

VEIEN TIL SELVSTENDIGHET

Et prosjekt i Barneverntjenesten for enslige mindreårige flyktninger i Bergen kommune

Ingrid Kvestad & Tormod Bøe



Innholdsfortegnelse

Forord	3
Prosjektgruppe	4
Hovedresultater	5
Barneverntjenesten for Enslige Mindreårige Flyktninger i Bergen Kommune	6
Om undersøkelsen	7
<i>Formål</i>	7
<i>Spørreskjema</i>	7
<i>Prosedyre</i>	9
<i>Beskrivelse av utvalget og de som deltok i studien</i>	9
Resultater	11
<i>Om barneverntjenestens arbeid</i>	11
<i>Om skoletilbud, aktiviteter og sosial støtte</i>	15
Skoletilbud.....	15
Venner og aktiviteter.....	17
Familie og sosial støtte.....	17
<i>Potensielt traumatiserende hendelser</i>	20
<i>Psykisk helse</i>	22
Depresjonssymptomer	22
Sterke og svake sider (SDQ).....	22
<i>Søvn og helseplager</i>	26
Søvn	26
Somatiske helseplager.....	26
<i>Kulturell identitet og orientering (akkulturasjonsstrategier)</i>	28
<i>Beskyttende faktorer og helserelatert livskvalitet</i>	30
Beskyttende faktorer.....	30
Helserelatert livskvalitet.....	31
Avslutningsvis	33
Referanser	34

Forord

«Veien til Selvstendighet» er et samarbeidsprosjekt mellom Barneverntjenesten for Enslige Mindreårige Flyktninger i Bergen kommune og Regionalt Kunnskapssenter for Barn og Unge, NORCE Norwegian Research Centre. Prosjektet har som siktemål å bidra til økt kvalitet i tjenestene som enslige mindreårige flyktninger mottar etter bosetting i norske kommuner.

I prosjektet har vi utviklet en spørreundersøkelse spesielt for enslige mindreårige flyktninger bosatt i Bergen kommune hvor vi undersøker hvordan ungdommene opplever oppfølgingen de får fra barnevernet etter bosetting, deres skolegang, kilder til sosial støtte og aktivitetstilbud. I tillegg har vi ved bruk av standardiserte og validerte spørreskjema kartlagt ungdommens akkulturasjonsstrategier, positive og negative opplevelser og erfaringer, mestringsstrategier og helse.

I denne rapporten presenterer vi de deskriptive funnene fra undersøkelsen.

Prosjektet er gjennomført i tett samarbeid mellom Regionalt Kunnskapssenter for Barn og Unges og Barneverntjenesten for enslige mindreårige flyktninger i Bergen kommune, der begge instanser har bidratt med interne ressurser. Prosjektet har i tillegg fått midler fra Wøyen stiftelsen.

Oktober 2019

Tormod Bøe^{1,2} & Ingrid Kvestad¹

¹Regionalt Kunnskapssenter for Barn og Unges Psykiske Helse og Barnevern, NORCE Norwegian Research Centre, Bergen, Norge

²Institutt for Samfunnspsykologi, Psykologisk Fakultet, Universitetet i Bergen.

Prosjektgruppe

Prosjektleder:

Ingrid Kvestad, Forsker II og psykologspesialist ved Regionalt Kunnskapssenter for Barn og Unge, NORCE Norwegian Research Centre

Prosjektmedarbeidere:

Sølve Bjørn Randal, Barnevernsjef ved Barneverntjenesten for Enslige Mindreårige Flyktninger, Bergen kommune

Nawar Sayyad, Fagutvikler ved Barneverntjenesten for Enslige Mindreårige Flyktninger, Bergen kommune

Tormod Bøe, Forsker II og psykolog ved Regionalt Kunnskapssenter for Barn og Unge, NORCE Norwegian Research Centre og Førsteamanuensis ved Institutt for Samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen



Hovedresultater

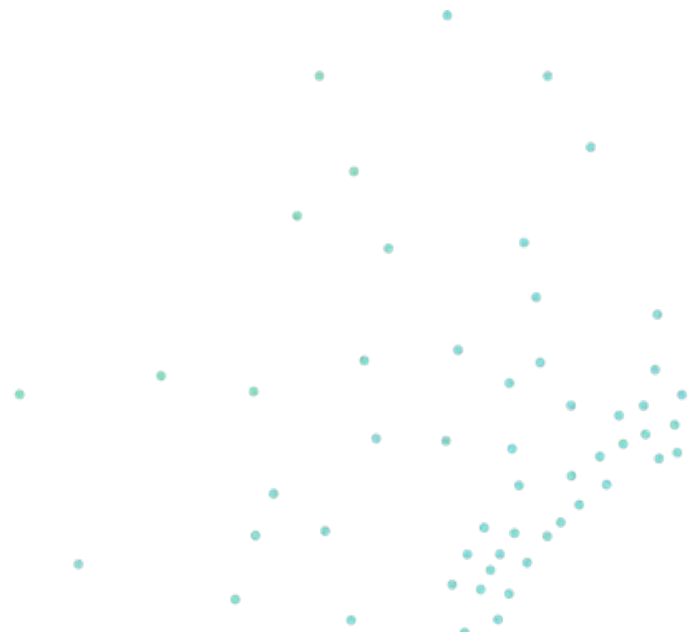
- Vi inviterte alle ungdommene tilknyttet Barneverntjenesten for Enslige Mindreårige Flyktninger i Bergen kommune som var 15 år og eldre til å svare på en spørreundersøkelse. Av 101 ungdommer svarte 81 ja til å delta som gir en deltakelse på 80%. Deltagernes kjønn og opprinnelsesland samstemmer med fordelinger i resten av landet.
- Flesteparten av deltagerne bor i kommunal bolig med oppfølging. Rundt halvparten har ikke byttet kontaktperson etter ankomst Bergen kommune. Rundt 30% av ungdommene har ukentlig kontakt med kontaktpersonen sin. Ungdommene er i stor grad fornøyd med Barneverntjenesten for enslige mindreårige flyktninger sitt arbeid.
- Halvparten av ungdommene går i vanlig norsk klasse, og en stor andel går på Nygård skole eller i innføringsklasse. Generelt trives ungdommene på skolen, er fornøyd med tilbudet de får og rapporterer å ha lite fravær.
- Rundt halvparten av ungdommene forteller at de har en eller to personer de kan snakke med når de trenger råd. Barnevernet er den viktigste støttespilleren når ungdommen trenger noen å snakke med.
- Alle deltagerne forteller at de har vært utsatt for flere enn én potensielt traumatiserende hendelse med ett snitt på 6 hendelser hos guttene og 8 hos jentene. Rundt halvparten av deltagerne forteller om ettervirkninger av disse potensielt traumatiserende hendelsene og at disse påvirker hvordan de har det i dagliglivet. Rundt halvparten rapporterer å ha en symptombyrde som sannsynliggjør en posttraumatisk stresslidelse.
- Sammenlignet med andre ungdommer, rapporterer deltagerne om mye psykiske vansker. På depresjon skårer spesielt guttene høyere enn gutter i et generelt ungdomsutvalg. Ungdommene rapporterer også at de psykiske vanskene går utover deres fungering på ulike områder av dagliglivet.
- Søvn mønsteret til deltagerne er sammenlignbart med mønsteret til ungdommer i et generelt ungdomsutvalg. Guttene i «Veien til Selvstendighet» har dårligere søvn enn guttene i det generelle ungdomsutvalget, vi finner ingen slike forskjeller når det gjelder jentene. Over halvparten av ungdommene har ingen helseplager. Av helseplagene som det rapporteres om, er hodepine den hyppigste.
- Sammenlignet med relevante grupper forteller deltagerne om færre beskyttende faktorer og lavere helse relatert livskvalitet. Spesielt på sosial støtte skårer ungdommene lavt.

Barneverntjenesten for Enslige Mindreårige Flyktninger i Bergen Kommune

Barneverntjenesten for Enslige Mindreårige Flyktninger har et byomfattende ansvar for bosetting og oppfølging av enslige mindreårige flyktninger i Bergen kommune, og skal ivareta det totale omsorgs- og oppfølgingsbehovet i egen tiltakskjede. Tilbudet inkluderer kommunale fosterhjem, institusjoner, bofelleskap, vertsfamilier og hybler med og uten oppfølging, i tillegg til kuratorarbeid.

Bosetting av enslige mindreårige flyktninger har over tid vært et prioritert arbeid i Bergen kommune. Kommunen har nasjonalt vært ansett som en kompetent organisasjon i arbeidet med enslige mindreårige flyktninger, den har hatt tradisjon for å også bosette enslige mindreårige flyktninger med nedsatt funksjonsevne og/eller store omsorgsbehov og har høstet svært gode tilbakemeldinger fra BUFetat og IMDI for sitt bosettingsarbeid. I tilknytning til den økte flyktingestrømmen i 2015 gjennomførte Bergen kommune en omorganisering av sine tjenester. Barneverntjenesten for enslige mindreårige flyktninger ble opprettet som en selvstendig barneverntjeneste med en samtidig prioritering om å øke antall bosettinger dramatisk.

Med sin lange erfaring med bosetting av enslige mindreårige flyktninger, i tillegg til erfaringene med den betydelige omorganiseringen og tilretteleggingen av tjenestene for å møte flyktingestrømmen i 2015, gir Barneverntjenesten for Enslige Mindreårige Flyktninger i Bergen kommune et unikt utgangspunkt for å høste erfaringer og øke kunnskapen om barneverntjenesten sitt arbeid med denne gruppen. Vi anser at vi gjennom dette prosjektet vil kunne bidra med nyttige anbefalinger som er empirisk baserte i en regional og nasjonal kontekst. Inntil nå har slike anbefalinger langt på vei manglet, eller vært basert på generell kunnskap om barns utvikling og forståelse av migrasjon.



Om undersøkelsen

Vi har gjennomført en større spørreundersøkelse der enslige mindreårige flyktninger (EMF), bosatt i Bergen kommune og tilknyttet Barneverntjenesten for Enslige Mindreårige Flyktninger (Bvtj. EMF) ble invitert til å delta. Vi inviterte alle EMF som var 15 år eller eldre, med en livssituasjon som tilsa at de kunne gjennomføre undersøkelsen i henhold til prosedyrer godkjent av Regional etisk komite, Vest. Samtykkende ungdommer eldre enn 16 år samt ungdommer under 16 år som ønsket å delta og hvor verge samtykket til deltagelse ble inkludert i undersøkelsen.

Formål

Hovedmålet med prosjektet var *å få mer kunnskap om hvordan en kan tilrettelegge for at enslige mindreårige flyktninger får en god utvikling etter bosetting i norske kommuner. Vi ønsket å oppnå dette gjennom 3 delmål:*

1. Bidra til å øke kunnskapen om sammenhengene mellom de omsorgs- og oppfølgingstilbudene EMF mottar etter bosetting, og deres fungering, trivsel og helse.
2. Bidra til å øke kunnskapen om bosatte EMF sin fungering, trivsel og helse sammenlignet med ungdom i Norge generelt og ungdom i Norge som bor i fosterhjem.
3. Bidra til å øke kvaliteten på tjenestene til EMF gjennom kunnskapsbaserte praksisendringer i barneverntjenesten.

Denne rapporten er en oppsummering av resultatene fra spørreundersøkelsen som danner grunnlaget for de tre delmålene. Arbeidet med delmålene er pågående og planlagt i ulike leveranser som for eksempel ulike seminarer med ansatte i bvtj. EMF, workshop med ungdommene selv, samt vitenskapelige publikasjoner i fagfelleverderte tidsskrift i tillegg til denne rapporten.

Spørreskjema

Spørreskjemaet til undersøkelsen ble utviklet spesielt for «Veien til Selvstendighet» studien.

Vi utviklet spørreskjemaet med utgangspunkt i to epidemiologiske studier utgått fra RKBU Vest; «[ung@hordaland](#)» og «Ung i fosterhjem», og supplerte med spørsmål vedrørende ungdommene sin bakgrunn (alder, kjønn, opprinnelsesland og tid i Norge), ungdommene sine vurderinger av barneverntjenesten sitt arbeid, sosial støtte og aktiviteter, og deres skolegang. Vi inkluderte også et spørreskjema på kulturell identitet og orientering.

Prosjektgruppen valgte ut validerte og standardiserte spørreskjema fra de to epidemiologiske studiene som ble vurderte som relevante for undersøkelsen. Gjennom å bruke felles spørreskjema med disse to epidemiologiske studiene får vi mulighet til å sammenligne EMF sine svar med et generelt ungdomsutvalg og et fosterhjemsutvalg.

Tabell 1 gir en oversikt over de ulike delene i undersøkelsen.

Før oppstart av studien ble spørreskjemaet pilotert på tre ungdommer som tidligere har vært tilknyttet Bvtj.EMF (såkalte «Buddier»). Skjema ble justert på bakgrunn av deres tilbakemeldinger om lengde på spørreskjema, samt formuleringer og begreper som var vanskelige å forstå.

Tabell 1. Oversikt over spørreskjema i undersøkelsen				
	Spørreskjema	Tema	Brukt i Ung @Hordaland	Brukt i Ung i fosterhjem
1	Bakgrunnsinformasjon	Kjønn, alder, opprinnelsesland, tid i Norge		
2	Barneverntjenesten sitt arbeid	Vurdering av barneverntjenestens arbeid		
3	Sosial støtte og aktiviteter	Kontakt med venner, familie og aktiviteter		
4	Skolegang	Vurdering av skoletilbudet		
5	Vancouver Index of Acculturation	Akkulturasjonsstrategier		
6	Strengths and Difficulties Questionnaire	Psykisk helse	X	X
7	Health Behaviour in School-Aged Children Symptoms Checklist	Helserelaterte spørsmål	X	
8	Søvn	Søvn tid og søvnproblemer	X	X
9	KATE del 1	Potensielt traumatiserende hendelser		X
(10)	KATE del 2	Symptomer på Posttraumatisk stresslidelse		X
11	Resilience Scale for Adolescents	Beskyttende faktorer	X	X
12	Mood and Feelings Questionnaire – Short Form	Depresjon	X	X
13	KIDSCREEN	Helserelatert livskvalitet		X

Prosedyre

Kontaktperson1 ved bvtj.EMF var ansvarlig for å invitere ungdommene til å delta i undersøkelsen, for gjennomføring av undersøkelsen, og for oppfølging i etterkant. Spørreskjema ble fylt ut elektronisk ved bruk av webprogrammet Qualtrics i bvtj.EMF sine lokaler. Undersøkelsen ble gjennomført med kontaktpersonen tilstede gjennom hele undersøkelsen. Kontaktpersonen kunne ikke se svarene ungdommen gav til de ulike spørsmålene, men var tilgjengelig for spørsmål og avklaringer under gjennomføringen. Gjennomføringen tok fra 1.5 til 3.5 timer.

Kontaktpersonen var ansvarlig for å vurdere om den enkelte ungdommen hadde behov for tolk i undersøkelsen. Av de 81 deltagerne var det totalt seks personer som brukte tolk. Ungdommer som ikke brukte tolk fikk hjelp til avklaringer av vanskelige ord og begreper av kontaktpersonen.

Kontaktpersonen var tilgjengelig for spørsmål og samtale, før, under og etter undersøkelsen. I etterkant av undersøkelsen stod kontaktpersonen ansvarlig sammen med sin avdelingsleder for å vurdere behov for videre oppfølging og samtaler.

Undersøkelsen har etisk klarering fra REK Vest (2018/966), og er gjennomført i henhold til gjeldende regler for personvernlovgivning (NSD referansekode 596228). For å ivareta deltakernes personvern, har vi der det er færre enn fem deltakere i en kategori enten slått disse sammen med en annen kategori. Når det ikke var mulig å slå sammen til meningsfulle kategorier, ble resultatet tatt ut av for å ivareta personvernet.

Beskrivelse av utvalget og de som deltok i studien

116 EMF tilknyttet bvtj.EMF var aktuelle for å delta i undersøkelsen. Av disse var det 15 ungdommer som ikke ble invitert; tre bodde utenbys og kontaktperson hadde ikke anledning til å gjennomføre undersøkelsen og oppfølgingen i etterkant med ungdommene i henhold til prosedyrene våre; to ble ikke invitert på grunn av manglende kapasitet hos kontaktpersonen; 10 ble vurdert som ikke i stand til å gjennomføre undersøkelsen, for fem av disse ble denne vurderingen fattet på grunnlag av psykiske helsevansker. Antall ungdommer som ble invitert til å delta var derfor 101, og av disse takket 20 stykker nei. Rapporten baserer seg dermed på svarene fra 81 EMF, tilsvarende en deltagelse på 80%.

¹ Tidligere ofte benevnt som saksbehandler i norske kommuner

Tabell 2 gir en oversikt over deltagerne i studien. Av de 81 deltagerne var 14 jenter. Deltagerne var fra 15 til 20 år, men de aller fleste var over 17 år. Opprinnelsesland var Afghanistan, Syria, Eritrea, Somalia, Etiopia, Kongo, Palestina og Sudan.

	N	Gj.snitt/%	Min	Maks
Kjønn				
gutt	67	83 %		
jente	14	17 %		
Opprinnelsesland				
Afghanistan	38	47 %		
Syria	14	17 %		
Eritrea	14	17 %		
Somalia	7	9 %		
Andre (Etiopia, Palestina, Kongo og Sudan)	8	10 %		
	N	År	Min	Maks
Nåværende alder på ungdommen	81	18	15	20
15-16 år	10	12%		
17-18 år	38	47 %		
19-20 år	33	41 %		
Alder når ungdommen				
forlot opprinnelseslandet	81	13,5	0	17
kom til Norge	81	14,5	0	17
flyttet til Bergen	81	15,5	6	17

Oppsummering

Om undersøkelsen:

«Veien til Selvstendighet» studien har en deltagelse på 80%. Fordelingen av jenter og gutter og mellom opprinnelsesland i studien samstemmer i stor grad med fordelingen blant enslige mindreårige flyktninger ellers i landet. Dette øker gyldigheten av våre resultater, da det er sannsynlig at svarene til ungdommene i dette utvalget vil reflektere svarene som ungdommer i tilsvarende undersøkelser ville gitt.

Resultater

Om barneverntjenestens arbeid

I tabell 3 ser vi oversikt over ungdommene sitt nåværende bosted. Den største gruppen bor i kommunal eller privat bolig med oppfølging fra bvtj.EMF. Utover dette bor ungdommene i vertsfamilie, bofellesskap, institusjon, fosterhjem og i hybelhus uten fast personalet.

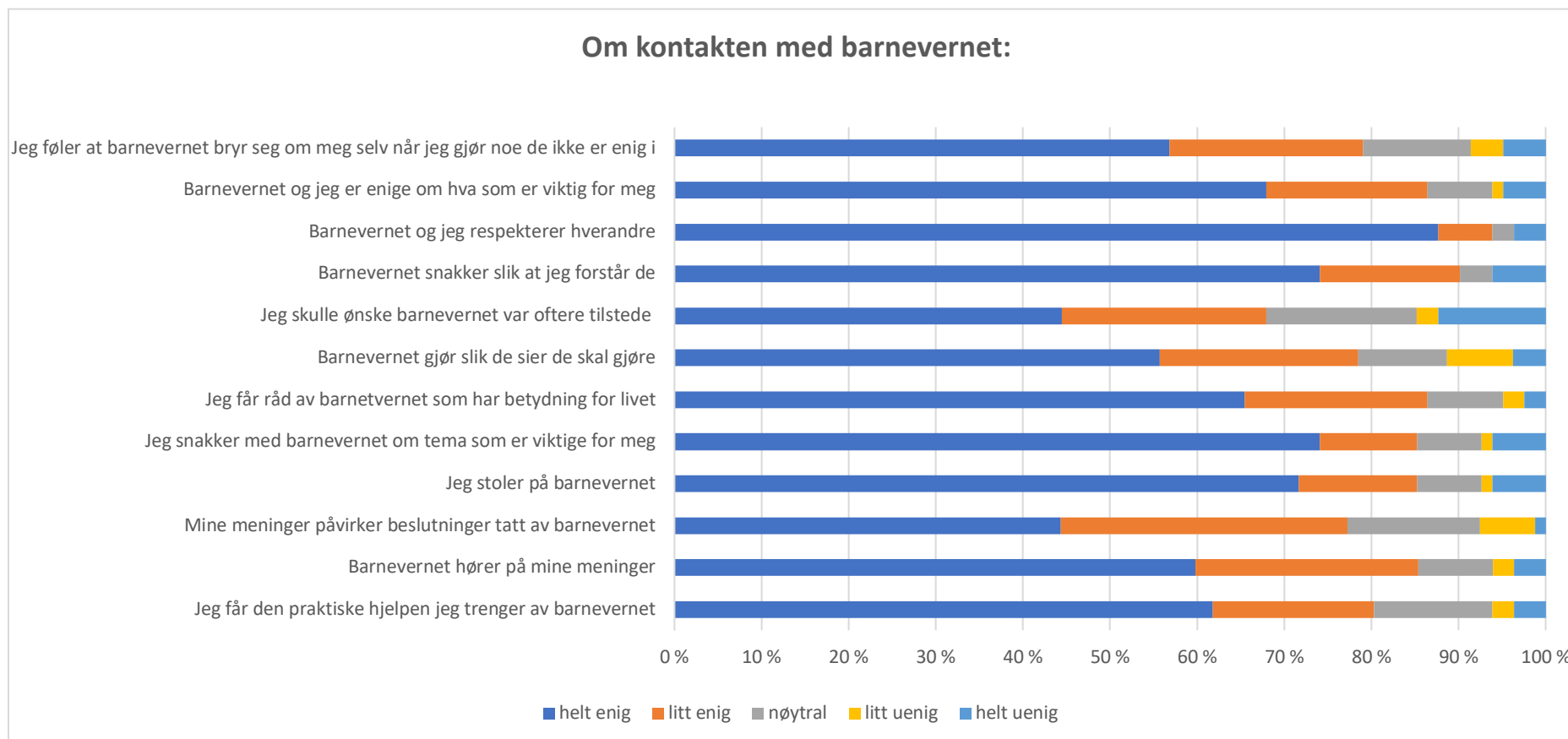
Av svarene til ungdommene ser vi at 42 av ungdommene (omtrent 40%) har flyttet en gang eller mindre etter at de ankom Bergen. Syv stykker (9%) formidler at de har flyttet 4-7 ganger. Det fremkommer ikke av ungdommene sine svar i denne undersøkelsen om flyttingene var tilsiktet eller ikke fra barneverntjenesten sin side. I bvtj.EMF sitt arbeid vil ungdommene gradvis flytte mot mer og mer selvstendig bosted, vi må derfor anta at flyttingene som ungdommene forteller om i denne undersøkelsen både er tilsiktede og ikke.

Tabell 3. Oversikt over deltagernes bosted og antall flyttinger		
Bosted i Bergen		
Fosterhjem	8	10 %
Bofellesskap	13	16 %
Institusjon	8	10 %
Vertsfamilie eller hybelhus uten personale	17	21 %
Kommunal/privat bolig	35	43 %
Antall flyttinger etter ankomst Bergen		
Ingen	11	14 %
1	31	38 %
2-3	32	40 %
4-7	7	8 %

Tabell 4. Om kontaktpersonen ved barneverntjenesten		
Hypighet av kontakt med kontaktpersonen		
2-5 ganger i uken	13	16 %
1 gang i uken	13	16 %
2-3 ganger i måneden	33	41 %
sjeldnere	22	27 %
Antall bytter av kontaktperson		
0	39	49 %
1	18	23 %
2	12	15 %
3	11	14 %

26 av ungdommene har ukentlig kontakt med kontaktpersonen, 33 forteller at de har kontakt 2-3 ganger i måneden og 22 har sjeldnere kontakt enn det. Om lag halvparten av ungdommene har ikke byttet kontaktperson hos barneverntjenesten etter ankomst Bergen, og 11 forteller at de har byttet kontaktperson 3 ganger (tabell 4).





Figur 1. Deltagerne i «Veien til Selvstendighet» studien sin beskrivelse av kontakt med barnevernet.

Figur 1 viser deltagerne sin vurdering av den kontakt og oppfølging de får fra barnevernet. Vi valgte bevisst å bruke begrepet «barnevernet» i spørsmålene for å innlemme de ulike kontaktene ungdommene kunne ha med tjenesten; kontaktpersonen i barneverntjenesten, miljøterapeuter/miljøarbeidere tilknyttet institusjoner/bofellesskap og miljøterapeuter som gir oppfølging til ungdom i egen bolig.

Det er viktig å være oppmerksom på at kontaktpersonen var tilstede når ungdommene besvarte undersøkelsen. Til tross for at kontaktpersonene understrekte at de ikke hadde tilgang til ungdommene sine svar, må man anta at kontaktpersonenes tilstedeværelse har preget enkelte ungdommer sin svarprofil.

Oppsummering

Om barneverntjenestens arbeid:

Flesteparten av ungdommene i «Veien til Selvstendighet» studien bor i kommunal bolig med oppfølging. Antall flyttinger varierer fra ingen til syv ganger og omtrent 40% har flyttet en gang eller sjeldnere etter ankomst Bergen. Vi har imidlertid ikke informasjon om flyttingene er utilsiktede, eller om de er en del av barneverntjenestens tilpassete bosettingsarbeid der ungdommene gradvis får et mer selvstendige botilbud.

Av ungdommene har cirka halvparten ikke byttet kontaktperson etter ankomst Bergen kommune, mens 14% har byttet kontaktperson tre ganger. Rundt 30% av ungdommene har ukentlig kontakt med kontaktpersonen sin. Ungdommene formidler at de er i stor grad fornøyd med kontakten de har med barnevernet.



Om skoletilbud, aktiviteter og sosial støtte

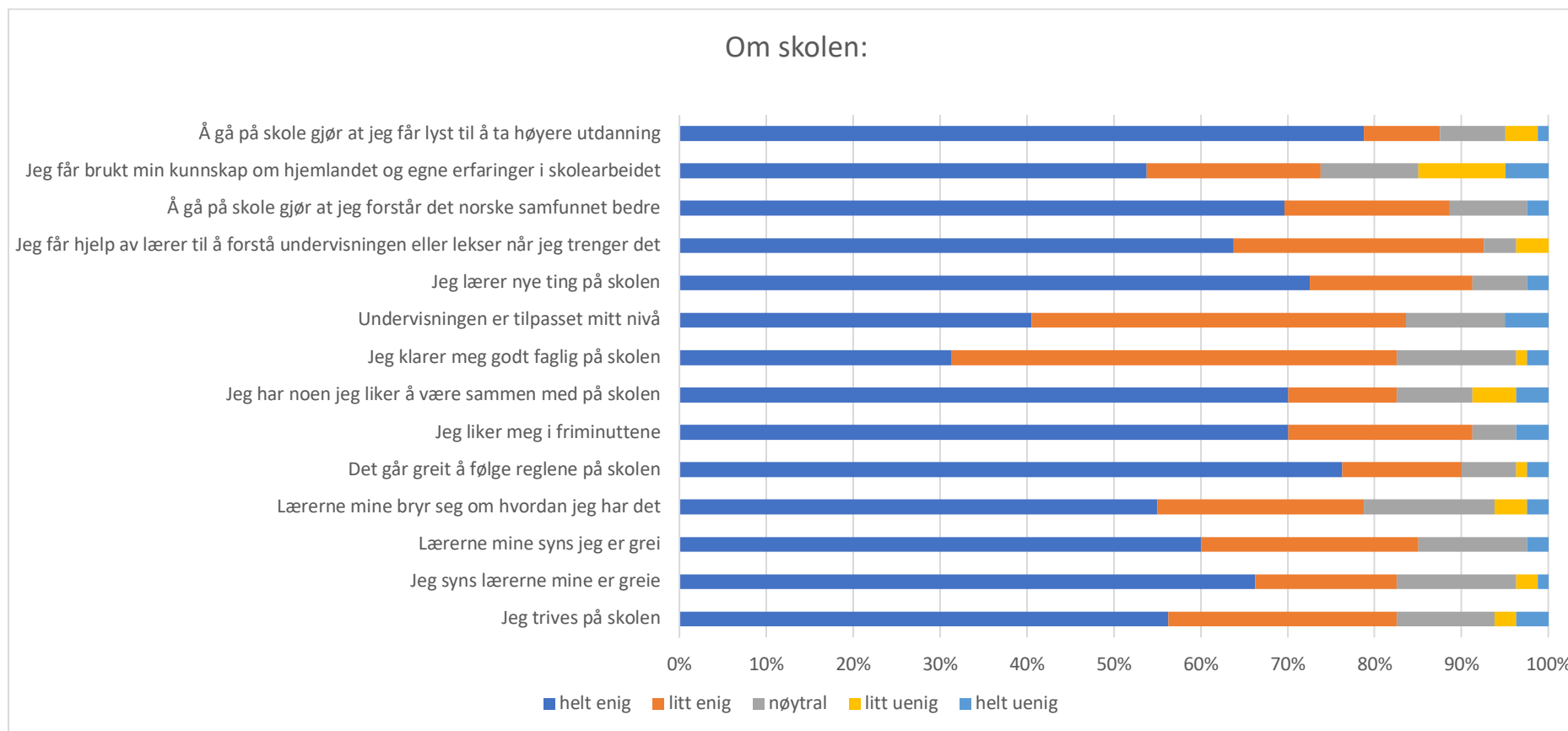
Skoletilbud

Over halvparten av deltagerne går i vanlig norsk klasse, 33 % går på Nygård skole, 9 % går i innføringsklasse og 5 % tar fagbrev.

Deltagerne formidler at de har lite fravær fra skole, både når det gjelder antall dager og timer. Begrunnelsen for å være hjemme er stort sett at de er syke (Tabell 5).

Tabell 5. Om skoletilbudet			
Skoletilbud		N	%
	Nygård skole	26	33 %
	Innføringsklasse	7	9 %
	Vanlig norsk klasse	42	53 %
Trinn			
	8. kl.	7	9 %
	9. kl.	14	17 %
	10. kl.	13	16 %
	VG1	36	44 %
	VG2 og 3	10	12 %
Hele dager fravær			
	0	58	73 %
	1	12	15 %
	2-5	10	12 %
Timer fravær			
	0	46	61 %
	1-2	17	23 %
	3-13	12	16 %
Hvorfor fravær?			
	hjemme	17	
	med venner	2	
	på jobb	1	
	syk	66	
	annet	18	

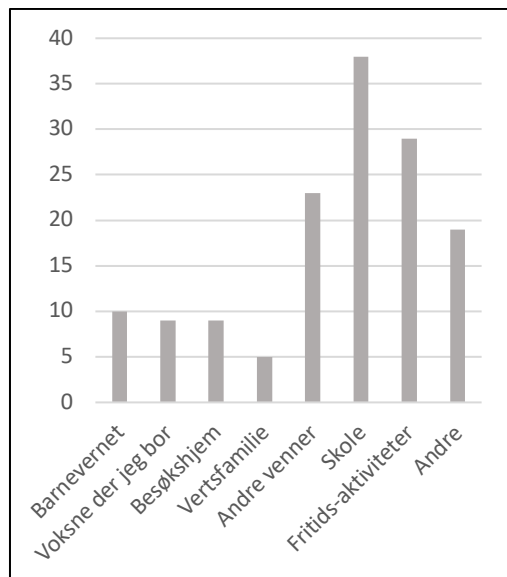
Figur 2 viser oversikt over deltagerne sin vurdering av egen skolegang.



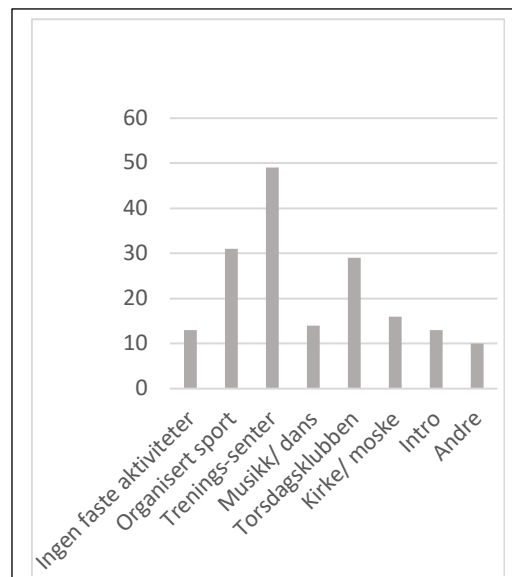
Figur 2. Deltagerne i «Veien til Selvstendighet» studien sin vurdering av egen skolegang.

Venner og aktiviteter

Av deltagerne svarte 89% at de har venner fra samme land som dem, og 68% at de har etnisk norske venner. De vanligste måtene å få kontakt med venner på er gjennom skole, fritidsaktiviteter og andre venner (Figur 3). Ungdommene oppgir treningssenter, organisert sport og torsdagsklubben som de vanligste faste aktivitetene (Figur 4).



Figur 3. Hvordan få kontakt med venner.



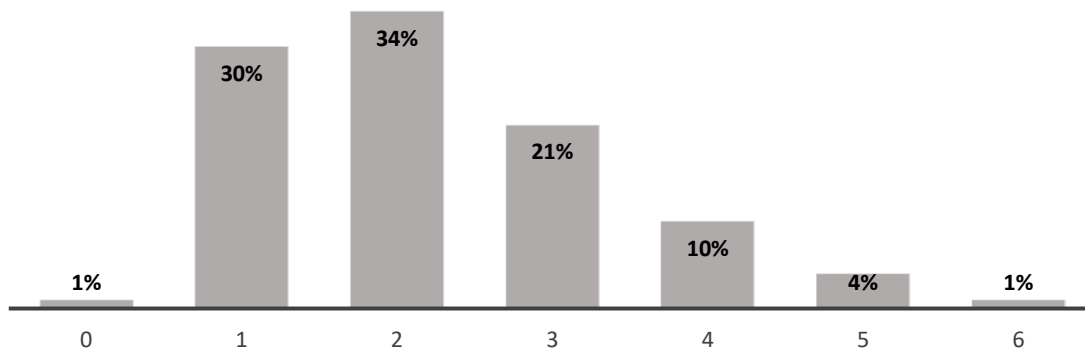
Figur 4. Oversikt over faste aktiviteter.

Familie og sosial støtte

Tabell 6. Kontakt med biologisk familie		N	%
I hjemlandet			
	Daglig	9	11 %
	Ukentlig	18	22 %
	Månedlig eller sjeldnere	29	36 %
	Ingen kontakt	25	31 %
I Norge			
	Daglig	19	24 %
	Ukentlig	16	20 %
	Månedlig eller sjeldnere	7	9 %
	Ingen kontakt	39	48 %

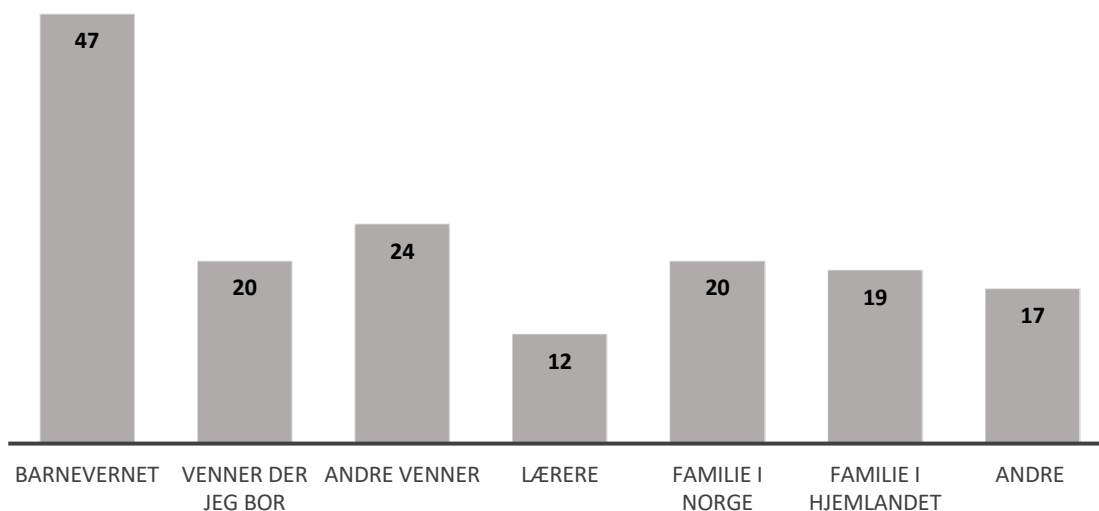
Om lag 70% av deltagerne rapportere at de har kontakt med familie i hjemlandet, av disse har ca. 30% kontakt ukentlig eller hyppigere. Mer enn 40% av deltagerne har kontakt med familie i Norge mer enn en gang i uken, mens omtrent halvparten forteller at de ikke har kontakt med familie i Norge (Tabell 6). Vi har ikke informasjon hvorvidt de ungdommene som formidler at de ikke har kontakt med biologisk familie (i hjemlandet og i Norge), har familie som de ikke har kontakt med, eller om mangel på kontakt er uttrykk for mangel på familie.

Figur 5 viser antall personer deltagerne kan snakke med når de trenger råd. Mer enn halvparten av deltagerne formidler at de har en til to personer de kan snakke med når de trenger råd, og 36 % har 3-6 personer.



Figur 5. Hvor mange personer deltagerne (i prosent) har å snakke med for å få råd.

Figur 6 viser hvem de enslige mindreårige snakker med når de trenger råd. Flest (47 stykker) formidler at de snakker med personer fra barnevernet.



Figur 6. Hvem snakker deltagerne (i antall) med når de trenger råd?

Oppsummering**Om skoletilbud, aktiviteter og sosial støtte:**

Halvparten av ungdommene i «Veien til Selvstendighet» studien går i vanlig norsk klasse og en stor andel går på Nygård skole eller i innføringsklasse. Ungdommene formidler generelt at de trives på skolen og er fornøyd med tilbudet de får. De fleste har venner som er fra opprinnelseslandet sitt, mange har også etnisk norske venner. Skole, fritidsaktiviteter og andre venner er viktige arenaer å møte venner på. Over halvparten formidler at de har en eller to personer å snakke med når de trenger råd. Barnevernet er den viktigste støttespilleren når ungdommene trenger råd.



Potensielt traumatiserende hendelser

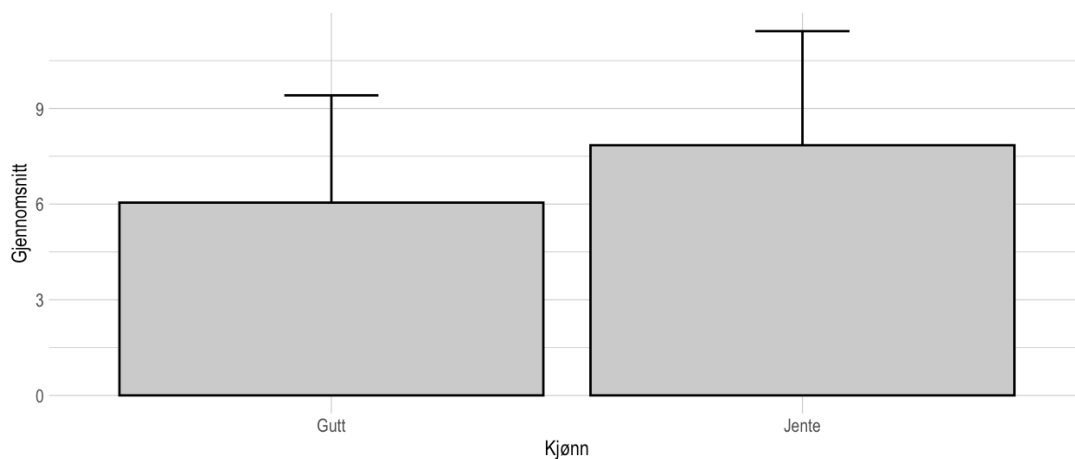
KATES er et spørreskjema for barn og unge som har to deler (CATS; Sachser et al., 2017). Del 1 kartlegger hvor mange potensielt traumatiserende hendelser barnet eller ungdommen har vært utsatt for, og del 2 kartlegger symptomer på posttraumatisk stress basert på diagnosekriteriene for posttraumatisk stresslidelse (American Psychiatric Association, 2013).

KATES del 1 omhandler potensielt traumatiserende hendelser slik som for eksempel å ha vært utsatt for en alvorlig ulykke, å bli slått, skadet eller truet og seksuelle krenkelser. 77 av de 81 deltagerne i «Veien til Selvstendighet» besvarte dette spørreskjema, og av disse svarte alle at de hadde vært utsatt for minst en slik potensielt traumatiserende hendelse. For guttene er snittet på omtrent 6 potensielt traumatiserende hendelser, for jentene er det litt høyere på omtrent 8 hendelser (figur 7).

Å ha opplevd krig eller terror, blitt slått, skadet eller truet av noen utenfor familien, og at mennesker de er glad i har blitt skadet eller alvorlig syke er eksempler på hendelser som mer enn halvparten av gruppen svarer de har opplevd. Vi kan se en tendens til at en større andel av jentene svarer at de har opplevd ulike seksuelle krenkelser sammenlignet med guttene.

Rapporterte potensielt traumatiserende hendelser

Skårer på KATE blant deltagerne i Veien til selvstendighet



Figur 7. Antall rapporterte potensielt traumatiserende hendelser for deltagerne i «Veien til Selvstendighet».

Spørsmålene i KATES del 2 skal kun besvares dersom en bekrefter minst en av de potensielt traumatiske hendelsene i del 1. I «Veien til Selvstendighet» rapporterte 77 av ungdommene minst en slik opplevelse, men vi ser likevel at det er deltagere som har valgt å ikke besvare KATES del 2 og vi har derfor bare total skåre for 71 ungdommer.

KATES del 2 har spørsmål på fire symptomkategorier på posttraumatisk stress: gjenopplevelse, unngåelse, negative endringer i tanker og følelser og økt aktivering. Total skåren på KATES del 2 har en mulig skåringsrekkevidde på 0-60, en skåre høyere enn 15 blir vurdert som at den som svarer har klinisk signifikante symptomer på posttraumatisk stress².

I «Veien til Selvstendighet» får ungdommene i snitt en totalskåre på 16.5. 34 av de 71 ungdommene som besvarte spørreskjema fikk skårer høyere enn 15 og oppfyller kriteriet for kliniske symptomer på posttraumatisk stress – dette utgjør en andel på 48 % av ungdommene. Vi ser at det er en høyere andel av jentene (62 %) som gir svar som oppfyller kriteriet for kliniske symptomer på posttraumatisk stress enn av guttene (45 %).

KATES del 2 inneholder også spørsmål på «impact»; i hvilken grad problemene deltagerne har fortalt om har betydning for deres fungering i dagliglivet. Tabell 8 viser svar på hvert enkelt av disse «impact»-spørsmålene. En betydelig andel av ungdommene (fra 42-56%) rapporterer på hvert spørsmål at vanskene har betydning for deres fungering på ulike områder i hverdagen.

Tabell 8. Oversikt over spørsmålene om betydning av symptomene for fungering i dagliglivet		
«Har de problemene du nå har fortalt om gjort noe med.....»	ja	nei
Hvordan du har det sammen med andre mennesker	37 (50%)	37 (50%)
Hvordan du har det på fritiden	35 (48%)	38 (52%)
Hvordan du har det på skolen	41 (55%)	33 (45%)
Hvordan du har det sammen med andre i familien din	30 (42%)	42 (58%)
Hvor fornøyd du er med livet ditt nå	41 (56%)	32 (44%)

Oppsummering

Om potensielt traumatiserende opplevelser:

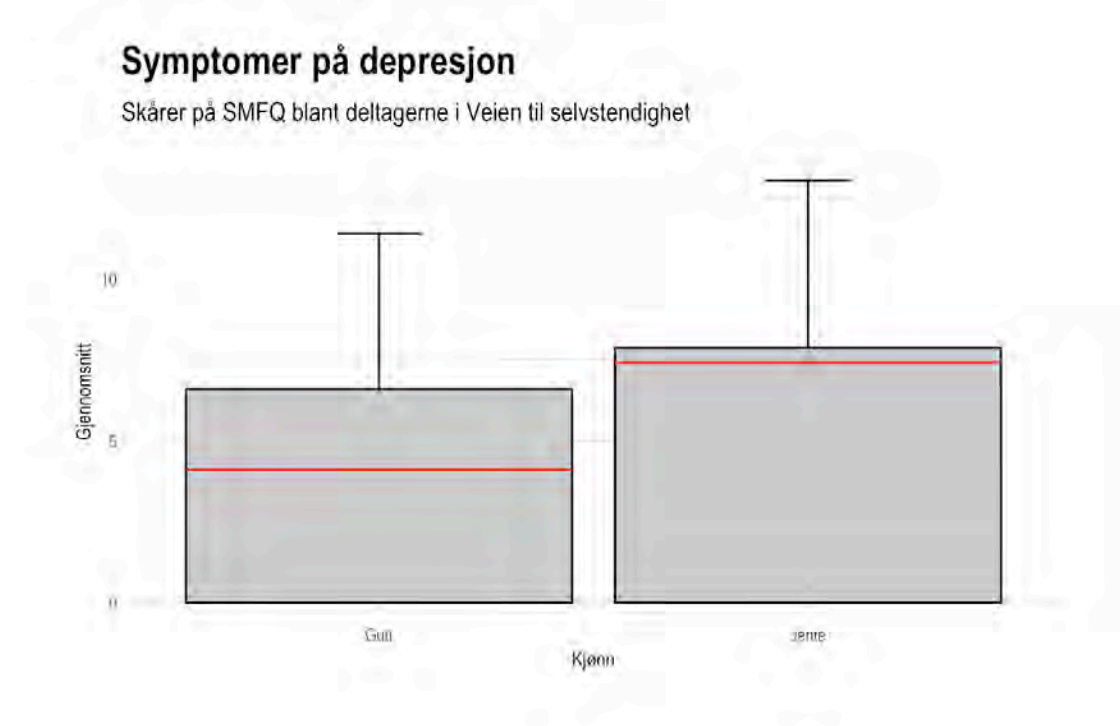
Deltagerne i «Veien til Selvstendighet» studien rapporterer alle å ha vært utsatt for minst en potensielt traumatiserende hendelse, jentene rapporterer i snitt litt flere slike hendelser enn guttene. Videre rapporterer rundt halvparten av deltagerne om ettervirkningene av disse belastningene til en slik grad at det har betydning for deres fungering i dagliglivet, og at de har klinisk signifikante symptomer på posttraumatisk stress.

² <https://www.nkvts.no/kartleggingsverktøy/s>

Psykisk helse

Depresjonssymptomer

Mood and feelings questionnaire short form er et mål på depressive symptomer (SMFQ; Angold, Costello, E, Pickles, E, & Winder, F, 1987). Spørreskjemaet har 13 påstander som ungdommen kan besvare med «Ikke riktig», «Noen ganger riktig» eller «Riktig».



Figur 8. Gjennomsnittsskårer på depresjonssymptom blant mannlige og kvinnelige deltagere i «Veien til selvstendighet». Referansepunktene som er markert på figurene (i rødt) er skårene til deltagerne i ung@hordaland studien (Lundervold et al., 2013).

Spørreskjemaet ble også brukt i ung@hordaland studien på videregående skoleelever i Hordaland, så det foreligger data fra relevante aldersgrupper som kan benyttes til sammenligning.

Guttene i «Veien til Selvstendighet» studien skåret høyere enn guttene i ung@hordaland (Lundervold et al., 2013), vi ser ikke det samme for jentene. I ung@hordaland studien har jentene høyere snittsskårer på depresjon enn guttene, denne forskjellen er mindre i «Veien til Selvstendighet» studien. Resultatene våre gir indikasjoner på at spesielt guttene i «Veien til Selvstendighet» har flere depresjonssymptomer enn gutter i det generelle ungdomsutvalget.

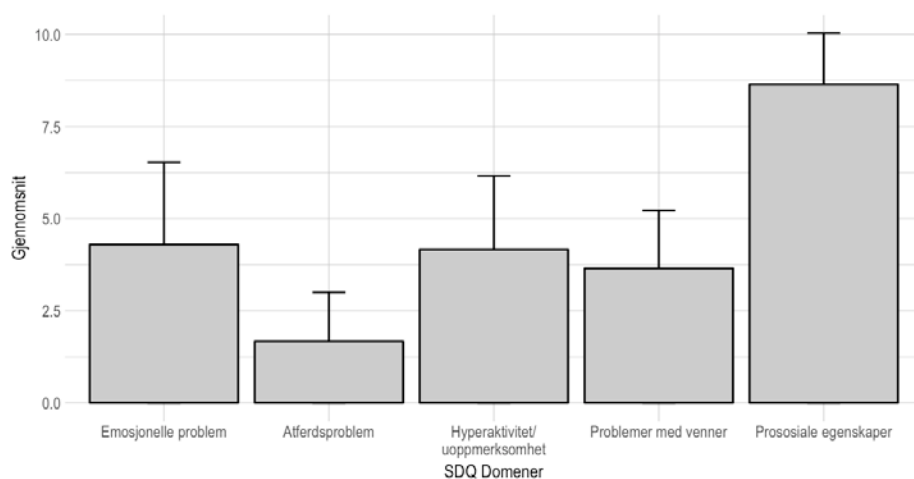
Sterke og svake sider (SDQ)

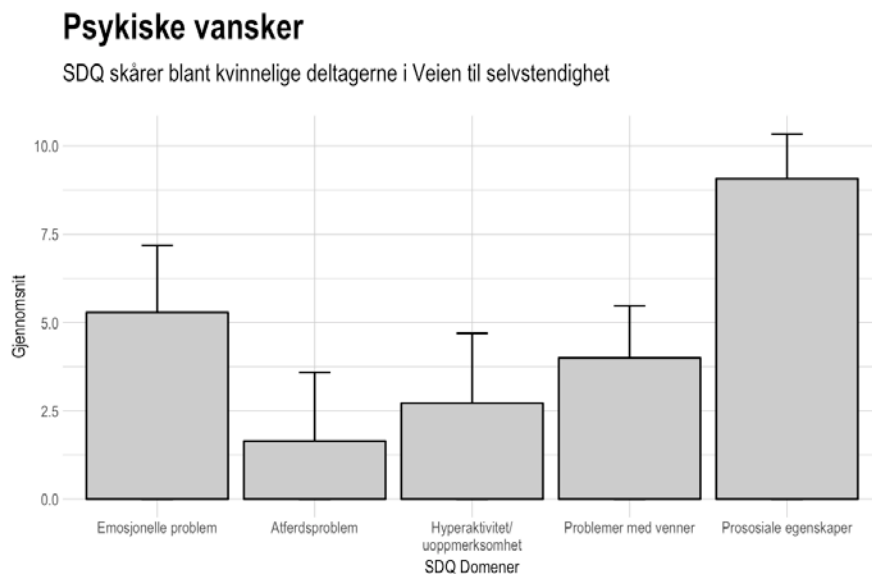
Sterke og svake sider (på engelsk: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ); Goodman, 1997, 1999) er et selvtillingskjema som kartlegger psykisk helse, vennerelasjoner og

prosocial atferd hos ungdom. Spørreskjema er mye brukt i Norge både klinisk og i forskning. SDQ består av 25 spørsmål og måler 1) emosjonelle problemer, 2) atferdsproblemer, 3) hyperaktivitet-/oppmerksomhetsproblemer, 4) vennerelasjoner og 5) prososiale ferdigheter. Hver delskala skåres fra 0-10, der høyere skåre måler mer problemer for 1-4, og bedre ferdigheter for 5. De fire første skalaene kan summeres til en skåre for totale vansker (skårer fra 0-40). Vi kan se skårene på de ulike delskalaene fordelt på gutter og jenter i figur 9.

Psykiske vansker

SDQ skårer blant mannlige deltagere i Veien til selvstendighet





Figur 9. Gjennomsnittskårer og standardavvik på SDQ underskalaer for deltagerne i «Veien til Selvstendighet». Høyere skårer indikerer større problemer for skala 1-4, og høyere ferdigheter på skal 5.

SDQ har vært benyttet i en rekke norske undersøkelser (Kornør & Heyerdahl, 2013), og vi har derfor data fra flere studier som kan brukes som sammenligningsgrupper til deltagerne i «Veien til Selvstendighet» (Oppedal, Roysamb, & Heyerdahl, 2005; Sagatun, Sjøgaard, Bjertness, Selmer, & Heyerdahl, 2007; Van Roy, Grøholt, Heyerdahl, & Clench-Aas, 2006; Larsen, Baste, Bjørknes, Myrvold, & Lehmann, 2018). Vi har listet opp vår studie og ulike andre norske studier i tabell 9. Vi kan her se at sammenlignet med andre studier på norske ungdommer får ungdommene i «Veien til Selvstendighet» høyere totalskåre som indikerer høyere grad av rapporterte belastninger.

Tabell 9. Gjennomsnittskårer og standardavvik «Veien til Selvstendighet» (uthevet) sammenlignet med andre norske studier i aldersgrupper relevante for sammenligning med deltager i «Veien til Selvstendighet». Tabellen er bearbeidet fra Kornør & Heyerdahl (2013)

Studie	Populasjon	Aldersgruppe	Totale vansker Gjennomsnitt (Standardavvik)
«Veien til Selvstendighet»	Enslige mindreårige		
	Jenter	15-20	13,6 (4,3)
	Gutter	15-20	13,8 (5,0)
Van Roy (2006)	Akershus ungdom		
	Jenter	Videregående skole	11,3 (5,2)
	Gutter	Videregående skole	10,4 (5,6)
Sagatun (2007)	Jenter	15-16	10,3 (4,6)
	Jenter	18-19	10,6 (5,1)
	Gutter	15-16	8,5 (4,6)
	Gutter	18-10	8,3 (4,5)
Oppedal (2005)	Etniske minoriteter	15-16	11,0 (5,0)
Larsen (2018)	Ungdom i fosterhjem i Norge	11-17	12,7 (2,9)

SDQ inneholder også en «impact»-skåre, der ungdommen svarer på om han/hun opplever at problemene går utover fungeringer i ulike områder av livet og om hvor lenge problemene har pågått. I studien på ungdom i Akershus (Van Roy et al., 2016) er gjennomsnittlige impact-skårer for både jenter og gutter betydelig lavere enn skårene til deltagerne i «Veien til Selvstendighet». Dette viser at ungdommene i «Veien til Selvstendighet» studien i større grad opplever at problemene som det rapporteres om går utover deres fungering på ulike områder i livet, enn ungdommene i Van Roy et al. (2006) sin studie.

Oppsummering

Psykisk helse:

Både på målet for depresjon og på kartleggings skjema sterke og svake sider rapporterer deltagerne i «Veien til Selvstendighet» større belastninger enn grupper av ungdommer det er relevant å sammenligne med. På depresjonsmålet skårer spesielt guttene høyt sammenlignet med gutter i det generelle ungdomsutvalget. Ungdommene i «Veien til Selvstendighet» studien skårer også høyt på «impact», som indikerer at de selv opplever at problemene går utover deres fungering i ulike områder av livet.

Søvn og helseplager

Søvn

Deltagerne i «Veien til Selvstendighet» rapporterte om når de la seg om kvelden, når de stod opp, hvor lang tid de brukte på å sovne inn, og om de våknet opp om natten og hvor lenge de i så fall var våken før de sovnet igjen. Basert på dette kalkulerte vi «tid i sengen», «søvntid» og søvneffektivitet i prosent. Vi kartla også symptomer på insomni. Deltagerne rapporterte om de hadde problemer med å få sove, om de hadde hyppige oppvåkninger, og varigheten av disse problemene, de rapporterte frekvens av tretthet og søvnighet, hvor ofte de forsov seg og hvor ofte de sov på dagtid (tok seg en blund).

Data fra søvnrapporteringen er presentert i Tabell 10.

Tabell 10. Søvnparametre rapportert fra deltagerne i «Veien til Selvstendighet».				
	Gutter		Jenter	
	Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik
Tid i sengen (ukedager)	7:33	1:11	7:54	1:22
Søvntid (ukedager)	6:16	1:45	6:41	1:40
Søvneffektivitet (ukedager) %	82	18	85	17
Tid i sengen (helg)	8:54	1:31	11:00	1:53
Søvntid (helg)	7:37	2:00	9:46	2:12
Søvneffektivitet (helg) %	85	15	89	15
Insomni (%)	30		29	

Søvn mønsteret til deltagerne i «Veien til Selvstendighet» er likt det som ungdommene i [ung@hordaland](#) studien hadde (Hysing, Pallesen, Stormark, Lundervold, & Sivertsen, 2013). Kvinnelige deltagere i «Veien til Selvstendighet» har noe lengre søvntid i helgene, og mannlige deltagere har noe lavere søvneffektivitet.

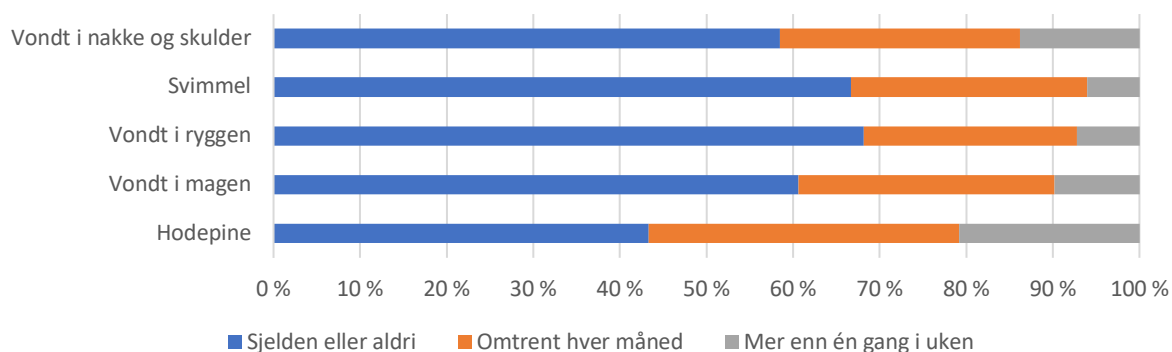
Som for depresjon, er det mindre kjønnsforskjeller i insomni blant deltagerne i «Veien til Selvstendighet» enn det som ble funnet i [ung@hordaland](#) studien. I [ung@hordaland](#) er forekomsten av insomni høyere blant jenter (30 %) enn blant gutter (17%) (Hysing et al., 2013). Vi ser ingen slik forskjell mellom jentene og guttene i «Veien til Selvstendighet» der rundt 30% i begge grupper rapporterer om insomni. Slik kan vi se at en større andel gutter i «Veien til Selvstendighet» rapporterer om insomni, enn andelen gutter i [ung@hordaland](#) studien.

Somatiske helseplager

Health Behaviour in School-Aged Children Symptoms Checklist (HBSC-SCL) måler helseplager gjennom fire testledd: hodepine, magesmerter, ryggsmertor, vondt i nakke og skulder og

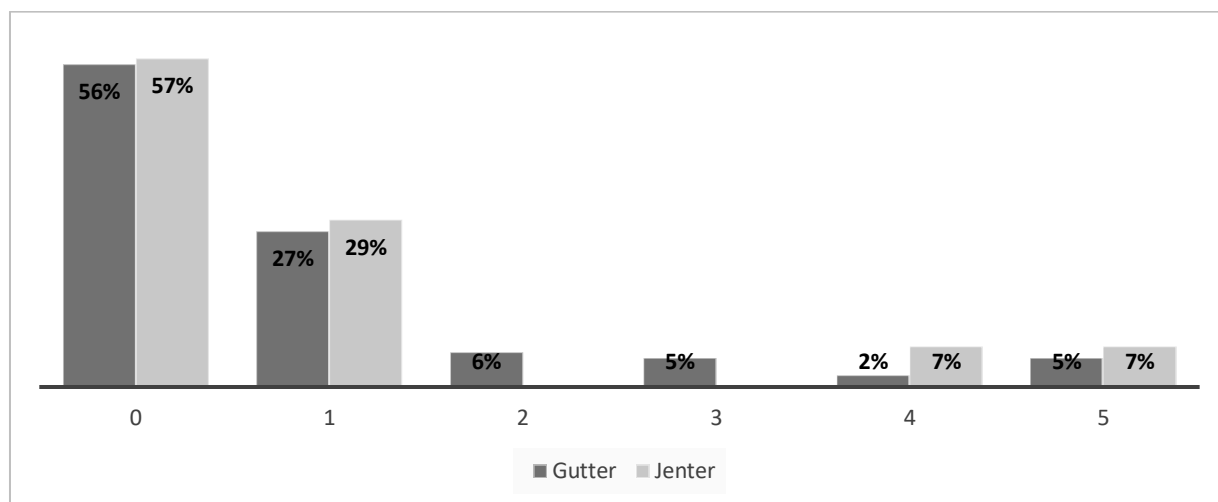
svimmelhet. Deltagerne ble spurt om hvor ofte de hadde hatt disse helseplagene de siste 6 månedene på en 5-punkts skala fra «*sjelden eller aldri*» (0) til «*nesten hver dag*» (4). Figur 11 viser oversikten over ungdommene sine svar. Hodepine er den plagen som ungdommene rapporterte mest hyppig.

Helseplager



Figur 11. Rapporterte helseplager for deltagerne i «Veien til Selvstendighet»

I figur 12 vises antall helseplager fordelt på kjønn som ungdommene opplever å ha mer enn en gang i uken. Over halvparten rapporterer at de ikke har helseplager ukentlig og rundt 27-29% rapporterer om en helseplage mer enn en gang i uken.



Figur 12. Antall helseplager som ungdommene i «Veien til Selvstendighet» opplever å ha mer enn en gang i uken.

Til sammenligning rapporterer 65% av ungdommene i ung@hordaland studien å ikke ha ukentlige plager, 35% har en helseplage minst en gang i uken, og 20% rapporterer om minst 2 helseplager. Rekkefølgen på hyppighet av plager i ung@hordaland er; vondt i nakke og skuldre, magesmerter, hodepine, ryggsmertter og svimmelhet (Myrtveit Sæther, 2018).

Oppsummering**Søvn og helseplager:**

Søvn mønsteret til deltagerne i «Veien til Selvstendighet» er i stor grad likt det til ungdommer i sammenligningsgruppen. Guttene i «Veien til Selvstendighet» sover imidlertid dårligere enn guttene i sammenligningsgruppen, vi finner ingen slike forskjeller når det gjelder jentene.

Over halvparten av ungdommene rapporterer at de ikke har en helseplage mer enn en gang i uken. Den hyppigste rapporterte helseplagen er hodepine.



Kulturell identitet og orientering (akkulturasjonsstrategier)

Vancouver Index of Acculturation (VIA) er et mål på kulturell identitet og orientering gjennom to dimensjoner: «Heritage» og «Mainstream» (Ryder, Alden, & Paulhus, 2000). Disse representerer to ulike akkulturasjonsstrategier der «Heritage» retter seg mot opprettholdelse av opprinnelseskulturen, og «Mainstream» er en orientering mot tilpassing til den nye kulturen.

VIA inneholder 20 spørsmål og svarene blir gitt på en skala der 1 er «uenig» og 5 er «enig» om påstander om deltagerens kulturelle orientering. Skalaen gir en Heritage-skåre og en Mainstream-skåre der mulige skårer går fra 1-5. Gjennomsnittsskårene til deltagerne i «Veien til Selvstendighet» studien vises i tabell 10.

Tabell 10. Gjennomsnitt (SD) skåre på Vancouver Acculturation Inventory		
	Gj.snitt	SD
Heritage	3.9	0.8
Mainstream	4.2	0.6

Det er godt etablert i forskningslitteraturen at det er en sammenheng mellom akkulturasjon og psykososial tilpasning (Ryder, 2000). Berry (1997) viser til fire ulike akkulturasjonsstrategier:

- *Integrasjon* er når en opprettholder sin kulturelle bakgrunn, men samtidig tilslutter seg de nye kulturelle strømmene.
- *Assimilasjon* er når en gir avkall på sin kulturelle bakgrunn og adopterer den nye kulturen.
- *Separasjon* innebærer opprettholdelse av egen kultur uten tilnærming til ny kultur.
- *Marginalisering* innebærer at en hverken etterlever gammel eller ny kultur.

Berry (1997) viser videre til at *integrasjon* (høy skåre både på «Heritage» og «Mainstream») er forbundet med best mental helse, mens *marginalisering* (lav på «Heritage» og «Mainstream») er forbundet med dårligst mental helse.

I tabell 11 er ungdommene delt inn i fire grupper basert på om de har høye og/eller lave skårer (over under median skåre) på de to dimensjonene. Vi ser i tabellen at størst andel ungdommer er høy på begge dimensjoner (39%) tilsvarende integrasjon som innebærer både å opprettholde sin opprinnelseskultur og å ta inn strømminger fra ny kultur. Denne strategien er forbundet med best mental helse. En noe lavere andel (31.7%) er lav på begge, tilsvarende marginalisering der en etterlever hverken gammel eller ny kultur.

		«Heritage»	
		Høy	Lav
«Mainstream»	Høy	32 (39.0%)	11 (13.4%)
	Lav	13 (15.9%)	26 (31.7%)

Vi har ikke undersøkt videre sammenhengene mellom disse akkulturasjonsstrategiene og psykisk helse for deltagerne i «Veien til Selvstendighet».

Oppsummering

Kulturell identitet og orientering:

Akkulturasjonsstrategier undersøker i hvor stor grad ungdommene orienterer seg mot sin opprinnelseskultur («heritage») eller mot den nye kulturen de møter («mainstream»). Som gruppe skårer ungdommene i «Veien til Selvstendighet» studien litt over snittet på begge orienteringene. Når vi deler deltagerne i 4 grupper etter høye og lave skårer, kommer flest ungdommer i gruppa som skårer høyt på begge orienteringene («integrasjon»), tett fulgt av ungdommer som skårer lavt på begge orienteringene («marginalisering»).

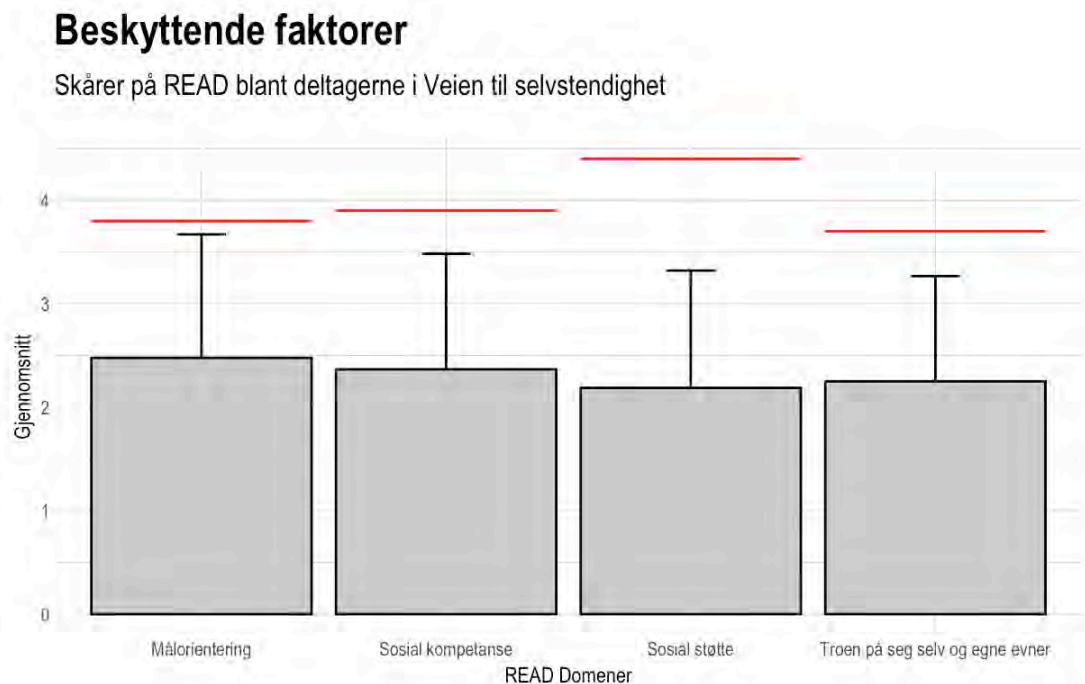
Beskyttende faktorer og helselatert livskvalitet

Beskyttende faktorer

Resilience Scale for Adolescents (READ) måler evnen til å håndtere stress og negative hendelser. Spørreskjema består av 28 positivt formulerte utsagn som blir besvart på en skala fra «helt uenig» (1) til «helt enig» (5). Høyere skårer indikerer høyere grad av beskyttende strategier assosiert med resiliens (Askeland & Reedtz, 2015).

Sammenlignet med skårene til deltagerne i ung@hordaland (Askeland, 2019), ligger skårene til ungdommene i «Veien til Selvstendighet» lavt. Det er delskalaen «sosial støtte» som i

størst grad skiller seg fra ung@hordaland studien (figur 13). Resultatene våre gir indikasjoner på at deltagerne opplever å ha få beskyttende strategier, og at sammenlignet med andre ungdommer er det spesielt på sosial støtte de kommer dårligst ut.



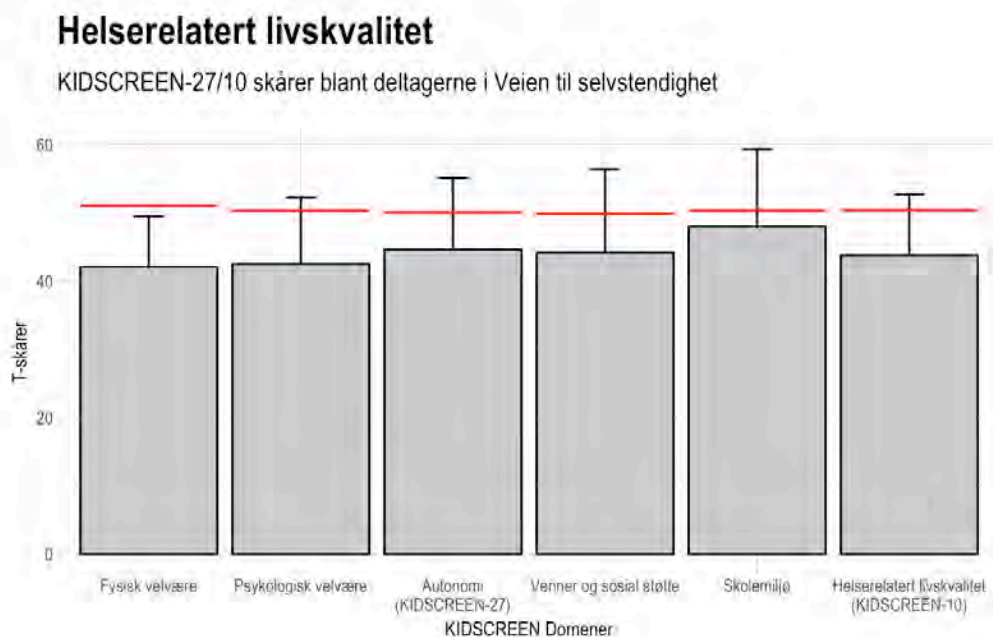
Figur 13. Skårer på READ-delskalaer blant deltagerne i «Veien til Selvstendighet». Referansepunktene som er markert på figurene er skårene til deltagerne i «ung@hordaland» studien.

Helserelatert livskvalitet

KIDSCREEN-27 måler helserelatert livskvalitet (Ravens-Sieberer et al., 2014; Haraldstad, K., Eide, H. & Helset, S., 2006). Spørreskjemaet er utviklet gjennom et internasjonalt samarbeid som gjør at en kan sammenligne besvarelser med besvarelsene til andre barn og unge i Europa. KIDSCREEN-27 har 27 spørsmål fordelt på fem dimensjoner: *Fysisk velvære*, *Psykologisk velvære*, *Autonomi og foreldre-barn relasjon* (utelatt), *Venner og sosial støtte* og *Skolemiljø*. Versjonen kan også skåres til en generell indikator kalt *Helserelatert livskvalitet*. Skalaen viser til frekvens eller intensitet av en atferd eller følelse den som svarer har erfart den siste uken.

Skårene til deltagerne i «Veien til Selvstendighet» er presentert i Figur 14. Skårene vises som T-skårer, der 50 er gjennomsnitt. I figur 14 ser vi at deltagerne i «Veien til Selvstendighet» har lavere skårer enn barn fra et svensk normalutvalg (Ravens-Sieberer et al., 2010).

Gjennomsnittsskåren for *Helserelatert livskvalitet* (KIDSCREEN-10) blant deltagerne i «Veien til Selvstendighet» er 43,71. Dette ligger eksempelvis betydelig lavere enn for svenske barn uten psykiske vansker (skårer i normalområdet på SDQ), men litt høyere enn barn med litt psykiske vansker (skårer i grenseområdet på SDQ) (Ravens-Sieberer, Erhart, Gosch, Wille, & The European KIDSCREEN Group, 2008). Man kan dermed anta at sammenlignet med en normalpopulasjon, vil deltagerne i «Veien til Selvstendighet» vært blant de med 10-15% høyest skåre på symptomer på psykiske vansker.



Figur 14. T-skårer blant deltagerne i «Veien til Selvstendighet». Referansepunktene som er markert på figurene er sammenligninger av skårene til deltagerne i «Veien til Selvstendighet» med norske og svenske normdata (Haraldstad et al., 2011a, 2011b; Ravens-Sieberer et al., 2010).

Oppsummering

Beskyttelsesfaktorer og helserelatert livskvalitet:

Ungdommene i «Veien til Selvstendighet» skårer lavt både på beskyttende faktorer og på helserelatert livskvalitet. På beskyttende faktorer skiller ungdommene seg spesielt på sosial støtte sammenlignet med et generelt ungdomsutvalg. Skårene på kartleggingen av helserelatert livskvalitet bekrefter deltagerens høye forekomst av symptomer på psykiske vansker.

Avslutningsvis

«Veien til Selvstendighet» studien er et resultat av tett samarbeid mellom fagmiljøet ved Barneverntjenesten for Enslige Mindreårige Flyktninger i Bergen kommune og Regionalt Kunnskapssenter for Barn og Unge. I alt 81 enslige mindreårige flyktninger deltok i den omfattende spørreundersøkelsen, som gir en deltakesle på 80%. Undersøkelsen var omfattende, og hver enkelt deltager med støtte fra sin kontaktperson gjorde en stor innsats med å bidra med sine svar.

Resultatene fra undersøkelsen viser at barneverntjenesten er en viktig aktør og støttespiller i de enslige mindreårige flyktningene sine liv. Mange av ungdommene formidler at de har hyppig kontakt med barnevernet, at det er til denne tjenesten de henvender seg når de trenger råd og at de har mye av sine sosiale relasjoner og aktiviteter tilknyttet tjenesten. Ungdommene rapporterer videre at de trives på skolen og at de følger opp skoletilbudet sitt.

Samtidig ser vi i undersøkelsen at mange av ungdommene rapporterer om betydelige belastninger. Nesten alle forteller at de har vært utsatt for potensielt traumatiserende hendelser, og mange har følgesymptomer av disse opplevelsene som de forteller har innvirkning på deres fungering i dagliglivet. Rundt halvparten av ungdommene beskriver symptomer tilsvarende posttraumatisk stresslidelse, og de skårer høyt på psykisk helseproblemer sammenlignet med andre ungdommer. På samme tid skårer mange av deltagerne lavt på beskyttende faktorer og på helserelatert livskvalitet.

Resultatene våre understreker de enslige mindreåriges sammensatte behov, og at disse har behov for spesialiserte tjenester over tid. Arbeidet med gruppen krever ressurser og langsiktig tenkning for å sikre en god utvikling mot en selvstendig tilværelse i det norske samfunnet. I arbeidet med enslige mindreårige må en romme det sammensatte og komplekse i disse ungdommene sitt liv; med fokus på mestring og ressurser, og samtidig med oppmerksomhet på eventuelle belastninger og psykisk uhelse. For å lykkes i dette arbeidet kreves spesialiserte tverrfaglige miljø med egen kompetanse på enslige mindreårige flyktninger som kan ivareta både de barnevernfaglige og flyktningefaglige perspektiver.

Målet med denne rapporten er å gi en beskrivelse av resultatene fra «Veien til Selvstendighet» undersøkelsen. Videre oppfølging av funnene fra undersøkelsen i tråd med hovedmålsettingen med prosjektet vil skje i Barneverntjenesten for Enslige Mindreårige Flyktninger i Bergen kommune i samarbeid med Regionalt Kunnskapssenter for Barn og Unge og andre relevante samarbeidsinstanser.

«Veien til Selvstendighet» prosjektet kan sees som en storstilt brukermedvirkning der enslige mindreårige flyktninger har blitt invitert til å gi tilbakemelding på bosettingsarbeidet i en norsk bykommune og på hvordan de har det med seg selv i eget liv. Å be om slike tilbakemeldinger forplikter, arbeidet med resultatene fortsetter og budskapet skal sendes videre.

Referanser

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* (5th ed.). Retrieved from https://www.appi.org/Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders_DSM-5_Fifth_Edition
- Angold, A., Costello, E, Pickles, E, & Winder, F. (1987). *The Development of a Questionnaire for Use in Epidemiological Studies of Depression in Children and Adolescents*. London: Medicalresearch Council.
- Askeland, K. G., & Reedtz, C. (2015). *Måleegenskaper ved den norske versjonen av Resilience Scale For Adolescents (READ)*. 1(3). <https://doi.org/10/gf64dp>
- Askeland, K. G., Hysing, M., Sivertsen, B., & Breivik, K. (2019). Factor Structure and Psychometric Properties of the Resilience Scale for Adolescents (READ). *Assessment*, 107319111983265. <https://doi.org/10/gf64dr>
- Berry, J. (1997). Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Applied Psychology*, 46(1). Hentet fra <http://www.ucd.ie/mcri/resources/Dermot%20Ryan%20Reading.pdf>
- Erhart, M., Ottova, V., Gaspar, T., Jericek, H., Schnohr, C., Alikasifoglu, M., ... Ravens-Sieberer, U. (2009). Measuring mental health and well-being of school-children in 15 European countries using the KIDSCREEN-10 Index. *Int J Public Health*, 54(S2), 160–166. doi:10/dh9vww
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*, 38(5), 581–586. doi:10/b6bmr3
- Goodman, R. (1999). The extended version of the strengths and difficulties questionnaire as a guide to child. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*, 40(5), 791. doi:10/dk7tcs
- Haraldstad, K., Christophersen, K.-A., Eide, H., Nativg, G. K., & Helseth, S. (2011a). Health related quality of life in children and adolescents: Reliability and validity of the Norwegian version of KIDSCREEN-52 questionnaire, a cross sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(5), 573–581. doi:10/drx8wg
- Haraldstad, K., Christophersen, K.-A., Eide, H., Nativg, G. K., & Helseth, S. (2011b). Predictors of health-related quality of life in a sample of children and adolescents: A school survey: Predictors of health-related quality of life. *J. Clin. Nurs.*, 20(21-22), 3048–3056. doi:10/c6rtk9
- Haraldstad, K., Eide, H., & Helset, S. (2006). Haraldstad, K., Eide, H og Helseth S (2006) KIDSCREEN questionnaire. Retrieved from <http://www.KIDSCREEN.org/english/project>
- Hysing, M., Pallesen, S., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., & Sivertsen, B. (2013). Sleep patterns and insomnia among adolescents: A population-based study. *J. Sleep Res.*, 22(5), 549–556. doi:10/f5dm5w
- Kornør, H., & Heyerdahl, S. (2013). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Strengths and Difficulties Questionnaire, selvrappport (SDQ-S). doi:10/gf2gzg
- Larsen, M., Baste, V., Bjørknes, R., Myrvold, T., & Lehmann, S. (2018). Services according to mental health needs for youth in foster care? – A multi-informant study. *BMC Health Services Research*, 18. <https://doi.org/10/gf64dh>
- Lundervold, A. J., Breivik, K., Posserud, M. B., Stormark, K. M., & Hysing, M. (2013). Symptoms of depression as reported by norwegian adolescents on the short mood and feelings questionnaire. *Front Psychol*, 4(SEP), 1–8. doi:10/f96x9k
- Oppedal, B., Roysamb, E., & Heyerdahl, S. (2005). Ethnic group, acculturation, and psychiatric problems in young immigrants. *J Child Psychol & Psychiat*, 46(6), 646–660. doi:10/fkr62n
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Gosch, A., Wille, N., & The European KIDSCREEN Group. (2008). Mental health of children and adolescents in 12 European countries Results from the European KIDSCREEN study. *Clin. Psychol. Psychother.*, 15(3), 154–163. doi:10/d5z6mf
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Rajmil, L., Herdman, M., Auquier, P., Bruil, J., ... Kilroe, J. (2010). Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: A short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Qual Life Res*, 19(10), 1487–1500. doi:10/cws6dc

- Ravens-Sieberer, U., Herdman, M., Devine, J., Otto, C., Bullinger, M., Rose, M., & Klasen, F. (2014). The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: Development, current application, and future advances. *Qual Life Res*, 23(3), 791–803. doi:[10/f5v3jq](https://doi.org/10/f5v3jq)
- Ryder, A. G., Alden, L. E., & Paulhus, D. L. (2000). Is acculturation unidimensional or bidimensional? A head-to-head comparison in the prediction of personality, self-identity, and adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(1), 49–65.
- Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T. K., Jungbluth, N., Risch, E., ... Goldbeck, L. (2017). International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *J Affect Disord*, 210, 189–195. doi:[10/f9xfs2](https://doi.org/10/f9xfs2)
- Sagatun, A., Sjøgaard, A. J., Bjertness, E., Selmer, R., & Heyerdahl, S. (2007). The association between weekly hours of physical activity and mental health: A three-year follow-up study of 1516-year-old students in the city of Oslo, Norway. *BMC Public Health*, 7(1), 155. doi:[10/dpwwhn](https://doi.org/10/dpwwhn)
- Van Roy, B., Grøholt, B., Heyerdahl, S., & Clench-Aas, J. (2006). Self-reported strengths and difficulties in a large Norwegian population 1019 years: Age and gender specific results of the extended SDQ-questionnaire. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 15(4), 189–198. doi:[10/dk4zrb](https://doi.org/10/dk4zrb)



NORCE Norwegian Research Centre AS
www.norceresearch.no