–	–	0.26**	0.25**	0.14
Education (1–6)	–	–	–	−0.13	−0.14
Social insurance /benefits (e)	–	–	–	−0.06	−0.10
Prosocial behavior	–	–	–	–	−0.40***

Note: † $p < 0.10$; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

The unstandardized Beta coefficients represent the mean differences on the Revised Rutter Scale between the PSA group and the NPSA group (group difference in percentages).

Reference groups: (a) NPSA; (b) not conduct problems; (c) Not disciplinary problems; (d) Girls; (e) job income/salary.

of gender in model 3 the group difference was further reduced to -3.90 (58%) ($p < 0.05$), indicating that gender accounted for an additional 19% of the original group difference. The standardized Beta coefficients show that gender was also a significant predictor for the group difference, and inclusion of this variable in the model showed that the effect of behavioral problems was somewhat reduced. With the addition of mothers' education and mothers' main source of income in model 4, the group difference was reduced to -3.35 (50%), showing that this model accounted for an additional 8% of the original group difference. Neither education nor income, however, were significant predictors for the group difference in total difficulties. Finally, (model 5) prosocial behavior was added. This variable reduced the group difference to -0.39 (6%), which means that 94% of the group difference was explained. Prosocial behavior alone accounted for as much as 44% of the initial group difference in total difficulties, and was a strongly significant predictor. It should also be noted that the significant effect of gender observed in models 3 and 4 disappeared after prosocial behavior was entered, and the effect of behavioral problems as a reason for placement was further reduced.

The same model as for total difficulties was used to explain the group difference in conduct problems (Table 5), whereas the model for explaining emotional problems consisted of only gender and prosocial behavior (Table 6). The respective models explained 91% of the original group difference in conduct problems, compared with 58% of the group difference in emotional problems. The most important explanatory variable for both conduct problems and emotional problems was prosocial behavior. Behavioral problems as a reason for placement also explained a significant part of the group difference in conduct problems, whereas the other variables in the model did not have any effect.

Table 6

Hierarchical multiple regression analyses of the association between the group differences in emotional problems (unstandardized coefficients) and possible explanatory variables (standardized coefficients) for children placed out-of-home because of parental substance abuse (PSA) versus not parental substance abuse (NPSA).

Variables	Model 1	Model 2	Model 3
PSA versus NPSA (a)	−1.001* (100%)	−0.90* (90%)	−0.42 (42%)
Boys (b)	–	.09	−0.03
Prosocial behavior	–	–	−0.38***

Note: † $p < 0.10$; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

The unstandardized Beta coefficients represent the mean differences on the Revised Rutter Scale between the PSA group and the NPSA group (group difference in percentages).

Reference groups: (a) NPSA; (b) girls.

4. Discussion

The first aim of the study was to explore possible group differences between the PSA group and the NPSA group in relation to the children, their families and the child welfare case. The findings concerning gender, age, type of accommodation and socioeconomic conditions were in line with previous research (Besinger et al., 1999; Forrester & Harwin, 2006; Vanderploeg et al., 2007), showing that the PSA children compared to the NPSA children were more often girls, they were younger, they were more likely to be placed in different types of foster homes, and their mothers were more likely to have social insurance/benefits as their main source of income. Besinger et al. (1999) reported that the PSA children were more likely than the other placed children to be headed by single parents, but this was not confirmed in the current study. The current study also found that the PSA children's parents had higher levels of education. No differences were revealed for the amount of supportive relationships, but the PSA group had experienced more stressful life events. For these findings we have found no studies to compare with. As regards contributing reasons for the out-of-home placements no group differences were found for child neglect, which was different both from Besinger et al. (1999) who reported that the PSA children more often had experienced neglect, and from Vanderploeg et al. (2007) who reported the opposite. However, other conditions like disciplinary problems and behavioral problems were as expected, less often considered as contributing to the out-of-home placement for the PSA group (Backe-Hansen, 2003). Also related to the child welfare case, the PSA children were more often placed on a compulsory legal basis and had more often experienced previous out-of-home placements than the NPSA children.

The reported group differences indicate that the PSA group and the NPSA group might be considered as to separate groups of children within the CWS. This is in accordance with Backe-Hansen (2001, 2003), who suggested that child welfare cases mainly characterized by parental substance abuse differed from more complex cases characterized by neglect, family dysfunction, conflicts etc., especially in relation to the children's (mal)functioning. The reason for this was according to Backe-Hansen that when serious parental substance abuse was observed, children tended to be placed out-of-home regardless of their current functioning, while in more complex cases it was also needed to document the children's (mal)functioning or problems as a consequence of the maltreatment.

The second aim of the study was to explore if children placed out-of-home for PSA had less mental health problems than children placed for other reasons, NPSA. As hypothesized, the PSA group had less total difficulties, conduct problems and emotional problems than the NPSA group, assessed by the teachers on the Revised Rutter Scale. There was no difference in the amount of hyperactivity. The findings were mostly in line with Vanderploeg et al. (2007), who found that the PSA group was less likely to have mental illness diagnoses and behavioral problems than the NPSA group, but in contrast with Egelund et al. (2004), who found that PSA was a risk factor for total difficulties and emotional problems.

After having demonstrated group differences in mental health problems between the PSA group and the NPSA group, the third aim of the study was to explore how the group differences in mental health problems could be explained or understood. In line with our hypotheses a part of the group difference was explained by behavioral problems as a contributing reason for placement, while the most important explanatory factor was the children's prosocial behavior. The effect of behavioral problems was expected because of the probable association between behavioral problems as contributing reason for placement and total difficulties/conduct problems measured on the psychometric instrument, which was also reported by Egelund et al. (2004). It is however important to note that after having controlled for behavioral problems as a reason for placement, the group differences in total

difficulties and conduct problems were still significant. This indicated that having less behavioral problems was not the only reason for the PSA group having less mental health problems than the NPSA group. It is also interesting to note that behavioral problems as a contributing reason for placement did not explain any of the group differences in emotional problems. This finding underlines that different models of explanation are needed to explain the group differences in conduct problems and emotional problems.

Prosocial behavior explained a major part of the group difference both for total difficulties, conduct problems and emotional problems on the Revised Rutter Scale. In line with Egelund et al. (2004) the Norwegian children placed because of PSA were found to be more prosocial than the children in the NPSA group. The fact that the teachers assessed the PSA children as more prosocial than the NPSA children indicated that the PSA children's prosocial behavior had been recognized, which in turn could reinforce this behavior in the future (Sørli et al., 2008). The finding that prosocial behavior explained a majority of the group differences in total difficulties, conduct problems and emotional problems also indicated that prosocial behavior could be regarded as a protective factor against mental health problems in this high-risk sample (Kokko et al., 2006; McGinley & Carlo, 2006).

5. Strengths and limitations

The study adds to our knowledge about children placed out-of-home because of parental substance abuse versus other reasons. Strengths of the study are the combination of data from different informants, as well as the use of an internationally well validated assessment instrument. The assessments of children's mental health problems were based on teacher reports; which was also considered a strength, as the teachers were not likely to be involved in the out-of-placement in the same way as the parents. Some limitations however, ought to be mentioned. The "no findings" for variables like the amount of stressful life events and supportive relationships might have turned out otherwise if the information had been collected from the families themselves and not from the child welfare workers. It is also a possibility for a "same-source bias" since the teachers have assessed both children's mental health problems and their prosocial behavior. The study sample is quite small, focusing on the 6- to 12-year-old age group. This means that the findings from the study ought to be carefully interpreted, and they might not be representative for all children placed out-of-home because of PSA versus other reasons. Finally, with regard to determining causality, the cross sectional design of the present study is a clear limitation. Future longitudinal studies might under favorable conditions contribute to confirm or reject our findings.

6. Conclusions and practical implications

The study has demonstrated that children removed from home because of PSA differed from other placed children in several ways related to the characteristics of the children, their families and the child welfare case. A main finding was that PSA children had significantly less mental health problems than children placed for other reasons. It is however important to note that both groups had far more mental health problems than children in general. The group differences were suggested understood in light of different decision making processes for cases characterized by PSA and other child welfare cases; whereas children in PSA cases tend to be placed independent of their current functioning or problems, in contrast to more complex cases where children's (mal)functioning is considered to be of great importance for the placement. Apart from the PSA children being less often placed for their own problems, the most important explanatory factor for the group difference in mental health problems were that the PSA children had significantly more prosocial behavior than the NPSA children. This indicated that prosocial behavior might be regarded as a protective factor against mental health problems, which is an argument for

investing in programs focusing on enhancing the placed children's mastering strategies. Longitudinal studies are needed to examine if the PSA children will continue to have better mental health than other placed children when they move into adolescence and beyond.

Acknowledgements

The authors wish to thank Professor Jim Stevenson at the University of Southampton, UK for valuable comments during this study.

References

- Allison, P. D. (2002). *Missing data*. London: Sage publications.
- Andenaes, A., Christiansen, Ø., Havik, T., Havnen, K., Moldestad, B., & Skollerud, K. (2001). Barn som blir plassert utenfor hjemmet-risiko og utvikling. Framgangsmåter og erfaringer med å opparbeide et empirisk materiale [Children placed out-of-home - risks and development. Methodological issues and experiences in building an empirical data base]. (No. 7). Oslo: NOVA.
- Andresen, I. -L. -K. (1992). Behavioural and school adjustment of 12-13-year old internationally adopted children in Norway: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 33(2), 427.
- Backe-Hansen, E. (2001). Rettferdiggjøring av omsorgsovertakelse. En beslutningsteoretisk analyse av barneverntjenestens argumentasjon i en serie typiske saker om små barn [Justifying out-of-home placement: A decision-theoretic analyses of arguments offered by the child welfare services in a series of typical cases concerning small children]. Oslo: NOVA.
- Backe-Hansen, E. (2003). Justifying out-of-home placement: A multiple case study of decision-making in child welfare and protection services. *International Journal of Child and Family Welfare*, 151–166.
- Besinger, B. A., Garland, A. F., Litrownik, A. J., & Landsverk, J. A. (1999). Caregiver substance abuse among maltreated children placed in out of home care. *Child Welfare*, 78(2), 221–239.
- Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2007). Child abuse: defining, understanding and intervening. In K. W. A. L. James (Ed.), *The Child Protection Handbook*. Edinburgh: Baillière Tindall.
- Christoffersen, M. N., & Sothill, K. (2003). The long-term consequences of parental alcohol abuse: A cohort study of children in Denmark. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 107–116.
- Clausen, S. -E. (2000). Barnevern i Norge 1990–1997. En longitudinell studie basert på registerdata [Child welfare in Norway 1990–1997. A longitudinal study based on register data]. (No. 7). Oslo: NIBR.
- Cleaver, H., Undell, I., & Aldgate, J. (1999). *Children's needs—parenting capacity: The impact of parental mental illness, problem alcohol and drug use, and domestic violence on children's development*. London: Jessica Kingsley.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dore, M. M., Doris, J. M., & Wright, P. (1995). Identifying substance abuse in maltreating families: A child welfare challenge. *Child Abuse & Neglect*, 19(5), 531–543.
- Egelund, T., Hestbæk, A. -D., & Andersen, D. (2004). Små barn anbragt uden for hjemmet: en forløpsundersøgelse af anbragte børn født i 1995 [Young children placed out-of-home: A follow up study of removed children born in 1995]. København: Socialforskningsinstituttet.
- Elander, J., & Rutter, M. (1996a). An update on the status of the Rutter parents' and teachers' scales. *Child Psychology & Psychiatry Review*, 1(1), 31–35.
- Elander, J., & Rutter, M. (1996b). Use and development of the Rutter parents' and teachers' scales. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 6(2), 63–78.
- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(10), 1203–1211.
- Forrester, D. (2000). Parental substance misuse and child protection in a British sample. A survey of children on the child protection register in an Inner London District Office. *Child Abuse Review*, 9(4), 235–246.
- Forrester, D., & Harwin, J. (2006). Parental substance misuse and child care social work: Findings from the first stage of a study of 100 families. *Child and Family Social Work*, 11, 325–335.
- Gilbert, N. (1997). *Combating Child Abuse: International Perspectives and Trends*. New York: Oxford University Press.
- Goodman, R. (1994). A modified version of the Rutter parent questionnaire including extra items on children's strengths: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(8), 1483–1494.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337–1345.
- Goodyer, I. M. (1985). *The Newcastle Child and Family Life Events Interview*. Unpublished manuscript.
- Hastings, P. D., Zahn-Waxler, C., Robinson, J., Usher, B., & Bridges, D. (2000). The development of concern for others in children with behavior problems. *Development and Psychology*, 36, 531–546.
- Haugland, B. S. M. (2003). *Parental alcohol abuse. Family functioning and child adjustment*. Norway: University of Bergen.

- Havnen, K. S., Jakobsen, R., & Stormark, K. M. (2009). Mental health problems in Norwegian school children placed outside home—The importance of family risk factors. *Child Care in Practice*, 15(3), 235–250.
- Hawley, P. H. (2003). Prosocial and coercive configurations of resource control in early adolescence: A case for the well-adapted machiavellian. *Merrill-Palmer Quarterly*, 49(3), 279–310.
- Hay, D. F., & Pawlby, S. (2003). Prosocial development in relation to children's and mothers' psychological problems. *Child Development*, 74(5), 1314–1327.
- Hogg, C., Rutter, M., & Richman, N. (1997). Emotional and behavioural problems in children. In I. Sclare (Ed.), *Child psychology portfolio*. Great Britain: NFER-Nelson.
- Iversen, A. C., Jakobsen, R., Havik, T., Hysing, M., & Stormark, K. M. (2007). Mental health problems among child welfare clients living at home. *Child Care in Practice*, 13(4), 387–399.
- Johnson, J. L., & Leff, M. (1999). Children of substance abusers: Overview of research findings. *Pediatrics*, 103(5), 1085.
- Johnson, J. L., Sher, K. J., & Rolf, J. E. (1991). Models of vulnerability to psychopathology in children of alcoholics. *Alcohol Health and Research World*, Vol. 15. (pp. 32): ProQuest Medical Library.
- Khoo, E. G., Hyvonen, U., & Nygren, L. (2002). Child welfare or child protection: Uncovering Swedish and Canadian orientations to social intervention in child maltreatment. *Qualitative Social Work*, 1(4), 451–471.
- Kokko, K., & Pulkkinen, L. (2002). Aggression in childhood and long-term unemployment in adulthood: A cycle of maladaptation and some protective factors. *Developmental Psychology*, 36, 463–472.
- Kokko, K., Tremblay, R. E., Lacourse, E., Nagin, D. S., Carnegie, & Vitaro, F. (2006). Trajectories of prosocial behavior and physical aggression in middle childhood: links to adolescent school dropout and physical violence. *Journal of Research on Adolescence*, 16(3), 403–428.
- Lindsey, D. (2003). *The welfare of children*. New York: Oxford University Press.
- MacKinnon, D. P., Krull, J. L., & Lockwood, C. M. (2000). Equivalence of the mediation, confounding and suppression effect. *Prevention Science*, 1(4), 173–181.
- McGinley, M., & Carlo, G. (2006). Two sides of the same coin? The relations between prosocial and physically aggressive behaviours. *Journal*. doi:10.1007/s10964-006-9095-9.
- Ogden, T. (1995). *Kompetanse i kontekst. En studie av risiko og kompetanse hos 10- og 13-åringer [Competence in context. A study of risk and competence in 10- and 13-year olds]*. Oslo: Barnevernets utviklingssenter.
- Parton, N., Thorpe, D., & Wattam, C. (1997). *Child protection. Risk and the moral order*. London: Macmillan Press Ltd.
- Perren, S., Stadelmann, S., Wyl, A. v., & Klitzing, K. v. (2007). Pathways of behavioural and emotional symptoms in kindergarten children: What is the role of pro-social behaviour? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 209–214.
- Pulkkinen, L., & Trembely, T. E. (1992). Patterns of boys' social adjustment in two cultures and at different ages: A longitudinal perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 15, 527–553.
- Rutter, M. (1967). A children's behavior questionnaire for completion by teachers—Preliminary finding. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 8(1), 1.
- Rutter, M., Tizard, J., & Whitmore, K. (1970). *Education, health and behavior*. London: Longmans.
- Schäfer, J. L., & Graham, J. W. (2002). Missing data: Our view of the state of the art. *Psychological Methods*, 7(2), 147–177.
- Sørli, A. M., Hagen, K. A., & Ogden, T. (2008). Social competence and antisocial behavior: Continuity and distinctiveness across early adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 18(1), 121–144.
- Statistics (2009). *Child Welfare Statistics*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Steinhausen, H. S. (1995). Children of alcoholic parents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 4(3), 143–152.
- Vanderploeg, J. J., Conell, C. M., Caron, C., Saunders, L., Katz, K. H., & Tebes, J. K. (2007). The impact of parental alcohol or drug removals on foster care placement experiences: A matched comparison group study. *Child Maltreatment*, 12(2), 125–136.
- Weir, K., & Duveen, G. (1981). Further development and validation of the prosocial behaviour questionnaire for use by teachers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 22(4), 357–374.
- Wentzel, K. R., & McNamara, C. C. (1999). Interpersonal relationships, emotional distress, and prosocial behavior in middle school. *Journal of Early Adolescence*, 19, 114–125.
- Werner, E. E. (1986). Resilient offspring of alcoholics: A longitudinal study from birth to age 18. *Journal of Studies on Alcohol*, 47(1), 34–40.

Artikel 3

Stability and change – a 7- to 8-year follow-up study of mental health problems in Norwegian children in long-term out-of-home care

Karen Skaale Havnen, Kyrre Breivik and Reidar Jakobsen

Regional Centre for Child and Youth Mental Health and Child Welfare, Uni Research, Bergen, Norway

Correspondence:

Karen Skaale Havnen,
Regional Centre for Child and Adolescent Mental Health and Child Welfare,
Uni Health,
Box 7800,
N-5020 Bergen,
Norway
E-mail: karen.havnen@uni.no

Keywords: child development, child protection, child welfare, mental health, outcomes in child welfare intervention, young people (well-being of in care)

Accepted for publication: July 2012

ABSTRACT

The aim of the study was to explore stability and change in mental health problems in Norwegian children aged 6–12 years old ($n = 70$) in long-term out-of-home care. The children's mental health problems were assessed shortly after the placement and 7–8 years later by the caregivers and the teachers on the Revised Rutter Scales. Information on pre-placement and placement factors were collected from the child welfare workers. At a group level the children's mental health problems had improved significantly over time according to the teachers' reports. According to the caregivers' reports, however, the children's problems were high and stable across time. Analyses aimed at detecting individual changes revealed a great variability in development according to both informants, indicating that treating the placed children as a homogenous group could be misleading. Several pre-placement and placement variables were associated with the change in the children's mental health problems from the time of placement to the follow-up time according to both informants' reports. However, all the predictors were accounted for by the strong effect of the children's problem scores when entering care.

INTRODUCTION

The current study contributes to the growing knowledge base on the well-being of children in out-of-home care (Sinclair *et al.* 2005; Lawrence *et al.* 2006; Forrester *et al.* 2009; Wade *et al.* 2011). As noted by Fernandez & Barth (2010), the international out-of-home care policy lately seems to have broadened its focus from mainly being occupied by issues such as safety, stability and permanency to more often including issues of children's well-being and developmental outcomes. This shift in policy has been related both to the United Nations Convention on the Rights of the Child and to recent advancements in developmental theory and research methods. The linkages between child development research and child welfare research are regarded to be critical in the search for more nuanced answers of how to enhance the well-being of children in out-of-home care (Whittaker 2010). While children's

well-being is a general concept that can include issues related to health, education, family and social relationships, etc., the current study focuses on the placed children's mental health problems over time, assessed by The Revised Rutter Scales (Hogg *et al.* 1997).

A growing international research body has documented that children in out-of-home care have considerably more mental health problems than children in general, adopted children and vulnerable children living at home (Flynn & Biro 1998; Ford *et al.* 2007; Egelund *et al.* 2009; Havnen *et al.* 2009; McAuley 2009; Barth & Lloyd 2010). The high degree of mental health problems in the placed children has been related both to the failure of public out-of-home care and to the children's inability to change in a positive direction, while the children's often adverse pre-placement experiences and level of functioning when entering care seem to be more or less ignored (Forrester *et al.* 2009).

In spite of the well-documented discrepancies in functioning between children who have experienced out-of-home care compared with other children, relatively little is still known about stability and change in the placed children's mental health problems from the time of entering care and onwards. Some recent longitudinal studies have concluded that children seem to benefit from out-of-home care by referring to decreased mental health problems and better functioning over time (Barber & Delfabbro 2005; Fernandez 2008; Fernandez 2009; Forrester *et al.* 2009; McWey *et al.* 2010). Wade *et al.* (2011) have reported that maltreated children who remained in out-of-home care had better outcome in general well-being than children who returned to home. A few studies, however, have found little change in the children's problems (Egelund *et al.* 2008; Berger *et al.* 2009) or even increased problems related to the out-of-home placement (Lawrence *et al.* 2006). Apart from assessing the children's problems and/or functioning at two or more time points and the use of standardized measurements, the aforementioned studies seem to have little in common, and as such the reported findings must be carefully interpreted.

As most of the previous studies in this area have been conducted in the USA, the UK and Australia, the question as to whether any of the findings could be generalized to a Scandinavian country, such as Norway, remains. In spite of an overall international 'agreement' in the value of protecting children from neglect and abuse, the inter-country care systems and policies are quite different and difficult to compare. As described by Thoburn (2010), there are differences in rates of children in care, in reasons for care entry, in ages when entering care, in aims of care, etc. One important difference is that the Nordic countries provide out-of-home care as part of a family support service more often than the UK and Australia, while this kind of service are rather seldom in the USA and Canada. In addition, compared with most Anglo American countries the Norwegian children are often older when entering care (Thoburn 2010).

The overall aim of the current study was to explore stability and change in mental health problems in Norwegian children in long-term out-of-home care. Most studies in this area seem to have examined stability and change by the use of mean score comparisons, and to some extent by comparing the proportion of clinical and non-clinical problem scores over time. Realizing that both mean scores and the division between categories of high vs. low scores can hide important individual differences; it might be of inter-

est to explore this issue in more detail, by examining the correlation between initial problem scores and follow-up scores as well as the distribution of individual change scores. According to Alsaker & Olweus (1992), stability and change can be measured in absolute and relative terms. Absolute consistency relates to the extent to which an individual's behaviour on a certain dimension remains across situations or time periods; the relative consistency relates to the extent to which individuals in a group retain their relative positions across situations or time. With this background, our first aim was to examine absolute and relative consistency in the children's mental health problems from the time of placement when the children were aged 6–12 years, to the follow-up time when the children were aged 13–20 years.

Our second aim was to follow up findings from a previous study of the research project (Havnen *et al.* 2011), and to examine if predictors of the children's mental health problems at the time of placement also predicted the potential change in the children's problems over time. According to the previous study, parental substance abuse as reason for placement was associated with lower mental health problems at the time of placement, while child neglect, disciplinary problems and behavioural problems were associated with higher problems. Whereas no association was found between age and mental health problems, being a girl and having high scores on prosocial behaviour were associated with lower mental health problems in the previous study. In addition we have included important placement variables, as type of placement, legal basis of placement and the number of movements during the overall placement period.

METHODS

Design and background for the study

The current study is part of The Norwegian Longitudinal Study on Out-of-Home Care (Andenaes *et al.* 2001), which is the first nationwide, longitudinal research project about children in out-of-home care that has been carried out in Norway. The project collected data about the children and their situations on four occasions between 1998 and 2006, from different informants and using different methods. The initial sample consisted of 109 children aged 6–12 years from all over the country who were placed out-of-home between September 1998 and the end of 1999 (time 1 [T1]). The follow-up studies at T2 (1 year after placement) and T3 (4–5 years after placement)

Table 1 Number of informants assessing the children's mental health status at T4 and T1 and the children's accommodation at T4

Accommodation	T4 Total sample	T4 Caregivers	T4 Teachers	T1 Parents	T1 Teachers
Foster home	46	41	31	38	34
Institution	9	7	2	8	7
Home	5	5	5	5	3
Own dwelling	10	3	2	6	9
Total	70	56	40	57	53

Note: Caregivers at T4 consisted of foster parents, residential carers and parents dependent on the children's living situation at T4.

were limited studies mainly based on information from the child welfare workers, and did not include information on the children's mental health conditions. The follow-up study in 2006 (T4) obtained some core information (accommodation, number of movements) about 74 of the 109 children, while information on the children's mental health conditions was obtained for a lower number of children, depending on the various informants and the children's current living situations (see Table 1).

The current sample

The current sample consisted of 70 children, 47 boys and 23 girls, from the overall T4 sample, who had all experienced long-term out-of-home care (at least 4 years; see Christiansen *et al.* 2010). Four children were excluded from the overall T4 sample because they had returned home more than 6 years previously, after being in care for only a short period. At T4 the children were aged between 13 and 20 years (mean 16.5 years). Most of the children in the sample were still in out-of-home care at T4; 41 in foster homes and nine in residential homes, while 10 had moved to their own dwellings because of age, and five were living at home. The children who were no longer in the sample at T4 had most often returned home after relatively short placements, did not want to participate in the follow-up study or had failed to be contacted by the project.

Informants and instruments for assessing the children's mental health conditions

Information about the children's mental health conditions was collected shortly after the out-of-home placement from the parents and the teachers (T1), and 7–8 years later from the current caregivers (foster parents, residential caregivers and parents), the teach-

ers and the children themselves (T4). It was not relevant or possible to collect information from all informants about all the children at both points in time because of the children's differing life situations at T4 – some of them had left care, and some of them had quit school for some reason. The children's self-reports from T4 were omitted from the current study because we had no comparable information from T1.

Given the aforementioned specifications, the current sample included information on the children's mental health conditions from 57 parents and 53 teachers at T1 and from 56 caregivers and 40 teachers at T4. By means of a well-validated method – Multiple Imputation (MI) – however (Graham 2009; see the 'missing data' section), we were able to include all of the 70 children in the analyses.

The Revised Rutter Scales for School-Aged Children

At T1 and T4 the children's mental health problems and prosocial behaviour were reported on a Norwegian version of the Revised Rutter Scales for School-Aged Children (Borge *et al.* 2001; Waaktaar *et al.* 2005). The Revised Rutter Scales consist of a total difficulty score of 26 items including three subscales – emotional problems, conduct problems, hyperactivity – and a prosocial behaviour score consisting of 10 items for the parent scale (Goodman 2001) and 18 items for the teacher scale (Weir & Duveen 1981). The Rutter Scales are well recognized and used all over the world, and they have been validated, revised, supplemented and adjusted several times (Rutter 1967; Rutter *et al.* 1970; Andresen 1992; Goodman 1994; Elander & Rutter 1996a,b). For most of the subscales, the reliability was adequate (Cronbach's alpha ranging from 0.67 to 0.95), while the Cronbach's alpha for the subscale of emotional problems reported by the teachers at T4 were relatively low (0.45).

Responses to the single items were on a three-point scale from 'not true' (0), 'somewhat true' (1) to 'certainly true' (2). The items on the teacher scale differ slightly from those on the parent scale in order to be able to best capture the information from both the teachers' and parents' positions. In addition, the number of items differs on the subscales for emotional (parent scale five items vs. teacher scale four items) and conduct problems (parent scale five items vs. teacher scale six items). Because the scales have not been validated in Norway, the cut-off value for assessing a clinical total difficulty score was set to 9 for the teacher scale and 11 for the parent scale, in accordance with the British scoring system (Hogg *et al.* 1997). Scores above the clinical levels are defined as 'high scores' and scores below the clinical levels are defined as 'low scores'. In the text the concept 'mental health problems' are used equivalent to problem scores or total difficulty scores, while 'mental health conditions' includes both problem scores and prosocial scores. Whenever specific types of mental health problems are referred to, this is specified by terms as 'emotional problems', 'conduct problems' or 'hyperactivity'.

Other study variables

Demographic variables of the children

Gender was coded 0 for girls and 1 for boys. Age (T1) was treated as a continuous variable ranging from 6 to 12 years.

Pre-placement variables

Pre-placement variables were defined as contributing reasons for the out-of-home placement (several reasons possible for each individual) as reported by the child welfare workers shortly after the out-of-home placement. Selected reasons for the current study were 'parental substance abuse' ($n = 38$), 'child neglect' ($n = 33$), 'disciplinary problems' ($n = 40$) and 'behavioural problems' ($n = 34$), all reported by the child welfare workers as 'yes' (1) if present and 'no' (0) if not present.

Placement variables

Placement variables chosen for the current study were the type of placement (residential care [$n = 33$] vs. different types of foster care [$n = 37$]), legal basis of placement (voluntary [$n = 34$] vs. compulsory

[$n = 36$]), both coded 0–1, and the number of movements during the placement period (ranging from 0 to 11).

Missing data

There were no missing data on variables like gender, age, pre-placement and placement variables or the number of movements. For the Revised Rutter Scales the amount of missing data varied from 19% to 24% for all scales except the teacher scales at T4, for which the amount of missing data varied between 43% and 46%. MI was used to replace missing data by the routines included in SPSS 18. MI is generally regarded as state of the art when handling missing data and clearly superior to post hoc routines such as 'mean replacement' and 'case-wise deletion' (Schäfer & Graham 2002) (see Note 1).

Analysis

The statistical analysis was carried out in SPSS version 18 (SPSS, Chicago, IL, USA). *T*-tests for paired samples were used to compare mean scores of mental health problems at T1 and T4 for the total sample. Chi-square statistics were used to compare the proportions of children with high and low scores of mental health problems. Correlation analyses were used to examine the association between the children's mental health problems at T1 and T4 and between T1 and the individual change scores (T4 scores subtracted by T1 scores). Correlation/regression analyses were used to examine the relationship between possible predictors and the outcome variables.

The *absolute* consistency in mental health problems from the time of placement (T1) to the follow-up time (T4) was explored by mean score analyses and by frequency analyses of the *total* distribution of high and low scores from T1 to T4. The *relative* consistency was explored by correlation analyses and by frequency analyses of the *within* distribution of high and low scores from T1 to T4. All analyses were done for both the caregivers' and the teachers' reports, for all the problem subscales on the Revised Rutter Scales.

RESULTS

Absolute consistency

The mean score analyses (Table 2) showed that, according to the caregivers, there were no significant differences in the placed children's problem scores

Table 2 Mean scores of the children's mental health problems at T1 and T4, all sub scales, paired samples, caregivers' and teachers' reports ($n = 70$)

	T1		T4		t-value
	M	SD	M	SD	
Caregivers' reports					
Total difficulties	16.27	9.11	15.79	5.75	0.413
Emotional problems	4.05	2.00	3.59	1.32	1.331
Conduct problems	2.77	3.47	2.40	1.61	1.094
Hyperactivity	2.80	2.00	2.39	1.82	1.316
Teachers' reports					
Total difficulties	17.88	8.56	10.15	7.98	6.842***
Emotional problems	3.32	2.39	1.98	2.16	4.429***
Conduct problems	4.39	2.51	1.46	2.07	6.593***
Hyperactivity	3.39	1.95	2.17	1.79	3.662***

Note: † $P < 0.10$; * $P < 0.05$; ** $P < 0.01$; *** $P < 0.001$.

M, mean scores; SD, standard deviation.

Table 3 The association between high and low total difficulty scores at T1 and T4, caregivers' and teachers' reports ($n = 70$)

	Low scores T4		High scores T4		Total T1		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Caregivers' reports							
Low scores T1	9	45	11	55	20	29	3.70*
High scores T1	11	22	39	78	50	71	
Total T4	20	29	50	71	70	100	
Teachers' reports							
Low scores T1	9	75	3	25	12	17	5.01*
High scores T1	23	40	35	60	58	83	
Total T4	32	46	38	54	70	100	

Note: † $P < 0.10$; * $P < 0.05$; ** $P < 0.01$; *** $P < 0.001$.

from T1 to T4, indicating stability in the absolute level of problems. According to the teachers, however, the mean problem scores had decreased significantly over time for all the subscales, indicating change.

The frequency analyses (Table 3) of the total distribution of high vs. low problem scores at T1 and T4 were much in line with these findings. According to the caregivers, the proportion of high vs. low problem scores was the same at the follow-up time (T4) as at the time of placement (T1), indicating that 71% of the children had high problem scores at both time points (not necessarily the same children). According to the teachers the proportion of children with high problem scores had decreased from 83% at the time of placement to 54% at the follow-up time.

Relative consistency

The correlations between the children's initial problem scores and the follow-up scores (table not displayed) were only low to moderate for most of the

problems scores, varying between $r = 0.12$ to $r = 0.33$ for the caregivers' reports, and between $r = 0.10$ to $r = 0.30$ for the teachers' reports. The findings indicate that a great proportion of the children had changed their relative position in the order of mental health problems from T1 to T4. This tendency can also be found when studying the within distribution of children who were low/high scorers over time (Table 3). Even if the high scorers were rather stable according to the caregivers' reports and the low scorers were rather stable according to teachers' reports, more than half (55%) of the low scorers from T1 had crossed the cut-off line and become high scorers at T4 according to the caregivers, while two-fifths (40%) of the high scorers from T1 had become low scorers according to the teachers.

Individual changes in mental health problems

To illustrate each individual's change in mental health problems from T1 to T4 we plotted the individual

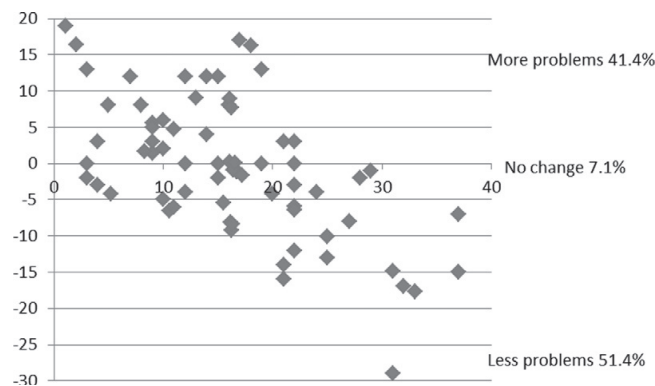


Figure 1 The association between the total difficulty scores at T1 and individual change scores (T4–T1), caregivers' reports ($n = 70$). Note: The x -axis displays the level of total difficulties at T1. The y -axis displays the level of change.

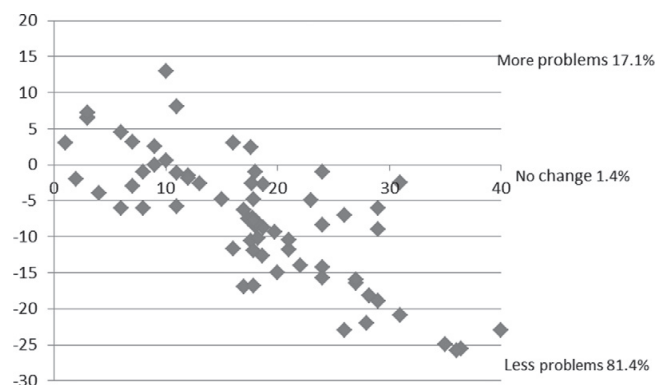


Figure 2 The association between total difficulty scores at T1 and individual change scores (T4–T1), teachers' reports ($n = 70$). Note: The x -axis displays the level of total difficulties at T1. The y -axis displays the level of change.

problem scores at T1 against his or her change scores (T4–T1). A separate plot is given for caregivers' and teachers' reports (see Figs 1 and 2). The x -axis refers to the level of total difficulties at T1, while the y -axis refers to the level of absolute change.

For both figures, we can see that the change slopes go downwards from left to right, illustrating a negative association between the initial problem scores and the change scores (see Table 4). The plots show that lower scores at T1 tend to correspond with positive change scores (increased problems), especially for the caregivers' plot, and higher scores at T1 tend to correspond with negative change scores (decreased problems). About half (51%) of the children experienced decreased problems (negative change scores) at T4 according to the caregivers' reports, while more than

four-fifths (81%) of the children experienced decreased problems according to the teachers' reports. For the caregivers' reports, the findings revealed that, in contrast to the consistency in mean scores, the degree of individual consistency in scores was rather low. It is also worth noting that a large proportion of individual changes were related to the subgroup of 'high scorers', indicating that many children had decreased problem scores at T4, in spite of not necessarily becoming 'low scorers'.

Predictors of the absolute change in the children's mental health problems

Table 4 shows the correlations between possible predictors and the change scores in the children's mental

Table 4 Correlations between possible predictors and change scores (Chg.) in the children's mental health problems, all subscales, caregivers' and teachers' reports ($n = 70$)

Predictors	Chg. total difficulties	Chg. emotional problems	Chg. conduct problems	Chg. hyperactivity
Caregivers' reports				
Boys a)	-0.17	0.01	-0.27*	-0.14
Age T1 (6–12 years)	-0.12	-0.13	-0.13	-0.06
Parental substance abuse b)	0.26*	0.05	0.32*	0.28*
Child neglect b)	-0.02	-0.08	0.00	0.02
Disciplinary problems b)	-0.12	-0.00	-0.18	-0.26*
Behavioural problems b)	-0.29*	-0.12	-0.28*	-0.25*
Foster home c)	0.12	0.02	0.16	0.20
Compulsory placement d)	0.23†	0.09	0.19	0.09
Number of movements (0–11)	-0.01	-0.06	0.02	0.08
T1 prosocial behaviour	0.20	0.01	0.22†	0.24†
T1 problem scores	-0.62***	-0.66***	-0.69***	-0.70***
Teachers' reports				
Boys a)	-0.25*	-0.09	-0.31*	-0.13
Age T1 (6–12 years)	0.06	0.18	-0.07	-0.02
Parental substance abuse b)	0.22†	0.16	0.27*	0.04
Child neglect b)	-0.04	-0.06	0.02	0.02
Disciplinary problems b)	-0.09	-0.06	-0.20	-0.03
Behavioural problems b)	-0.31*	-0.03	-0.41**	-0.27*
Foster home c)	0.27*	0.12	0.23†	0.15
Compulsory placement d)	0.08	0.03	0.09	-0.05
Number of movements (0–11)	0.07	0.16	-0.04	0.09
T1 prosocial behaviour	0.47***	0.25*	0.51***	0.17
T1 problem scores	-0.80***	-0.82***	-0.89***	-0.70***

Note: † $P < 0.10$; * $P < 0.05$; ** $P < 0.01$; *** $P < 0.001$.

Reference groups: a) Girls; b) *Not* parental substance abuse/child neglect/disciplinary problems/behavioural problems; c) Residential care; d) Voluntary placement.

health problems from T1 to T4 on all subscales of the Revised Rutter Scales assessed by the caregivers and the teachers. Based on previous findings from the same research project (Havnen *et al.* 2011), included predictors of the change scores were age, gender, different reasons for the out-of-home placement, as well as the children's prosocial behaviour scores and problem scores at T1. In addition, selected placement variables were included such as type of placement, legal basis of placement and the number of movements.

It is noteworthy that the correlation analyses showed a quite parallel pattern for both informants. The significant variables were typically the same as the variables which were associated with the children's mental health problems at the time of placement (see the 'Introduction' section). Interestingly, however, the variables associated with higher problem scores at T1 were those that predicted the most positive development, while the variables associated with lower problem scores at T1 predicted a less positive development. Thus the correlations with parental substance abuse were positive, indicating that children placed for

parental substance abuse had a less positive development from T1 to T4 than children not placed for parental substance abuse (positive change scores), while the correlations with behavioural problems were negative, indicating that children placed for behavioural problems had a more positive development than children not placed for behavioural problems (negative change scores). In a similar way, being a boy, which was a risk factor for total difficulties and conduct problems at the time of placement, turned out to be negatively correlated with the change scores in conduct problems for both informants and for the change score in total difficulties for the teachers, indicating a more positive development for boys than for girls.

In the same way, prosocial behaviour, a strong protective factor at the time of placement according to the teacher data, turned out to be strongly positively correlated with the change scores (positive change scores) in total difficulties and conduct problems and somewhat lower with emotional problems according to the teachers, while it was only marginally associated with the change scores of conduct problems and hyperactivity according to the caregivers.

The correlations between the placement factors and the change scores differed somewhat with regard to the caregivers' and the teachers' reports. While legal basis of placement was positively correlated with the change score of total difficulties for the caregivers' reports, type of placement was positively correlated with the change scores of total difficulties and conduct problems for the teachers' reports. The number of movements was not correlated with any of the change scores for neither of the informants.

The most noteworthy findings, however, were the strong correlations between the T1 problem scores and the respective change scores for both the caregivers' reports (r ranged from -0.56 to -0.70) and the teachers' reports (r ranged from -0.62 to -0.89). These findings were in accordance with the individual change plots presented earlier (see Figs 1 and 2). Thus the negative direction of the correlations indicated that higher problem scores at T1 corresponded with decreased problem scores over time (negative change scores) and lower problem scores at T1 corresponded with increased problem scores (positive change scores).

The central role of the children's T1 problem scores in determining the change in the children's mental health problems was further highlighted by multiple regression analyses (not displayed). Entering the most important correlates ($r > 0.20$) of the change scores as predictors, the final analyses showed that the respective T1 problem scores were the only variables that remained significant for both the caregivers' and the teachers' reports ($P < 0.001$ for all subscales). This means that the impact of the other predictors on the change scores was fully explained by the children's problem scores at the time of placement for all the subscales on the Revised Rutter Scale.

DISCUSSION

The current study presents the findings from a 7- to 8-year follow-up study of mental health problems in Norwegian children in long-term out-of-home care. The assessments of the children's mental health problems thus implies a comparison of different ages and stages in their lives, including normal developmental changes, as well as special experiences related to their lives in out-of-home care.

Our first aim was to examine absolute and relative consistency in the children's mental health problems from the time of placement to the follow-up time. In line with our general expectations, the absolute level of mental health problems in the children as a group

had decreased significantly over time according to the teachers' reports, irrespective of referring to the proportion of high/low problem scores (high scores reduced from 83% to 54%) or a more continuous measure. The findings were in accordance with some recent studies which have concluded that long-term out-of-home care might have a positive impact on placed children's functioning and well-being (Barber & Delfabbro 2005; Fernandez 2008; Fernandez 2009; Forrester *et al.* 2009; McWey *et al.* 2010; Wade *et al.* 2011). Given the fact that we had no control group, we can only speculate why this happened, and it might be the case that at least some of the positive development would have happened regardless of the out-of-home placement. On the other hand, it sounds reasonable that being removed from high-risk home conditions to positive and supporting caregivers would have a positive impact on their development (Cicchetti 2004). The children's absolute level of mental health problems according to the caregivers' reports, however, were high and stable, both referring to mean scores and the proportion of high/low scores (71% high scores at both time points). This lack of improvement was in line with a Danish study (Egelund *et al.* 2008), which also reported high and stable levels of mental health problems according to the caregivers' reports for children who had stayed for 4 years in out-of-home care.

The discrepancy between the teachers and the caregivers deserves some discussion. One obvious way of understanding the findings is that the children's functioning at school had developed in a positive way during the 7–8 years in out-of-home care, while their functioning at 'home' was still problematic. As noted by several authors (Gilligan 2001; Fernandez 2008) the structure of the classroom situation and the school environment in general might have a positive impact on the children's functioning and well-being over time, especially for children who have been exposed to disciplinary problems and instability earlier in their lives. It is also possible that the discrepancy could reflect that the results obtained from one of the informant groups could be somewhat more correct. The teachers might for example under-report the children's problems at the follow-up time due to a positive cooperation with the current caregivers and the child welfare services. In contrast, the caregivers might over-report the problems due to knowledge of the children's previous problems and backgrounds, or a need to justify their own efforts towards the child. The fact that it was most often different persons who filled in the questionnaires at T1 and T4 might perhaps be

somewhat more problematic for the caregivers' reports. Even if it was different teachers who reported at the two time points they are still professionals with a similar knowledge base and role. For the caregivers' reports it was the parents who reported at T1 and the current caregivers (foster parents, residential caregivers and some parents) at T4. With regard to the parents' reports at T1 it is not unlikely that some parents might have over-reported their children's problems in order to get adequate help from the child welfare services, while others – for example, those with substance abuse problems have under-reported the problems because they did not want to have any contact with the child welfare services, or they did not notice the children's problems because of their own problems. A different caregiver at T4 might then give a less biased view of the child. How much such possible biases have affected the results are unknown, and this is a highly important avenue for future research on children in out-of-home care as these children often have different caregivers over time.

Irrespective of whether the teachers' or the caregivers' reports are used, analyses based on group averages or simply the proportions of high/low problem scores over time can hide important individual differences and changes. Treating children in out-of-home care as one homogeneous group, which has often been done in previous research, can give the false impression that placed children are following more or less the same developmental path over time. The results from the present study indicate that there was a great variability in the children's development. This was demonstrated both through the relatively low correlations between the initial problem scores and the follow-up scores and through the fact that rather many children changed between high and low problem scoring categories over time. The detailed plots (see Figs 1 and 2) of each individual's change in mental health problems over time also underlined the great variability in this sample.

To expand our understanding of the individual differences and changes in mental health problems over time, we relate to our second research question of predicting the individual change scores. For most of the examined predictors the correlation analyses showed a consistent pattern for both informants. The significant variables were mainly the same as the variables which were associated with the children's mental health problems at the time of placement (see the 'Introduction' section). Interestingly however, the variables associated with higher problem scores at T1 were those that predicted the most positive

development, while the variables associated with lower problems scores at T1 predicted a less positive development. Thus being placed for parental substance abuse and having a higher prosocial score at the time of placement were associated with a less positive development, while being placed for behavioural problems and being a boy were related to a more positive development (compared with the respective reference categories). However, all the predictors of the change in mental health problems were accounted for by the children's problem scores when entering care, and accordingly they should be explained in this context.

The association between the initial problem scores and the change scores were strongly negative, in this particular case because higher initial scores were related to decreased problems according to both informants' reports, and lower initial scores were related to increased problems over time, especially according to the caregivers' reports. It is likely that at least a part of the explanation for the negative association between the initial problem scores and the change scores could be attributed to regression towards the mean, which is the statistical phenomenon that, if a variable is extreme on its first measurement, it will tend to be closer to the average on a second measurement (Bland & Altman 1994).

While most explanations of regression towards the mean have focused on it as a consequence of random error of measurement it might also occur even when using perfectly reliable measures (Furby 1973). In the latter case it can occur as a consequence of the fact that individuals who report extreme scores are more likely to have experienced a rare combination of antecedent events that is not likely to persist at future measurements. Considering the turbulence and crises which many of the children experienced around the time of placement, it is not unreasonable that their problems had a peak at that time, and, accordingly, at least for some children, their problems would decrease over time even if they were not removed from home. On the other hand, we also find it highly likely that some children will benefit from out-of-home care per se, especially if they are removed from highly dysfunctional families that do not necessarily become less dysfunctional over time. For the time being, and based on both teachers' and caregivers' reports, the findings give some tentative support to the view that children with the highest initial problems are the ones who seem to benefit the most from the out-of-home placement.

Some of the children, however, had increased problem scores at follow-up time, especially according

to the caregivers' reports, which might indicate that these children did not benefit as much from the out-of-home placement as the ones with the highest initial problems. An alternative explanation might be that the children, due to their age and the ongoing transitions from childhood to adolescence and young adults, were experiencing more general developmental changes, which have been found to include a raise in certain types of mental health problems (Costello *et al.* 2011). Other explanations could be related to possible long-term effects of pre-placement experiences, which did not appear at the time of placement, or to special potentially negative experiences related to the out-of-home placement.

Strengths and limitations

The strength of the current study is the prospective, longitudinal design, exploring the children's mental health problems from the time of placement and 7–8 years onwards. In addition, it has examined stability and change in mental health problems by means of several approaches, which has provided the opportunity of detecting both absolute and relative stability and changes for the total sample as well as for individuals. Including assessments from both caregivers and teachers has illustrated that different positions might give different information on the children's mental health conditions.

Some limitations ought to be mentioned. Due to the design of the overall research project, the caregivers who assessed the children's mental health problems at the time of placement and the follow-up time were different: the parents at the time of placement and public caregivers (and some parents) at the follow-up time. At both points of time, however, the caregivers who were supposed to know the children the best were assessing their mental health conditions. It might also be some doubt about using the same version of the Revised Rutter Scales on children aged 6–12 years and 13–20 years, and to the lack of national norms for this scale. Other limitations are related to the small sample size and the lack of a control group, as a result of which we cannot compare our findings to Norwegian children in general or to other marginalized groups. As with most long-lasting longitudinal studies there were also missing data in the current study, particularly with regard to teachers' reports. A well-validated method – MI – was used to handle the missing data, which allowed us to include all 70 children who had stayed in long-term out-of-home care. Great care was taken to control that the

imputation method did not cause convergence problems and inadmissible parameter estimates in such a small sample size.

CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS

The findings from the present study indicate that there was a great variability in the children's development over time. Thus treating children in out-of-home care as one homogeneous group, which has often been done in previous research, can give the false impression that placed children are more or less following the same developmental path over time. For practitioners it would be of importance to detect even small improvements in the children's problems, which will not necessarily be captured by the use of mean scores or cut-off values for clinical and non-clinical problem scores. Furthermore, the findings have demonstrated the importance of controlling for the placed children's initial level of problems, to avoid overemphasizing the possible impact of single placement or pre-placement factors in explaining mental health changes over time. In spite of many children having improved their mental health conditions during the years in out-of-home care, the general level of problems were still high, indicating a strong need for additional efforts from the child welfare services and the child and adolescent mental health services. The still limited and more or less contradictory findings from recent longitudinal studies of placed children's mental health conditions call for further research on this issue.

REFERENCES

- Alsaker, F. & Olweus, D. (1992) Stability of global self-evaluation in early adolescence: a cohort longitudinal study. *Journal of Research on Adolescence*, 2 (2), 123–145.
- Andenæs, A., Christiansen, Ø., Havik, T., Havnen, K., Moldstad, B. & Skollerud, K. (2001) *Barn som blir plassert utenfor hjemmet – risiko og utvikling. Framgangsmåter og erfaringer med å opparbeide et empirisk materiale [Children Placed Out-of-Home – Risks and Development. Methodological Issues and Experiences in Building an Empirical Data Base]*. NOVA's skriftserie. NOVA, Oslo.
- Andresen, I.L.K. (1992) Behavioural and school adjustment of 12–13-year old internationally adopted children in Norway: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 33 (2), 427–439.
- Barber, J. & Delfabbro, P. (2005) Children's adjustment to long-term foster care. *Children and Youth Services Review*, 27, 329–340.
- Barth, R.P. & Lloyd, C. (2010) Five-year developmental outcomes for young children remaining in foster care, returned

- home or adopted. In: *How Does Foster Care Work? International Evidence on Outcomes* (eds E. Fernandez & R. Barth), pp. 47–62. Jessica Kingsley Publishers, London.
- Berger, L., Bruch, M., Johnson, S.K., James, E.I.S. & Rubin, D. (2009) Estimating the 'impact' of out-of-home placement on child well-being: approaching the problems of selection bias. *Child Development*, **80** (6), 1856–1876.
- Bland, J.M. & Altman, D.G. (1994) Regression towards the mean. *British Medical Journal*, **308**, 1499.
- Borge, A.I.H., Samuelsen, S.O. & Rutter, M. (2001) Observer variance within families: confluence among maternal, paternal and child ratings. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, **10** (1), 11–21.
- Christiansen, Ø., Havik, T. & Anderssen, N. (2010) Arranging stability for children in long-term out-of-home care. *Children and Youth Services Review*, **32**, 913–921.
- Cicchetti, D. (2004) An odyssey of discovery: lessons learned through three decades of research on child maltreatment. *American Psychologist*, **59**, 731–741.
- Costello, E.J., Copeland, W. & Angold, A. (2011) Trends in psychopathology across the adolescent years: what changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **52**, 1015–1025.
- Egelund, T., Andersen, D., Hestbæk, A.D., Lausten, M., Knudsen, L., Olsen, R.F. et al. (2008) *Anbragte børns udvikling og vilkår. Resultater fra SFI'S forløbsundersøgelser af årgang 1995 [Developmental Outcomes of Young Children in Out-of-Home Care: Findings from SFI's Follow up Study of Children Born in 1995]*. SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd, København.
- Egelund, T., Christensen, P.S., Jakobsen, T.B., Jensen, T.G. & Olsen, R.F. (2009) *Anbragte børn og unge. En forskningsoversigt [Children in Out-of-Home Care. A Research Review]*. SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd, København.
- Elander, J. & Rutter, M. (1996a) An update on the status of the Rutter parents' and teachers' scales. *Child Psychology and Psychiatry Review*, **1** (1), 31–35.
- Elander, J. & Rutter, M. (1996b) Use and development of the Rutter parents' and teachers' scales. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, **6** (2), 63–78.
- Fernandez, E. (2008) Unravelling emotional, behavioural and educational outcomes in longitudinal study of children in foster-care. *British Journal of Social Work*, **38**, 1283–1301.
- Fernandez, E. (2009) Children's wellbeing in care: evidence from a longitudinal study of outcomes. *Children and Youth Services Review*, **31**, 1092–1100.
- Fernandez, E. & Barth, R. (2010) Reviewing international evidence to inform foster care policy and practice. In: *How Does Foster Care Work? International Evidence on Outcomes* (eds E. Fernandez & R. Barth), pp. 20–28. Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia.
- Flynn, R.J. & Biro, C. (1998) Comparing developmental outcomes for children in care with those for other children in Canada. *Children and Society*, **12**, 228–233.
- 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. *The British Journal of Psychiatry*, **190**, 319–325.
- Forrester, D., Goodman, K., Cocker, C., Binnie, C. & Jensch, G. (2009) What is the impact of public care on children's welfare? A review of research findings from England and Wales and their policy implications. *Journal of Social Policy*, **38** (3), 439–456.
- Furby, L. (1973) Interpreting regression toward the mean in developmental research. *Developmental Psychology*, **8** (2), 172–179.
- Gilligan, R. (2001) *Promoting Resilience: A Resource Guide on Working with Children in the Care System*. British Agencies for Adoption and Fostering, London.
- Goodman, R. (1994) A modified version of the Rutter parent questionnaire including extra items on children's strengths: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **35** (8), 1483–1494.
- Goodman, R. (2001) Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **40** (11), 1337–1345.
- Graham, J.W. (2009) Missing data analysis: making it work in the real world. *Annual Review of Psychology*, **60**, 549–576.
- Havnen, K.S., Jakobsen, R. & Stormark, K.M. (2009) Mental health problems in Norwegian school children placed outside home – the importance of family risk factors. *Child Care in Practice*, **15** (3), 235–250.
- Havnen, K.S., Breivik, 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*, **33**, 2010–2017.
- Hogg, C., Rutter, M. & Richman, N. (1997) Emotional and behavioural problems in children. In: *Child Psychology Portfolio* (ed. I. Scare), pp. 1–34. NFER-Nelson, Windsor.
- Lawrence, C., Carlson, E.A. & Egelund, B. (2006) The impact of foster care on development. *Development and Psychopathology*, **18**, 57–76.
- McAuley, C. (2009) Emotional well-being and mental health of looked after children in the UK. *Child & Family Social Work*, **14** (2), 147–155.
- McWey, L.M., Cui, M. & Pazdera, A.L. (2010) Changes in externalizing and internalizing problems of adolescents in foster care. *Journal of Marriage and Family*, **72**, 1128–1140.
- Rutter, M. (1967) A children's behavior questionnaire for completion by teachers – preliminary finding. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, **8** (1), 1–11.
- Rutter, M., Tizard, J. & Whitmore, K. (1970) *Education, Health and Behavior*. Longmans, London.
- Schäfer, J.L. & Graham, J.W. (2002) Missing data: our view of the state of the art. *Psychological Methods*, **7** (2), 147–177.
- Sinclair, I., Baker, C., Wilson, K. & Gibbs, I. (2005) *Foster Children – Where They Go and How They Get On*. Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia.
- Sterne, J.A., White, I.R. & Carlin, J.B. (2009) Multiple imputation for missing data in epidemiological and clinical research: potential and pitfalls. *British Medical Journal*, **338**, 157–160.

- Thoburn, J. (2010) International perspectives on foster care. In: *How Does Foster Care Work? International Evidence on Outcomes* (eds E. Fernandez & R. Barth), pp. 29–43. Jessica Kingsley Publishers, London & Philadelphia.
- Waaktaar, T., Borge, A.I.H., Christie, H.J. & Torgersen, S. (2005) Youth-parent consistencies on ratings of difficulties and prosocial behavior: exploration of an at-risk sample. *Scandinavian Journal of Psychology*, **46** (2), 179–188.
- Wade, J., Biehal, N., Farrelly, N. & Sinclair, I. (2011) *Caring for Abused and Neglected Children. Making the Right Decisions for Reunification or Long-Term Care*. Jessica Kingsley Publishers, London.
- Weir, K. & Duveen, G. (1981) Further development and validation of the prosocial behaviour questionnaire for use by teachers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **22** (4), 357–374.
- Whittaker, J.K. (2010) Foreword. In: *How Does Foster Care Work? International Evidence on Outcomes* (eds E. Fernandez & R. Barth), pp. 15–19. Jessica Kingsley Publishers, London & Philadelphia.

NOTE

1 Multiple imputation (MI) uses all the available data and assumes that the missing data is at least missing at random (MAR). MAR exists when the probability of the missing data on a certain variable Y relies on the measured variables in the model, but not the values of the Y variable itself. Even if MI has shown to perform very well for small samples (as low as $n = 50$ and with as much as 50% missing on the dependent variable; see Graham 2009), small sample sizes heighten the risk of convergence problems and inadmissible solutions which can potentially invalidate the results from the analyses (Sterne *et al.* 2009). We therefore scrutinized the results of the analyses very closely to safeguard against such problems. In addition we ran the analyses by the use of listwise deletion, which produced mainly the same results. The number of imputed data sets was 50 to gain sufficient statistical power. Relevant interaction effects were included when imputing missing data to increase the power of discovering such effects (Graham 2009).

6. Drøfting av hovudfunn

Det overordna siktemålet med avhandlinga har vore å bidra til auka kunnskap om plasserte barns psykiske helse; herunder å utforska førekomst, variasjon, og utvikling av psykiske vanskar. Dei ulike delstudiane har undersøkt og problematisert ulike sider ved barnas liv, som kvar for seg har bidrege til kunnskap om barna sine psykiske vanskar og korleis dei har utvikla seg over tid. I dette kapitlet ønskjer eg å løfta fram enkeltfunn og samanhengar på eit meir overordna nivå, med siktemål om å drøfta og reflektera over korleis avhandlinga kan bidra til auka kunnskap om psykisk helse hos barn plasserte utanfor heimen av barnevernet. Medan spesifikke problemstillingar og funn har vore drøfta og relatert til eksisterande forskning i dei enkelte artiklane, ønskjer eg i denne drøftinga å sjå funna i ein meir teoretisk samanheng, og fokusera på generelle faglege tema meir enn spesifikke funn. Bakanforliggjande spørsmål i drøftinga er 1) kva er kunnskapsbidraget frå dei empiriske studiane? og 2) kvifor er desse bidraga viktige? Aktuelle tema for drøfting har utkrystallisert seg gjennom arbeidet med dei empiriske studiane så vel som fordjuping i eksisterande teori, forskning og barnevernfaglege spørsmål. Stikkord for drøftingstema er; korleis kan vi forstå den høge førekomsten av psykiske vanskar hos plasserte barn, tydinga av direkte versus indirekte risikofaktorar, korleis har dei offentlege omsorgsarrangementa ivareteke barnas psykiske helse, og tydinga av kunnskap om individuelle variasjonar i utvikling. Sist i drøftingskapitlet blir det gjort ei oppsummering av sterke og svake sider ved avhandlinga.

6.1 Ein mangedobla førekomst av psykiske vanskar hos plasserte barn

I tråd med anna forskning frå inn- og utland har avhandlinga stadfesta at også norske plasserte barn har ein mangedobla førekomst av psykiske vanskar sett i forhold til barn flest, adopterte barn og andre utsette barnegrupper som ikkje er plasserte utanfor heimen (sjå artikkel 1). Desse funna er altså som forventa og i tråd med eksisterande kunnskap på feltet. Det er likevel viktig å stoppa opp og reflektera omkring den høge førekomsten av psykiske vanskar, korleis den kan forståast, og ikkje minst retta søkelyset mot forhold som bidreg til at så mange barn har psykiske vanskar når dei blir plasserte utanfor heimen.

Med utgangspunkt i utviklingspsykopatologisk teori kan psykiske vanskar sjåast som eit resultat av utviklingshemmande transaksjonar og samhandling mellom barnet og nære personar i omgjevnadene (Cummings, et al., 2000; Sameroff, 2010; Sroufe & Rutter, 1984). Formulert på ein annan måte har barnet ikkje fått gode nok vekstforhold i forhold til individuelle og generelle utviklingsbehov. Med referanse til resiliensforskninga er det ein særleg risiko for utvikling av patologi dersom barnet har levd under lite tilfredsstillande oppvekstforhold over tid, og/eller at det har opplevd traumatiske livshendingar som det ikkje har fått god nok hjelp til å meistra i forhold til alder og modning (Borge, 2010/2003; Rutter, 1985). Det er også av tyding at barnet kan ha opplevd utilfredsstillande forhold på fleire område samstundes, som gjer at naturlege utviklingsprosessar blir hemma og resulterer i avvikande tanke- og åtferdsmønster. Avhengig av alder og modning vil barnet utvikla strategiar for å møte livsutfordringar på ulike nivå; strategiar som kan synast meiningsfulle i visse situasjonar, men som i generalisert form og over tid kan vera lite føremålstenlege (Cummings, et al., 2000).

For å forstå barna sine psykiske vanskar er det naturleg å venda blikket bakover og sjå kva som kjenneteikna oppveksten deira *før* plassering utanfor heimen; i dei 6-12 åra medan dei hovudsakleg budde i foreldreheimen. Bakgrunnsopplysningar om familieforhold er bl.a. presentert i artikkel 1, der det går fram at familiane var marginaliserte i forhold til foreldres utdanning, familiestruktur og inntektsforhold. Berre eit lite mindretal av barna hadde foreldre med høgskoleutdanning, dei fleste foreldra hadde trygd eller sosialhjelp som viktigaste inntektskjelde og berre ein liten del av barna budde med begge foreldra på plasseringstidspunktet. Dei fleste av barna hadde også opplevd stressande livshendingar og ustabilitet i form av sjukdom i nær familie, flyttingar, endra familiesamansetjingar, skolebytte etc. i dei føregåande åra (artikkel 2). Ei meir detaljrik skildring av familiane sitt liv er gitt av Andenæs (2004), som reiser spørsmålet om «Hvorfor ser vi ikke fattigdommen?» Ho beskriv slitne foreldre som strevar med å få kvardagen til å gå i hop; med usikre inntektsforhold, usikre og dårlege buforhold, manglande «hjelpemiddel» som tilgang til bil, helseproblem, lite støtte frå medforeldre, konflikhtar om barn og samliv etc. Frå det kvalitative materialet blir det også gitt eksempel på korleis ein del foreldre ikkje greier å støtta barna ved konflikhtar i skolesamheng eller at dei ikkje greier å setja konsekvente grenser for barna. Andenæs påpeikar at sjølv om fattigdomsproblematikken nok er kjent for saksbehandlarane i

barnevernet, er det den nære mor-barn problematikken og mors manglar i foreldrefunksjonen som kjem i fokus når barnet sin situasjon skal vurderast. Altså, at det kan sjå ut til at koplinga mellom informasjon om familiar sine liv på fattigdomsgrensa og mangelfull omsorg for barna, blir «gløymt».

I avhandlinga fann ein ikkje nokon tydeleg samanheng mellom familiare sin sosioøkonomiske bakgrunn og barna sine psykiske vanskar, bortsett frå at barn av foreldre som mottok trygd eller sosialhjelp hadde mindre vanskar enn barn av foreldre med inntektsgivande arbeid. Manglande samanhengar er derimot ikkje einstyddande med at det ikkje finst samanhengar, men like gjerne ein konsekvens av at analysemetodane eller datagrunnlaget ikkje har vore eigna til å avdekka slike samanhengar. T.d. blir det i forskingslitteraturen framheva at tydinga av enkelte risikofaktorar nokre gonger først kjem til syne i samanheng med andre risikofaktorar (Sameroff, 2010). Ei mogeleg forklaring på manglande funn i dei aktuelle analysane er at utvalet av familiar er relativt homogent; dvs. det er lite varians i kjenneteikna ved familiare. I tillegg er nokre av samhengane berre undersøkte ved hjelp av bivariate metodar, og ikkje gjennom meir kompliserte modellar som inkorporerer viktige interaksjonar og prosessar (artikkel 2). Det er sjølvstøtt også viktig å vera merksam på at det å vera fattig i vid forstand ikkje automatisk går utover barna sin helsetilstand, men at det heller er foreldra si handtering av ein krevjande situasjon, og det direkte samspelet med barna som er avgjerande (Baldwin, et al., 1990). Slik sett verkar det rimeleg at barnevernet ofte fokuserer på samspelet foreldre-barn. Det viktige er derimot at ein i vurdering og forståing av foreldres omsorgsevne også har eit blick for tydinga av ein krevjande livssituasjon.

Eit anna funn som tyder på at barna sine vanskar i stor grad har blitt utvikla før plassering utanfor heimen, er at storparten av barna hadde hatt tiltak frå barnevernet i fleire år før den aktuelle plasseringa (Christiansen, et al., 2010); dei fleste hadde hjelpetiltak i heimen, men ei gruppe hadde også vore plasserte utanfor heimen tidlegare (artikkel 2). Mange av barna hadde også hatt kontakt med PPT og BUP i samband med skoleproblem og ulike tilpassingsproblem. Årsaker til plassering som rusmisbruk hos foreldre, omsorgssvikt, grensesetjingsproblem, utslitne foreldre og åtferdsvanskar hos barna er andre teikn på at barna har levd i ein utilfredsstillande situasjon over tid, som i ulik grad har medverka til utvikling av psykiske vanskar (artikkel 1 og 2). Tydinga av

årsaker til plassering vil bli drøfta i eit seinare punkt, men det er viktig å nemna i denne samanheng for å forstå bakgrunnen for barna sine vanskar.

Eit siste moment i argumentasjonen for at barna sine psykiske vanskar har samanheng med oppvekstsituasjonen før plassering, er at lærarane som rapporterte barna sine vanskar kort tid *etter* plassering, i utgangspunktet var dei som kjente barnet *før* plassering. Det var høgt samsvar mellom lærarane og foreldra sine vurderingar av barna sine vanskar, noko som tyder på at vanskane var tydelege både i heimemiljøet og i skolesamanheng. For nærare drøfting av ulike informantgrupper sine vurderingar viser eg særleg til artikkel 1 og 3. At barna sine vanskar kan ha auka i samband med plasseringa er sjølvstundt rimeleg, men i kor stor grad dette er fanga opp av tidlegare lærarar som ikkje hadde noko med plasseringa å gjera, eller foreldre som barna budde hos tidlegare, er vanskeleg å sei.

Dersom ein “godtek” argumentasjonen for at barna sine psykiske vanskar i stor grad kan ha blitt utvikla i god tid før plassering, og at vanskane meir eller mindre bør ha vore kjente av barnevernet og andre helsetenester gjennom tidlegare kontakt, er det rimeleg å konkludera med at barna og/eller familiane ikkje har fått god nok hjelp verken frå barnevernet eller frå pedagogisk psykologiske hjelpetenester eller frå det psykiske helsevernet for barn og unge. Dette reiser vidare spørsmål om kva hjelp som er rimeleg å venta, eller kva tiltak som hjelper. Det viktigaste kunnskapsbidraget når det gjeld den høge førekomsten av psykiske vanskar er påminninga om at barna høgst sannsynleg har utvikla psykiske vanskar før plassering, og at dette bør ha konsekvensar for dei ulike hjelpetenestene for barn og unge.

6.2 Tydinga av direkte versus indirekte risikofaktorar

Som nemnt i førre avsnitt er det ikkje alle risikofaktorar som har ein direkte samanheng med barna sine psykiske vanskar. For å forstå utviklingsprosessar blir det i resiliensteorien gjort eit skilje mellom såkalla direkte og indirekte risikofaktorar (og beskyttande faktorar) etter korleis dei verkar på barnet (Baldwin, et al., 1990). Faktorar som har ein direkte påverknad av barnet kan vera organiske forhold (t.d. fødselsskadar, neurologiske skadar, manglande ernæring, genar), intrapersonlege forhold (t.d. intelligens, oppfatningar av seg sjølv og andre, meistringsstrategiar) eller interpersonlege forhold (t.d. samspel mellom barnet og andre viktige personar i og

utanfor familien, foreldrestil, omsorgskvalitetar). Faktorar som indirekte kan ramma eller beskytta barnet er relatert til meir objektive kjenneteikn ved foreldre/familie og/eller oppvekstmiljø/ storsamfunnet. T.d. kan familiestruktur, foreldres utdanning, helse, økonomi, livsstil etc. ha positive eller negative verknader på barnet avhengig av korleis slike forhold verkar inn på foreldra si fungering, og dernest på samspelet mellom foreldre og barn, og korleis barnet sjølv opplever situasjonen.

Det er slik sett ikkje nødvendigvis fattigdom eller rusproblem i seg sjølv som skaper problem for barnet, men samhandlinga mellom foreldre og barn, korleis situasjonen blir opplevd og handtert av barnet og i kva grad barnet har støtte i nettverket (Cummings & Davies, 1995). Ved denne type indirekte påverknad seier ein at verknaden av dei ytre forholda blir *mediert* gjennom (går via) foreldra si fungering overfor barnet. I den grad indirekte faktorar har ulik verknad på psykisk helse hos gutar og jenter, eller på barn i familiar med høg eller låg inntekt, er det tale om at kjønn eller familieinntekt *modererer* (spesifiserer) effekten av den undersøkte samanhengen (Baron & Kenny, 1986; Bennett, 2000).

I avhandlinga har vi undersøkt tydinga av direkte og indirekte risikofaktorar for psykiske vanskar, definert som medverkande årsaker til plassering. I artikkel 1 er risikofaktorane slått saman til risikoindeksar for foreldreproblem (psykiske vanskar, rusproblem, konflikthar/vald, avvikande åtferd), samhandlingsproblem (grensesetjingsproblem, konflikthar foreldre-barn, foreldre slitne) og omsorgssvikt/mishandling (fysisk/psykisk), medan i artikkel 2 har vi undersøkt tydinga av dei oftast førekomande enkeltårsakene til plassering, som var rusproblem hos foreldre, omsorgssvikt, disiplinproblem og åtferdsvanskar hos barnet. Dei indirekte risikofaktorane i studiane var altså ulike typar foreldreproblem, medan direkte risikofaktorar var knytt til samspel foreldre-barn, omsorgssvikt og forhold ved barnet (åtferdsvanskar). Eit hovudfunn i begge artiklane var at barn plasserte pga. foreldreproblem/rusproblem hadde lågare vanskar enn barn plasserte pga. samhandlingsproblem/ disiplinproblem, medan tydinga av omsorgssvikt/mishandling var meir uklar. Det var også ein samheng mellom barna sine åtferdsvanskar som årsak til plassering og graden av psykiske vanskar (artikkel 2). I teoretisk forstand vart det altså konstatert at barn som var utsett for direkte risikofaktorar, hadde større psykiske vanskar enn barn som var utsett for meir indirekte risikofaktorar.

At direkte risikofaktorar som samhandlingsproblem og åtferdsvanskar hadde samanheng med høgare psykiske vanskar hos barna, verkar rimeleg, og i tråd med anna forskning om plasserte barn (Egelund & Hestbæk, 2007). Samhandlingsproblem involverer barna direkte, både ved at foreldra hadde grensesetjingsproblem og at det var konflikhtar mellom foreldre og barn. Årsaker til samhandlingsproblem kan på den eine sida ha samanheng med indirekte risikofaktorar knytt til foreldra sine egne problem eller familien sin totale livssituasjon, men på den andre sida kan det også ha samanheng med direkte risikofaktorar som barna sine åtferdsvanskar eller andre funksjonsforstyringar (Dishion & Patterson, 2006). Egelund et al. (2007) drøftar om samhandlingsproblem kan forståast som årsak til eller verknad av barna sine psykiske vanskar. I ei transaksjonell forståing av utviklingsprosessar (Cummings, et al., 2000; Sroufe, 1997) er det truleg begge delar.

At indirekte risikofaktorar hadde samanheng med lågare psykiske vanskar hos barna kan også verka rimeleg, i den grad ein føreset at foreldra sine problem ikkje var ein trussel for barna si utvikling. Dersom foreldra trass i egne problem har greidd å ivareta barna gjennom eit tilfredsstillande samspel, eller at barna har andre støttepersonar i nærmiljøet, eller at barnet sjølv viser meistring gjennom positiv sjølvoppfatning og prososial åtferd, kan verknadene av dei indirekte risikofaktorane bli reduserte. I teoretisk tyding vil altså verknadene av indirekte risikofaktorar bli mediert gjennom dei direkte transaksjonsprosessane mellom barnet og omgjevnadene, og i den grad utviklinga ikkje blir skadelidande, er det tale om beskyttande faktorar som kan ha hatt ein «buffereffekt» (Borge, 2010/2003; Rutter, 1985).

For å forklara at foreldreproblem hadde samanheng med lågare psykiske vanskar hos barna, vart det i artikkel 1 føreslege at det kan vera at barn i familiar som slit blir nøydd å utvikla positive meistringsstrategiar for å letta kvardagen for seg sjølv og familien, eller at dei ikkje nødvendigvis opplever at foreldreproblema har noko med dei personleg å gjera. Medan den siste tolkinga kan relaterast til tydinga av barns opplevingar/oppfatningar av røyndomen (Cummings & Davies, 1995), kan den første tolkinga relaterast til det teoretiske omgrepet «parentifisering», eit uttrykk som ofte blir brukt om barns fungering som «små vaksne» i familiar der foreldre har rusproblem og/eller psykiske vanskar (Haugland, 2003). Parentifisering viser til at yngre barn utfører oppgåver som vanlegvis er del av foreldra sitt ansvar; t.d. matlaging, husstell,

pass av yngre barn og liknande. Barn kan også ha oppgåver som «samtalepartner» for foreldra i forhold til deira personlege problem, som kan setja barna i ein vaksenrolle dei ikkje har føresetnader for å meistra. I ein forskingsgjennomgang viser Haugland (2003) til at parentifisering ikkje nødvendigvis er teikn på ein patologisk utviklingsprosess, men at det også kan vera uttrykk for ein sunn prosess som fremjar resiliens. Det avgjerande synest å vera i kva grad barnet blir verdsett for innsatsen det gjer, gjerne i samband med praktiske gjeremål i heimen eller i forhold til yngre søsken, eller om innsatsen i større grad krev at barna må fungera som empatiske støttepersonar for foreldra, utan å få tilsvarende støtte tilbake. Werner & Smith (Werner, 1993; Werner & Smith, 1992) framhevar også det å bli verdsett for utførte gjeremål og innsats som ein viktig beskyttande faktor som fremjar resiliensprosessar.

I den andre delstudien (artikkel 2) utforska vi om det var spesielle beskyttande faktorar som kunne forklara at barn plasserte pga. foreldres rusmisbruk, hadde mindre psykiske vanskar enn barn plasserte av andre årsaker. Sosial støtte i nettverket skilte ikkje mellom barna i dei to gruppene, og var dermed ikkje ein aktuell forklaringsvariabel. Prososial åtferd hos barna viste seg derimot å forklara store delar av skilnaden i psykiske vanskar, for alle typar vanskar målt ved Rutterskalaen. Prososial åtferd inneber bl.a. at barna er omgjengelege, hjelpsame, har innleving i andre sin situasjon, er lydige etc., eigenskapar som er lett å verdsetja både for andre barn og for vaksne. For barna med høg prososial skåre er det grunn til å tru at åtferda deira har blitt lagt merke til og evt. verdsett av lærarane som vurderte barna sine vanskar i denne studien, noko som kan ha sett i gong beskyttande mekanismar og resiliensprosessar (sjå drøfting i artikkel 2). Også i samvær med andre barn blir prososial åtferd verdsett, noko som igjen kan skapa nære vennsksbandsband, som kan gi positive ringverknader for barns psykiske helse og utvikling (Collishaw, et al., 2007; Sørli, et al., 2008). På den andre sida er det forskning som har funne at prososial åtferd også kan predikera psykiske vanskar over tid (Perren, et al., 2007). Dette kan ha samanheng med at enkelte barn med stor innleving for andre, kan oppleve emosjonelle belastningar, fordi engasjementet deira kan setja deira egne behov i bakgrunnen.

Av relevans for forståinga av barns åtferd er også ein diskusjon i fagmiljøet om forholdet mellom prososial og antisosial åtferd (Ogden, 2010). Medan enkelte hevdar at dei to typene åtferd representerer kvar sine ytterpunkt på ein felles dimensjon, hevdar

andre at dette berre delvis er tilfelle, og at i den grad korrelasjonen mellom dei to åtferdstypane ikkje er fullstendig (i motsett retning), kan det argumenterast for at dette også er ulike åtferdsformer som kan vera tilstades hos same person (Hawley, 2003; Hay & Pawlby, 2003). Eksempel på dette er at nokre barn blir oppfatta som både antisosiale og prososiale, avhengig av kva samanhengar det dreiar seg om. I analysane som forklarte skilnaden i psykiske vanskar mellom barn plasserte pga. foreldres rusproblem og barn plasserte av andre årsaker, var både åtferdsvanskar som årsak til plassering og barnets prososiale åtferd sjølvstendige forklaringsvariablar (artikkel 2). Dette tyder på at medan barnet sine åtferdsvanskar er ein viktig risikofaktor for psykiske vanskar, så er barnets prososiale åtferd ein viktig beskyttande faktor (Hastings, et al., 2000; Kokko, et al., 2006; Pulkkinen & Trembely, 1992). Formulert på ein annan måte kan barnet sine åtferdsformer sjåast som uttrykk for ulike meistrings- eller handlingsstrategiar, som igjen er eit produkt av ulike transaksjonsprosessar og barnet si oppfatning av seg sjølv og andre.

Ved å fokusera på tydinga av direkte og indirekte risikofaktorar for psykiske vanskar har eg prøvd å visa at ulike faktorar kan setja i gong ulike prosessar, og at det er i det komplekse samspelet mellom barnet og omgjevnadene på ulike nivå at barnets psykiske helse blir forma og omforma. Dei empiriske undersøkingane i avhandlinga har illustrert korleis både direkte og indirekte risikofaktorar må forståast gjennom «barnets briller» som aktør i møte med omgjevnadene, og dei har vist at tydinga av risikofaktorar kan blir redusert gjennom nærværet av beskyttande faktorar.

6.3 Korleis har offentlege omsorgsarrangement ivareteke barnas psykiske helse?

Ei viktig målsetjing med plassering utanfor heimen er å gi barna trygge og stabile oppvekstvilkår der dei kan utvikla seg i takt med alder og modning, samt sine særlege føresetnader og behov (Bvl. §1-1, § 4-4.5, § 4-12, § 4-15). Offentlege omsorgsarrangement er basert på faglege prinsipp som har «barnets beste» for auga, og anten det gjeld ulike typar fosterheimar eller institusjonstiltak er ivaretaking av barnets utviklingsbehov i sentrum for tiltaka (NOU 2012: 5). Ei erkjenning av at barn som er plasserte utanfor heimen ofte har andre og meir krevjande utviklingsbehov enn barn flest, er gjenspegla i stadig oftare bruk av såkalla «forsterka fosterheimar» (SSB, 2012a) og framveksten av spesialinstitusjonar og metodar retta mot t.d. barn med særlege

åtferdsvanskar (sjå t.d. <http://www.forebygging.no/>). På bakgrunn av ein vel fundert offentleg plasseringspraksis er det rimeleg å venta at flytting av barna frå ustabile og omsorgssviktande heimemiljø til individuelt utplukka og «matcha» omsorgsarrangement i offentleg regi, vil ha ein positiv innverknad på barna si utvikling og helse. At meir enn halvparten av barna framleis hadde psykiske vanskar etter mange år i offentlege omsorgstiltak gjer det relevant å stilla spørsmål ved om dei offentlege omsorgsarrangementa har hatt den ønska effekten, og viss ikkje, kva dette skuldast.

Det empiriske grunnlaget for å drøfta mogelege kvalitetar ved plasseringsforløpet er i den aktuelle delstudien (artikkel 3) avgrensa til informasjon om kor mange gongar barna har flytta mellom ulike offentlege omsorgstiltak etter den første plasseringa. Dette kan vera eit noko spinkelt kriterium for å vurdere effekten av plasseringane i vidare forstand, men talet på flyttingar er samstundes eit sentralt og mykje brukt mål på vurdering av stabilitet og kvalitet i offentlege omsorgsarrangement (Barth, 1999; Kelly & Gilligan, 2000). Informasjon om talet på flyttingar i den aktuelle studien hadde utgangspunkt i ei systematisering av plasseringsforløpa til dei same barna, gjort i ein annan delstudie i hovudprosjektet (Christiansen, et al., 2010). Ifølgje Christiansen si undersøking hadde barna i gjennomsnitt flytta 2,5 gonger i løpet av plasseringsforløpet; tre fjerdedelar av barna hadde flytta 0-3 gonger, medan ein fjerdedel hadde flytta meir enn 4 gonger. Av dei sistnemnde hadde enkelte flytta inntil 11 gonger. Når det gjeld årsaker til flyttingar blir dette m.a. relatert til om flyttinga var planlagt eller ikkje, og om flyttinga skuldast at plasseringstiltaket var dårleg eigna for å ivareta barnet sine behov. Såkalla planlagde flyttingar er ganske vanleg i det norske tiltakssystemet, der særleg akutt plasseringar ofte skjer i beredskapsheimar eller korttidsinstitusjonar med føremål å avklara den vidare omsorgssituasjonen for barnet. Slike planlagde mellomplasseringar er også flyttingar for barnet, men det har vore ein planlagd veg til eit godt langvarig tiltak for dei som treng det. Årsaker til ikkje planlagde flyttingar er også samansette, ikkje minst fordi det kan vera ulike syn på kva ei ikkje planlagd flytting er, og kva innstilling barnet sjølv har til flyttinga.

Eit anna moment i drøftinga av stabile versus ustabile plasseringar er spørsmålet om *når* i plasseringsforløpet flyttingane skjer. T.d. blir det hevda at flyttingar i starten av eit plasseringsforløp som endar med ei stabil plassering, ikkje er så belastande som flyttingar fordelt gjennom heile plasseringsforløpet (Sinclair, Baker, Wilson, & Gibbs,

2005). Basert på ein slik tankegang fann Christiansen at nesten tre fjerdedelar av barna hadde budd i same plasseringstiltaket i dei siste 4 åra, noko som kunne karakteriserast som oppnådd stabilitet. Ein konklusjon i Christiansen sin studie er at barna i utvalet vårt hadde forholdsvis stabile plasseringsforløp, både målt ved talet på flyttingar og ved tal for «oppnådd stabilitet».

I den aktuelle delstudien undersøkte vi om det var ein samanheng mellom talet på flyttingar og endringar i barna sine psykiske vanskar frå plasseringstidspunktet og fram til oppfølgingstidspunktet. Funna var negative, i den forstand av vi ikkje fann nokon lineær samanheng mellom eit høgare tal flyttingar og auka psykiske vanskar hos barna. Basert på dei ovannemnde funna omkring årsaker til flytting og tidspunkta for flytting, kan den manglande samanhengen verka rimeleg, men det er ikkje einstyddande med at flyttingane ikkje har hatt innverknad på det enkelte barns psykiske helse. Som Christiansen hevdar, er det nødvendig å kartleggja situasjonen omkring den enkelte flyttinga for å få eit tilfredsstillande bilete av korleis dette har vore for barnet. Kopling av funn frå dei to uavhengige delstudiane om dei same barna er eit godt eksempel på nytten av å inkludera både kvantitativ og kvalitativ informasjon for å undersøka og forstå kva tyding stabile eller ustabile plasseringsforløp kan ha for barnas psykiske helse. I forhold til det innleiande spørsmålet om barna sine vedvarande psykiske vanskar på oppfølgingstidspunktet kan skuldast graden av ustabilitet i plasseringsforløpet, har vi ikkje funne haldepunkt for dette, men talet på flyttingar kan vera ein for enkel indikator for å avdekka kompliserte samanhengar.

Ein annan måte å forstå at barna framleis har høge vanskar 7-8 år etter plasseringa, er relatert til barna sine vanskar på plasseringstidspunktet. Frå forskning, særleg om åtferdsvanskar (Moffitt & Caspi, 2001), er det kjent at barn som utviklar vanskar i forholdsvis tidleg alder (før puberteten) ofte vil fortsetja å ha vanskar framover i ungdomstid og i vaksenaldar, medan barn som først utviklar vanskar i tenåra, oftare «veks dei av seg» etter kortare tid. Vi er kjent med at svært mange av barna i avhandlinga hadde psykiske vanskar allereie på plasseringstidspunktet både målt ved Rutterskalaen og i form av åtferdsvanskar som medverkande årsak til plassering (artikkel 1 og 2). Det er derfor ikkje urimeleg å tenkja at mange av barna har utvikla vanskane på eit tidleg tidspunkt i livet, og at for mange vil psykiske vanskar i ei eller anna form følgja dei framover. Funn frå den tredje delstudien som viste at den einaste

forklaringsvariabelen for endringar i barna sine psykiske vanskar over tid, var barna sine vanskar på plasseringstidspunktet, støttar ei slik forståing. På denne bakgrunn er det kanskje urimeleg å venta at plassering utanfor heimen kan redusera vanskane i særleg grad, og det er heller relevant å stilla spørsmål om kva som er realistiske målsetjingar for å hjelpa barna med å leva eit best mogeleg liv med vanskane sine (Forrester, et al., 2009).

Ein delkonklusjon frå den tredje delstudien var at barna trass i høge psykiske vanskar som gruppe, også viste positiv utvikling over tid. T.d. viste lærarrapportane at langt færre av barna hadde vanskar på eit klinisk nivå på oppfølgingstidspunktet, og målt ved individuelle endringsskårar hadde mellom 80 % (lærarrapport) og 50 % (omsorgsrapport) av barna lågare vanskeskårar enn då dei blei plasserte. Dette tyder særleg på at barna over tid fungerte betre på skolen, men også på at mange av barna fungerte betre i «heimen». Ei slik forståing stemmer godt overeins med inntrykka frå intervju med omsorgspersonane (upubliserte analysar), som for mange av barna ga uttrykk for at dei var betre no enn for eit par år sidan, men dei sleit framleis på enkelte område. Funn frå andre delstudiar i hovudprosjektet støttar ei slik forståing. T.d. fann Christiansen (2011) at dei fleste langtidsplasserte fosterbarna trivest i fosterheimane sine, sjølv om dei kjente seg dregne mellom foreldra og fosterforeldra. Pilodden (2008) fann at dei fleste av barna (utval av ungdommar) hadde positive og «vanlege» tankar om og planar for framtida. Analysar av korleis barna sjølve vurderte sin psykiske helsetilstand på oppfølgingstidspunktet (jfr kap. 3.7) viste at berre eit mindretal rapporterte psykiske vanskar, noko som er eit langt meir positivt bilete enn rapportane frå dei vaksne. Liknande funn er også gjort i andre og større forskingsprosjekt (Egelund, et al., 2008). Dei ovannemnde funna som tyder på at mange av barna hadde mindre omfattande vanskar enn før, at dei fungerte betre i skolesamanheng, at dei trivest bra i omsorgstiltaka, og at dei sjølve ikkje opplevde å ha psykiske vanskar i særleg grad, kan tyda på at barna har hatt god oppfølging i dei offentlege omsorgsarrangementa, og at desse har greidd å hjelpa barna til eit betre liv.

På den andre sida kan det sjølvsagt vera at ein del av barna hadde utvikla seg i positiv retning utan å bli plassert utanfor heimen. For å få nærare svar på effekten av offentlege omsorgstiltak for barns psykiske helse, trengst det forskingsstudiar av eit anna format enn den føreliggjande. Ikkje minst trengst det forskingsopplegg som gjer

det mogleg å samanlikna utvikling hos plasserte barn med ikkje plasserte barn med likast mogleg bakgrunn. Men det trengst også ei nærare avklaring av korleis ein kan måla ulike kvalitetar ved omsorgstiltaka, og kva som er realistiske målsetjingar for endring hos barn med store psykiske vanskar. I tillegg er det sjølvsagt eit spørsmål om korleis ein måler psykiske vanskar på den eine sida og trivsel på den andre, og ikkje minst korleis barnet sjølv oppfattar situasjonen.

6.4 Individuelle variasjonar i utvikling

Oppfølgingsstudiar av plasserte barns psykiske helse har til no i liten grad undersøkt variasjonar i individuell utvikling, men heller rapportert funn på gruppenivå. Som påpeika i artikkel 3, kan analysar på gruppenivå dekkja over viktige individuelle endringar, som kan føra til ei mistolking av at plasserte barn som gruppe utviklar seg i den eine eller andre retninga. Ved hjelp av individuelle endringsskårar har den tredje delstudien vist at barna si utvikling var prega av variasjon i vanskenivå og variasjon i endring, meir enn felles utviklingsliner. Desse funna er i tråd med utviklingspsykopatologisk kunnskap, som rettar eit særleg fokus mot variasjon og endring i utvikling for så vel grupper som enkeltindivid (Sroufe & Rutter, 1984).

Teoretiske prinsipp som ekvifinalitet og multifinalitet viser til at sjølv om barns utviklingsmessige utgangspunkt er likt, så er ikkje dette einstyddande med at utviklinga fører til det same utfallet. På den andre sida kan barn med ulike utgangspunkt ha ei utvikling som gjer at dei over tid får eit meir likt utfall (Cicchetti & Rogosch, 1996). Desse prinsippa byggjer på ei overordna forståing av utvikling som eit pågåande samspel mellom ein aktiv organisme i endring, innanfor ein dynamisk kontekst (handling-i-kontekst) (Cummings, et al., 2000). Basert på kunnskap om at kvart barn gjer seg opp sine egne forklaringsmåtar for åtferd og hendingar (attribusjon), samt at dei har ulike tilpassingshistoriar og erfaringar knytt til fortid og notid, kan ein dermed hevda at eit kvart barns utvikling til ein viss grad er unik (Cummings, et al., 2000). Eit hovudfunn i den tredje delstudien var at barna som hadde dei høgaste vanskane på plasseringstidspunktet hadde den mest positive utviklinga, medan barna med lågare vanskar hadde ei mindre positiv utvikling. Dette illustrerer at det ikkje er sjølvsagt at barn som i utgangspunktet har den beste psykiske helsa vil utvikla seg i positiv retning, eller at barn med dårlegare psykiske helse vil utvikla seg i negativ retning. Formulert på

ein annan måte er ikkje utviklingspotensialet til ein person førehandsdeterminert, men det inneheld ei rekke moglegheiter avhengig av dei pågåande transaksjonane mellom menneske og miljø.

I tråd med hovudfunna, viste meir detaljerte analysar at forhold som hadde samanheng med ei meir positiv utvikling var det å vera gut, det å vera plassert pga. åtferdsvanskar, at plasseringa frå starten av var frivillig og at barna si første plassering var på institusjon. Forhold som hadde samanheng med ei mindre positiv utvikling var det å vera jente, det å vera plassert pga. foreldres rusproblem, at plasseringa frå starten av var ufrivillig, at den første plasseringa var i fosterheim og at barna på plasseringstidspunktet hadde høgare prososial åtferd. Ingen av dei nemnde samanhengane frå den tredje delstudien var sterke nok til å forklaringa endringane i barna sine psykiske vanskar når ein hadde kontrollert for psykiske vanskar på plasseringstidspunktet, men funna er likevel eigna til å illustrera variasjonar i utvikling knytt til ulike forhold som kjenneteikn ved barnet, foreldra eller barnevernsaka.

Ulike måtar å tolka funna på har vore drøfta i artikkel 3, men bortsett frå at barna sine vanskar på plasseringstidspunktet var den einaste signifikante forklaringa på endringane i psykiske vanskar over tid, har ein ikkje klare haldepunkt for å forstå kvifor nokre barn utvikla seg meir positivt enn andre barn. Både Masten et al. (2006) og Sameroff (2010) påpeikar behovet for å vektleggja meir integrerte og komplekse modellar for å forstå utvikling og resiliens, og dei framhevar særleg nytten av å integrera biologisk kunnskap. I denne samanheng er det interessant å trekkja fram funn frå nyare genforskning, som har vist at nokre barn frå fødselen av er ekstra sensitive både for negativ og positiv påverknad (Aron & Aron, 1997; Belskey, 2005, 2012; Ellis & Boyce, 2008). Desse barna, «orkidebarn», er ikkje berre ekstra sensitive for utvikling av psykiske vanskar, men har også eigenskapar for å gjera seg ekstra god nytte av eit stimulerande oppvekstmiljø. Belskey (2012) påpeikar at tidlegare forskning har vore fokusert på at nokre barn er ekstra sårbare, medan ein har oversett at dei same barna også har større moglegheiter enn andre barn for å utvikla seg i ei positiv retning. Sjølv om avhandlinga ikkje har informasjon om dei plasserte barna sine genar, kan eit slikt perspektiv vera relevant for å forstå den positive utviklinga til barna med det dårlegaste utgangspunktet, som har flytta frå omsorgssvikt i biologiske familiar til utviklingsstøttande omsorg i offentlege familiar. Ei slik forklaring kan også vera aktuell

for å forstå at nokre av barna hadde ei mindre positiv utvikling, fordi dei var mindre sensitive for endring.

Uavhengig av om og korleis ein kan forklara den individuelle variasjonen i utvikling, er dette viktig kunnskap, ikkje minst for offentlege omsorgspersonar som jobbar dagleg for at dei plasserte barna skal utvikla seg i positiv retning. Alle barn har eit utviklingspotensiale, og sjølv mindre endringar kan ha stor tyding i møte med daglege oppgåver og livsutfordringar. Vidare forskning omkring individuelle utviklingstrekk er av stor tyding for å skaffa meir kunnskap til bruk i praksisfeltet. Slik eg ser det vil dette måtta innebera ikkje berre ei integrering av kunnskap frå dei tradisjonelle sosialpsykologiske og medisinske fagområda, men også kunnskap frå biologisk forskning.

6.5 Sterke og svake sider

Som del av det første, landsomfattande longitudinelle forskingsprosjektet om barn plasserte utanfor heimen, representerer dei empiriske studiane i avhandlinga eit viktig bidrag til forskning om psykisk helse hos norske barn plasserte utanfor heimen. Problemstillingane i avhandlinga har behandla spørsmål som i liten grad har blitt dekkja i tidlegare norske undersøkingar, og har bidrege til kunnskap om førekomst, variasjon, og utvikling av psykiske vanskar hos barn plasserte i alderen 6-12 år. Ved å trekkja trådar til teoretiske perspektiv frå utviklingspsykopatologi og resiliensforskning, og ved publisering av funna i engelskspråklege vitenskaplege tidsskrift, har avhandlinga også bidrege til den internasjonale kunnskapsbasen på feltet. Dei ulike delstudiane har nytta seg av eit velkjent, standardisert kartleggingsinstrument for psykiske vanskar som mogleggjer samanlikning med andre studiar, informasjon er henta frå fleire sentrale personar rundt barna, og analysane inkluderer så vel tradisjonelle som nyare metodar for behandling av data. Det bør også framhevast at heile 70 av dei opphavlege 109 barna har blitt følgde opp over ein periode på 7-8 år, frå barndom til ungdom og tidleg vaksen alder, noko som framleis er relativt sjeldan innan det aktuelle forskingsfeltet. Avhandlinga har også retta søkelys mot barn plasserte pga. foreldres rusmisbruk; som representerer ei særleg viktig gruppe av barn som blir plasserte utanfor heimen.

Avgrensingar ved dei empiriske studiane er først og fremst knytt til design, til val av grenseverdiar for psykiske vanskar, til bruk av ulike informantar på ulike

tidspunkt, til «missing data» og i nokon grad til validiteten av enkelte studievariablar. Den viktigaste avgrensinga for å kunna trekkja generelle konklusjonar i forhold til utvikling av psykiske vanskar hos barna er mangelen på kontrollgruppe eller samanlikningsgruppe. Som påpeika i drøftinga er det rimeleg å anta at barn som blir flytta frå omsorgssviktande biologiske familiar til omsorgsgivande offentlege familiar over tid vil få ei positiv utvikling, som kan relaterast til skifte av omsorgspersonar og god omsorg. På den andre sida kan det vera at ein del av barna ville fått ei positiv utvikling sjølv om dei ikkje var blitt plasserte utanfor heimen. Reint statistisk er det ikkje mogeleg å vurdere effekten av offentlig omsorg utan å gjera seg bruk av kontrollgrupper av barn som ikkje blir plasserte utanfor heimen og som har mest mogeleg lik bakgrunnsproblematikk med dei plasserte barna.

Når det gjeld vurdering av førekomen av psykiske vanskar hos dei plasserte barna er ein avhengig av at det brukte kartleggingsinstrumentet er eigna til å fanga opp dei problema ein ønskjer å kartleggja, i tillegg til at grenseverdiane for psykiske vanskar er utprøvde i kliniske samanhengar. Rutterskalaen er eit velprøvd kartleggingsinstrument i forhold til å fanga opp aktuell problematikk, men val av grenseverdier for kliniske vanskar er ikkje testa i dei nordiske landa. Bruk av dei engelske retningslinene inneber dermed ein viss usikkerheit knytt til dei rapporterte funna om førekomen av psykiske vanskar hos norske plasserte barn. Dette understrekar behovet for meir forskning, t.d. med bruk av det nyare kartleggingskjemaet SDQ, som har blitt brukt i fleire nyare og store undersøkingar i Noreg og i Norden (sjå t.d. Heiervang et al., 2007). Ei anna mogeleg avgrensing i forhold til å estimera førekomen av psykiske vanskar for alle plasserte barn i aldersgruppa, er at utvalet er forholdsvis lite. På den andre sida var utvalet representativt i forhold til viktige kjenneteikn ved barna og barnevernsaka. Det kan også vera spørsmål om førekomenstal innhenta frå 1999 (og 2006) framleis er aktuelle. Funna som omhandlar variasjon og samanhengar i psykiske vanskar er derimot meir tidsuavhengige, og har bidrege til å stadfesta eller avkrefta tidlegare forskning på området.

Ei utfordring i longitudinelle studiar av psykiske vanskar hos plasserte barn, er at barna ofte flyttar mellom ulike omsorgsbasar i løpet av undersøkingsperioden. Det er dermed ofte uaktuelt å be dei same personane som kjente barnet på plasseringstidspunktet om å vurdere deira psykiske helse på seinare tidspunkt. Dette har

vore eit viktig drøftingstema i artiklane, som ein ikkje har funne ei fullgod løysing på. På den andre sida er det ein styrke at problemstillingane som gjeld førekomst og utvikling av psykiske vanskar har inkludert informasjon frå både lærarar og omsorgspersonar, noko som har gitt eit breiare grunnlag for å vurdere dei statistiske funna. Ei mogeleg forbetring i framtidige prosjekt ville vera om barna sine psykiske vanskar blei kartlagt på fleire tidspunkt; helst før plassering vart iverksett, kort tid etter plassering og med kortare mellomrom enn 7-8 år, som i den aktuelle studien. Eit slikt opplegg ville også kunna sei noko om evt. svingingar i barna sine vanskar over tid.

Ei anna utfordring knytt til longitudinelle studiar er omfanget av «missing data» over tid. Dette var eit problem i den aktuelle studien, men som vart løyst ved hjelp av nyare statistiske metodar for handtering av manglande data; FIML (full information maximum likelihood) rutinar tilgjengeleg i statistikkprogrammet Amos (artikkel 2), og MI (Multiple Imputation) rutinar tilgjengeleg i statistikkprogrammet SPSS (artikkel 3).

I forhold til enkelte studievariablar som stressande livshendingar og sosial støtte, som var rapportert av barna sine saksbehandlarar, kan ein stilla spørsmål ved om ein ville fått meir valid informasjon dersom foreldra og barna sjølve hadde svara på spørsmåla. Saksbehandlarane fylte også ut bakgrunnsinformasjon om barna og familiane, men denne informasjonen vart korrigert/utfyllt ved informasjon frå foreldra. Når det gjeld informasjon om barnevernsaka må ein gå utifrå at saksbehandlarane er dei som har det beste utgangspunktet for å gi slik informasjon. Det er også ein styrke at saksbehandlarane, etter utfylling av kartleggingsskjema kort tid etter plassering, blei intervjuet av forskingsmedarbeidarar for å fylla ut og oppklara evt. manglande eller uklar informasjon.

7. Mellom psykisk helse og barnevern – avsluttande refleksjonar

Ein hovudkonklusjon i avhandlinga er at førekomsten av psykiske vanskar hos norske barn plasserte utanfor heimen i alderen 6-12 år er høg, og langt høgare enn hos barn flest. Også etter mange år i plasseringstiltak utanfor heimen er førekomsten av psykiske vanskar høg, sjølv om det er forholdsvis store individuelle variasjonar over tid og skilnader mellom ulike informantgrupper sine vurderingar. Trass i ein storstilla opptrappingsplan for psykisk helsevern, som har resultert i at fleire barn har fått psykisk helsehjelp (Helsedirektoratet, 2010), kan det stillast spørsmål om i kva grad plasserte barn har fått del i det utvida tilbodet, og viss ikkje, kva dette skuldast (Fauske et al., 2009).

Blant fagpersonar har det lenge vore etterlyst ei betre kartlegging av psykiske vanskar hos barn i barnevernet, og særleg i samband med plassering av barn utanfor heimen (Backe-Hansen, 2009). Utprøving av ulike kartleggingskjema er i gang, men det synest enno å vera eit stykke att til ein har funne gode modellar for ei meir permanent innføring av slike tiltak. Eit viktig spørsmål i samband med kartlegging av psykiske vanskar er at det finst eit fungerande behandlingsapparat for å gi barna nødvendig hjelp. Etter mange 10-år med spenningar mellom det psykiske helsevernet og barnevernet er det ikkje sjølvstykta kva modellar som vil fungera best for å gi plasserte barn med store psykiske vanskar tilfredsstillande hjelp. Det som synest klart er at dette vil krevja noko både av barnevernet og av det psykiske helsevernet, anten det gjeld fleksible samarbeidsmodellar mellom 1. og 2. linjetenesta eller oppretting av behandlingstilbod for psykisk barnevern (NOU 2009: 22). For at ulike sektorar med ulike lovverk skal kunna få til sektorovergripande satsingar er det i tillegg openbert at det må skje eit målretta samarbeid også på nasjonalt og departementalt plan, som kan gi føringar for det lokale samarbeidet. At samarbeid er «lovpålagt» er ikkje i seg sjølv nok, dersom dette ikkje er følgt av ressursar til utprøving, implementering og evaluering. Frå barnevernssynspunkt kan det vera lett å tenkja at det psykiske helsevernet må prioritera barnevernsbarn. Frå psykisk helsevernssynspunkt er dette kanskje ikkje like opplagt, bl.a. fordi denne sektoren har ansvar for alle barn med behov for psykisk helsehjelp, og ikkje berre for barn plasserte utanfor heimen. Ei løysing kan vera at barnevernet også på eige initiativ aukar innsatsen for å betra plasserte barns

psykiske helse, anten ved å tileigna seg større kompetanse på dette feltet eller ved å inngå eit forpliktande samarbeid med det psykiske helsevernet. Uavhengig av kva instans som har det formelle eller faktiske ansvaret for plasserte barns psykiske helse, dreiar det seg om ei barnegruppe som samfunnet har eit særleg ansvar for, og som av den grunn klart bør prioriterast ved behov for behandling av psykiske vanskar eller andre utviklingsstøttande tiltak.

Eit anna viktig spørsmål er relatert til kva innverknad plassering utanfor heimen har for barns psykiske helse, eller formulert på ein annan måte, effekten av plassering utanfor heimen. Nyten eller effekten av offentleg omsorg for barns psykiske helse og fungering har hatt liten plass i den norske fosterheimsdebatten, medan dette har vore eit viktig tema, særleg i USA, men også i England. Plassering utanfor heimen har blitt sett som «the last resort» for barn som ikkje kan bu heime, medan adopsjon som gir barna ein heim for livet, har blitt sett som eit langt betre tiltak (Barber & Delfabbro, 2005). Relatert til den høge førekomsten av psykiske vanskar hos langtidsplasserte barn, og det faktum at mange plasserte barn opplever flyttingar og ustabilitet under offentleg omsorg, kan det synast som at spørsmålet om effekten av omsorgsplasseringar har fått for lite merksemd i norsk samanheng. Starten på ein slik debatt synest likevel å vera på trappene, både gjennom ein ny ekspertrapport om «barnets beste» og tydinga av det biologiske prinsipp (NOU 2012: 5) og gjennom Barnevernpanelets rapport (2011) som er positiv til vurdering av adopsjon av mindreårige plasserte barn som treng ein oppvekst utanfor heimen.

Siktemålet med å retta fokus mot effekten av plassering utanfor heimen for barns psykiske helse og fungering, er ikkje å reisa tvil ved «den norske omsorgsmodellen», men å påpeika at det er behov for eit sterkare fokus på dei plasserte barns psykiske helse. I ein nyare gjennomgang av engelske longitudinelle studiar av psykisk helse hos plasserte barn konkluderer Forrester (2009) med at dei fleste barna utvikla seg i positiv retning, og at det er ingen «bevis» for at offentleg omsorg forverrar barna sin situasjon. Han stiller spørsmål ved den utbreidde oppfatninga om at målsetjinga for samfunnet må vera å unngå plassering utanfor heimen. Forrester framhevar dei skandinaviske omsorgsmodellane, som har ein lågare terskel for plassering av barn enn den engelske, og som dermed kan hjelpa barn og familiar på eit tidlegare tidspunkt. Også amerikansk (McWey, et al., 2010) og australsk forskning (Barber & Delfabbro, 2005; Fernandez,

2008, 2009) viser at debatten om offentlig omsorg bør nyanserast, fordi det synest å vera lite belegg for at langtids plassering utanfor heimen er til skade for barns psykiske helse og utvikling. På den andre sida er det studiar som viser liten eller negativ effekt av plassering utanfor heimen for barns psykiske helse (Berger, et al., 2009; Egelund, et al., 2008; Lawrence, et al., 2006), noko som vitnar om behov for meir forskning på dette området.

Sjølv om spørsmålet om effekten av offentlig omsorg for barns psykiske helse og utvikling har vore eit tema i ein del land, blir barnevernfeltet internasjonalt sett skulda for å ha vore meir oppteken av tema som stabilitet, tryggleik og kontinuitet i omsorgstiltaka, enn tema som har barnas fungering i fokus (Fernandez & Barth, 2010a). Det blir hevda at dette fokuset no er i ferd med å endra seg, i takt med eit større samfunnsmessig fokus på barns rettar og synet på barn som fullverdige aktørar i samfunnet. Parallelt er det også teikn til at barnevernforskning og utviklingspsykopatologisk forskning i større grad kan dra nytte av kvarandre, med eit felles fokus på barns psykiske helse og utvikling (Whittaker, 2010). I forhold til gjennomgangstemaet i avhandlinga, som ligg i skjæringsfeltet mellom psykiske helse og barnevern, vil ei slik utvikling vera velkommen.

Referansar¹

- Aamodt, L. G. (2012). Forholdet Barnevern – BUP – sett i lys av Pierre Bourdieus teori om maktforhold og dominans. *Tidsskriftet Norges barnevern*(1-2), 46-56.
- Aamodt, L. G., & Keeping, D. (2011). *Samhandling mellom barnevern og BUP; kunnskapsutvikling i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Aasheim, R. (2012). *Psykisk helse blant barnevernsbarn. En studie av psykiske vansker målt med kartleggingsverktøyet Strengths and Difficulties Questionnaire*. Masteroppgave i Barnevern, UiB, Bergen.
- Achenbach, T. M. (1990). What is "developmental" about developmental psychopathology? In J. E. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*: Cambridge University Press.
- Achenbach, T. M. (1991). Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR and TRF profiles. Burlington: University of Vermont, Department of psychiatry.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*: Hillsdale, N J: Erlbaum.
- Andenæs, A. (2004). Hvorfor ser vi ikke fattigdommen? Fra en undersøkelse om barn som blir plassert utenfor hjemmet. (Why don't we see the poverty? From a study of children in out-of-home care). *Nordisk Sosialt arbeid*, vol. 24(nr 1), s. 19-33.
- Andenæs, A., Christiansen, Ø., Havik, T., Havnen, K., Moldestad, B., & Skollerud, K. (2001). Barn som blir plassert utenfor hjemmet - risiko og utvikling. Framgangsmåter og erfaringer med å opparbeide et empirisk materiale. (Children placed out-of-home - risks and development. Methodological issues and experiences in building an empirical data base) *NOVA's skriftserie* Oslo: NOVA.
- Andenæs, A., & Skollerud, K. H. (2003). Flytting i offentlig regi. In E. Backe-Hansen (Ed.), *Barn utenfor hjemmet. Flytting i barnevernets regi* (pp. 23-43). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aron, E. N., & Aron, A. (1997). Sensory-processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 345-368.
- Backe-Hansen, E. (2001). Rettferdiggjøring av omsorgsovertakelse: en beslutningsteoretisk analyse av barneverntjenestens argumentasjon i en serie typiske saker om små barn. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
- Backe-Hansen, E. (2003a). Justifying out-of-home placement: A multiple case study of decision-making in child welfare and protection services. *International Journal of Child and Family Welfare*, 151-166.
- Backe-Hansen, E. (2009). Fosterhjem for barns behov (FFBB). Et instituttforankret strategisk program for forskning om fosterhjem. Oslo: Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
- Backe-Hansen, E. (Ed.). (2003b). *Barn utenfor hjemmet. Flytting i barnevernets regi. (Children in out-of-home care. Removals in charge of the child welfare authorities)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Backe-Hansen, E., Egelund, T., & Havik, T. (2010). Barn og unge i fosterhjem - en kunnskapsstatus. (Children in Foster Care - A Knowledge Status). Oslo: NOVA.
- Bakketeig, E., & Mathisen, A. S. (2008). Ungdommenes egne stemmer. In E. Bakketeig & E. Backe-Hansen (Eds.), *Forskningkunnskap om ettervern*: NOVA-rapport nr 17/08.
- Baldwin, A. L., Baldwin, C., & Cole, R. E. (1990). Stress-resistant families and stress-resistant children. In J. E. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 257-280). New York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1976). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, New York: Prentice Hall.

- Bang Nes, R., & Clench-Aas, J. (2011). Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger. Oslo: Folkehelseinstituttet, rapport 2.
- Barber, J., & Delfabbro, P. (2005). Children's adjustment to long-term foster care. *Children and Youth Services Review, 27*, 329-340.
- Lov om barneverntjenester av 17. juli 1992.
- Barnevernpanelets rapport. (2011). Oslo: Barne-, likestillings- og familiedepartementet.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1173-1182.
- Barth, R. P. (1999). After Safety, What is the Goal of Child Welfare Services: Permanency, Family Continuity or Social Benefit? *International Journal of Social Welfare, 8*(4), 244-252.
- Barth, R. P., & Lloyd, C. (2010). Five-Year Developmental Outcomes for Young Children Remaining in Foster Care, Returned Home or Adopted. In E. Fernandez & R. P. Barth (Eds.), *How Does Foster Care Work? International Evidence on Outcomes*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Belskey, J. (2005). Differential susceptibility to rearing influence. In B. J. Ellis & D. F. Bjorklund (Eds.), *Origins of the social mind: Evolutionary psychology and child development* (pp. 139-163). New York: Guilford Press.
- Belskey, J. (2012). *Differential Susceptibility to Environmental Influence*. Paper presented at the Landskonferanse for barn og unges psykiske helse, Bergen.
- Bennett, J. A. (2000). Mediator and Moderator Variables in Nursing Research: Conceptual and Statistical Differences. *Research in Nursing & Health, 23*, 415-420.
- Berger, L. M., Bruch, S. K., Johnson, E. I., James, S., & Rubin, D. (2009). Estimating the "impact" of out-of-home placement on child well-being; approaching the problems of selection bias. *Child Development, 80*(6), 1856-1876.
- Berridge, D., & Cleaver, H. (1987). *Foster home breakdown*. Oxford: Blackwell.
- Besinger, B. A., Garland, A. F., Litrownik, A. J., & Landsverk, J. A. (1999). Caregiver substance abuse among maltreated children placed in out of home care. *Child Welfare, 78*(2), 221-239.
- Borge, A. I. H. (2007). *Resiliens i praksis. Teori og empiri i et norsk perspektiv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Borge, A. I. H. (2010/2003). *Resiliens. Risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Borge, A. I. H., & Natvig, H. S. (2007). Resiliens og vennskap blant hyperaktive og uoppmerksomme småbarn. In A. I. H. Borge (Ed.), *Resiliens i praksis. Teori og empiri i et norsk perspektiv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Borge, A. I. H., Samuelsen, S. O., & Rutter, M. (2001). Observer variance within families: confluence among maternal, paternal and child ratings. *International journal of methods in Psychiatric research, 10*(1), 11-21.
- Borgen, G., Dyb, G., Haftstad, G., Jensen, T., Langballe, Myhre, M., . . . Øverlien, C. (2011). Seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge. Kunnskapsstatus: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS).
- Boyle, M. H., Offord, D. T., Hofman, H. G., Catlin, G. P., Byles, J. A., & Cadman, D. T. (1987). Ontario child health study: 1. Methodology. *Archives of General Psychiatry, 44*, 826-831.
- Bronfenbrenner, U. (1980). *Opvækst og miljø. Økologisk socialisationsforskning*. København: Gyldendals pædagogiske bibliotek.

- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.
- Burge, P. (2007). Prevalence of mental disorders and associated service variables among Ontario children who are permanent wards. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*, 52(5), 305-314.
- Byrne, B. M. (2009). *Structural equation modeling With AMOS: Basic concepts, applications, and programming* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates inc.
- Bøe, I. (2012). *Barnet og de andre. Nettverk som pedagogisk og sosial ressurs*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cederblad, M. (2004). *Från barndom till vuxenliv. En översikt av longitudinell forskning*. Stockholm: Förlagshuset Gothia AB, Centrum for utvärdering av socialt arbete.
- Christiansen, Ø. (2011). *Når barn plasseres utenfor hjemmet: beslutninger, forløp og relasjoner. Under barnevernets (ved)tak*. Avhandling PhD, Bergen.
- Christiansen, Ø., Havik, T., & Anderssen, N. (2010). Arranging stability for children in long-term out-of-home care. *Children and Youth Services Review*, 32, 913-921.
- Christiansen, Ø., & Havnen, K. (2003). "Plassering utenfor hjemmet – sammenbrudd eller gjennombrudd?" In E. Backe-Hansen (Ed.), *Flytting i barnevernets regi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christiansen, Ø., Havnen, K. S., Havik, T., & Andersen, N. (2011). Cautious belonging – relationships in long-term foster care. *British Journal of Social Work*.
- Christoffersen, M. N., & Sothill, K. (2003). The long-term consequences of parental alcohol abuse: a cohort study of children in Denmark. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 107-116.
- Cicchetti, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 1-7.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 597-600.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1995). A Developmental Psychopathology Perspective on Child Abuse and Neglect. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 34(5), 541-565.
- Cicchetti, D., & Garnezy, N. (1993). Prospects and promises in the study of resilience. *Development and Psychopathology*, 5, 497-502.
- Clausen, S.-E. (2000). Barnevern i Norge 1990-1997. En longitudinell studie basert på registerdata. (Child welfare in Norway 1990-1997. A longitudinal study based on register data) *Prosjektrapport* Oslo: NIBR
- Clausen, S.-E., & Kristoffersen, L. B. (2008). Barneverns klienter i Norge 1990-2005. En longitudinell studie. (Child welfare clients in Norway 1990-2005. A longitudinal study) *NOVA. Rapport 3*. Oslo.
- Cleaver, H., Undell, I., & Aldgate, J. (1999). *Children's needs - parenting capacity: The impact of parental mental illness, problem alcohol and drug use, and domestic violence on children's development*. London: Jessica Kingsley.
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 211-229.
- 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.

- Crittenden, P. M., & Ainsworth, M. D. S. (1989/2010). Child maltreatment and attachment theory. In D. Cicchetti (Ed.), *Child Maltreatment. Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect* (pp. 432-463): Cambridge University Press
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (1995). The Impact of parents on their children: An emotional security perspective. *Annals of Child Development: A Research Annual*, 10, 167-208.
- Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S., B. (2000). What is developmental psychopathology? *Developmental psychopathology and family process. Theory, research and clinical implications*. New York - London: The Guilford press.
- Dimigen, G., Del Priore, C., Butler, S., Evans, S., Ferguson, L., & Swan, M. (1999). Psychiatric disorder among children at time of entering local authority care: questionnaire survey. *British Medical Journal*, 319(7211), 675-675.
- Dishion, T. J., & Patterson, G. R. (2006). The development and ecology of antisocial behavior in children and adolescence. In D. Cicchetti & D. J. Cohens (Eds.), *Developmental psychopathology* (Vol. 3: Risk behavior and adaption, pp. 503-545). New York: Wiley.
- Dore, M. M., Doris, J. M., & Wright, P. (1995). Identifying substance abuse in maltreating families: A child welfare challenge. *Child abuse & neglect*, 19(5), 531-543.
- dosReis, S., Zito, J. M., Safer, D. J., & Soeken, K. L. (2001). Mental health services for youths in foster care and disabled youths. *American Journal of Public Health*, 91(7), 1094-1099.
- Drægebø, E., Havnen, K. S., Hove, H., Skjerve, J., & Oma, A. (2003). Rapport fra granskingsutvalget for barneverninstitusjoner i Bergen, avgitt 26. juni 2003: Fylkesmannen i Hordaland.
- Dubner, A. E., & Motta, R. W. (1999). Sexually and physically abused foster care children and posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 367-373.
- Dybing, E., & Stoltenberg, C. (2006). Kunnskapsoppsummering om barns helse og miljø. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, rapport 3.
- Egelund, T., Andersen, D., Hestbæk, A.-D., Lausten, M., Knudsen, L., Olsen, R. F., & Gerstoft, F. (2008). Anbragte børns udvikling og vilkår. Resultater fra SFI's forløbsundersøgelser af årgang 1995. (Developmental outcomes of young children in out-of-home care: Findings from SFI's follow up study of children born in 1995). København: SFI - Det nationale forskningscenter for velfærd.
- Egelund, T., Christensen, P. S., Jakobsen, T. B., Jensen, T. G., & Olsen, R. F. (2009). Anbragte børn og unge. En forskningsoversigt. (Children in out-of-home care. A research review). København: SFI - Det nationale forskningscenter for velfærd.
- Egelund, T., & Hestbæk, A.-D. (2003). *Anbringelse af børn og unge uden for hjemmet: en forskningsoversigt (Children and adolescent in out-of-home care. A research review)*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Egelund, T., & Hestbæk, A.-D. (2007). Små børn anbragt uden for hjemmet. Resultater fra et dansk longitudinelt studie af anbragte børn fra 1995-kohorten. (Young children in out-of-home care. Findings from a Danish longitudinal cohort study of removed children born in 1995). *Nordisk sosialt arbeid*, 27, 120-133.
- Egelund, T., Hestbæk, A.-D., & Andersen, D. (2004). *Små børn anbragt uden for hjemmet: en forløbsundersøgelse af anbragte børn født i 1995. (Young children placed out-of-home: a follow up study of removed children born in 1995)*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Egelund, T., & Lausten, M. (2009). Prevalence of mental health problems among children placed in out-of-home care in Denmark. *Child and Family Social Work*, 14, 156-165.

- Egelund, T., & Vitus, K. (2009). Breakdown of care: the case of Danish teenage placements. *International Journal of Social Welfare*, 18(1), 45-56.
- Elander, J., & Rutter, M. (1996a). An update on the status of the Rutter parents' and teachers' scales. *Child psychology and psychiatry review*, 1(1), 31-35.
- Elander, J., & Rutter, M. (1996b). Use and development of the Rutter parents' and teachers' scales. *International journal of methods in psychiatric research*, 6(2), 63-78.
- Ellis, B., & Boyce, T. (2008). Biological Sensitivity to Context *Current directions in psychological science* (Vol. 17, pp. 183-187): Association for Psychological Science.
- Enders, C. K. (2010). *Applied missing data analysis*. New York: Guilford Press.
- Fauske, H., Lichtwark, W., Marthinsen, E., Willumsen, E., Clifford, G., & Kojan, B. H. (2009). Barnevernet på ny kurs. Det nye barnevernet. Et forsknings- og utviklingsprosjekt i barnevernet. Bodø: Nordlandsforskning, rapport 8.
- Fernandez, E. (2008). Unravelling emotional, behavioural and educational outcomes in longitudinal study of children in foster-care. *British Journal of Social Work*, 38, 1283-1301.
- Fernandez, E. (2009). Children's wellbeing in care: Evidence from a longitudinal study of outcomes. *Children and Youth Services Review*, 31, 1092-1100.
- Fernandez, E., & Barth, R. P. (2010a). Reviewing International Evidence to Inform Foster Care Policy and Practice. In E. Fernandez & R. P. Barth (Eds.), *How Does Foster Care Work? International Evidence on Outcomes* (pp. 20-28). London and Philadelphia Jessica Kingsley Publishers.
- Fernandez, E., & Barth, R. P. (Eds.). (2010b). *How Does Foster Care Work? International Evidence on Outcomes*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Hamby, S. L. (2005). The victimization of children and youth: a comprehensive, national survey. *Child Maltreatment*, 10(1), 5-25.
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., & Hamby, S. L. (2010). Trends in childhood violence and abuse exposure: evidence from two national surveys. *Archives in Pediatric and Adolescent Medicine*, 164(3), 238-242.
- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(10), 1203-1211.
- 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, 319-325.
- Forrester, D. (2000). Parental Substance Misuse and Child Protection in a British Sample. A Survey of Children on the Child Protection Register in an Inner London District Office. *Child abuse review*, 9(4), 235-246.
- Forrester, D., Goodman, K., Cocker, C., Binnie, C., & Jensch, G. (2009). What is the Impact of Public Care on Children's Welfare? A Review of Research Findings from England and Wales and their Policy Implications. *Journal of Social Policy*, 38(3), 439-456.
- Forrester, D., & Harwin, J. (2006). Parental substance misuse and child care social work: findings from the first stage of a study of 100 families. *Child and Family Social Work*, (11), pp 325-335.
- Fyrand, L. (2005). *Sosialt nettverk. Teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Garland, A. F., Hough, R. L., McCabe, K. M., Yeh, M., Wood, P. A., & Aarons, G. A. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in youths across five sectors of care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(4), 409-418.

- Garland, A. F., Landsverk, J. L., Hough, R. L., & Ellis-MacLeod, E. (1996). Type of maltreatment as a predictor of mental health service use for children in foster care. *Child Abuse & Neglect, 20*(8), 675-688.
- Garnezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child development*(55), 97-111.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, W., & Janson, S. a. (2009). Child Maltreatment 1: Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet 2009; 373: 68–81*.
- Goodman, R. (1994). A modified version of the Rutter parent questionnaire including extra items on children's strengths: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*(8), 1483-1494.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the strenght and difficulties questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*(5), 791-799.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy if Child and Adolescent Pcyhiatry, 40*(11), 1337-1345.
- Goodyer, I. M. (1985). *The Newcastle Child and Family Life Events Interview*. Stencil
- Graham, J. W. (2009). Missing Data Analysis: Making It Work in the Real World. *The Annual Review of Psychology, 60*, 549-576.
- Grinde, T. V. (1993). *Kunnskapsstatus for barnevernet*. Otta: Tano forlag.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self. A developmental perspective*. New York: The Guilford Press.
- Hastings, P., D., Zahn-Waxler, C., Robinson, J., Usher, B., & Bridges, D. (2000). The development of concern for others in children with behavior problems. *Development and Psychology, 36*, 531-546.
- Haugland, B. S. M. (2003). *Parental alcohol abuse. Family functioning and child adjustment*. Doctor of Psychology, University of Bergen, Norway.
- Haugland, B. S. M. (2006). Barn som omsorgsgivere: Adaptiv versus destruktiv parentifisering (Children as care givers: Adaptive versus destructive parentification). *Tidsskrift for norsk psykologforening 43*, 211-220.
- Havik, T. (2003). Barnevernsbarna i skolen - Hvordan har de det egentlig? Barnas, foreldrenes og klassestyrernes oppfatninger. In E. Backe-Hansen (Ed.), *Barn utenfor hjemmet: flytting i barnevernets regi* (pp. 93-109). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Havik, T., & Christiansen, Ø. (2009). Plassert av barnevernet - Får barna en situasjon preget av stabilitet? *Norges barnevern, 86*(1), 28-39.
- Havnen, K. S. (2003). Barnevernet bedre enn sitt rykte? *Norges barnevern*(4), 25-31.
- Hawley, P. H. (2003). Prosocial and coercive configurations of resource control in early adolescence: A case for the well-adapted machiavellian. *Merrill-Palmer Quarterly, 49*(3), 279-310.
- Hay, D. F., & Pawlby, S. (2003). Prosocial Development in Relation to Children's and Mothers' Psychological Problems. *Child Development, 74*(5), 1314 – 1327.
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M. B., . . . Gillberg, C. (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.

- Helgeland, I. M. (2010). What works? A 15-year follow-up study of 85 young people with serious behavioural problems. *Children and Youth Services Review*, 32, 423-429.
- Helsedepartementet. (2003). *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse...sammen om psykisk helse*. Oslo: Helsedepartementet.
- Helsedirektoratet. (2008). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. (IS-1570). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2010). *Barn og unge i det psykiske helsevernet ett år etter Opptrappingsplanen*. (IS-1854). Oslo: Helsedirektoratet.
- Hogg, C., Rutter, M., & Richman, N. (1997). Emotional and behavioural problems in children. In I. Sclare (Ed.), *Child psychology portfolio* (pp. 1-34). Windsor: NFER-Nelson.
- Holtan, A. (2002). *Barndom i fosterhjem i egen slekt*. Avhandling, PhD, Tromsø.
- 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.
- Iversen, A. C., Jakobsen, R., Havik, T., Hysing, M., & Stormark, K. M. (2007). Mental Health Problems among Child Welfare Clients Living at Home. *Child Care in Practice*, 13(4), 387 - 399.
- Johnson, J. L., & Leff, M. (1999). Children of substance abusers: Overview of research findings. *Pediatrics*, 103(5), 1085.
- Johnson, J. L., Sher, K. J., & Rolf, J. E. (1991). Models of Vulnerability to Psychopathology in Children of Alcoholics *Alcohol Health and Research World* (Vol. 15, pp. pg. 32): ProQuest Medical Library.
- Kaufman, J., & Cicchetti, D. (1989). The effects of maltreatment of school-aged children's socioemotional development: Assessments in a day camp setting. *Developmental Psychology*, 25, 516-524.
- Kelly, G., & Gilligan, R. (2000). *Issues in foster care: policy practice and research*. London: Jessica Kingsley.
- Kjelsberg, E., & Nygren, P. (2004). The prevalence of emotional and behavioural problems in institutionalized childcare clients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(4), 319-325.
- Kokko, K., & Pulkkinen, L. (2002). Aggression in childhood and long-term unemployment in adulthood: A cycle of maladaptation and some protective factors. *Developmental Psychology*, 36, 463-472.
- Kokko, K., Tremblay, R. E., Lacourse, E., Nagin, D. S., Carnegie, & Vitaro, F. (2006). Trajectories of Prosocial Behavior and Physical Aggression in Middle Childhood: Links to Adolescent School Dropout and Physical Violence. *Journal of Research on Adolescence*, 16(3), 403-428.
- Kristofersen, L. B. (2005). Barnevernsbarnas helse. Uførhet og dødelighet i perioden 1990-2002. (Health status of children in care. Disability and mortality, 1990-2002). Oslo: NIBR.
- Kumpfer, K. L. (1999). Factors and Processes Contributing to Resilience. The Resilience Framework. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive Life Adaptations* (pp. -224). New York: Kluwer Academic/Pienum Publishers.
- Kvelling, Ø. (2007). *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lawrence, C. R., Carlson, E. A., & Egeland, B. (2006). The impact of foster care on development. *Development and Psychopathology*, 18, 57-76.
- Lurie, J., & Tjelflaa, T. (2009:14). Samarbeid og samordning mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatri i Norge. Kunnskap om forskning, offentlige føringer, avtaler og nyere

tiltak Trondheim: Barnevernets utviklingscenter i Midt Norge, NTNU Samfunnsforskning AS.

- MacKinnon, D. P., Krull, J. L., & Lockwood, C. M. (2000). Equivalence of the mediation, confounding and suppression effect. *Prevention Science, 1*(4), 173-181.
- Manly, J. T., Cicchetti, D., & Barnett, D. (1994). The impact of subtype, frequency, chronicity, and severity of child maltreatment on social competence and behavior problems. *Development and Psychopathology, 6*, 121-143.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic - Resilience processes in development. *American Psychologist, 56*(3), 227-238.
- Masten, A. S. (2007). Resiliens in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology, 19*, 921-930.
- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resiliens and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Developmental Psychopathology, 2*, 425-444.
- Masten, A. S., Coatsworth, J. D., Neemann, J., Gest, S. D., Tellegen, A., & Garmezy, N. (1995). The Structure and Coherence of Competence from Childhood Through Adolescence. *Child Development, 66*(6), 1635-1659.
- Masten, A. S., Hubbard, J. J., & Gest, S. D. (1999). Competence in the context of adversity: pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Developmental Psychopathology, 11*, 143-169.
- Masten, A. S., & Obradovic, J. (2006). Competence and Resilience in Development. *Annals New York Academy of Science* 13-27.
- McAuley, C., & Young, C. (2006). The mental health of looked after children: Challenges for camhs provision. *Journal of Social Work Practice, 20*(1), 91-103.
- McWey, L. M., Cui, M., & Pazdera, A. L. (2010). Changes in Externalizing and Internalizing Problems of Adolescents in Foster Care. *Journal of Marriage and Family, 72*, 1128-1140.
- Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R., & Ford, T. (2000). The mental health of children and adolescents in Great Britain. London: The Stationery Office.
- Millward, R., Kennedy, E., & Towlson, K. (2006). Reactive attachment disorder in looked after children. *Emotional and Behavioural Difficulties, 11*, 273-279.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*: Harvard University Press.
- Moe, V. (2002). Foster-placed and adopted children exposed in utero to opiates and other substances: prediction and outcome at four and a half years. *J Dev Behav Pediatr., 23*(5), 330-339.
- Moe, V., & Slinning, K. (2002). Prenatal drug exposure and the conceptualization of long-term effects. *Scandinavian Journal of Psychology, 43*(1), 41-47.
- Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways, among males and females. *Development and Psychopathology, 13*, 355-375.
- Mossige, S., & Stefansen, K. (2007). Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole. Oslo: Norsk institutt for velferd, oppvekst og aldring (NOVA).
- Munkvold, L. H. (2011). *Oppositional Defiant Disorder. Informant discrepancies, sex differences, co-occurring mental health problems and neurocognitive function*. Avhandling PhD, Bergen.
- Muthén, B., & Asparouhov, T. (2012). Bayesian structural equation modeling: A more flexible representation of substantive theory. *Psychological Methods, 17*, 313-335.

- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, rapport 8.
- Nordahl, T., Sørli, A. M., Manger, T., & Tveit, A. (2005). *Atferdsproblemer blant barn og unge; teoretiske og praktiske tilnæringer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- NOU 2000:12. *Barnevernet i Norge. Tilstandsvurderinger, nye perspektiver og forslag til reformer*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- NOU 2009: 22. *Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- NOU 2012: 5. *Bedre beskyttelse av barns utvikling. Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet*. Oslo: Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet.
- Ogden, T. (1995). Kompetanse i kontekst. En studie av risiko og kompetanse hos 10- og 13-åringer. (Competence in context. A study of risk and competence in 10- and 13-year olds). *Prosjekt oppvekstnettverk*. Oslo: Barnevernets utviklingscenter.
- Ogden, T. (2010). *Familiebasert behandling av alvorlige atferdsproblemer blant barn og ungdom. Evaluering og implementering av evidensbaserte behandlingsprogrammer i Norge*. Avhandling dr. philos, Bergen.
- Oosterman, M., Schuengel, C., Wim Slot, N., Bullens, R. A. R., & Doreleijers, T. A. H. (2007). Disruptions in foster care: A review and meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 29(1), 53-76.
- Oswald, S. H., Heil, K., & Goldbeck, L. (2010). History of Maltreatment and Mental Health Problems in Foster Children: A Review of the Literature. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5), 462-472.
- Patterson, G. G. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American psychologist*, 44(2), 329-335.
- Pears, K. C., Kim, H. K., & Fisher, P. A. (2008). Psychosocial and cognitive functioning of children with specific profiles of maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 32, 958-971.
- Pecora, P. J., White, C. R., Murdock, L. A., O'Brian, K., Kessler, R. C., Sampson, N., & Hwang, I. (2010). Rates of mental, emotional and behavioural disorders among alumni of family foster care in the United States: The Casey National Alumni Study. In E. Fernandez & R. Barth, P (Eds.), *How Does Foster Care Work? International Evidence on Outcomes?* London Jessica Kingsley Publishers.
- Perren, S., Stadelmann, S., Wyl, A. v., & Klitzing, K. v. (2007). Pathways of behavioural and emotional symptoms in kindergarten children: What is the role of pro-social behaviour? *European Child and Adolesc Psychiatry* 16, 209–214.
- Pilodden, B. H. (2008). *Skadeskutt – men ikke vingeklippet?* Masteroppgave i barnevern, UiB, Bergen.
- Lov om psykisk helsevern av 2. juli 1999.
- Pulkkinen, L., & Trembely, T. E. (1992). Patterns of boys' social adjustment in two cultures and at different ages: A longitudinal perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 15, 527-553.
- Quinton, D., Rutter, M., & Liddle, C. (1984). Institutional rearing, parenting difficulties and marital support. *Psychological Medicine*, 14, 107-124.
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C., Fisher, H., Bassett, C., Howat, N., & Collishaw, S. (2011). *Child abuse and neglect in the UK today*. London: National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC).
- Robins, L., & Rutter, M. (Eds.). (1990). *Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood*: Cambridge University Press.

- Rolf, J. E., Masten, A. S., Cicchetti, D., Nuechterlein, K., H., & Weintraub, S. (Eds.). (1990). *Risk and protective factors in the development of psychopathology*: Cambridge University Press.
- Rossow, I., Moan, I. S., & Natvig, H. (2009). Nære pårørende av alkoholmisbrukere - hvor mange er de og hvordan berøres de? : SIRUS.
- Rutter, M. (1967). A childrens behavior questionnaire for completion by teachers - preliminary finding. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*, 8(1), 1-11.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In K. M. W & R. J. E (Eds.), *Primary prevention in psychopathology* (Vol. 8, pp. 49-74). Hanover: University Press of New England.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance fo psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 498-611.
- Rutter, M. (1989). Isle of Wight revisited: Twenty-five years of child psychiatric epidemiology. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 28(5), 633-653.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. E. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein, H & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181-215): Cambridge University Press.
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 651-682). USA: Cambridge University Press. (Reprinted from: second).
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 205-209.
- Rutter, M., & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological medicine*, 14, 853-880.
- Rutter, M., & Rutter, M. (1997). *Den livslange udvikling*. København: Hans Reitzels forlag.
- Rutter, M., & Taylor, E. (2002). *Child and adolescent psychiatry*. Oxford: Blackwell.
- Rutter, M., & The English and Romanian Adoptees Study Team. (1998). Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 465-476.
- Rutter, M., Tizard, J., & Whitmore, K. (1970). *Education, health and behavior*. London: Longmans.
- Sameroff, A., J. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child Development*, 81(1), 6-22.
- Sameroff, A., J., & Chandler, M., J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In M. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek & G. Siegel (Eds.), *Review of child development research* (Vol. 4, pp. 187-244). Chicago: University of Chicago press.
- Sandbæk, M. (1999). Children with problems: focusing om everyday life. *Children and Society*, 13, 106-118.
- Sandbæk, M. (2002). Barn og foreldre som sosiale aktører i møte med hjelpetjenester. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
- Schäfer, J. L., & Graham, J. W. (2002). Missing data: Our view of the state of the art. . *Psychological Methods*, 7(2), 147-177.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (Eds.). (2000). Positive psychology. *American Psychologist* 55(1 (special issue)).
- Sinclair, I., Baker, C., Wilson, K., & Gibbs, I. (2005). *Foster Children - Where They Go and How They Get on*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Skilbred, D., & Havik, T. (2011). Barn og unge som bor i fosterhjem - mestring og trivsel i skolen. *Norges barnevern*, 88(3), 146-156.
- Smith, T. G. (1992). Barnevernloven, med vekt på det nye. *Barnevernpedagogen*(10).

- Sosial- og helsedepartementet. (2000). *Faktarapport om årsaker til psykiske plager og lidelser*. Oslo.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. (IS-1405). Oslo.
- Sroufe, L. A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology*, 9, 251-268.
- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.
- SSB. (2012a). Barnevernstatistikk: Statistisk sentralbyrå.
- SSB. (2012b). Befolkningsstatistikk: Statistisk sentralbyrå.
- St. meld. 25. (1996-97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- St. meld. 40. (2001-2002). *Om barne- og ungdomsvernet*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- St. prp. nr. 63. (1997-98). *Opptrappingsplan for psykisk helse*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stein, E., Evans, B., Mazumdar, R., & Rae-Grant, N. (1996). The mental health of children in foster care: A comparison with community and clinical samples. *Canadian journal of psychiatry*, 41(6), 385-391.
- Steinhausen, H. S. (1995). Children of alcoholic parents. *European child and adolescent psychiatry*, 4(3), 143-152.
- Sterne, J. A., White, I. R., & Carlin, J. B. (2009). Multiple imputation for missing data in epidemiological and clinical research: potential and pitfalls. *British Medical Journal*, 338, 157-160.
- Strandbu, A., & Thørnblad, R. (2010). "Sårbare" barn som deltakere i kvalitativ forskning. *Forskningsetikk og etisk forskning. Barn*, 1, 27-41.
- Sørli, A. M., Hagen, K., A., & Ogden, T. (2008). Social Competence and Antisocial Behavior: Continuity and Distinctiveness Across Early Adolescence. *Journal of Research on Adolescence* 18(1), 121-144.
- Thoburn, J. (2010). International perspectives on foster care. In E. Fernandez & R. Barth, P (Eds.), *How does foster care work? International evidence on outcomes*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Torgersen, S., & Waaktaar, T. (2007). Resiliens som personlegdomstrekk. In A. I. H. Borge (Ed.), *Resiliens i praksis. Teori og empiri i et norsk perspektiv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Triseliotis, J. (2002). Long-term foster care or adoption? The evidence examined. *Child & Family Social Work*, 7(1), 23-33.
- Vanderploeg, J. J., Conell, C. M., Caron, C., Saunders, L., Katz, K. H., & Tebes, J. K. (2007). The Impact of Parental Alcohol or Drug Removals on Foster Care Placement Experiences: A Matched Comparison Group Study. *Child Maltreatment*, 12 (2), 125-136.
- Vinnerljung, B., Franzen, E., Hjern, A., & Lindblad, F. (2010). Long Term Outcomes of Foster Care: Lessons from Swedish national Cohort Studies. In E. E. Fernandez & R. Barth, P (Eds.), *How Does Foster Care Work? International Evidence on Outcomes*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Vinnerljung, B., Sallnäs, M., & Westermark, P. K. (2001). Sammanbrott vid tonårsplaceringar: om ungdomar i fosterhem och på institution: en rapport från CUS: Centrum för utvärdering av socialt arbete. In Socialstyrelsen (Ed.). Stockholm.

- Vinnerljung, B., & Sällnas, M. (2008). Into adulthood: a follow-up study of 718 young people who were placed in out-of-home care during their teens. *Child & Family Social Work, 13*(2), 144-155.
- Von der Lippe, A., Hartmann, E., & Killen, K. (2007). Ego-resiliens som moderator mellom risiko og utfall. In A. I. H. Borge (Ed.), *Resiliens i praksis. Teori og empiri i et norsk perspektiv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Waaktaar, T., Borge, A. I. H., Christie, H. J., & Torgersen, S. (2005). Youth-parent consistencies on ratings of difficulties and prosocial behavior: Exploration of an at-risk sample. *Scandinavian Journal of Psychology, 46*(2), 179-188.
- Waaktaar, T., Torgersen, S., & Christie, H. J. (2007). Resiliens og intervensjon. In A. I. H. Borge (Ed.), *Resiliens i praksis. Teori og empiri i et norsk perspektiv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Weir, K., & Duveen, G. (1981). Further development and validation of the prosocial behaviour questionnaire for use by teachers. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines, 22*(4), 357-374.
- Werner, E. (1986). Resilient Offspring of Alcoholics: A Longitudinal Study from Birth to Age 18. *Journal of Studies on Alcohol, 47*(1), 34-40.
- Werner, E. (1993). Risk, resilience and recovery - Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology, 5*(4), 503-515.
- Werner, E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds. High risk children from birth to Adulthood*. New York: Cornwell university press.
- Whittaker, J., K. (2010). Foreword. In E. Fernandez & R. Barth, P (Eds.), *How does foster care work? International evidence on outcomes*. London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

ⁱ Norske referansar er oversett til engelsk når dei har vore referert til i dei publiserte artiklane

Vedlegg 1

Saksbehandlerskjema, T1

Reg.nr. _____
(fylles ut av prosjektet)

Dato for utfylling _____

Plasseringen (T1)

De første spørsmålene er knyttet til selve den plasseringen som er grunnen til at saken er med i undersøkelsen. Dette gjelder selv om barnet senere har flyttet til annet omsorgstiltak eller har flyttet hjem.

1. Dato for plasseringen: _____

2a. Hvor ble barnet plassert? (ett kryss)

Plasseringssted:

Barnehjem / barneverninstitusjon
Beredskapshjem
Fosterhjem hos slekt
Fosterhjem hos personer barnet kjente fra før
Fosterhjem hos ukjente
Annet plasseringssted, hvilket: _____

2b. Kjente barnet noen av de voksne på plasseringsstedet fra før?

Ja Nei Vet ikke

2c. Var barnet privat plassert umiddelbart før plasseringen?

Nei Ja , hvor: _____

3. Hvilken paragraf ble plasseringen hjemlet i?

§ 4-4, 5.ledd § 4-10
§ 4-6, 1.ledd § 4-11
§ 4-6, 2.ledd § 4-12
§ 4-8, 2.ledd Annen § , hvilken: _____

4. Hva var den utløsende årsak til at plassering fant sted? (skriv med egne ord)

4b. Hvilke av følgende forhold var medvirkende årsaker til at plassering fant sted?
(om nødvendig sett flere kryss)

I.	<i>Forhold knyttet til foreldrene / foreldre-barn relasjonen:</i>	
a.	Rusmisbruk	<input type="checkbox"/>
b.	Fysisk sykdom/funksjonshemming	<input type="checkbox"/>
c.	Psykisk utviklingshemming	<input type="checkbox"/>
d.	Psykiske vansker/funksjonshemming	<input type="checkbox"/>
e.	Foreldre død	<input type="checkbox"/>
f.	Kriminalitet	<input type="checkbox"/>
g.	Annen uakseptabel adferd	<input type="checkbox"/>
h.	Konflikter/vold mellom foreldre /omsorgspersoner	<input type="checkbox"/>
i.	Konflikt om barnefordeling / samvær	<input type="checkbox"/>
j.	Foreldrene slitne / utslitt	<input type="checkbox"/>
k.	Økonomiske problem	<input type="checkbox"/>
l.	Mangelfull omsorg for barnet / vanskjøtsel	<input type="checkbox"/>
m.	Fysisk mishandling av barnet	<input type="checkbox"/>
n.	Seksuelle overgrep / incest	<input type="checkbox"/>
o.	Manglende psykisk ivaretagelse / mishandling	<input type="checkbox"/>
p.	Oppdragelses- /grensesettings-problemer	<input type="checkbox"/>
q.	Konflikt foreldre / barn	<input type="checkbox"/>
r.	Annet, skriv: _____	<input type="checkbox"/>
s.	<u>Ingen</u> forhold knyttet til foreldrene	<input type="checkbox"/>
II.	<i>Forhold knyttet til barnet:</i>	
a.	Fysisk sykdom / funksjonshemming	<input type="checkbox"/>
b.	Psykisk utviklingshemming	<input type="checkbox"/>
c.	Psykiske vansker/funksjonshemming	<input type="checkbox"/>
d.	Utviklingsproblemer (sen utvikling, umoden)	<input type="checkbox"/>
e.	Sosiale vansker i form av adferdsvansker, utagering	<input type="checkbox"/>
f.	Sosiale vansker i form av passivitet, tilbaketrukkethet	<input type="checkbox"/>
g.	Skolefaglige problemer	<input type="checkbox"/>
h.	Voldelig adferd	<input type="checkbox"/>
i.	Rusing	<input type="checkbox"/>
j.	Ønsker ikke å bo hjemme	<input type="checkbox"/>
k.	Annet, skriv: _____	<input type="checkbox"/>
l.	<u>Ingen</u> forhold knyttet til barnet	<input type="checkbox"/>

5a. Skjedde plasseringen akutt? Ja Nei

5b. Hvis akutt; hva besto det akutte i?

Nedenfor ønsker vi å få vite om det var barnevernet, familien selv eller andre som først mente at det var behov for plassering.

6. Hvem tok initiativet til plasseringen? (sett flere kryss om nødvendig)

Barnet Barneverntjenesten
Foreldrene Andre , hvem: _____

Kommentarer: _____

—

7. Hva var foreldrenes innstilling til plasseringen?

Helt enig Nokså enig Nokså uenig Helt uenig Uklart / skiftende

8. Ville plassering ha funnet sted hvis foreldrene hadde motsatt seg det?

Ja Nei Vet ikke

9. Hadde foreldrene innvirkning på valg av plasseringssted?

Ja, i stor grad Ja, i noen grad Nei

Kommentarer: _____

10a. Når ble barnet fortalt at det skulle plasseres?

Den dagen plasseringen fant sted 2-4 uker før plasseringen

1-2 dager før plasseringen Mer enn 1 måned før plasseringen
3-7 dager før plasseringen Vet ikke

10 b. Hvem fortalte barnet at det skulle plasseres?

11a. Har du en oppfatning av hvilken innstilling barnet hadde til plasseringen?

Ja Nei

11 b. Hvis ja, hvordan vil du karakterisere barnets innstilling?

Entydig positiv Hovedsakelig positiv Uklar / ambivalent Hovedsakelig negativ Entydig negativ

12a. Før plasseringen fant sted; ga andre instanser / personer uttrykk for sin mening om plasseringen av barnet?

Ja Nei Vet ikke

12b. Hvis ja, hvilke instanser / personer? Hva var deres oppfatning av plasseringen? Hadde oppfatningene betydning for beslutningen om plassering? (sett inn instans/person, ett kryss for instansens oppfatning og ett kryss for oppfatningens betydning for beslutningen)

Instans / person	Instansens oppfatning		Hadde instansens oppfatning betydning for beslutningen?	
	For plassering	Mot plassering	Ja	Nei
	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om barneverntjenestens arbeid

Nedenfor stiller vi noen spørsmål vedrørende barnevernets arbeid med saken i forkant av plasseringen. I flere av spørsmålene spør vi etter *dine* vurderinger selv om de eventuelt skulle være i motstrid til andre i barneverntjenesten.

13. Var det enighet innad i barneverntjenesten om at barnet skulle plasseres?

Ja

Nei

Vet ikke

Kommentarer: _____

14. Hvor egnet mener du stedet/tiltaket der barnet ble plassert er for barnet?

Svært godt
egnet

Godt
egnet

Både/og

Lite
egnet

Svært lite
egnet

Kommentarer: _____

15a. Burde barnet, etter din oppfatning vært plassert på et tidligere tidspunkt?

Ja

Nei

Vet ikke

15b. Hvis ja, hva mener du var årsakene til at plassering ikke har skjedd tidligere?

16. Vil du si at saken var tilfredsstillende opplyst da plasseringen fant sted?

Ja, utvilsomt	Ja, i stor grad	Middels	Nei, i liten grad	Nei, utvilsomt ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Mener du barnets behov var tilfredsstillende utredet?

Ja, utvilsomt	Ja, i stor grad	Middels	Nei, i liten grad	Nei, utvilsomt ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Har det vært psykologisk sakkyndig utredning av saken?

Ja
Nei Nei, men det er bestemt at sakkyndig utredning skal foretas

19a. Har barnet skiftet skole etter plasseringen? Ja Nei

19b. Hvis JA (barnet har skiftet skole):

Er barnets tidligere klasselærer informert om plasseringen?

Ja Nei Vet ikke

19c. Er barnets nye klasselærer informert om plasseringen?

Ja Nei Vet ikke

19d. Hvis NEI (barnet har ikke skiftet skole):

Er barnets klasselærer blitt informert om at barnet nå ikke bor hjemme?

Ja Nei Vet ikke

Noen barn kan allerede ha flyttet en eller flere ganger i tiden fra den plasseringen vi har tatt utgangspunkt i og fram til i dag når du fyller ut dette skjemaet. Dette vil vi kartlegge nedenfor.

20a. Har barnet flyttet?

Ja Nei (gå til spørsmål 21)

20b. Hvis ja, hvor har barnet flyttet?

(Hvis barnet har flyttet flere ganger, skriv 1 der barnet flyttet først, 2 der barnet flyttet deretter osv)

Hjem	<input type="checkbox"/>	*	Fosterhjem (familieplassering)	<input type="checkbox"/>
Beredskapshjem	<input type="checkbox"/>		Fosterhjem (utenom familie)	<input type="checkbox"/>
Institusjon	<input type="checkbox"/>			
Annet	<input type="checkbox"/>		, hvilket: _____	

* Svar på neste spørsmål (20c) og gå så til spørsmål 32.

20c. Hvorfor har barnet flyttet? _____

Planer og avtaler for plasseringen

I de neste spørsmålene ønsker vi å få opplysninger om hvordan det skal arbeides med plasseringen fremover; plasseringens tidsperspektiv, samværsordninger og oppfølging.

21. Hva var formålet med plasseringen da barnet ble plassert, og hva er formålet pr i dag (når du fyller ut skjemaet)? (flere kryss er mulig)

	Formål ved plassering	Formål i dag
Kortvarig omsorg for barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langvarig omsorg for barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utredning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avlastning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet, hva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formålet uavklart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer: _____

22a. Angir vedtaket konkret varighet for plasseringen?

Ja Nei

22 b. Hvis ja, spesifiser: 0-1 mnd. 2 - 3 mnd. 4 - 6 mnd.
7-12 mnd. 1-2 år Mer enn 2 år

22 c. Vurderer du den angitte varigheten som realistisk ?

(vi er her ute etter din subjektive vurdering)

ja, realistisk nei, for kortsiktig nei, for langsiktig
annet hva: _____

23. I vedtaket; er opphør av plasseringen / tilbakeflytting til hjemmet gjort avhengig av spesielle faktorer / betingelser? (eks. gjennomført behandling, endring i livssituasjon, endring ved barnet)

Nei

Ja , hvilke: _____

24. Er noen av følgende planer og avtaler utarbeidet / i ferd med å bli utarbeidet i forbindelse med plasseringen?

	Ja utarbeidet	Ja, under arbeid	Nei, ikke påbegynt	Nei ikke aktuelt
a) Samværsavtale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Opprettelse av ansvarsgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Forsterkningstiltak på plasseringsstedet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Plan for oppfølging av foreldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Tiltaksplan (§ 4-5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Fremtidig/midlertidig omsorgsplan (§ 4-15)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Annet, hva? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De neste spørsmålene er utdypninger av svarene i spørsmål 24, om avtaler og planer for plasseringen. Du skal bare svare på spørsmålene som er aktuelle.

Samværsavtale for de nærmeste 1-2 måneder

25a. Hvilke personer skal ha samvær med barnet, hvilket omfang skal samværene ha, hvor skal de finne sted og skal det være tilsyn ?

	Hvor ofte? Hvor lenge?	Hvor skal samvær finne sted?	Skal det være tilsyn under samvær?
Mor			ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>
Far			ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>
Besteforeldre			ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>
Andre, hvem; _____			ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/>

Kommentarer: _____

25b. Dersom det er bestemt at barnet etter plasseringen skal ha kontakt med andre enn de som er oppgitt i forrige spørsmål, hvilke personer?

26. Er foreldrene enige i samværsavtalen?

Ja, enige Delvis enige Nei, uenige

Kommentarer: _____

27. Hvordan vurderer du samværsavtalen? (sett et kryss på hver linje)

	I stor grad	I liten grad
Samværsavtalen er realistisk (lar seg gjennomføre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samværsavtalen ivaretar barnets behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samværsavtalen ivaretar foreldrenes behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Anser du det sannsynlig med en endring av samværsavtalen i løpet av de neste 6 mnd.?

Mor:	Nei <input type="checkbox"/>	Ja, en opptrapping <input type="checkbox"/>	Ja, en nedtrapping <input type="checkbox"/>
Far:	Nei <input type="checkbox"/>	Ja, en opptrapping <input type="checkbox"/>	Ja, en nedtrapping <input type="checkbox"/>

Kommentarer: _____

Ansvarsgruppe

29 a. Skal barnets foreldre delta i ansvarsgruppen?

Ja

Nei hvorfor ikke: _____

Vet ikke

29 b. Hvis ja, tror du barnets foreldre kommer til å delta i ansvarsgruppen

Ja Nei Vet ikke

Kommentarer: _____

Forsterkningstiltak

30. Hvilke forsterkningstiltak kan være aktuelle eller er det gjort avtale om?

	Avtale inngått	Kan være aktuelt	Foreløpig ikke aktuelt
Forhøyet lønn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støttekontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veiledning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avlastning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annet, hva? _____

Plan for oppfølging av foreldre

31. Hvilken særlig oppfølging av foreldrene er aktuell?
(sett kryss hvis aktuelt)

	<i>Mor</i>	<i>Far</i>
Ingen særlig oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Økonomisk hjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandling psykiatri/rus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rådgivning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støttekontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet, hva? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer: _____

37b. Hvis ja, oppgi søsken:

	Kjønn, G=gutt J=jente	Alder (hele år)	Bodde sammen med barnet før plassering*		Ble plassert <i>samtidig</i> med barnet		Ble plassert <i>samme</i> <i>sted som barnet</i>	
			ja	nei	ja	nei	ja	nei
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Her spør vi etter om vedkommende søsken «til vanlig», det siste halve året, bodde sammen med barnet.

Kommentarer: _____

Opplysninger om foreldrene

Mor:

Far:

38a. alder: _____ (hele år)

38b. alder: _____ (hele år)

39a. fødeland: _____

39b. fødeland: _____

Dersom foreldrene er født i Norge, har de likevel kulturbakgrunn fra annet land ?

40a. Mor:

40 b. Far:

Nei
 Ja hvilket land: _____
 Vet ikke

Nei
 Ja hvilket land: _____
 Vet ikke

41. Hvem har formelt foreldreansvar for barnet:

Mor og far Far alene
 Mor alene Annet hva: _____
 Vet ikke

42. Hva var foreldrenes viktigste kilde til livsopphold på plasseringstidspunktet:

42a. Mor:

Arbeidsinntekt
 Stipend/lån
 Trygdeytelse , hvilken: _____
 Sosialhjelp
 Andre inntekter , hva _____
 Vet ikke

42b. Far:

Arbeidsinntekt
 Stipend/lån
 Trygdeytelse , hvilken: _____
 Sosialhjelp
 Andre inntekter , hva _____
 Vet ikke

43. Hva er foreldrenes høyeste avsluttede utdanning?

	<i>a. Mor</i>	<i>b. Far</i>
Ikke avsluttet grunnskole (1-9 klasse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avsluttet grunnskole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videregående skole 1 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videregående skole 2-3 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fullført yrkesutdanning etter videregående skole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utdanning fra høyskole/universitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Familiens belastninger og ressurser

Mange familier barnevernet har kontakt med, opplever langt flere belastninger enn familier flest. Nedenfor ønsker vi en avgrenset kartlegging av dette for familien/barnet det her dreier seg om. Hendelser eller belastninger som kun har opptrådt i forbindelse med selve plasseringen skal ikke tas med. For hendelser du har krysset «ja» for, ber vi deg også å vurdere hvorvidt de har hatt positiv, nøytral eller negativ betydning for barnets livssituasjon.

44. Har noen av følgende livshendelser eller situasjoner inntruffet i barnets familie de siste årene? Hvis ja, hvilken betydning har de hatt for barnets livssituasjon?

	Vet ikke	Nei	Ja	Betydning for barnets livssituasjon		
				Positiv	Nøytral	Negativ
Nytt barn i familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mor er blitt gravid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familien har flyttet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En av foreldrene døde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En bror eller søster døde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En annen nær person for barnet døde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreldrene flyttet fra hverandre /skilte seg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet har vært alvorlig syk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Vet ikke Nei Ja			Betydning for barnets livssituasjon		
	Positiv	Nøytral	Negativ			
Annen alvorlig sykdom i familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet har byttet skole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mor/far har begynt i arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mor/far er blitt arbeidsledig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familien har mistet boligen pga. økonomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mor/far har fått ny samboer/ektefelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En av de voksne i familien har hatt problemer med politiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet, hva _____	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vi vil også gjerne vite om det er forhold i barnets / familiens livssituasjon som du vurderer som ressurser; forhold du mener virker i positiv retning når det gjelder barnets generelle livssituasjon og utvikling. Også her tenker vi «til vanlig» og ikke knyttet til plasseringstidspunktet.

45. Vil du si at noen av disse ressursene gjelder barnet / familien?

	Ja	Nei	Vet ikke
Barnet fungerer godt sammen med jevnaldrende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet klarer seg bra på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet har lærer eller andre på skolen som følger det godt opp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet er med i fritidsaktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet har støtte i eldre søsken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familien har en familie som er støttende i vanskelige situasjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familien har venner /naboer e.l. som er støttende i vanskelige situasjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familien har viktige støttespillere i det offentlige hjelpeapparat, hvem _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andre ressurser, hvilke; _____

Barnevernskarriere

Nedenfor følger en del spørsmål om barnets og familiens tidligere kontakt med barnevernet. Noen av spørsmålene krever trolig at du sjekker tidligere dokumenter i saken. Vi håper du kan ta deg tid til det.

Barnets første registrerte kontakt med barnevernet

Spørsmål 46-49 dreier seg om den første undersøkelsessak i barnevernet som er registrert på dette barnet. For noen barn kan det være langt tilbake i tid. Andre barn har ikke hatt annen kontakt med barnevernet enn den som ledet til den aktuelle plasseringen. Hvis det siste er tilfelle, ta utgangspunkt i denne.

46. Når ble det for første gang iverksatt en undersøkelsessak vedrørende barnet?

_____|_____|
mnd. år

47. Hvem var saken meldt av?

Barnet selv	<input type="checkbox"/>	Barnehage	<input type="checkbox"/>
Mor/far	<input type="checkbox"/>	Helsestasjon	<input type="checkbox"/>
Mor/far som barnet ikke bor med	<input type="checkbox"/>	Lege / sykehus	<input type="checkbox"/>
Familie for øvrig	<input type="checkbox"/>	Skole	<input type="checkbox"/>
Naboer	<input type="checkbox"/>	PPT	<input type="checkbox"/>
Sosialtjenesten	<input type="checkbox"/>	Politi / lensmann (ikke bv.vakt)	<input type="checkbox"/>
Barneverntjenesten selv	<input type="checkbox"/>	BUP	<input type="checkbox"/>
Barnevern i annen kommune	<input type="checkbox"/>	Voksenpsykiatri	<input type="checkbox"/>
Barnevernvakt	<input type="checkbox"/>	Andre; hvem:.....	<input type="checkbox"/>

48. Hvilke forhold omhandlet meldingen som førte til den første undersøkelsen?
(om nødvendig sett flere kryss)

I. *Forhold knyttet til foreldrene / foreldre-barn relasjonen:*

- | | | |
|----|--|--------------------------|
| a. | Rusmisbruk | <input type="checkbox"/> |
| b. | Fysisk sykdom/funksjonshemming | <input type="checkbox"/> |
| c. | Psykisk utviklingshemming | <input type="checkbox"/> |
| d. | Psykiske vansker/funksjonshemming | <input type="checkbox"/> |
| e. | Foreldre død | <input type="checkbox"/> |
| f. | Kriminalitet | <input type="checkbox"/> |
| g. | Annen uakseptabel adferd | <input type="checkbox"/> |
| h. | Konflikter/vold mellom foreldre /omsorgspersoner | <input type="checkbox"/> |
| i. | Konflikt om barnefordeling / samvær | <input type="checkbox"/> |
| j. | Foreldrene slitne / utslitt | <input type="checkbox"/> |
| k. | Økonomiske problem | <input type="checkbox"/> |
| l. | Mangelfull omsorg for barnet / vanskjøtsel | <input type="checkbox"/> |
| m. | Fysisk mishandling av barnet | <input type="checkbox"/> |
| n. | Seksuelle overgrep / incest | <input type="checkbox"/> |
| o. | Manglende psykisk ivaretagelse / mishandling | <input type="checkbox"/> |
| p. | Oppdragelses- /grensesettings-problemer | <input type="checkbox"/> |
| q. | Konflikt foreldre / barn | <input type="checkbox"/> |
| r. | Annet, skriv: _____ | <input type="checkbox"/> |
| s. | <u>Ingen</u> forhold knyttet til foreldrene | <input type="checkbox"/> |

II. *Forhold knyttet til barnet:*

- | | | |
|----|---|--------------------------|
| a. | Fysisk sykdom / funksjonshemming | <input type="checkbox"/> |
| b. | Psykisk utviklingshemming | <input type="checkbox"/> |
| c. | Psykiske vansker/funksjonshemming | <input type="checkbox"/> |
| d. | Utviklingsproblemer (sen utvikling, umoden) | <input type="checkbox"/> |
| e. | Sosiale vansker i form av atferdsvansker, utagering | <input type="checkbox"/> |
| f. | Sosiale vansker i form av passivitet, tilbaketrukkethet | <input type="checkbox"/> |
| g. | Skolefaglige problemer | <input type="checkbox"/> |
| h. | Voldelig adferd | <input type="checkbox"/> |
| i. | Rusing | <input type="checkbox"/> |
| j. | Ønsker ikke å bo hjemme | <input type="checkbox"/> |
| k. | Annet, skriv: _____ | <input type="checkbox"/> |
| l. | <u>Ingen</u> forhold knyttet til barnet | <input type="checkbox"/> |
-

49. Hva ble konklusjonen på den første barnevernsundersøkelsen?
Saken ble henlagt

Tiltak ble iverksatt hvilke _____

50a. Vet du om det før den første undersøkelsen, var kommet meldinger som ble henlagt ?

Ja Nei Vet ikke

50b. Hvis ja, hvor mange meldinger?

1 2-3 Flere enn 3

50c. Hvis ja, når kom den første av disse meldingene?
mnd. år

Barnets barnevernskarriere fram til den aktuelle plasseringen

I spørsmålene 51- 55 spør vi om hvilken type kontakt / tiltak det har vært mellom barnet og barneverntjenesten fra den første undersøkelsen og fram til den aktuelle plasseringen.

51a. Har barnet hatt hjelpetiltak og/eller omsorgstiltak før den aktuelle plasseringen?

Ja Nei Vet ikke

51b. Hvis ja; hvilke tiltak i hvilke perioder?

Tiltak	Periode (fra - til)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

52a. Hvor lenge har barnet, før denne plasseringen, samlet mottatt hjelpetiltak?

år mnd

52b. Hvor lenge har barnet, før denne plasseringen, samlet vært plassert utenfor hjemmet ?

_____|_____|
år mnd

53a. Har familien nektet å ta imot hjelpetiltak som barnevernet mente var nødvendige?

Ja Nei Vet ikke

53b. Hvis ja; hvilke tiltak? _____

Kommentarer: _____

54a. Har det, etter den første undersøkelsessaken, vært *meldinger* som er blitt henlagt?

Ja Nei Vet ikke

54b. Hvis ja, hvor mange meldinger? 1 2-3 Flere enn 3

54c. Har det, etter den første undersøkelsessaken, vært *undersøkelser* som er blitt henlagt?

Ja Nei Vet ikke

54d. Hvis ja, hvor mange undersøkelser? 1 2-3 Flere enn 3

55. Hvilke forhold / problemområder har vært registrert i løpet av barnevernets kontakt med barnet/familien fram til den aktuelle plasseringen? (om nødvendig sett flere kryss)

- | | |
|---|--------------------------|
| a. Rusmisbruk | <input type="checkbox"/> |
| b. Fysisk sykdom/funksjonshemming | <input type="checkbox"/> |
| c. Psykisk utviklingshemming | <input type="checkbox"/> |
| d. Psykiske vansker/funksjonshemming | <input type="checkbox"/> |
| e. Foreldre død | <input type="checkbox"/> |
| f. Kriminalitet | <input type="checkbox"/> |
| g. Annen uakseptabel adferd | <input type="checkbox"/> |
| h. Konflikter/vold mellom foreldre /omsorgspersoner | <input type="checkbox"/> |
| i. Konflikt om barnefordeling / samvær | <input type="checkbox"/> |
| j. Foreldrene slitne / utslitt | <input type="checkbox"/> |
| k. Økonomiske problem | <input type="checkbox"/> |
| l. Mangelfull omsorg for barnet / vanskjøtsel | <input type="checkbox"/> |
| m. Fysisk mishandling av barnet | <input type="checkbox"/> |
| n. Seksuelle overgrep / incest | <input type="checkbox"/> |
| o. Manglende psykisk ivaretagelse / mishandling | <input type="checkbox"/> |
| p. Oppdragelses- /grensesettings-problemer | <input type="checkbox"/> |
| q. Konflikt foreldre / barn | <input type="checkbox"/> |
| r. Annet, skriv: _____ | <input type="checkbox"/> |

s. Ingen forhold knyttet til foreldrene

II. *Forhold knyttet til barnet:*

a.	Fysisk sykdom / funksjonshemming	<input type="checkbox"/>
b.	Psykisk utviklingshemming	<input type="checkbox"/>
c.	Psykiske vansker/funksjonshemming	<input type="checkbox"/>
d.	Utviklingsproblemer (sen utvikling, umoden)	<input type="checkbox"/>
e.	Sosiale vansker i form av atferdsvansker, utagering	<input type="checkbox"/>
f.	Sosiale vansker i form av passivitet, tilbaketrukkethet	<input type="checkbox"/>
g.	Skolefaglige problemer	<input type="checkbox"/>
h.	Voldelig adferd	<input type="checkbox"/>
i.	Rusing	<input type="checkbox"/>
j.	Ønsker ikke å bo hjemme	<input type="checkbox"/>
k.	Annet, skriv: _____	<input type="checkbox"/>

l. Ingen forhold knyttet til barnet

I spørsmål 56-58 er vi interessert i *dine vurderinger* vedrørende barnevernets arbeid og forholdet mellom barnevernet og foreldrene.

56. I tiden fra den første kontakten og fram til denne plasseringen, mener du foreldrene og barnevernet har hatt sammenfallende eller ulik *forståelse* av situasjonen i familien?

Klart
sammenfallende

Stort sett
sammenfallende

Stort sett
ulik

Klart
ulik

Vekslende

Kommentarer: _____

57. Hvordan vil du alt i alt karakterisere *relasjonen* mellom barnevernet og foreldrene fra den første kontakten og fram til denne plasseringen?

Relasjonen har først og fremst vært preget av samarbeid

Relasjonen har først og fremst vært preget av konflikt

Relasjonen har vært vekslende mellom samarbeid og konflikt

Vet ikke

Kommentarer: _____

58. Hvordan vil du karakterisere barnevernets arbeid i saken fra den første kontakten og fram til denne plasseringen?

Meget godt arbeid Ganske godt arbeid Ganske dårlig arbeid Meget dårlig arbeid Vekslende Arbeid

Kommentarer: _____

Søsken / foreldres status i forhold til barnevernet

59. Hvis barnet har søsken, har det vært sak på noen av dem i barnevernet før den aktuelle plasseringen?

Ja Nei Vet ikke

(Hvis nei/vet ikke, gå videre til spørsmål 60a)

59a. Hvis ja, har søsken hatt tiltak?

	Nei, ingen tiltak	Ja, hjelpetiltak	Ja, plassering etter § 4-4,5.ledd	Ja, omsorgsovertakelse
Søsken 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søsken 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søsken 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søsken 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søsken 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60a. Har barnets foreldre selv hatt tiltak av barnevernet?

Mor: *Far:*

Nei Nei

Ja Ja

Vet ikke Vet ikke

(Hvis nei, gå til spørsmål 61a.)

60b. Har barnets foreldre selv vært plassert utenfor hjemmet av barnevernet?

Mor:

Nei

Ja

Vet ikke

Far:

Nei

Ja

Vet ikke

60c. Hvis mor/far selv har vært plassert av barnevernet (under barnevernets omsorg), hvor lang tid har dette vært til sammen?

Mor:

Mindre enn 1 år

1-2 år

3-6 år

Mer enn 6 år

Vet ikke

Far:

Mindre enn 1 år

1-2 år

3-6 år

Mer enn 6 år

Vet ikke

61a. Har barnet / familien hatt kontakt med andre hjelpeinstanser?

(eks. PPT, BUP, familierådgiving osv.)

Ja

Nei

Vet ikke

61b. Hvis ja, hvilke instanser og når;

(sett ett kryss på linjen utenfor navnet på instansen)

Instans	Kontakt tidligere, men <u>ikke</u> på plasseringstidspunktet	Kontakt tidligere <u>og</u> på plasseringstidspunktet
	<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"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Saksbehandlers refleksjoner om barnets fremtidige omsorgssituasjon

Ut fra den informasjon du har i dag, ønsker vi å få vite noe om *dine* refleksjoner og vurderinger om barnets framtidige omsorgssituasjon og sakens utvikling.

62. Hvilken omsorgssituasjon tror du vil være *den beste* for barnet om 1 år?

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| Å være plassert utenfor hjemmet | <input type="checkbox"/> |
| Å være tilbakeført til hjemmet | <input type="checkbox"/> |
| Vet ikke | <input type="checkbox"/> |

Kommentarer: _____

63. Hva er avgjørende for at omsorgssituasjonen skal bli slik du krysset av for i forrige spørsmål ?

64. Hvor sannsynlig tror du det er at svaret på spørsmål 62 vil være den faktiske situasjonen for barnet om 1 år?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Svært sannsynlig | Ganske sannsynlig | Helt uvisst | Lite sannsynlig | Svært usannsynlig |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Dersom barnet er flyttet hjem igjen
(jfr. spørsmål 20b)

65. Hvilke tiltak er satt i verk, eller vil bli satt i verk, i forbindelse med at barnet er flyttet hjem?

Ingen tiltak

Tiltak etter Barnevernsloven , hvilke: _____

Andre tiltak , hvilke: _____
(f.eks. tiltak fra andre instanser)

66. Hvordan vil du karakterisere situasjonen for barnet etter hjemflytting?

Meget tilfredsstillende	Tilfredsstillende nok	Lite tilfredsstillende	Klart utilfredsstillende	Vet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer: _____

67. Tror du barnet før eller senere vil ha behov for ny plassering utenfor hjemmet?

Svært usannsynlig	Ganske usannsynlig	Ganske sannsynlig	Svært sannsynlig	Vet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer: _____

Opplysninger om saksbehandler / barneverntjenesten

68a. Når begynte *du* for første gang å arbeide med denne saken? _____ (ca dato)

68b. Hvor lenge har du totalt sett arbeidet med denne saken? _____

69. Hvor mange *andre* saksbehandlere har vært inne i saken fra den første kontakten med barnevernet og fram til i dag?

(skriv ca antall dersom du er usikker)

_____ (antall) saksbehandlere

70. Har du i ditt arbeid med denne saken hatt samtaler med barnet før plasseringen fant sted? (samtaler som *ikke* har vært knyttet til selve plasseringen)

(om nødvendig sett flere kryss)

Nei

Ja, med barnet alene

Ja, med foreldre til stede

Ja, med andre voksne tilstede

71. Dersom du svarte ja på forrige spørsmål, hvor mange ganger har du hatt slike samtaler med barnet ?

Med barnet alene

1 gang

2-4 ganger

Mer enn 4 ganger

Med foreldrene eller andre voksne til stede

1 gang

2-4 ganger

Mer enn 4 ganger

72. Har du før denne aktuelle saken, vært saksbehandler for saker hvor barn er blitt plassert utenfor hjemmet?

Ja

Nei

Bakgrunnsopplysninger

73. Kjønn: Kvinne Mann

74. Alder: _____ år

75. Hvilken utdanning har du?

Sosionom	<input type="checkbox"/>	Sykepleier	<input type="checkbox"/>
Barnevernpedagog	<input type="checkbox"/>	Psykolog	<input type="checkbox"/>
Lærer	<input type="checkbox"/>	Jurist	<input type="checkbox"/>
Vernepleier	<input type="checkbox"/>	Annet	<input type="checkbox"/> , hva: _____
Førskolelærer	<input type="checkbox"/>		

76. Har du etter- og/eller videreutdanning som er relevant for barnevernsarbeidet?
(om nødvendig sett flere kryss)

Enkeltstående kurs/kursrekker	<input type="checkbox"/>	Videreutdanning minimum ½ år (10 vektall)	<input type="checkbox"/>
Etterutdanning over minst 1 år	<input type="checkbox"/>	Videreutdanning minimum 1 år (20 vektall)	<input type="checkbox"/>
Er under videreutdanning nå	<input type="checkbox"/>	Annet, hva: _____	<input type="checkbox"/>

77. Hvor mange år har du arbeidet med barnevernsaker? (avrund til nærmeste **hele** år) _____ år

78. Hvor mange år har du arbeidet i den barneverntjenesten der du nå arbeider? _____ år
(avrund til nærmeste **hele** år)

79. Har du arbeidsoppgaver etter både barneverntjenestelov og sosialtjenestelov?

Ja, både barneverntjenestelov og barneverntjenestelov	<input type="checkbox"/>
Nei, bare etter barneverntjenestelov	<input type="checkbox"/>
Annet, hva: _____	<input type="checkbox"/>

TAKK FOR HJELPEN !

Vedlegg 2

**Barn er forskjellige; foreldre, fosterforeldre, miljøarbeidere T1, T4
(The Revised Rutter Scale for School Age Children, Parent Report)**

Nedenfor følger beskrivelser av hvordan barn kan oppføre seg. Vi ber deg krysse av i den boksen som passer best for hvordan du mener ditt barn pleier å være. Hvis du synes beskrivelsen ikke passer på ditt barn, krysser du av i boksen «stemmer ikke». Hvis du synes beskrivelsen passer delvis, eller en del av tiden, krysser du av i boksen «stemmer delvis/noe». Hvis du synes beskrivelsen passer godt, krysser du av i boksen «stemmer godt».

<i>(Tenk på hvordan barnet pleier å være omtrent siste året)</i>	Stemmer ikke (0)	Stemmer delvis/noe (1)	Stemmer godt (2)
1. Prøver å være rettferdig i spill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Er svært urolig, har problemer med å sitt stille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bryr seg om hvordan andre mennesker føler seg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fikler med ting, har «lopper i blodet»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ødelegger ofte egne og andres eiendeler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Har grått før han/hun skal på skolen, eller har nektet å gå dit, de siste 12 månedene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vil prøve å hjelpe noen som er skadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Slåss ofte med andre barn, eller er ekstremt kranglete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gir lett opp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Er ikke særlig godt likt av andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Er ofte bekymret og bekymrer seg for mange ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Gjør ofte ikke ting ferdig, er ukonsentrert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Er spontant kjærlig mot de andre i familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Er ofte for seg selv, - ganske alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Er irritabel og blir lett opphisset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Er snill mot mindre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Er ofte ulykkelig, lei seg og nedfor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Blir sint eller irritert dersom han/hun blir irettesatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Gir andre skylda for ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Trøster et barn som gråter eller er urolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Stotrer eller stammer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Har andre talevansker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Skulker skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Har trekninger eller rykninger i ansiktet eller kroppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Suger ofte på fingeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Kommer vanligvis godt ut av det med andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Har stjålet noe av verdi en eller flere ganger, siste 12 månedene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Har lett for å gråte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Biter ofte negler, eller på fingrene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Er ofte ulydig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Prøver å stoppe krangler eller slåsskamper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Har tisset på seg eller gjort i buksa siste året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Greier ikke holde på med noe mer enn en kort stund om gangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Er bestemt og har sterk vilje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Deler godteri med vennene sine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Kan være redd for nye ting og situasjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Sparker, slår andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Stirrer tomt ut i luften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Bruker fantasi i leken, liker «på lat» leker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Er litt smånervøs og veldig nøye med det han/hun gjør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Er uoppmerksom, blir lett opptatt av noe annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Er selvstendig og trygg på seg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Deler ikke ting/leker med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Hjelper andre barn som føler seg dårlige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Lyver ofte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Plager andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Er snill mot dyr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Klager ofte over smerter eller vondt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Tenker lite på hvordan andre har det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Hjelper gjerne til hjemme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørsmål og sumskårer brukt i PhD-prosjektet, foreldreversjon

Emosjonelle vansker, 5 spørsmål (skåre 0-10)

6. Har grått for han/hun skal på skolen, eller har nektet å gå dit, de siste 12 månedene
11. Er ofte bekymret og bekymrer seg for mange ting
17. Er ofte ulykkelig, lei seg og nedfor
36. Kan være redd for nye ting og situasjoner
48. Klager ofte over smerter eller vondt

Atferdsvansker, 5 spørsmål (skåre 0-10)

8. Slåss ofte med andre barn, eller er ekstremt kranglete
27. Har stjålet noe av verdi en eller flere ganger, siste 12 månedene
30. Er ofte ulydig
45. Lyver ofte
46. Plager andre barn

Hyperaktivitet, 3 spørsmål (skåre 0-6)

2. Er svært urolig, har problemer med å sitt stille
4. Fikler med ting, har «lopper i blodet»
33. Greier ikke holde på med noe mer enn en kort stund om gangen

Total vanskeskåre, 26 spørsmål (skåre 0-52)

(består av de tre delskalaene over + 13 ekstra spørsmål. Cutoff-verdi kliniske vansker ≥ 11)

5. Ødelegger ofte egne og andres eiendeler
10. Er ikke særlig godt likt av andre barn
12. Gjør ofte ikke ting ferdig, er ukonsentrert
14. Er ofte for seg selv, - ganske alene
15. Er irritabel og blir lett opphisset
18. Blir sint eller irritert dersom han/hun blir irettesatt
21. Stotrer eller stammer
23. Skulker skolen
24. Har trekninger eller rykninger i ansiktet eller kroppen
25. Suger ofte på fingeren
29. Biter ofte negler, eller på fingrene
32. Har tisset på seg eller gjort i buksa siste året
40. Er litt smånervøs og veldig nøye med det han/hun gjør

Prososial atferd, 10 spørsmål (skåre 0-20) (Goodman, 1994)

1. Prøver å være rettferdig i spill
3. Bryr seg om hvordan andre mennesker føler seg
7. Vil prøve å hjelpe noen som er skadet
16. Er snill mot mindre barn
20. Trøster et barn som gråter eller er urolig
31. Prøver å stoppe krangler eller slåsskamper
35. Deler godteri med vennene sine
44. Hjelper andre barn som føler seg dårlige
47. Er snill mot dyr
50. Hjelper gjerne til hjemme

Vedlegg 3

Barn er forskjellige; lærere T1, T4
(The Revised Rutter Scale for School Age Children, Teacher Report)

	Stemmer Ikke (0)	Stemmer delvis/noe (1)	Stemmer godt (2)
1. Vil prøve å stoppe en krangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Er svært urolig, har problemer med å sitte stille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tilbyr seg å dele linjal og blyanter som blir brukt i en oppgave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Inviterer de som står og ser på til å være med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Skulker skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fikler med ting og har "lopper i blodet"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vil prøve å hjelpe noen som er skadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ødelegger ofte egne og andres eiendeler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Krangler eller slåss ofte med andre elever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Er ikke særlig godt likt av andre elever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ber spontant om unnskyldning hvis han/hun har oppført seg dårlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Er ofte bekymret og bekymrer seg for mange ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Er ofte for seg selv – ganske alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Er irritabel og blir lett opphisset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Deler godteri med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Er ofte ulykkelig, lei seg og nedfor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Har trekninger eller rykninger i ansiktet eller kroppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Stirrer tomt ut i luften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Suger ofte på fingeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Bryr seg om hvordan læreren har det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stemmer ikke	Stemmer delvis/noe	Stemmer godt
21. Biter ofte negler, eller på fingrene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Stopper raskt å prate når han/hun blir bedt om det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Har en tendens til å være borte fra skolen uten spesiell grunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Er ofte ulydig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Hjelper automatisk med å plukke opp ting en annen elev har mistet på gulvet (blyanter, bøker osv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Oppmuntrer elever som ikke er så flinke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Er uoppmerksom, blir lett opptatt av noe annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Er fornøyd med seg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Maser mye på læreren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Viser sympati for en elev som har gjort feil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Greier ikke holde på med noe mer enn en kort stund om gangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Har en tendens til å være redd for nye ting og situasjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Tilbyr å hjelpe elever som har problemer med en oppgave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Er litt smånervøs og veldig nøye med det han/hun gjør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Lyver ofte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Hjelper andre elever som føler seg dårlige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Har tisset på seg eller gjort i buksen siste året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Er aktiv i timene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Har stjålet noe av verdi en eller flere ganger, siste 12 mndr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Stotrer eller stammer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Har andre talevansker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Jobber lett i grupper med andre elever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Gir lite gjensvar, "tung" eller apatisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Trøster et barn hvis det gråter eller er urolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Klager ofte over smerter eller vondt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stemmer ikke	Stemmer delvis/noe	Stemmer godt
46. Hjelper til å holde orden i klasserommet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Deler ikke ting/leker med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Har sterk vilje og stoler på seg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Har lett for å gråte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Kommer fot i gang med arbeidet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Har grått når han/hun kommer på skolen, eller har nektet å gå inn, siste 12 månedene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Gjør ikke ting ferdig, er ukonsentrert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Gir komplimenter til de andre elevene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Forstyrrer andre elever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Blir sur eller sint dersom han/hun blir irettesatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Er med på å rydde opp etter andres rot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Plager andre elever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Gir andre skylda for ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Er ikke redd for å lese høyt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Gir lett opp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Prøver å være rettferdig i spill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Tenker lite på hvordan andre har det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørsmål og sumskårer brukt i PhD-prosjektet, lærerversjon

Emosjonelle vansker, 4 spørsmål (skåre 0-8)

12. Er ofte bekymret og bekymrer seg for mange ting
16. Er ofte ulykkelig, lei seg og nedfor
32. Har en tendens til å være redd for nye ting og situasjoner
51. Har grått når han/hun kommer på skolen, eller har nektet å gå inn, siste 12 månedene

Atferdsvansker, 6 spørsmål (skåre 0-12)

8. Ødelegger ofte egne og andres eiendeler
9. Krangler eller slåss ofte med andre elever
24. Er ofte ulydig
35. Lyver ofte
39. Har stjålet noe av verdi en eller flere ganger, siste 12 mndr.
57. Plager andre elever

Hyperaktivitet, 3 spørsmål (skåre 0-6)

2. Er svært urolig, har problemer med å sitte stille
6. Fikler med ting og har "lopper i blodet"
31. Greier ikke holde på med noe mer enn en kort stund om gangen

Total vanskeskåre, 26 spørsmål (skåre 0-52) Cutoff-verdi kliniske vansker ≥ 9

(består av de tre delskalaene over + 13 ekstra spørsmål)

5. Skulker skolen
8. Ødelegger ofte egne og andres eiendeler
10. Er ikke særlig godt likt av andre elever
13. Er ofte for seg selv – ganske alene
14. Er irritabel og blir lett opphisset
17. Har trekninger eller rykninger i ansiktet eller kroppen
19. Suger ofte på fingeren
21. Biter ofte negler, eller på fingre
34. Er litt smånervøs og veldig nøye med det han/hun gjør
37. Har tisset på seg eller gjort i buksen siste året
40. Stotrer eller stammer
52. Gjør ikke ting ferdig, er ukonsentrert
55. Blir sur eller sint dersom han/hun blir irettesatt

Prososial atferd, 18 spørsmål (skåre 0-36) (Weir & Duveen, 1981)

1. Vil prøve å stoppe en krangel
3. Tilbyr seg å dele linjaler og blyanter som blir brukt i en oppgave
4. Inviterer de som står og ser på til å være med
7. Vil prøve å hjelpe noen som er skadet
11. Ber spontant om unnskyldning hvis han/hun har oppført seg dårlig
15. Deler godteri med andre
20. Bryr seg om hvordan læreren har det
25. Hjelper automatisk med å plukke opp ting en annen elev har mistet på gulvet (blyanter, bøker osv.)
26. Oppmuntrer elever som ikke er så flinke
30. Viser sympati for en elev som har gjort feil
33. Tilbyr å hjelpe elever som har problemer med en oppgave
36. Hjelper andre elever som føler seg dårlige
42. Jobber lett i grupper med andre elever
44. Trøster et barn hvis det gråter eller er urolig
46. Hjelper til å holde orden i klasserommet
50. Kommer fort i gang med arbeidet
53. Gir komplimenter til de andre elevene
61. Prøver å være rettferdig i spill

