

Atferdsforstyrrelser blant  
barn og unge i Norge:

## Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak



Atferdsforstyrrelser blant  
barn og unge i Norge:

## Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak

Jens Christoffer Skogen  
Fartein Ask Torvik

**Rapport 2013:4**

Nasjonalt folkehelseinstitutt

**Tittel:**

Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak

**Forfattere:**

Jens Christoffer Skogen

Fartein Ask Torvik

**Prosjektledere:**

Ellinor F. Major, Divisjonsdirektør

Kristian Tambs, Forskningsjef

**Fagfellevurderinger:**

Lars Wichstrøm, professor, Psykologisk institutt, NTNU

Willy-Tore Mørch, professor, RKBU Nord

**Språklige konsulenter:**

Kari Voll

Finansiert av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

Utgitt av Nasjonalt folkehelseinstitutt

Postboks 4404 Nydalen

0403 Oslo

Juni 2013

Tel: +47-21 07 70 00

E-mail: folkehelseinstituttet@fhi.no

www.fhi.no

**Bestilling:**

E-post: publikasjon@fhi.no

Telefon: +47-21 07 82 00

Telefaks: +47-21 07 81 05

**Design:**

Per Kristian Svendsen

**Layout:**

Grete Søimer

**Foto:**

© Colourbox

**Trykk:**

wj.no

**Opplag:**

1000

ISSN: 1503-1403

ISBN: 978-82-8082-565-0 trykt utgave

ISBN: 978-82-8082-566-7 elektronisk utgave

# Forord

Folkehelseinstituttet har skrevet rapporten *Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak* på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Atferdsforstyrrelser kan ha store negative konsekvenser for individene som rammes og være belastende for omgivelsene. Likevel har vi for lite kunnskap om hvor utbredt atferdsforstyrrelser er, og i hvilken grad dimensjoneringen av hjelpetilbud stemmer overens med utbredelsen.

I denne rapporten oppsummeres allerede eksisterende kunnskap fra et systematisk litteratursøk om utbredelsen av atferdsproblemer. I tillegg er det samlet inn tall fra forskjellige kilder om hvor mange barn som mottar hjelpetiltak for atferdsforstyrrelser. Det er flere begrensninger ved det datagrunnlaget som foreligger; rapporten stipulerer derfor hvordan man kan arbeide videre for å få enda bedre kunnskap på dette feltet.

I arbeidet med å kvalitetssikre rapporten har vi fått nyttige tilbakemeldinger fra eksterne fagfeller: Vi vil takke professor Lars Wichstrøm (Psykologisk institutt, NTNU) og professor Willy-Tore Mørch (Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – RKBU Nord) for viktige kommentarer og innspill til arbeidet med rapporten. Vi til også takke RKBU Nord, Atferdssenteret og Statistisk sentralbyrå, som har tilgjengeliggjort behandlingsstatistikk.

Vi håper at vi med denne rapporten kan bidra til å rette søkelyset mot både det vi vet og det vi ikke vet når det gjelder utbredelse av og omfanget av hjelpetiltak for atferdsforstyrrelser. Særlig håper vi at rapporten kan stimulere til mer forskning, slik at vi i fremtiden kan ha et bedre bilde av møtte og umøtte behandlingsbehov. Slik kan vi tilegne oss kunnskap som kan brukes forebyggende på et område med et stort behov for mer kunnskap. Atferdsforstyrrelser kan forebygges og behandles. Derfor er det viktig med kunnskap som kan ha en positiv effekt på barn og unges atferd, livskvalitet og framtidsutsikter.

Mai 2013  
Ellinor F. Major  
Divisjonsdirektør  
Divisjon for psykisk helse

# Sammendrag

## Innledning

Foreliggende rapport er utarbeidet på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) på bakgrunn av behovet for en kunnskapsoppsummering knyttet til omfanget av atferdsproblemer og atferdsforstyrrelser i Norge. Atferdsproblemer og atferdsforstyrrelse kjennetegnes av hyppige normbrudd som går ut over det man kan forvente av barn og ungdom i henhold til deres alder. Atferdsproblemer blant barn og unge varierer fra lette avvik til omfattende og alvorlige avvik. Diagnostisk skiller man i hovedsak mellom to tilstander – alvorlig atferdsforstyrrelse som kjennetegnes av aggressiv og destruktiv atferd, og opposisjonell atferdsforstyrrelse som i større grad kjennetegnes av sinneutbrudd og mangel på å følge voksnes anmodninger og regler. Behandling av atferdsforstyrrelser er krevende, og involverer ofte innsats fra en rekke instanser som skole, barnevern og psykisk helsevern for barn og unge, i tillegg til involvering fra nærmeste familie. Målsettingen med rapporten var å beregne omfanget av atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge, og å se dette opp mot behandlingsbehov.

## Metodisk tilnærming

### Beregning av prevalens

Vi utarbeidet en protokoll for systematisk søk etter allerede publisert forskningslitteratur knyttet til omfanget av atferdsproblemer/-forstyrrelser i Norge og Norden forøvrig, samt et systematisk søk for omfanget av atferdsforstyrrelser i andre land som det er naturlig å sammenligne seg med (deler av Nord-Europa og USA, Canada, Australia og New Zealand).

### Behandlings- og intervensjonstiltak i barnevernet og psykisk helsevern

Vi hentet ut informasjon om antall ny-henvisninger knyttet til mistanke om atferdsforstyrrelser, og antall som er i behandling fra Norsk pasientregister (psykisk helsevern for barn og unge), samt informasjon om antall tiltak i barnevernet på landsbasis i 2011.

## Resultater

Basert på litteratursøket ble 56 studier inkludert. Prevalensen av diagnostiserbar atferdsforstyrrelse blant norske barn og unge under 18 år ble beregnet til å være 1,7 % for alvorlig atferdsforstyrrelse og 1,8 % for opposisjonell atferdsforstyrrelse. Omfanget var størst for opposisjonell atferdsforstyrrelse, og det var en relativt stor kjønnsforskjell med overvekt av gutter for begge lidelser. Sammenlignet med studier fra andre land ligger de beregnede tallene fra Norge og Norden noe lavere – og det er grunn til å tro at dette reflekterer faktiske forskjeller mellom denne regionen og andre vestlige land. Det er likevel langt vanligere å ha symptomer på atferdsproblemer som ikke er så alvorlige at det kan settes en diagnose. Tall knyttet til henvisninger og tiltak rettet mot barn og unge med atferdsforstyrrelser i Norge er mer usikre, da det per dags dato ikke er mulig å få oversikt over hvor mange enkeltpersoner som får hjelp ett eller flere steder. Samme person kan være representert både i barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge, og med flere oppføringer i samme register (basert på nytt tiltak). Dessuten vil andre instanser også kunne bidra med behandling eller tiltak som ikke har blitt tatt med her, som for eksempel innenfor kriminalomsorgen, kommunehelsetjenesten eller pedagogisk-psykologisk tjeneste. Likevel er det en relativt liten andel som årlig får hjelp gjennom de inkluderte tiltakene.

## Konklusjon

Atferdsforstyrrelser er relativt vanlig forekommende lidelser blant barn og unge i Norge, og utgjør en betydelig byrde for barna og familiene som berøres og for samfunnet for øvrig. Det eksisterer behandlingstiltak som kan være virksomme for barn og unge med atferdsforstyrrelser, og flere av disse er implementert i norsk sammenheng. Hvorvidt det er en overenstemmelse mellom behovet for behandling (antall behandlingstrengende) og dimensjonering av behandlingstiltakene (omfanget av behandlingstilbudet) er vanskelig å avgjøre basert på foreliggende registreringer i barnevernet, psykiske helsevern for barn og unge og andre instanser – all den tid det kan være overlapp mellom klientene i de ulike instansene. For å kunne komme til en mer eksakt oversikt over hvor mange som faktisk er i behandling eller mottar andre tiltak rettet mot atferdsforstyrrelser i Norge, er det behov for å knytte tiltakene til den enkelte personen gjennom registerkoblinger. Først da vil man kunne avdekke hvorvidt det er en overensstemmelse mellom antallet barn og unge som har behov for hjelp knyttet til atferdsforstyrrelser og iverksatte tiltak.

# Innhold

Forord .....	3
<b>Sammendrag .....</b>	<b>4</b>
Innledning .....	4
Metodisk tilnærming .....	4
Beregning av prevalens .....	4
Behandlings- og intervensjonstiltak i barnevernet og psykisk helsevern .....	4
Resultater .....	4
Konklusjon .....	5
<b>Innhold .....</b>	<b>6</b>
<b>1. Bakgrunn .....</b>	<b>9</b>
1.1. Om rapporten .....	9
1.2. Målsettingen med rapporten .....	9
1.3. Innledning .....	9
1.4. Dimensjonal og kategorisk forståelse av atferdsforstyrrelser .....	10
1.5. Konsekvenser av atferdsforstyrrelser .....	10
1.6. Utbredelse av atferdsforstyrrelser .....	11
1.7. Måling av atferdsforstyrrelser – informantens rolle .....	11
1.8. Risikofaktorer og individuell variasjon i atferdsproblemer .....	13
Hvordan skille mellom miljøfaktorer og genetiske faktorer? .....	13
Genetiske faktorer og miljøfaktorer i atferdsforstyrrelser .....	13
Samspill mellom gener og miljø .....	14
1.9. Sammenheng mellom atferdsproblemer og andre psykiske lidelser (komorbiditet) .....	14
<b>2. Systematisk litteratursøk: metodisk tilnærming .....</b>	<b>16</b>
2.1. Datautvalgelse .....	16
2.2. Fremstilling av data .....	17
<b>3. Resultater av systematisk litteratursøk .....</b>	<b>19</b>
3.1. Norske og nordiske studier med diagnosekriterier .....	19
3.2. Ikke-nordiske studier med diagnostiske kriterier .....	19
3.3. Nordiske studier som ikke bruker diagnosekriterier .....	19
3.4. Metodiske forbehold .....	20
3.5. Oppsummering og sammenlikning av resultater .....	20
Oppsummering av studier med diagnosekriterier .....	20
Forskjeller i utbredelse mellom land .....	21
Kjønnforskjeller .....	22
Alder .....	22
Oppsummerende kommentarer .....	22

4. Kultur og atferdsproblemer .....	29
5. Bruk av hjelpetjenester .....	32
5.1. Henvisninger til psykisk helsevern .....	32
5.2. Multisystemisk terapi og Parent Management Training - Oregon .....	32
5.3. De utrolige årene .....	33
5.4. Funksjonell familierapi og Multidimensional Treatment Foster Care.....	34
5.5. Barnevernsinstitusjoner og MultifunC .....	34
5.6. Oppsummering av bruk av helsetjenester og barnevern .....	34
6. Oppsummering og konklusjon.....	36
Referanser .....	37





## 1.1. Om rapporten

Denne rapporten ble utarbeidet på oppdrag av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), på bakgrunn av behovet for en kunnskapsoppsummering knyttet til omfanget av atferdsproblemer og atferdsforstyrrelser i Norge. Sammen med hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD) utgjør atferdsforstyrrelser den største gruppen av henvendelser til psykisk helsevern for barn og unge [1].

I rapporten vil flere ulike uttrykk bli benyttet for å omtale forskjellige områder av atferdsforstyrrelser i bred forstand. Dette inkluderer:

- **Eksternaliserende atferd:** Samlebetegnelse for atferd som er synlig for omgivelsene. Det inkluderer blant annet symptomer på atferdsforstyrrelser, ADHD og rusbruk. Eksternaliserende atferd står i motsetning til internaliserende atferd som kjennetegnes i større grad av følelsesmessige symptomer som nedstemthet og engstelse.
- **Atferdsforstyrrelser:** Refererer til den overordnede diagnostiske kategorien basert på diagnosekriteriene i DSM-IV og ICD-10. Det vil i denne rapporten ikke bli skilt strengt mellom atferdsforstyrrelser slik de er definert i de to forskjellige diagnosehåndbøkene.
- **Alvorlig atferdsforstyrrelse (Conduct disorder, CD):** Referer til en gruppe av atferdsforstyrrelser som kjennetegnes av voldelig og aggressiv atferd overfor mennesker og/eller dyr, ødeleggelse av eiendom, skulking og lovbrudd.
- **Opposisjonell atferdsforstyrrelse (Oppositional defiant disorder, ODD):** Referer til en bestemt form for atferdsforstyrrelse som kjennetegnes av sinneutbrudd, hyppige krangler med voksne og mangel på å følge voksnes ønsker og regler, men i mindre grad av aggressiv atferd.
- **Atferdsproblemer:** Refererer ikke til en diagnostisk kategori, men til eksternaliserende atferd som betegnes som problematisk og normbrytende. Disse atferdsproblemene kan være innenfor eller utenfor diagnostisk område.

## 1.2. Målsettingen med rapporten

Den overordnede målsettingen med denne rapporten er å sammenstille tilgjengelig informasjon om omfanget av atferdsforstyrrelser og atferdsproblemer blant barn og unge med et særskilt fokus på omfanget i Norge, samt å undersøke behandlingsgraden i Norge. Informasjonen som er sammenstilt består av publiserte vitenskapelige artikler fra tre hovedregioner: i) Norge og Norden, ii) Nord-Europa og iii) USA, Canada, New Zealand og Australia. Informasjon om omfanget av atferdsforstyrrelser vil kunne gi et utgangspunkt for å dimensjonere helsetilbudet til barn og unge med atferdsforstyrrelser [2], samt gi grunnlag for å vurdere hvilke forebyggingstiltak som er formålstjenlige i norsk sammenheng.

## 1.3. Innledning

De fleste barn og unge vil i løpet av oppveksten trosse sosiale normer og regler. Slik atferd anses som normativ [3] og er en del av den normalpsykologiske utviklingen. For en liten gruppe individer vil imidlertid omfanget av disse normbruddene være så betydelige og konsekvensene for dem selv eller omgivelsene medføre såpass stor lidelse eller nedsatt funksjonsevne at det karakteriseres som en psykisk lidelse. Psykiske lidelser blant barn og unge kjennetegnes hovedsakelig av forstyrrelser i individets atferdsmessige, tankemessige, mellommenneskelige eller psykologiske fungering sammenlignet med jevnaldrende (ICD-10; [4]). Atferdsforstyrrelser forstås i den forbindelse som vedvarende og gjentakende atferd som bryter med samfunnets normer og regler, og som avviker fra det man kan forvente på gjeldende alderstrinn, og som medfører lidelse eller nedsatt funksjonsevne.

Atferdsforstyrrelse ble først lansert som en atskilt diagnostisk kategori i 1965 (ICD-8), med en videre differensiering etter dette [5]. I diagnostisk sammenheng er det vanlig å skille mellom to hovedtyper av atferdsforstyrrelser: i) Alvorlig atferdsforstyrrelse (på engelsk «Conduct disorder», F.91.0-F91.2) og ii) opposisjonell atferdsforstyrrelse («Oppositional defiant disorder», F91.3), som begge kjennetegnes av atferdsmessig problematisk fungering. Hva som

forstås som problematisk atferd vil variere i henhold til alder og situasjonelle faktorer; man vil for eksempel ha forskjellige forventninger til en tenåring enn til et yngre barn, og man har andre forventninger til barn i barnehagen enn til skoleelever. Alvorlig atferdsforstyrrelse kjennetegnes av klare normbrudd samt alvorlige antisosiale og aggressive handlinger. Opposisjonell atferdsforstyrrelse kjennetegnes i større grad av trass, ulydighet og provoserende atferd, uten uttalt fysisk aggressiv og utagerende atferd [3]. Alvorlig atferdsforstyrrelse anses som den mest alvorlige lidelsen, mens opposisjonell atferdsforstyrrelse kan forstås som tidlige symptomer (prodrom) på alvorlig atferdsforstyrrelse [6]. Både diagnosen alvorlig atferdsforstyrrelse og opposisjonell atferdsforstyrrelse stilles i Norge på bakgrunn av kriteriene i *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (ICD-10; se tabell 1 for spesifikke kriterier). I henhold til kriteriene kan man bruke disse diagnostiske kategoriene ved alle aldre [4], men det er uvanlig å stille diagnosen alvorlig atferdsforstyrrelse på barn under 4 år og etter fylte 18 år [7].

I forskningsøyemed er den amerikanske diagnosemanualen *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM; [8]) mer brukt enn ICD. Kriteriene i DSM-IV og ICD-10 stemmer godt overens med hverandre, men skiller seg på enkelte punkt. I ICD-10 ansees opposisjonell atferdsforstyrrelse som en undergruppe av «atferdsforstyrrelser», og ikke som en separat diagnosekategori [7]. Videre vektlegger ICD-10 sosialiseringaspektet i større utstrekning enn DSM-kriteriene gjør. Begge diagnosesystemene vektlegger derimot at man ikke kan bli diagnostisert med både opposisjonell atferdsforstyrrelse og alvorlig atferdsforstyrrelse samtidig [4, 8].

Det er utviklet en rekke kartleggingsverktøy, både spørreskjema og strukturerte diagnostiske intervju, som inkluderer vurderinger av atferdsproblemer og atferdsforstyrrelser. Disse benyttes både i forskning og klinisk sammenheng, og avhengig av aldersgruppen er de basert på selvrappport, foreldre-rappport og/eller lærerrappport. De hyppigst brukte kartleggingsverktøyene er beskrevet i tabell 2.

## 1.4. Dimensjonal og kategorisk forståelse av atferdsforstyrrelser

Det kan være formålstjenlig å skille mellom en utviklingspsykologisk og en medisinsk-diagnostisk tilnærming til atferdsproblemer [3]. Dette er ikke gjensidig utelukkende forståelser, men forskjellige måter å beskrive atferdsproblemer på. Om man benytter en utviklingspsykologisk tilnærming vektlegger man en dimensjonal forståelse, mens en medisinsk-diagnostisk

tilnærming vektlegger en kategorisk forståelse slik at en skiller mellom de som har og de som ikke har patologiske atferdsproblemer.

Som for andre psykiske lidelser betegner atferdsforstyrrelser et avvik fra det som anses som normativt. Graden av normativ og moralsk vurdering er kanskje særlig fremtredende i atferdsforstyrrelser, da disse eksplisitt omhandler brudd på sosiale og samfunnsmessige spilleregler [3]. Ettersom normbrudd til en viss grad anses som en del av den normalpsykologiske utviklingen, må nivået av atferdsproblemer og en eventuell atferdsforstyrrelse forstås langs et kontinuum fra lite til mye. Videre vil også forståelsen av hvilken atferd som oppfattes som problematisk være avhengig av situasjonell kontekst og sosiokulturelle faktorer. Dette byr på særskilte utfordringer når man skal beregne og sammenligne andelen av barn og unge som har en atferdsforstyrrelse. Disse utfordringene kan bli spesielt fremtredende om man benytter kartleggingsverktøy som er utviklet og kalibrert i andre samfunn og kulturer – slik som ofte er tilfelle i nordiske forskningsstudier.

## 1.5. Konsekvenser av atferdsforstyrrelser

Det er vanlig å skille mellom atferdsforstyrrelser som oppstår før fylte 10 år (childhood-onset) og etter fylte 10 år (adolescent-onset) [9]. Forskningsfunn tyder på at dette er en meningsfull distinksjon når det gjelder symptomenes alvorlighetsgrad, utvikling av atferdsforstyrrelsen, relativ utbredelse blant jenter og gutter, samt grad av komorbiditet og risiko for langvarige negative konsekvenser [10]. Blant barna med tidlig debut er gutter i større grad overrepresentert, og prognosen er generelt dårligere. Man finner også større avvik i nevrokognitiv fungering, sosiale relasjoner og familieforhold i gruppen med tidlig debut.

Flere studier har sett på langtidskonsekvenser og funnet at voksne som fikk diagnosen atferdsforstyrrelse da de var yngre har en økt risiko for senere rusmisbruk [11], antisosial personlighet [12], kriminell atferd [13], lavere utdanning [14], løs arbeidslivstilknypning [15] angst, depresjon og annen psykopatologi, samt psykososiale vansker [12, 13]. Når det gjelder psykososiale vansker har det blant annet blitt rapportert om en sammenheng mellom atferdsproblemer og senere vansker i nære relasjoner og oppdragelse av egne barn [16]. Man har også funnet en overdødelighet i voksen alder blant barn og unge med normbrytende atferd [17-19].

## 1.6. Utbredelse av atferdsforstyrrelser

Det er store variasjoner i det beregnede omfanget av atferdsforstyrrelser. De fleste internasjonale befolkningsbaserte studier plasserer omfanget av alvorlige atferdsproblemer mellom 5 og 10 % for aldergruppen 8-16 år [20], mens en nylig publisert oppsummeringsartikkel anslår utbredelsen av alvorlig atferdsforstyrrelse til 3 % i Europa [21]. Utbredelsen av atferdsforstyrrelser varierer med kjønn og alder. Generelt er atferdsproblemer og atferdsforstyrrelser mer vanlig blant eldre barn enn blant yngre barn [22, 23], og mer vanlig blant gutter enn blant jenter. Overrepresentasjonen av gutter er spesielt stor dersom man kun ser på alvorlig atferdsforstyrrelse. Omlag 2,5 ganger så mange gutter som jenter har alvorlig atferdsforstyrrelse [23]. Gutter ser også ut til å ha mer alvorlige symptomer enn jenter. For opposisjonell atferdsforstyrrelse, ser ikke kjønnsforskjellen ut til å være så markert, og det er mulig at det ikke er betydningsfulle kjønnsforskjeller å finne i denne gruppen.

De fleste befolkningsbaserte studier stammer fra land utenfor Norden. Når det gjelder studier fra Norge og Norden finner man ofte at omfanget av atferdsforstyrrelser er noe lavere enn ellers i den vestlige verden. Det finnes flere mulige forklaringer på dette. Man kan tenke seg at slike forskjeller oppstår på grunn av ulike metoder i studiene (måten informasjonen ble samlet inn på, utvalget som ble undersøkt) [24], kulturelle forskjeller i hva en aksepterer, eller at det faktisk er reelle forskjeller i omfanget av disse forstyrrelsene. Heiervang og medarbeidere har

argumentert for det sistnevnte, og konkluderte med at det trolig er en reell forskjell mellom land i Norden og andre vestlige land [25].

## 1.7. Måling av atferdsforstyrrelser – informantens rolle

Både i forskning og klinisk sammenheng stilles ofte diagnoser blant barn og unge ved å innhente informasjon fra flere kilder – hyppigst som en kombinasjon av selvrappport, foreldrerappport og/eller lærerrappport [26]. Det har i den sammenheng blitt pekt på at det er lite overlapp mellom forskjellige informanter og lav samvariasjon [27]. En norsk studie fra 2009 fant også liten grad av samsvar mellom lærerrappport og foreldrerappport av symptomer på opposisjonell atferdsforstyrrelse [28]. Selv om lærere og foreldre ikke rapporterte det samme, fant man imidlertid at når foreldrene rapporterte symptomer på opposisjonell atferdsforstyrrelse, rapporterte lærerne psykososiale vansker på andre områder. Dette mønsteret ble observert uavhengig av om lærerne rapporterte om symptomer på atferdsforstyrrelse [28]. En annen norsk studie fant høyere samsvar mellom foreldre- og lærerrappport for eksternaliserende atferd hos gutter enn for eksternaliserende atferd hos jenter, og høyere enn for internaliserende atferd hos begge kjønn [29].

Årsakene til at man i enkeltstudier finner dårlig samsvar mellom forskjellige kilder kan delvis forklares av at barn og unges atferd varierer mellom forskjellige kontekster, samtidig som forventningene



fra omgivelsene varierer [30]. Det har også blitt foreslått at individuelle forhold og systematiske misoppfatninger hos den som rapporterer kan være medvirkende. Eksempler på dette kan være konflikt mellom lærer og barnet som skal vurderes eller større evne til innlevelse overfor barn av samme kjønn som en selv [29]. Det er likevel lite sannsynlig at atferd som for eksempel foreldre anser som problematisk egentlig er normalatferd som blir feiltolket som patologisk [30].

I tillegg til utfordringene knyttet til variasjoner i atferd og forventninger fra omgivelsene, finnes det ikke en generell overenstemmelse for hvordan informasjon fra forskjellige kilder skal kombineres [10]. I hovedsak finnes det to tilnærminger som benyttes – en konjunktiv (og-regel) og en disjunktiv (eller-regel). I den konjunktive tilnærmingen blir informa-

sjon fra forskjellige kilder slått sammen etter fastsatte regler og vektet opp mot hverandre for å avgjøre hvorvidt en atferdsforstyrrelse finnes eller ikke. Ved en disjunktiv tilnærming, derimot, er det tilstrekkelig at én av kildene har omtalt symptomene beskrevet i diagnosekriteriene for å stille diagnosen. I en klinisk sammenheng vil dette trolig har mindre betydning, da man i en utredningsfase kan etterspørre mer informasjon fra individet selv, samt fra foreldre og skole. Man vil dessuten ha fordelen av å gjøre kliniske vurderinger basert på samtaler og observasjon. I forbindelse med forskning og befolkningsstudier, vil valg av tilnærming trolig ha større konsekvenser, særlig om man ønsker å si noe om omfanget av atferdsforstyrrelser i utvalget.

**Tabell 1.** ICD-10 kriteriene for atferdsforstyrrelser.

---

### **F91 Atferdsforstyrrelser**

Forstyrrelse kjennetegnet ved gjentatt og vedvarende dyssosial, aggressiv eller utfordrende atferd med klare brudd på sosiale forventninger og normer i forhold til alderen. Atferdsforstyrrelsen er mer alvorlig enn vanlige barnestrekker eller opprørstrang i ungdomsårene. Atferdsmønsteret varer ved over tid (seks måneder eller mer). Symptomer på atferdsforstyrrelser kan også være symptomatiske for andre psykiatriske tilstander, som i så fall får diagnostisk forrang.

Eksempler på atferd som diagnosen baseres på, omfatter uttalt slåssing eller tyrannisering, grusomhet overfor andre mennesker eller dyr, alvorlig ødeleggelsestrang, ildspåsettelse, stjeling, gjentatt lyving, skoleskulking eller rømming, uvanlig hyppige eller alvorlige raserianfall og ulydighet. Hvis disse atferdstrekkene er markerte, er hvert av dem tilstrekkelige for å stille diagnosen, mens enkeltstående dyssosiale handlinger ikke er nok.

**F91.0 Atferdsforstyrrelser begrenset til familien** Atferdsforstyrrelse med dyssosial eller aggressiv atferd (og ikke bare opposisjonell, trassig, nedbrytende atferd), der den avvikende atferden er helt eller nesten helt, begrenset til hjemmet og samspillet med kjernefamilien eller husstanden. Forstyrrelsen må oppfylle kriteriene for F91.-, da alvorlige forstyrrelser i foreldre-barn-forholdet alene ikke er tilstrekkelig for å stille denne diagnosen.

**F91.1 Usosialisert atferdsforstyrrelse** Forstyrrelse kjennetegnet ved kombinasjon av vedvarende dyssosial eller aggressiv atferd (oppfyller kriteriene for F91.-, og består ikke bare av opposisjonell, trassig eller nedbrytende atferd) med betydelig og gjennomgripende forstyrrelse av forholdet til andre barn.

**F91.2 Sosialisert atferdsforstyrrelse** Atferdsforstyrrelse med vedvarende dyssosial eller aggressiv atferd (oppfyller kriteriene for F91.- og omfatter ikke bare opposisjonell, trassig eller nedbrytende atferd) hos barn som i alminnelighet er godt integrert med sine jevnaldrende.

**F91.3 Opposisjonell atferdsforstyrrelse** Atferdsforstyrrelse, vanligvis hos yngre barn, primært kjennetegnet ved markert trass, ulydighet, nedbrytende atferd som ikke omfatter kriminelle handlinger eller mer ekstreme former for aggressiv eller dyssosial atferd. De overordnede kriteriene for F91.- må være oppfylte. Alvorlige barnestrekker eller ulydighet er ikke alene tilstrekkelig for å stille denne diagnosen. Kategorien skal brukes med forsiktighet, særlig for større barn, fordi kliniske atferdsforstyrrelser vanligvis innebærer dyssosial eller aggressiv atferd som er mer enn ulydighet, trass eller fiendtlighet.

### **F91.8 Andre spesifiserte atferdsforstyrrelser**

### **F91.9 Uspesifisert atferdsforstyrrelse**

---

Kilde: Helsedirektoratet [31].

**Tabell 2.** Oversikt over hyppig brukte kartleggingsverktøy som inkluderer mål på atferdsforstyrrelser og atferdsproblemer.

Spørreskjema	Strukturerte intervju
• Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) [32]	• Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) [38]
• Conduct Disorder Rating Scale (CDRS) [33]	• The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) [39]
• Behavior Problem Checklist (BPC) [34]	• Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA) [40]
• Early Delinquency Scale (EDS) [35]	• Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia expanded (K-SADS) [41]
• Child Behaviour Checklist (CBCL) [36]	
• Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) [37]	

## 1.8. Risikofaktorer og individuell variasjon i atferdsproblemer

I og med at atferdsproblemer representerer brudd på normer, er de preget av kulturen man befinner seg i. Likevel er det identifisert flere faktorer som fører til at risikoen for atferdsproblemer og utvikling av atferdsforstyrrelser er høyere hos noen barn enn hos andre. Dette inkluderer både individuelle faktorer, familiefaktorer og sosiodemografiske faktorer. For disse faktorene er det trolig et utall av forskjellige konstellasjoner som vil føre til økt risiko, og det er foreløpig ikke påvist at én enkelt faktor forårsaker atferdsforstyrrelser. Likefullt er identifisering av mulige årsaker til utviklingen av atferdsforstyrrelser og samspillet mellom disse viktige bidrag for vår forståelse av variasjoner i utbredelse, individuelle utviklingsforløp, prognose og utviklingen av adekvate hjelpetiltak.

### Hvordan skille mellom miljøfaktorer og genetiske faktorer?

Risikoen for atferdsproblemer synes å være påvirket av genetisk sårbarhet [42, 43]. Forskning på adoptivbarn, og på eneggede og toeggede tvillinger har lenge vært viktig for å forstå i hvilken grad individuelle forskjeller i en befolkning kan knyttes til forskjeller i genetikk og miljø. Man kan skille mellom genetiske og miljømessige effekter ved å sammenligne eneggede og toeggede tvillingpar. Man tar utgangspunkt i at toeggede tvillingpar deler 50 % av de genene som er forskjellige i befolkningen, mens eneggede tvillingpar er genetisk like, og at foreldre ikke systematisk forskjellsbehandler tvillingene. Dersom eneggede tvillinger er likere hverandre enn toeggede tvillinger, tyder det på at det finnes genetiske variasjoner som påvirker tilbøyeligheten til atferdsproblemer, for eksempel via gener som påvirker temperament, personlighet og impuls kontroll. Videre kan miljømessige forhold splittes opp i delt miljø og ikke-delt miljø. Delt miljø omfatter forhold som gjør tvillingene likere hverandre, slik som familjemiljø, oppdragsstil, sosial klasse eller nabolag. Ikke-

delt miljø omfatter derimot forhold som gjør at den ene tvillingen utvikler atferdsproblemer mens den andre ikke gjør det. Det er verdt å merke seg at det at sårbarhet for å utvikle en lidelse er arvable, i de aller fleste tilfeller ikke betyr at lidelsen ikke kan forebygges eller behandles.

### Genetiske faktorer og miljøfaktorer i atferdsforstyrrelser

For de fleste psykiske lidelser forklares betydelige deler av den individuelle variasjonen av genetiske faktorer, mens ikke-delt miljø også har stor betydning [44]. Ved atferdsforstyrrelser spiller genetiske faktorer en betydelig rolle og forklarer om lag 40-50 % av den individuelle variasjonen [45-48]. Atferdsproblemer skiller seg ut fra andre psykiske lidelser ved at delt miljø (familiemiljø) later til å spille en viktigere rolle enn ved de fleste andre psykiske lidelser. En rekke studier beregner at delt miljø forklarer 20-30 % av variasjonen i atferdsproblemer [45, 47, 48]. Effektene av delt miljø synes å være størst i barne- og ungdomsårene [46, 47]. Som ved andre psykiske lidelser blir dette mindre viktig i voksen alder [49]. Av konkrete delte miljøfaktorer er både sosioøkonomisk status og nabolag etablert som risikofaktorer [50, 51]. Det har blitt vist at alvorlig atferdsforstyrrelse og opposisjonell atferdsforstyrrelse har de samme risikofaktorene [52]. Mens fattigdom har sterkest sammenheng med atferdsforstyrrelser [52], kan også psykopatologi hos foreldrene og en kald oppdragsstil, hard og inkonsistent disiplinering og misbruk være av betydning [52]. Patterson og medarbeidere har foreslått en modell hvor en autoritær oppdragsstil fører til en negativ spiral – dersom forelderens atferd for eksempel er preget av kommandering og deres egen emosjonelle tilstand, kan det øke graden av normbrytende atferd hos barnet [53, 54]. Selv om forelderens oppdragsstil kan være påvirket av barnets atferdsproblemer, vil en autoritær eller emosjonelt styrt oppdragsstil være med på å opprettholde og forverre atferdsproblemene. Videre er det mye som tyder på at barnets emosjonelle tilknytning til foreldrene er av betydning. Man har

blant annet funnet at en desorganisert tilknytning øker risikoen for alvorlig atferdsforstyrrelse [55]. Det å være vitne til krangling, konflikter i foreldrenes samliv og partnervold synes også å øke graden av aggressivitet blant barn og unge [56, 57]. Eley og medarbeidere (2003) mener at de aggressive, antisosiale delene av atferdsproblemer i hovedsak er genetisk betinget, mens de ikke-aggressive komponentene i større grad er et uttrykk for miljøeffekter [47].

### **Samspill mellom gener og miljø**

Kunnskap om at utviklingen av atferdsproblemer til en viss grad er genetisk eller miljømessig betinget er i seg selv ikke tilstrekkelig – man trenger også kunnskap om samsillet mellom genetisk og miljømessig sårbarhet. Dette kan i større grad muligjøre riktig identifisering og tilrettelegging av nødvendige forebyggende tiltak og hjelpetiltak. Det er vanlig å anta at det er et samspill mellom genetiske og miljømessige faktorer, altså at genetiske faktorer har ulik effekt i forskjellige miljøer [58]. Blant annet har adopsjonsstudier vist at negativ miljøpåvirkning har sterkest effekt på individer som er genetisk disponert for atferdsproblemer [48]. En tvillingstudie fant blant annet en interaksjon mellom genetisk sårbarhet og mishandling. Mishandlede barn med høy genetisk sårbarhet hadde en 24 % økt risiko for alvorlig atferdsforstyrrelse, sammenlignet med 2 % økt risiko blant barn med lav genetisk sårbarhet [59].

Den miljømessige risikoen er ikke likt fordelt mellom sosiale grupper. Det har vist seg at viktigheten av genetiske og miljømessige faktorer varierer mellom sosiale grupper når det gjelder atferdsproblemer [60]. Dette er et eksempel på et samspill mellom arv og miljø. Eksempelvis viste det seg i en studie av Tuvblad og medarbeidere (2006) at genetiske faktorer spilte en større rolle i familier med høy sosioøkonomisk status enn i familier med lav [60]. Delt miljø spilte en større rolle i familier med lav sosioøkonomisk status. Tilsvarende spilte genetiske faktorer en større rolle i nabolag med lavt etnisk mangfold, mens delt miljø var av stor betydning i områder med høyt etnisk mangfold. Tuvblad og medarbeidere (2006) tolker dette innenfor Raine's «social push perspective» [60] på følgende måte: I miljøer med høy sosioøkonomisk status vil det ikke være mange sosiale risikofaktorer som «dytter» barn og ungdom i retning atferdsproblemer. Dermed gjenstår det i disse gruppene hovedsakelig genetiske risikofaktorer som forklarer hvorfor noen utvikler atferdsproblemer mens andre ikke gjør det. I miljøer med lavere sosioøkonomisk status vil det imidlertid være en rekke miljømessige risikofaktorer som til en viss grad vil maskere den genetiske variasjonen i risiko, samtidig som foreldre og skole spiller en større rolle i å forhindre at atferdsproblemene får utvikle seg. Tilsvarende vil det i etnisk homogene miljøer

være mindre forskjeller mellom familiene, mens det i etnisk heterogene miljøer vil være større variasjon i hjemmemiljø, kultur og normer, som dermed spiller en større rolle. Tuvblad og medarbeidere anbefaler på bakgrunn av disse resultatene forskjellige intervensjoner i forskjellige grupper. I etnisk homogene miljøer og miljøer med høy sosioøkonomisk status anbefales individrettede intervensjoner, mens det i etnisk heterogene miljøer og i miljøer med lav sosioøkonomisk status anbefales å legge en større vekt på gruppetiltak. Eksempelvis har det vist seg at det å redusere fattigdom kan redusere forekomsten av atferdsproblemer [61].

### **1.9. Sammenheng mellom atferdsproblemer og andre psykiske lidelser (komorbiditet)**

Det er viktig å kartlegge om barn med atferdsforstyrrelser også har andre psykiske lidelser, da flere lidelser på en gang ofte indikerer en større funksjonsnedsettelse [6]. Barn med atferdsforstyrrelser har andre psykiske lidelser langt oftere enn barn og unge uten atferdsforstyrrelser [62]. En studie av Nock og medarbeidere (2006) viser at dette gjelder alle psykiske lidelser, med unntak av agorafobi [63]. Sterkest er sammenhengen med andre impulsforstyrrelser og med rusmisbruk [63].

Når det gjelder tall fra Norden, fant Lehto-Salo og medarbeidere (2009) i en undersøkelse av finske ungdommer at hele 73 % av jentene og 46 % av guttene med en atferdsforstyrrelse (CD eller ODD) også hadde hatt en angst- eller depresjonslidelse i løpet av livet, mens henholdsvis 50 % og 35 % hadde en slik nåværende lidelse [64]. Blant de som deltok i studien hadde 63 % av jentene og 27 % av guttene med en atferdsforstyrrelse misbrukt rusmidler, inkludert alkohol. Det var også høy forekomst av selvmordstanker (henholdsvis 60 % og 22 %). Disse tallene er langt høyere enn for befolkningen for øvrig. Som tallene viser er komorbide tilstander vanligere blant jenter med atferdsforstyrrelse enn blant gutter [6]. Dette er et mønster som går igjen ved flere tilstander, hvor kjønnen med lavest prevalens også har den største graden av komorbiditet [65].

Andre studier har også funnet stor grad av komorbiditet: I en oppsummeringsstudie viser Rhee og Waldman (2009) at ungdommer med atferdsforstyrrelser også har depresjon i mellom 20 og 80 % av tilfellene, mens om lag halvparten har misbrukt rusmidler [48]. Videre opptre CD og ADHD sammen i 30-50 % av tilfellene. Dette er langt vanligere enn i befolkningen generelt [66]. Komorbiditeten er større ved CD enn ved ODD, og utviklingsforløpet ser ut til å være mer alvorlig dersom komorbid ADHD er tilstede [6]. Eksempelvis vil

ODD oftere utvikle seg til CD dersom barnet også har ADHD [6].

Mulige forklaringer på denne opphopningen av psykiske lidelser kan være at de samme risikofaktorene leder til flere lidelser, eller at en lidelse øker faren for å få en annen [62]. Det er i tillegg noe overlapp mellom diagnosekriteriene for CD/ODD og andre lidelser, noe som i seg selv vil resultere i komorbiditet, blant annet med ADHD, visse angstlidelser og depresjon. Dessuten henger fattigdom og problemer i familien sammen med en lang rekke psykiske lidelser, samtidig som felles arvbarhet for forskjellige lidelser er påvist [45, 48]. Felles arvbarhet later til å være særlig viktig for komorbiditeten mellom atferdsforstyrrelser og andre eksternaliserende lidelser, mens miljøforhold i større grad forklarer sammenhengen mellom atferdsforstyrrelser og depresjon [48]. I tillegg kan den sterke komorbiditeten skyldes at en lidelse representerer et tidlig stadium av en annen [62].

Barn med atferdsforstyrrelser (CD/ODD) har også oftere enn andre vansker på skolen. I den overnevnte finske studien av Lehto-Salo og medarbeidere hadde 25 % av jentene og 57 % av guttene lesevansker, mens 48 % av jentene og 41 % av guttene hadde vanskeligheter med matematikk [64]. Studier fra andre deler av verden har også vist et lavere evnenivå blant barn med atferdsforstyrrelser [52, 67]. Det er likevel usikkert om dette gjenspeiler et faktisk lavere evnenivå eller tilstedeværelse av konsentrasjonsproblemer under testing [68].

I voksen alder har personer med CD som barn en økt risiko for å utvikle antisosial personlighetsforstyrrelse [6], med anslått risiko på 40-75 % [12, 69]. Det er derfor mulig at forebygging av atferdsproblemer på sikt også kan forebygge tilfeller av denne personlighetsforstyrrelsen.



# 2 Systematisk litteratursøk: metodisk tilnærming

## 2.1. Datautvelgelse

Prevalensestimaterne inkludert i denne rapporten er basert på en tredelt systematisk tilnærming: i) initielle søk for å etablere søkekriterier, ii) søk i flere databaser basert på de etablerte søkekriteriene, og iii) gjennomlesning av referanselistene til de inkluderte studiene for supplerende studier (ancestry-metoden [70]). I tillegg ble 3 artikler inkludert etter anbefaling fra eksterne fagfeller.

Initielle søk ble foretatt i PubMed-databasen. Basert på disse søkene ble det etablert en liste med nøkkelord knyttet til atferdsvansker og prevalens som skulle inngå i søkene (se tabell 3 for liste over søkeord). Dette inkluderte også begrensning i populasjonens alder basert på beskrivende termer som for eksempel «childhood» og «adolescence».

Søkene ble gjennomført i databasene PubMed, ISI Web of Knowledge, ERIC og PsycINFO, og begrenset tilbake i tid til 1980 (introduksjonen av DSM-III). De systematiske søkene ble utført i flere omganger: Først for Norge, så for Norden (utenom Norge), Nord-Europa (inkluderer Storbritannia, Frankrike, Tyskland, Belgia, Luxembourg, Nederland) og sentrale engelskspråklige land utenfor Europa (USA, Canada, New Zealand og Australia).

Basert på disse søkene ble totalt 4109 artikler identifisert, hvorav 3698 var unike treff (se Figur 1). Titlene og sammendragene (abstractene) til de 3698 artiklene ble gjennomlest av en av forfatterne og forkastet om de ikke omtalte atferdsvansker og mulige prevalenser.

Et tilfeldig utvalg av sammendragene ble gjennomlest av begge forfatterne for å undersøke inter-rater-reliabiliteten. Overenskomsten var initielt på  $\kappa 0.79$  for hele utvalget, og økte etter diskusjon og avklaring (adjudikering) til  $\kappa 0.94$  for hele utvalget, og perfekt ( $\kappa 1.0$ ) for Norge og Norden. Basert på gjennomlesning av tittel og sammendrag ble mesteparten av artiklene forkastet, og 347 artikler ble værende igjen i utvalget.

For gjennomlesning av de gjenværende 347 artiklene ble følgende kriterier benyttet for utvalgelse: A. For artikler basert på norske eller nordiske studier:

- Utvalget måtte være befolkningsbasert.
- Informasjon om type utvalg, måleinstrument og prevalenstall på atferdsforstyrrelser/problemer måtte være beskrevet.
- Prevalenstall basert på både spørreskjema og diagnostisk intervju ble inkludert.

**Tabell 3.** Oversikt over søkekriterier benyttet i denne rapporten.

Søkeord atferdsforstyrrelser	Søke ord aldersgruppe	Søkeord prevalens
ODD	pre-school	prevalence
CD	adolescence <sup>a</sup>	occurrence
oppositional defiant disorder	child <sup>a</sup>	epidemiology of
conduct disorder	early life	
mental disorder	school-aged	
psychiatric disorder		
externalizing behavior problems		
juvenile delinquent offending		
disruptive behavior		
antisocial behavior		
problem behavior <sup>b</sup>		

<sup>a</sup> Inkluderer også varianter av dette søkeordet (for eksempel "child" og "children").

<sup>b</sup> Søkeordet ble kun inkludert i søkene i Norden for å fange opp flest mulig relevante artikler i denne regionen.

B. For artikler basert på nord-europeiske eller andre vestlige land:

- Utvalget måtte være befolkningsbasert.
- Informasjon om type utvalg, måleinstrument og prevalenstill på atferdsforstyrrelser (basert på DSM- eller ICD-kriterier for CD eller ODD) måtte være beskrevet.
- Prevalenstillene måtte være basert på diagnostiske intervju.

Hvis det så ut som prevalens kunne beregnes ut i fra informasjon gitt i artikkelen ble dette ansett som å tilfredsstillte kriteriene.

En forfatter leste igjennom samtlige 347 artikler. Samtlige norske og nordiske artikler, samt et tilfeldig utvalg av artiklene utenfor Norden ble gjennomlest av begge forfatterne for å etablere interrater-reliabiliteten på nytt. I denne utvelgelsesfasen var overenskomsten perfekt ( $\kappa 1.0$ ). I tillegg ble samtlige av artikler hvor det var uklart hvorvidt informasjonen som var tilgjengelig tilfredsstillte inklusjonskriteriene gjennomlest av begge, og relevante artikler ble inkludert ved overenskomst mellom forfatterne. Basert på de forhåndsvalgte kriteriene ble 299 forkastet, mens 48 tilfredsstillte inklusjonskriteriene. De gjenværende studiene ble nå ansett som inkluderte, og referanselisten i hver artikkel ble gjennomlest for å identifisere potensielle studier med relevant prevalensinformasjon. Dette resulterte i inklusjon av 5 nye artikler. I tillegg ble 3 artikler inkludert etter anbefaling fra eksterne fagfeller. Totalt ble 56 studier med prevalenstill inkludert i denne rapporten.

## 2.2. Fremstilling av data

Prevalenstillene basert på DSM eller ICD-kriterier fra de inkluderte artiklene er presentert i tre ulike tabeller, en for Norge og Norden, og en for Nord-Europa og en for resten av verden.

Informasjonen som ble hentet ut fra Norge og Norden var mest omfattende og inkluderer følgende:

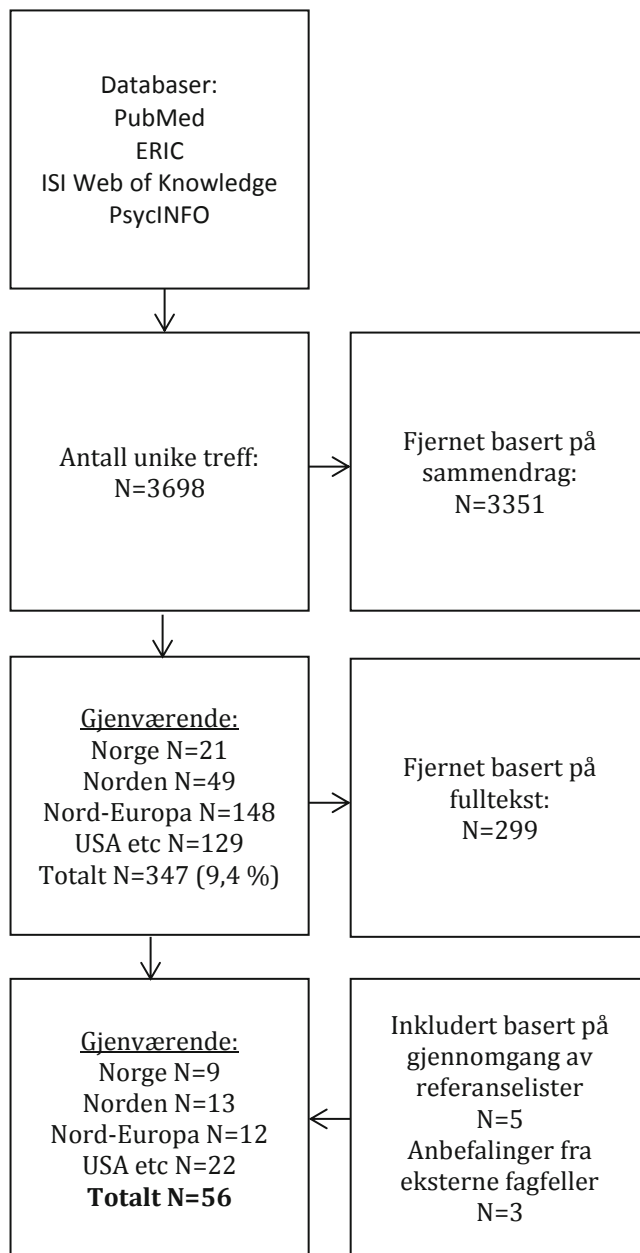
- Forfatter og årstall for publikasjon
- Land
- Type utvalg
- Utvalgsstørrelse
- Alder (gjennomsnitt eller aldersgruppe)
- Diagnosekriterier eller definisjon benyttet
- Type informasjon som ble benyttet som grunnlag for prevalenstillene
- Informant (selvrapport, foreldrerapport eller lærer-rapport)
- Prevalensestimaterne, fordelt på gutter og jenter hvor aktuelt

Informasjonen som ble hentet ut fra resten av verden begrenset seg til:

- Forfatter og årstall for publikasjon
- Land
- Utvalgsstørrelse
- Alder (gjennomsnitt eller aldersgruppe)
- Prevalensestimater, fordelt på gutter og jenter hvor aktuelt

Studier som bruker kontinuerlige mål på atferdsproblemer er ikke tatt med, da de ikke vil gi noen prevalens. Studier som kategoriserer deltagere på bakgrunn av persentilskårer (typisk topp 10 %) er heller ikke tatt med, da prevalensen i slike studier per definisjon er bestemt på forhånd til å være omtrent 10 %.





**Figur 1.** Oversikt over litteratursøk

# 3 Resultater av systematisk litteratursøk

Dette kapitlet presenterer resultatene av den systematiske litteraturgjennomgangen. Resultatene er i hovedsak gjengitt slik de står oppført i de forskjellige artiklene. Det kan være svakheter og uklarheter knyttet til enkelte av resultatene som er gjengitt her. Det er i denne rapporten ikke plass til å diskutere metoden i hver enkel studie. For å kunne gi estimater samlet for gutter og jenter har vi noen steder vært nødt til å ta gjennomsnittet av prevalensen for gutter og jenter. Likeledes har vi noen steder summert ODD og CD for å komme fram til en totalprevalens, med mindre artiklene gjør klart at de har fraveket fra regelen om at ODD ikke kan settes dersom CD er tilstede. Da har vi kun regnet ut totalen dersom overlappet er oppgitt. Resultatene vi har regnet ut selv er merket. Utvalget av studier som ligger til grunn for ODD- og CD-prevalensene er noe forskjellige fordi ikke alle de inkluderte studiene har målt begge diagnosene.

## 3.1. Norske og nordiske studier med diagnosekriterier

Tabell 4 (side 23) oppsummerer prevalensene av opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD) og alvorlig atferdsforstyrrelse (CD) i Norge og andre nordiske land. Kun studier som benytter ICD- eller DSM-kriterier, og som er befolkningsrepresentative, er tatt med i tabell 4.

Som vi ser av tabell 4 er det stor variasjon i forekomst av atferdsforstyrrelser mellom de forskjellige studiene, med en spennvidde fra 1,0 % til 2,8 % for utbredelsen av ODD og fra 0,3 % til 10,0 % når det gjelder CD (dog i forskjellige aldersgrupper). Det geometriske gjennomsnittet i prevalens er 1,8 % for ODD og 1,7 % for CD. Det er flere studier som kun estimerer prevalens for CD. Derfor er det et lavere antall studier som kan gi totalprevalens for atferdsforstyrrelser. Ettersom enkelte studier med høy prevalens av CD ikke gir totalprevalens, blir gjennomsnittlig totalprevalens for atferdsforstyrrelser lavere enn summen av ODD og CD når man tar utgangspunkt i de som oppgir totalprevalens. Vi vurderer derfor at det beste estimatet av gjennomsnittet for totalprevalens er summen av CD og ODD, altså 3,5 %. På samme måte er det geometriske gjennomsnittet for gutter en utbredelse av ODD på 2,2 %, og for CD 2,6 % (og en

sum på 4,8 %). For jenter er gjennomsnittet av ODD 1,1 %, og CD 0,9 % (med en sum på 2,0 %). Videre ser vi at utbredelsen av atferdsproblemer er større i Oslo enn andre steder i landet. To studier har egne utvalg for Oslo, og begge disse ligger betydelig høyere enn gjennomsnittet i de andre studiene. Dette kan indikere at forskjellen er reell. Også undersøkelser av andre psykiske lidelser har vist at psykiske lidelser er mer utbredt i Oslo enn andre steder i landet [83, 84]. Generelt er det å bo i store byer en risikofaktor for psykiske lidelser [84-86].

## 3.2. Ikke-nordiske studier med diagnostiske kriterier

Tabell 5 (side 25) oppsummerer resultatene av befolkningsrepresentative europeiske studier som er funnet i litteratursøket, og som bruker diagnostiske intervjuer for å sette diagnoser på atferdsproblemer etter ICD- eller DSM-kriterier. Litteratursøket ga treff i Storbritannia, Tyskland og Nederland. Også her ser vi en stor spredning i resultatene. Mens utbredelsen av ODD varierer mellom 2,0 og 6,6 %, spenner estimatene for CD mellom 0,5 % og 8,7 %. Tabell 6 (side 26) oppsummerer resultatene fra ikke-europeiske engelskspråklige land. Det er her enda større spredning i estimatene. Dette viser seg primært ved at en del av studiene gir høye estimater for alvorlig atferdsforstyrrelse. Selv om mange av studiene også her finner prevalenser rundt 3-4 %, er det også en rekke studier med betydelig høyere anslag enn det dette.

## 3.3. Nordiske studier som ikke bruker diagnosekriterier

Resultatene av norske og nordiske studier som ikke bruker DSM- eller ICD-diagnosekriterier er oppsummert i tabell 7 (side 27). Tabellen viser de forskjellige kriteriene eller hendelsene som er observert og utbredelse av disse blant gutter, jenter og totalt.

Som tabellen viser har mange ungdommer ett eller flere tegn på atferdsproblemer. Enkelte av disse har en utbredelse på rundt 40 %. Flere av hendelsene utgjør ikke alvorlige normbrudd og er ikke

alene egnet til å definere en atferdsforstyrrelse. Dette gjenspeiler at det å ha enkelte tegn på trass, ulydighet og regelbrudd for mange vil være en del av en normal utvikling. Handlinger som skulking ligger rundt 20 %, mens lovbrudd og bruk av vold ligger rundt 10 %. Når det gjelder mer alvorlige handlinger som å stjele kjøretøy eller begå hærverk ligger forekomsten fra 1 til 3 %. Disse symptomene er altså omtrent like hyppige som det å ha en alvorlig atferdsforstyrrelse, men det er viktig å huske på at enkeltstående normbrudd, selv alvorlige, ikke er ensbetydende med en klinisk atferdsforstyrrelse. Selv om det ikke nødvendigvis er betydelig overlapp mellom atferdsproblemer av overnevnte type og diagnostiserbar atferdsforstyrrelse vil man forvente en betydelig overopphopping av atferdsproblemer blant de som utfører slike handlinger. Med tanke på kjønn ser vi igjen det samme mønsteret som i de foregående tabellene – alle tegnene på atferdsproblemer forekommer oftere blant gutter enn blant jenter. Utbredelsen av det å skulke skolen og symptomer på ODD som ikke når klinisk terskel er imidlertid nesten like høy blant jenter som blant gutter.

### 3.4. Metodiske forbehold

Studiene som er inkludert i denne rapporten har stor variasjon i metodisk tilnærming: de har benyttet seg av flere forskjellige datakilder, som igjen består av ulike befolkningsutvalg, diagnostiske verktøy, spørreskjema og analytiske beregninger for å komme frem til prevalenstall. For flere av studiene er det ikke redegjort for om man har tatt hensyn til samtlige av de diagnostiske kriteriene som danner grunnlaget for alvorlig atferdsforstyrrelse og opposisjonell atferdsforstyrrelse. I de fleste av de rapporterte studiene vil ikke alle kriteriene være med, og dermed vil algoritmene for identifisering av den diagnostiske gruppen kun representere en tillemping av diagnosekriteriene. Dette kan for eksempel gjelde grad av funksjonsnedsettelse eller kravet til varighet av problemene. Noen av studiene er derimot mer eksplisitte på hvordan man har operasjonalisert de diagnostiske kriteriene. Eksempelvis er Ung i Norge-undersøkelsen identifisering av alvorlig atferdsforstyrrelse basert på en tilnærming til DSM-kriteriene, og kravene til varighet og funksjonsnedsettelse er ikke vurdert [71, 74]. Variasjonen i hvordan man har fastsatt hva som skal tilfredsstillende en diagnose eller ikke i de forskjellige studiene vil ha betydning for prevalenstallene, og jo flere av de diagnostiske kriteriene man har valgt å se bort fra, jo mer sannsynlig er det at prevalensen er overestimert. Et annet forbehold er at utbredelsen av atferdsproblemer kan ha endret seg over tid og kan være lavere nå enn for 20 år siden [126]. På grunn av det begrensede antallet

studier per år kan vi imidlertid ikke stratifisere studiene etter undersøkelsestidspunkt. Søke- og inklusjonskriteriene kan også utgjøre en begrensning, ettersom det er mulig at andre metoder enn diagnostiske intervjuer kan gi gode prevalenstall, eksempelvis ved observasjon. Befolkningsbaserte observasjonsstudier er imidlertid sjeldne og inklusjon av disse ville ført til en enda større variasjon i metode. Derfor er prevalensstudiene som presenteres i denne rapporten ikke et fullstendig uttømmende utvalg, men basert på en systematisk tilnærming i valg av søke- og inklusjonskriterier. Befolkningsbaserte studier fra Norden har likevel blitt omtalt uavhengig av metode. Nettopp på grunn av den store variasjonen i metodiske tilnærminger er det vanskelig å ta hensyn til disse forholdene på en systematisk måte, og man bør derfor tolke de forskjellige estimatene med forsiktighet. Likefullt representerer disse studiene de mest pålitelige resultatene som er tilgjengelige, og en sammenstilling av studier som på ulike måter tilnærmer seg diagnosekriteriene for atferdsforstyrrelser vil gi resultater som vi kan stole på med rimelig sikkerhet.

### 3.5. Oppsummering og sammenlikning av resultater

#### Oppsummering av studier med diagnosekriterier

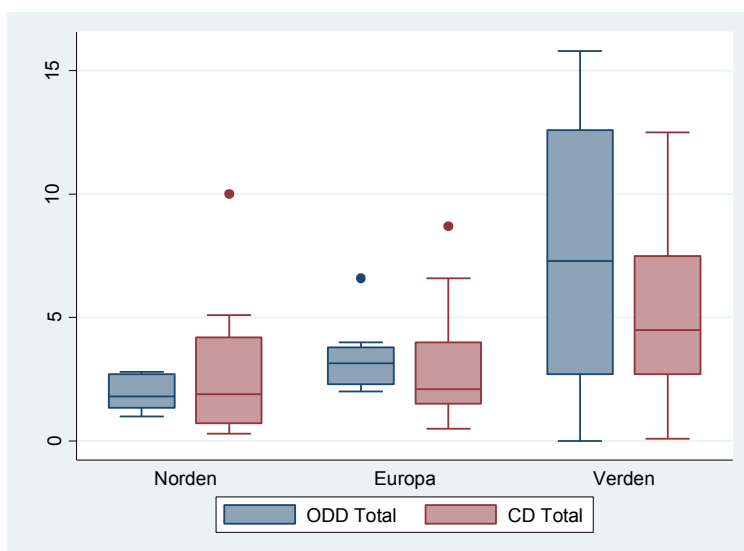
Tabell 8 (side 28) oppsummerer gjennomsnitt av prevalenser for gutter og jenter når det gjelder atferdsforstyrrelser i Norden, Europa og andre land. De nordiske studiene som ikke bruker diagnosekriterier er ikke tatt med her. Ettersom høye estimater i enkeltstudier kan ha en sterk innvirkning på det aritmetiske gjennomsnittet, kan dette bli kunstig høyt. Det geometriske gjennomsnittet er derimot mer robust mot statistiske uteliggere, slik også medianen er. Disse sentralitetsmålene gir derfor noe lavere, men trolig mer korrekte gjennomsnittsprevalenser. Vi har også oppgitt maksimum- og minimumsverdien for hver gruppe. Enkelte studier har oppgitt flere nesten like prevalenser for samme utvalg. Det gjelder blant annet Barn i Bergen, som oppgir prevalenser med både DSM- og ICD-kriterier, og med forelder rapport og lærer rapport. For at studier som oppgir mange tall ikke skal veie tyngre i gjennomsnittet har vi brukt gjennomsnittet av tallene innad i hvert utvalg som utgangspunkt for oppsummeringen.

Studiene viser en stor spredning i forekomst av atferdsforstyrrelser. Mens variasjonene mellom hver enkelt studie til en viss grad trolig skyldes metodologiske forhold og ikke bare faktiske forskjeller i forekomst, er det likevel noen systematiske forskjeller som er verdt å legge merke til når det gjelder alder, kjønn

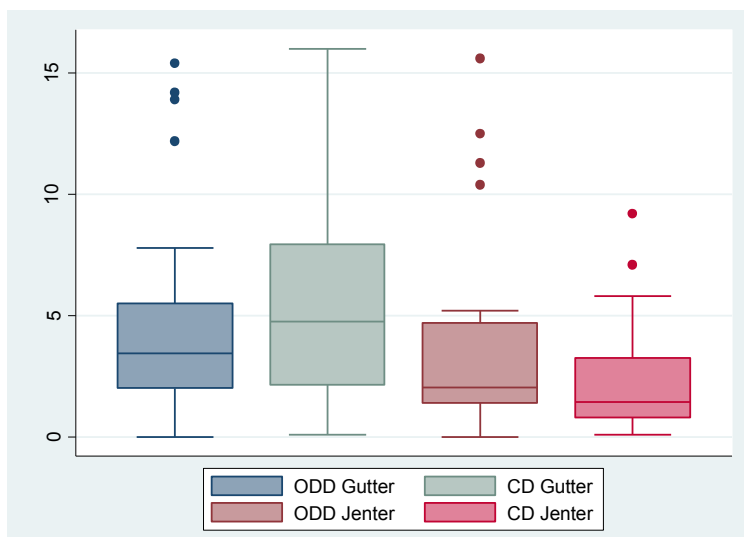
og region. I flere av kolonnene kan totalen se ut til å være for liten i forhold til at ODD og CD er gjensidig utelukkende diagnoser. Grunnen til dette er at totalprevalens ikke har vært tilgjengelig for alle studier og at grunnlaget for utregning av ODD, CD og «total» derfor ikke utgjør de samme studiene. Eksempelvis har Ung i Norge-studien nokså høye prevalenser for CD, noe som trekker opp snittet her, uten å ha målt ODD eller «total». Som tidligere nevnt er ikke de stringente DSM-kriteriene brukt i denne studien, og anslagene kan av den grunn være for høye. I og med at data-grunnlaget er større for hver enkelt diagnose enn for totalen, tror vi summen av CD og ODD gir en bedre tilnærming til utbredelse enn hva totalprevalensene, som bygger på færre studier, gjør. Vi antar derfor at den faktiske totalprevalensen ligger nærmere summen av ODD og CD enn totalestimatet som er presentert i tabellen over.

### Forskjeller i utbredelse mellom land

Generelt ble det rapportert høyere prevalenser i landene utenfor Norge og Norden. Gjennomsnittlig prevalens av CD i Norden var 1,7 %, mot 2,4 % i Europa og 3,8 % i andre regioner. For ODD var gjennomsnittet 1,8 % i Norden, 3,1 % i Europa og 5,0 % i andre regioner. De fleste norske og nordiske studiene gir prevalensestimater fra noe under 2 til noe over 3 % når man legger sammen CD og ODD. Med utgangspunkt i median og geometrisk gjennomsnitt kan man argumentere for at summen av CD og ODD i Norden ligger omkring 3,5 – 3,7 %. I andre europeiske land er tilsvarende tall 5,3 – 5,5 %. Spredningen av resultatene i studier fra Norge og Norden på den ene siden og Europa og resten av den vestlige verden på den andre er framstilt i figur 2. Det finnes holdepunkter for at disse forskjellene i beregnede prevalenser gjenspeiler faktiske forskjeller i utbredelse av atferds-



**Figur 2.** Fordeling av resultatene i studier av atferdsforstyrrelser, etter region. Prevalens i prosent langs y-aksen.



**Figur 3.** Utbredelse av atferdsforstyrrelser blant gutter og jenter. Alle inkluderte studier. Prevalens i prosent langs y-aksen.

**Merknad:** Boksene viser grensene for øvre og nedre kvartil, mens streken i midten viser medianen. Linjene ut fra boksene er satt ved den mest ekstreme verdien som har en avstand til kvartilene som er mindre enn 1,5 ganger avstanden mellom første og tredje kvartil. Observasjoner som er mer ekstreme enn dette betraktes som uteliggere og er merket med prikk.

forstyrrelser i Norden kontra land utenfor Norden [127]. Om det faktisk er lavere prevalenser i nordiske land sammenlignet med andre land, så kan det blant annet ha sammenheng med større grad av sosial likhet i nordiske land [127].

### Kjønnsforskjeller

Det viste seg jevnt over at gutter oftere hadde alvorlig atferdsforstyrrelse eller opposisjonell atferdsforstyrrelse, sammenlignet med jenter. Selv om noen av estimatene for jenter er høyere enn andre estimater for gutter er både gjennomsnitt og maksverdier høyest for gutter. Det er kun én enkelt studie som finner høyere forekomst blant jenter enn blant gutter, da for ODD, men ikke for atferdsforstyrrelser samlet [105]. Figur 3 viser fordelingen av resultatene for CD og ODD, delt på kjønn. For norske og nordiske studier ligger summen av ODD og CD mer enn dobbelt så høyt for gutter (4,8 %) som for jenter (2,0 %).

### Alder

Studiene tyder på at det kan være en være en aldersgradient, med stigende utbredelse av atferdsproblemer med stigende alder, dog med en mulig reduksjon fra 16-17-årsalderen. Dette er for øvrig i samsvar med studier som spesifikt ser på hvordan atferdsproblemer varierer med alder [22, 128].

### Oppsummerende kommentarer

Dersom forskjellen mellom Norden og andre europeiske land er reell, bør anslaget på forekomsten av atferdsproblemer i Norge bygge på nordiske studier. Legger vi også til grunn at det geometriske gjennomsnittet best reflekterer gjennomsnittet, er vårt beste

estimat at cirka 1,8 % av barn og unge tilfredsstillte de diagnostiske kriteriene på ODD, mens cirka 1,7 % av barn og unge tilfredsstillte kriteriene for CD, med en sum på 3,5 %. Dette tallet ligger i nærheten av Wittchen og medarbeideres (2011) «best estimate» for utbredelsen av atferdsforstyrrelser i Europa på 3 % i alderen 5-17 år [21]. En mulig årsak til at vårt estimat er noe høyere kan være at de inkluderte studiene i større grad bruker ungdomsutvalg. Det er verdt å merke seg at tallene i hovedsak bygger på prevalenser fra siste år. Tallene vil dermed være noe høyere dersom man ser på hele oppveksten under ett. Det er blant gutter at atferdsforstyrrelser utgjør det største problemet. Likefullt er om lag hvert tredje til fjerde barn med atferdsforstyrrelser en jente. Informanter som rapporterte fra ulike kontekster ga også ulik informasjon om samme barn. Dersom dette ikke er et metodisk fenomen vil det si at atferdsproblemene kan være sterkt kontekstavhengige. Barn som i noen kontekster vurderes å ha en atferdsforstyrrelse, vurderes i andre kontekster til ikke å ha det. Likevel er det ofte slik at barn som i én kontekst vurderes å ha atferdsforstyrrelser også i andre kontekster kan utvise andre typer problemer knyttet til psykisk helse [10]. Likeledes er det et diagnostisk krav at atferdsproblemene skal opptre i mer enn én kontekst. Vurderingen av atferden vil avhenge av både konteksten og personene som vurderer atferden.

Samtidig er ulike typer atferdsproblemer som ikke kan diagnostiseres som psykisk lidelser langt vanligere. Opp mot 40 % av ungdommer har minst ett symptom på CD [125]. Dette gjenspeiler at det er en glidende overgang mellom atferdsproblemer som kan diagnostiseres og atferdsproblemer som ikke når klinisk terskel.



**Tabell 4.** Oppsummering av prevalenser (i prosent) fra norske og nordiske studier med DSM- eller ICD-kriterier.

Studie	Utvalg	Alder	Metode		ODD	CD	Total
Ung i Oslo (Wichstrøm et al. 1996) [71]	Norge		DSM-III-R	Gutter		8,0	
	Skole	16-19	Spørreskjema	Jenter		3,1	
	N=1 734		Selvrapport	Total		5,1*	
Barn i Bergen (Heiervang et al., 2007; Munkvold et al., 2009) [28, 72]	Norge		DSM-IV	Gutter	2,2		
	Skole	7-9	Spørreskjema	Jenter	0,5		
	N=9 155		Lærere	Total	1,3	1,9*	3,2
			ICD-10	Gutter			
		7-9	Spørreskjema	Jenter			
	N=9 155		Lærere	Total			3,1
			DSM-IV	Gutter	2,0		
		7-9	Spørreskjema	Jenter	0,9		
	N=6 150		Foreldre	Total	1,4		
			DSM-IV	Gutter			
	7-9	Spørreskjema	Jenter				
N=6 297		Foreldre/lærere	Total			2,5	
		ICD-10	Gutter				
	7-9	Spørreskjema	Jenter				
N=6 297		Foreldre/lærere	Total			2,4	
		DSM-IV	Gutter				
	8-10	Intervju	Jenter				
N=1 011		Foreldre	Total	2,5	0,5	3,0*	
Ung i Nord (Heyerdahl et al., 2004) [73]	Norge		DSM-III-R	Gutter		6,9	
	Skole	15-18	Spørreskjema	Jenter		1,5	
	N=2 647		Selvrapport	Total		4,2*	
Tidlig trygg i Trond- heim (Wichstrøm et al. 2012) [66]	Norge		DSM-IV	Gutter	1,9	1,0	2,9*
	Helsestasjon	4	Skjema og intervju	Jenter	1,8	0,5	2,3*
	N=2 475		Foreldre	Total	1,8	0,7	2,5*
Ung i Norge (Wichstrøm et al., 1996; 2000) [71, 74]	Norge		DSM-III-R	Gutter		4,9	
	Skole	12-20	Spørreskjema	Jenter		0,8	
	N=9 679		Selvrapport	Total		2,7*	
	Oslo		DSM-III-R	Gutter		10,7	
		12-20	Spørreskjema	Jenter		1,7	
		Selvrapport	Total		6,2*		
Anckarsater et al. 2012 [75]	Sverige		DSM-IV	Gutter	3,5	1,3	4,0*
	Tvillinger	9 / 12	Intervju	Jenter	2,2	0,6	2,4*
	N=8 610		Foreldre	Total	2,8	0,9	3,1*
Malmberg et al., 2008 [76]	Sverige		DSM-IV	Gutter	1,5	0,8	1,5
	Tvillinger	14-16	Intervju	Jenter	0,6	0,6	1,2
	N=247		Foreldre og barn	Total	1,0	0,7	1,3
Almqvist et al., 1999d [77]	Finland		DSM-III-R	Gutter			
	Befolkning	8-9	Skjema og intervju	Jenter			
	N=5 813/435c		Barn/foreldre/lærer	Total	2,7	0,3	3,0*
Ekblad et al. 2010 [78]	Finland		ICD:F91&F92b	Gutter			2,1*
	Register	18/20a	Register	Jenter			1,4*
	N=175 869		Helsevesenet	Total			1,8



Studie	Utvalg	Alder	Metode	ODD	CD	Total	
Puura et al., 1998 [79]	Finland		DSM-III-R	Gutter		4,3	
	Befolkning N=3 397/279c	8-9	Skjema og intervju	Jenter		1,0	
				Foreldre	Total	2,5	
					Gutter		3,0
					Jenter		0,4
				Barn	Total		1,5
Rose et al. 2004 [80]	Finland		DSM-III-R	Gutter			
	Tvillinger	14	Intervju	Jenter			
	N=1 854		Selvrapport	Total	10,0		
Elberling et al., 2010 [81]	Danmark		ICD-10	Gutter		4,7	
	Befolkning N=6 090	5-7	Spørreskjema	Jenter		1,7	
				Foreldre og lærere	Total	3,0	
Petersen et al. 2006 [82]	Danmark		DSM-IV	Gutter			
	Skole N=751	8-9	Skjema og intervju	Jenter			
				Foreldre	Total	5,0	

#### Forkortelser og merknader til tabell 4:

CD = Alvorlig atferdsforstyrrelse (Conduct disorder).

ODD = Opposisjonell atferdsforstyrrelse (Oppositional defiant disorder).

Tall som er fra samme studie er basert på samme datamateriale og ikke uavhengige av hverandre.

\*) Vi har beregnet tallet basert på andre tall i artikkelen. Gjennomsnitt av prevalensen for gutter og jenter er brukt som totalprevalens (antar at 50-50 % kjønnsfordeling i befolkningen) Ettersom CD og ODD er gjensidig utelukkende kan disse kan derfor summeres med mindre artiklene angir at denne regelen er fraveket.

a) I løpet av livet, opp til denne alderen.

b) F92 inneholder bl.a. depressiv atferdsforstyrrelse.

c) Spørreskjema på det store utvalget for screening, intervju for diagnose.

d) Delvis samme utvalg som Puura et al., 1998.

#### Forkortelser og merknader til tabell 5:

CD: Conduct disorder (Alvorlig atferdsforstyrrelse).

ODD: Oppositional defiant disorder (Opposisjonell atferdsforstyrrelse).

Tall som er fra samme studie er basert på samme datamateriale og ikke uavhengige av hverandre.

\*) Tallet er regnet ut av oss.

a) Basert på samme studie som Ford 2003.

b) Moderat til alvorlig CD.

c) CD inkluderer "other conduct disorder", "disruptive behavior disorders not otherwise specified", eller "F92 mixed disorders of conduct and emotions".

d) Screening i det største utvalget, intervju i det minste.



**Tabell 5.** Studier med DSM- eller ICD- diagnosekriterier, Nord-Europa. Utbredelse i prosent.

	Utvalg		ODD	CD	Total
Eschenbeck et al., 2009 <sup>c</sup> [87]	Tyskland	Gutter			
	N=156 948	Jenter			
	6-14 år	Total			2,0
Ford et al., 2003; Maughan et al., 2004 [22, 88]	Storbritannia	Gutter	3,2	2,1	5,4*
	N=10 438	Jenter	1,4	0,8	2,2*
	5-15 år	Total	2,3	1,5	3,8*
	Storbritannia	Gutter			
	N=2 964	Jenter			
	5-7 år	Total	0,6	2,7	3,2*
	Storbritannia	Gutter			
	2 949	Jenter			
	8-10 år	Total	2,8	0,8	3,6*
	Storbritannia	Gutter			
	N=1 901	Jenter			
	11-12 år	Total	2,3	1,3	3,6*
Green et al., 2005 <sup>c</sup> [89]	Storbritannia	Gutter	4,5	2,4*	6,9
	N=3 926	Jenter	2,4	0,4*	2,8
	5-10 år	Total	3,5	1,4*	4,9
Kim-Cohen et al., 2005 [90]	Storbritannia	Gutter	3,5	4,6*	8,1
	N=4 051	Jenter	1,7	3,4	5,1
	11-16 år	Total	2,6	4,0*	6,6
Kroes, et al., 2001 [91]	Storbritannia	Gutter		9,9/4,2 <sup>b</sup>	
	N=2 232	Jenter		3,5/0,9 <sup>b</sup>	
	4 ½ - 5 år	Total		6,6/2,5 <sup>b</sup>	
McArdle et al., 2004 [92]	Nederland	Gutter	5,5	0,7*	6,2
	N=1 317/403 <sup>d</sup>	Jenter	1,6	0,2*	1,8
	6-8 år	Total	3,7	0,5*	4,2
Messer et al., 2006 <sup>a</sup> [93]	Storbritannia	Gutter	6,6	2,0	8,6*
	N=1 051	Jenter			
	7-8 år	Total	6,6	2,0	8,6*
Stingaris et al., 2009 [94]	Storbritannia	Gutter	3,8	2,2	6,0
	N=5 913	Jenter	1,7	0,8	2,4
	5-10 år	Total	2,8*	1,5*	4,2*
Stringaris et al., 2010 [95]	Storbritannia	Gutter			
	N=5 326	Jenter			
	8-19	Total	2,2	2,2	4,4*
West et al., 2003 [96]	Storbritannia	Gutter	3,4	14,0	17,2
	N=1 860 (1 705)	Jenter	4,7	2,9	6,9
	15 år	Total	4,0	8,7	12,3
Young et al., 2012 [97]	Storbritannia	Gutter			
	N=501	Jenter			
	Snitt: 15,3 år	Total	3,8	3,8	7,6*

**Tabell 6.** Studier med DSM- eller ICD-kriterier fra Nord-Amerika og Oceania.

	Land	N	Alder	ODD %			CD %			Total %			
				Gutter	Jenter	Total	Gutter	Jenter	Total	Gutter	Jenter	Total	
Barnes et al. 2011 [98]	USA	2 274	14-21										7,0
Braun et al. 2008 [99]	USA	3 081	8-15				2,2	1,9	2,1				
Bufferd et al., 2011 [100]	USA	541	3			9,4							
Bufferd et al., 2012 [101]	USA	462	6			8,9							
Cohen et al. 1993 [102]	USA	541	10-13	14,2	10,4	12,3*	16,0	3,8	9,9*				
	USA	508	14-16	15,4	15,6	15,5*	15,8	9,2	12,5*				
	USA	446	17-20	12,2	12,5	12,4*	9,5	7,1	8,3*				
Costello et al. 1996 [103]	USA	1 015	9, 11, 13	2,3	3,2	2,8	5,4	1,1	3,3	7,8*	4,3*	6,0*	
Costello et al. 2003 [104]	USA	6 674	9-16	3,1	2,1	2,7	4,2	1,2	2,7	7,3*	3,3*	5,3*	
	USA	936	9-10			2,1			2,7				4,8*
	USA	901	11			1,9			2,1				4,0*
	USA	854	12			2,1			2,5				4,6*
	USA	833	13			2,7			3,3				6,0*
	USA	913	14			3,1			2,8				5,9*
	USA	1 136	15			4,1			3,1				7,2*
	USA	1 101	16			2,2			1,6				3,8*
Ehringer et al. 2006 [105]	USA	832	12-13	0	0	0*	2	1	1,5*				
	USA	795	14-15	2	2	2*	7	1	4,0*				
	USA	750	16-17	2	2	2*	7	2	4,5*				
	USA	273	18-19	1	3	2*	3	1	2,0*				
Elkins et al. 2007 [106]	USA	1 512	11							11,6			
Feehan et al. 1994 [107]	New Zealand	930	18				9,2*	1,8*	5,5				
Frost, 1989 [108]	New Zealand		13							4,6			
Keenan, 1997 [109]	USA	104	5							4,6			
Lahey et al. 2000 [110]	USA	1 274	9-11	6,9	5,2	6,1*	3,4	1,4	2,4*	10,3*	6,6*	8,5*	
			12-14	3,9	3,5	3,7*	7,9	4,5	6,2*	11,8*	8,0*	9,9*	
			15-17	5,0	1,0	3,0*	13,2	3,6	8,4*	18,2*	4,6*	11,4*	
Lavigne et al. 2009a [111]	USA	796	4			13,4							
Lewinsohn et al. 1993 [112]	USA	1 710	Snitt: 16,6	1,5	0,5	0,9	0,9	0,3	0,6*	2,3*	0,8*	1,1*	
		1 508	Snitt 17,6	0,6	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,7*	0,2*	0,5*	
Loeber et al. 1999 [113]	USA	850	Snitt: 6,9			8,2							
		850	Snitt: 10,2			15,2							
		850	Snitt: 13,4			15,8							
Marmorstein et al., 2007; Goodwin et al., 2011 [114, 115]	USA	1 285	9-17	7,8	5,1	6,4	5,1	2,5	3,8	12,9*	7,6*	10,2*	
Merikangas et al., 2010b [116]	USA	10 123	13-18	13,9	11,3	12,6	7,9	5,8	6,8				
			13-14			12,0			4,4				
			15-16			12,6			7,5				
			17-18			13,6			9,6				
Roberts et al. 2007; Roberts et al. 2009 [117, 118]	USA	4 175	11-17			2,8			3,3				6,5
Sawyer et al. 2001 [119]	Australia	3 597	6-17				4,4	1,6	3,0				

**Forkortelser og merknader til tabell 6:**

CD: Conduct Disorder (Alvorlig atferdsforstyrrelse).

ODD: Oppositional Defiant Disorder (Opposisjonell atferdsforstyrrelse).

Tall som er fra samme studie er basert på samme datamateriale, og ikke uavhengige av hverandre. Dette gjelder som er oppgitt med prevalenser for både ODD og CD i tabellen, men ikke sum.

I noen studier kan ikke total summeres pga. ukjent overlapp mellom diagnosene.

\*) Tallet er regnet ut av oss.

a) Inneholder også informasjon om ODD fra fire andre studier i tabell 1.

b) Livstidsprevalenser.

**Tabell 7.** Tabell for Norge og nordiske land, studier som ikke bruker DSM- eller ICD-kriterier. Utbredelse av forskjellige typer atferdsproblemer.

Studie	Utvalg	Alder	Metode	Definisjon	G.	J.	Total
Alfstad et al., 2011 [120]	Norge	13-19	Spørreskjema, Selvrapport	Noensinne begått lovbrudd, fra liste over lovbrudd			8,5
	Skole						
	N=19 995						
Pedersen et al., 2001 (Ung i Norge) [121]	Norge	13-14	Spørreskjema, Selvrapport, 15 atferder som skal etterligne DSM-III- R-kriterier, siste 12 mnd.	Stjele bil, motorsykel	1,6	0,4	1,0*
	Befolkning			Tyveri over 1000 kr	2,0	0,1	1,1*
				Hærverk over 1000 kr	4,8	0,5	2,7*
				Knuse ruter osv.	14,5	3,9	9,2*
				Innbrudd	4,3	0,3	2,3*
				Slåss med våpen	4,5	0,4	2,5*
				Voldsom krangel med lærer	29,7	23,8	26,8*
				Banner foran læreren	44,7	35,8	40,3*
				Sendt på rektors kontor	29,0	6,3	17,7*
				Sendt ut av klasserommet	32,5	15,3	23,9*
				Snike på buss, kino	27,8	21,0	24,4*
				Skulke	23,1	22,5	22,8*
				Stjele penger fra familiemedlemmer	25,9	27,3	26,6*
				Tyveri under 500 kr	15,2	7,5	11,4*
Være borte en hel natt	8,6	7,3	8,0*				
Eklund et al., 2009 [122]	Sverige	14 år	Spørreskjema, selvrapport, Diverse handlingar, minst 1 gang	Hærverk	27,9	20,5	24,2*
	Skole			Tyveri/innbrudd:	8,1	2,4	5,3*
				Vold, trussel/tvang:	11,6	9,2	10,4*
				Vold, fysisk:	18,0	5,5	11,8*
Malmberg et al., 2011 [123]	Sverige	14-16	Intervju med ungdommer	Subthreshold ODD	14,3	13,3	13,7
	Tvillinger			Subthreshold CD	11,3	5,2	7,8
				Subthreshold ODD/CD	18,8	14,5	16,3
Niemala 2006 [124]	Finland	8 år	Spørreskjema, Selvrapport	Mobber andre	27*		
	Skole						
	N=2 946						
Rose et al., 2004 [80]	Finland	14 år	Intervju med ungdommer	Minst ett symptom på CD			40
	Tvillinger						
	N=1 854						
Reinholdt-Dunne et al., 2011 [125]	Danmark	12-14 år	Spørreskjema, conduct problems, skala 0-10	Skåre 4 på conduct problems			7,4
	Skole			Skåre 5-10 på conduct problems			9,5
	N=834						

**Forkortelser og merknader til tabell 7:**

G: gutter

J: jenter

Tallet er regnet ut av oss. Ved total for gutter og jenter brukes snitt, dvs. 50 % av hvert kjønn.

**Tabell 8.** Oppsummering av studier med ICD- eller DSM-diagnoser, prevalenser i prosent. Merk at «total» i tabellen trolig er for lav.

	Norden			Europa				Verden				
	ODD	CD	Sum	Total	ODD	CD	Sum	Total	ODD	CD	Sum	Total
Aritmetisk gjennomsnitt												
Gutter	2,3	3,8	6,1	3,1	4,0	5,1	9,1	8,3	5,8	6,4	12,2	8,9
Jenter	1,3	1,2	2,5	1,6	2,3	1,7	4,0	3,5	4,9	2,7	7,6	4,4
Total	1,9	2,9	4,8	2,7	3,4	3,2	6,6	5,9	7,6	5,2	12,8	6,6
Geometrisk gjennomsnitt												
Gutter	2,2	2,6	4,8	2,9	3,9	3,4	7,3	7,6	3,5	4,2	7,7	6,3
Jenter	1,1	0,9	2,0	1,5	2,0	1,1	3,1	3,1	2,6	1,7	4,3	2,8
Total	1,8	1,7	3,5	2,6	3,1	2,4	5,5	5,2	5,0	3,8	8,8	4,7
Median												
Gutter	2,1	3,1	5,2	3,3	3,7	2,4	6,1	6,6	3,5	5,3	8,8	9,1
Jenter	1,2	0,7	1,9	1,6	1,7	0,8	2,5	2,6	3,1	1,8	4,9	4,5
Total	1,8	1,9	3,7	2,8	3,2	2,1	5,3	4,7	7,3	4,5	11,8	6,5
Minimum												
Gutter	1,5	0,8	2,3	1,5	3,2	0,7	3,9	5,4	0,0	0,1	0,1	0,7
Jenter	0,6	0,5	1,1	0,7	1,4	0,2	1,6	1,8	0,0	0,1	0,1	0,2
Total	1,0	0,3	1,3	1,3	2,0	0,5	2,5	2,0	0,0	0,1	0,1	0,5
Maksimum												
Gutter	3,5	8,0	11,5	4,7	5,5	14,0	19,5	17,2	15,4	16,0	31,4	18,2
Jenter	2,2	3,1	5,3	2,4	4,7	3,5	8,2	6,9	15,6	9,2	24,8	8,0
Total	2,8	10,0	12,8	5,0	6,6	8,7	15,3	12,3	15,8	12,5	28,3	11,4

# 4 Kultur og atferdsproblemer

Atferdsproblemer er som andre psykiske lidelser delvis betinget av kulturell innflytelse, og trolig i større grad enn andre psykiske lidelser. Det kan være særlig vanskelig å sammenlikne atferdsproblemer på tvers av kulturer fordi normene for hva som rett og galt varierer. Dermed varierer også toleransen for hvilken atferd som forstås som problematisk. [129]. Med tanke på eksternaliserende atferd har man blant annet funnet at det var en større andel av barn og unge med atferdsproblemer i tidligere Vest-Tyskland sammenlignet med tidligere Øst-Tyskland [130]. Dette ble forklart med disse to regionenes forskjellige krav til konformitet og andre samfunnsstrukturer som sosial ulikhet. Det er imidlertid grunn til å tro at utbredelsen er omtrent lik mellom nordiske land. En studie fant for eksempel at det var små forskjeller mellom atferdsproblemer mellom småbarn (2-3 år) i Finland og Island [131].

I norsk sammenheng har det blant annet blitt vist at barn med samisk bakgrunn rapporterer større grad av atferdsvansker sammenlignet med andre norske barn [132], og at barn i Nord-Norge generelt

rapporterer noe mer atferdsproblemer enn landsrepresentative undersøkelser [73]. Det har også blitt vist at kjønn og etnisk bakgrunn kan samvirke ved atferdsproblemer. Dermed kan etnisk bakgrunn være av større betydning for gutter enn for jenter [133]. Det anses derfor som viktig å vektlegge mulige kjønnsforskjeller, alder og etnisk kontekst når man skal undersøke graden av atferdsproblemer blant barn med minoritetsbakgrunn [133].

Om lag 14 % av befolkningen i Norge har innvandrerbakgrunn, hvorav cirka 342 000 har ikke-vestlig bakgrunn (Afrika, Asia med Tyrkia og Sør- og Mellom-Amerika) [134]. Det er store regionale forskjeller, men andelen er økende. Den største andelen finner man i Oslo, hvor omlag 30 % av innbyggerne har innvandrerbakgrunn [134]. Andelen personer med en slik bakgrunn er enda høyere blant barn og unge. I møte med den voksende andelen av innvandrere og flyktninger i Norge er det viktig med kunnskap om utbredelsen av psykiske plager, hvordan psykiske vansker manifesterer seg og variasjoner i



vansker i forskjellige etniske grupper. Det er derfor behov for å undersøke utbredelse av psykiske lidelser blant den voksende gruppen av barn og unge med innvandrerbakgrunn. I 2008 utarbeidet Nasjonalt folkehelseinstitutt en rapport om blant annet psykiske problemer blant barn i innvandrerfamilier [135]. Denne rapporten baserte seg på informasjon fra tre store norske undersøkelser av psykisk helse blant barn og unge (Ungdom kultur og mestring (UngKul), Barn i Bergen (BiB) og Akershusundersøkelsen). Alle de tre studiene innhentet informasjon om psykisk helse ved hjelp av spørreskjemaet «Strengths and Difficulties Questionnaire» (SDQ) [136]. Ett av formålene med rapporten var å undersøke om det er forskjeller i forekomsten av psykiske plager blant etnisk norske barn og barn i innvandrerfamilier. En overordnet konklusjon fra rapporten er at det ikke synes å være store forskjeller i symptomnivå mellom disse to gruppene. Dette gjelder også for atferdsproblemer når man ikke skilte mellom jenter og gutter. Derimot fant de at jenter fra innvandrerfamilier rapporterte mindre atferdsproblemer enn de etnisk norske jentene. Samtidig rapporterte foreldre med innvandrerbakgrunn mer atferdsproblemer blant de yngste barna. Det sistnevnte kan henge sammen med kulturelle forskjeller i hva foreldre tolker som problematisk atferd, kanskje særlig om foreldrene kommer fra kollektivistiske kulturer [24].

De forskjellene man finner mellom barn i innvandrerfamilier og barn i familier som ikke har innvandrerbakgrunn på foreldrerapporterte atferdsproblemer, kan til en viss grad avhenge av kulturelle forskjeller i toleranse. Yaman og medarbeidere argumenterer for at individualistiske kulturer kan ha større takhøyde for utfordrende og normbrytende atferd enn kollektivistiske kulturer [137]. Det er også sannsynlig at språklige forskjeller i måten man besvarer spørreskjema på kan være av betydning [138]. I en nylig publisert studie ble det funnet at det var store kryssnasjonale forskjeller i hvordan SDQ ble besvart, og forholdet mellom prevalensen basert på et diagnostisk intervju og forhøyet skåre på SDQ varierte også betydelig mellom forskjellige land [127].

Selv om det trolig ikke er store forskjeller mellom utbredelsen av atferdsforstyrrelser blant barn med annen etnisk bakgrunn sammenlignet med etnisk norske barn og unge. [135, 137, 139], ser det ut til å være større forskjeller i hvorvidt individer som trenger behandling blir oppdaget og mottar behandling [140-142]. I en nederlandsk undersøkelse viste Zwirs og medarbeidere blant annet at barn fra etniske minoriteter i mindre grad mottok behandling for sine atferdsvansker – dette på tross av funksjonsnedsettelsen knyttet til atferdsproblemene var mer uttalt blant disse barna, sammenlignet med de nederlandske

barna [142, 143]. Studier har vist at blant annet foreldrenes og lærernes opplevelse av at barnet har behov for behandling, samt selvopplevd grad av vansker og behandlingsbehov, er av betydning for faktisk bruk av hjelpetjenester [144, 145]. Derfor kan variasjoner i bruk av hjelpetjenester muligens forklares med kulturelle forskjeller knyttet til foreldrenes opplevelse av hvorvidt barna har atferdsproblemer eller ikke [146]. Dersom det også er slik i Norge, bør man i større grad tilrettelegge for tilgang til helsetjenester og kartlegging av psykiske vansker blant barn og unge i innvandrerfamilier, slik at de som har behov for hjelp og behandling kan få det så tidlig som mulig i livet. Denne anbefalingen er i overensstemmelse med konklusjonen fra en tidligere rapport (FHI, 2008:14 [135]) som avslutter med at:

*«'Tidlig intervensjon' har blitt fremmet som et viktig middel for å hindre at psykiske plager og lidelser utvikler seg i risikogrupper. Rapporten indikerer at tidlig intervensjon for å redusere forekomsten av emosjonelle problemer, særlig av barn med etnisk minoritetsbakgrunn, kan være påkrevd for å hindre en overopphopping av psykiske plager senere i utviklingsforløpet».*

Flyktninger utgjør en særskilt undergruppe av innvandrere og er en høyrisikogruppe for psykiske lidelser. Årsakene til dette kan knyttes til åpenbare belastninger som krigstraumer, forfølgelse, tvungen migrasjon og møte med en annen kultur som en minoritetsgruppe i eksil [147]. Disse barna kan oppleve direkte belastninger knyttet til hendelser i landet de flyktet fra, følelse av å ha lite kontroll, i tillegg til indirekte belastninger knyttet til foreldres psykiske vansker, problemer med integrasjon eller familieøkonomi [148]. Studier har vist at opplevelser i mottagerlandet over tid har stor betydning for vedlikehold og utvikling av psykiske vansker, og er viktige når det gjelder forskjeller i psykiske plager mellom flyktninger og andre innvandrere [148, 149]. Flyktningbarn og barn i flyktningfamilier er derfor særlig utsatt for å utvikle psykiske lidelser. I et folkehelseperspektiv er derfor denne undergruppen av innvandrere særlig viktig med tanke på kartlegging, intervensjon og behandling. En nylig publisert studie fant at nivået av selvrapporterte atferdsproblemer er svært lavt blant ungdom som kom alene til Norge som flyktninger [150]. Forfatterne diskuterte om dette kunne henge sammen med faren for å bli sendt ut av landet og behovet for hjelp og støtte i Norge. Det er derfor mulig at de vil være ekstra forsiktige med å begå normbrudd i Norge. Man har samtidig en mulighet til å iverksette helsefremmende og forebyggende tiltak for denne gruppen.

Oppsummert er det vanskelig å sammenligne nivået av atferdsproblemer på tvers av grupper med forskjellig kulturbakgrunn fordi det er normativt fundert hvorvidt atferden oppleves som problematisk eller ikke [24]. Det er dog ikke grunn til å tro at det er betydelige forskjeller i nivået av atferdsproblemer blant barn og unge med etnisk minoritetsbakgrunn sammenlignet med de med majoritetsbakgrunn. Det

kan likefullt være viktige forskjeller i hvilken grad barn og unge med atferdsproblematikk fra etniske minoriteter får den hjelpen de trenger, sammenlignet med etniske norske. Videre utgjør barn og unge i flyktningfamilier en ekstra sårbar gruppe, både for atferdsproblemer og psykiske vansker forøvrig.



# 5 Bruk av hjelpetjenester

Barn med atferdsforstyrrelser har mange behov for hjelp og støtte [151], noe som fordrer tiltak fra flere instanser og utgjør betydelige kostnader for samfunnet [152]. Dette krever en høy grad av koordinering mellom instanser [153]. Mange av hjelpetil-takene som er utviklet fokuserer på samspillsformer i familien. Studier har også vist at bruken av helse-tjenester og andre tiltak (f.eks. i skolen) er høyere blant barn med generell atferdsforstyrrelse, enn for barn med andre psykiske lidelser [154-156]. Samtidig indikerer finsk forskning at eksternaliserende plager henger sterkere sammen med umøtte behandlings-behov enn hva internaliserende plager gjør [157], dette på tross av at foreldretreningsprogrammer rettet mot atferdsforstyrrelser kan være kostnadseffektive [158]. Eksempelvis er det i Storbritannia beregnet at hvert tilfelle av alvorlige atferdsforstyrrelser (CD) som blir forebygget kan spare samfunnet for omlag £150 000 [159]. En dansk rapport til Social- og Integra-tionsministeriet undersøker de økonomiske aspektene ved forebygging og behandling av atferdsproblemer [160]. De økonomiske virkningene av fire tiltak er vurdert: Multisystemisk terapi (MST), Multidimen-sional Treatment Foster Care (MTFC), fosterhjemsplassering i barnets familie eller nettverk og De utrolige årene (DUÅ). Alle disse fire tiltakene viste seg å føre til besparelser som overgår kostnadene ved å implemen-tere tiltakene. Samlet sett bidro disse tiltakene med besparelser på 4,31 kroner per investerte krone. I og med at De utrolige årene hadde flest potensielle delta-kere, kunne dette tiltaket bidra til størst besparelser på landsplan av de fire tiltakene [160].

Flere kilder inneholder informasjon om barn som har fått hjelp for atferdsproblemer i Norge. Dette gjelder Norsk pasientregister (NPR), barneverns-statistikk tilgjengeliggjort av Statistisk sentralbyrå, tall på bruk av De utrolige årene fra Regionalt kunn-skapscenter for barn og unge (RKBU) Nord og tall fra Atferdssenteret. Disse statistikkene er imidlertid ikke samordnet, så de samme barna kan ha fått hjelp flere steder uten at det er mulig å vite hvor stort dette overlappet er. I tillegg er det mulig at barna kan ha fått andre typer tiltak enn det som er omfattet av disse statistikkene, eksempelvis av Kriminalomsorgen, andre tiltak i Barnevernet eller pedagogisk-psykologisk tjeneste (PP-tjenesten).

## 5.1. Henvisninger til psykisk helsevern

Ifølge statistikk fra Norsk pasientregister (NPR) var hyppigste grunn til spesialisthenvisning av barn og unge i 2011 mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD), depresjon, opposisjonell atferdsforstyrrelse, alvorlig atferdsforstyrrelse og angstlidelse [1]. Disse diagnosene utgjorde tre fjerdedeler av henvisnings-grunnet dette året [1]. Diagnoser med koden F90-F98 utgjorde 37 % av diagnosene (av 10 877 pasienter) – dette inkluderer opposisjonell og alvorlig atferdsforstyrrelser, samt ADHD. Når det gjelder henvisninger, utgjorde mistanke om atferdsforstyr-relser («mistanke om trasslidelse/atferdsforstyr-relse») 12 % - 1635 henvisninger (av totalt 13 156), og andelen var størst blant gutter i alderen 7-12 år. Dette viser at atferdsforstyrrelser utgjør en betydelig andel av henvisningsgrunnet for barn og unge. Totalt tilsvarer dette at 0,15 % av barn under 18 år i Norge i løpet av 2011 ble henvist til spesialist på grunn av atferdsforstyrrelser. Ettersom dette er nye henvisninger, vil tallet naturligvis bli betydelige høyere dersom vi hadde hatt data for hele oppveksten. Det er imidlertid mulig å bli henvist flere ganger, så det er i skrivende stund ukjent hvor stor andel av barn og unge som får en slik henvisning i løpet av oppveksten. I NPR er det imidlertid tilrettelagt for å knytte henvi-sninger og tiltak til enkeltpersoner, noe som kan mulig-gjøre en oversikt over andelen unike henvisninger i løpet av oppveksten.

## 5.2. Multisystemisk terapi og Parent Management Training - Oregon

Multisystemisk terapi (MST) «er en familie- og nærmil-jøbasert behandling for ungdom, i alderen 12-18 år, som har alvorlige atferdsproblemer», mens Parent Management Training – Oregon (PMTO) «retter seg mot familier med barn mellom 3 og 12 år med alvor-lige atferdsproblemer.» Ifølge Atferdssenteret er «målet med behandlingen «[...] at barn og foreldre kan gjen-opprette en positiv relasjon slik at opposisjonell atferd brytes og positiv utvikling fremmes» [161, 162].

Statistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at i 2011 fikk 848 «nye» barn MST som barnevernstiltak (snitt siste tre år: 779), mens 1067 barn fikk PMTO som barnevernstiltak (snitt siste tre år: 1057). Dette er hovedsakelig tiltak som varer kortere enn ett år – det var om lag halvparten av disse barna som hadde et tiltak ved nyttår. I følge SSB tilsvarende dette henholdsvis 0,3 per 1000 barn mellom 0-17 år for MST og 0,5 per 1000 barn for PMTO [163]. Igjen ser vi en overrepresentasjon av gutter: 60,8 % av de som fikk MST var gutter, mens 65,5 % av de som fikk PMTO var gutter [164].

Videre viser statistikken at 181 barn i 2011 (snitt 2009-2011: 185) fikk tiltak begrunnet i «rusmisbruk til barnet», mens 1426 (snitt 2009-2011: 1525) fikk tiltak begrunnet i «återferda til barnet (sosialt avvik, kriminalitet)». Selv om det er betydelig overlapp med de som fikk MST/PMTO, er likefullt tallene knyttet til MST/PMTO noe høyere [165]. Når det gjelder under-

søkelser igangsatt av barnevernet, ble 4276 undersøkelser startet i 2011 blant barn under 18 år på grunn av mistanke om «åtfærdssavvik hos barnet». Om lag to av tre av disse var i alderen 13-17 år [166].

### 5.3. De utrolige årene

De utrolige årene (DUÅ; opprinnelig The Incredible Years; [167]) er et forebyggings- og behandlingsprogram for barn med atferdsproblemer og har i Norge en historie som går tilbake til 1999. Målgruppen er barn i alderen 0 til 12 år og deres foreldre, med noe forskjellig opplegg i de forskjellige aldersgruppene. I tillegg til foreldregrupper har man «Dinosaurskole» for barn i alderen 3-8 år. Programmet består av kurs for foreldre, barn og ansatte i barnehager, skoler og skolefritidsordninger. Foreldrekurs brukes som behandling, men også



indikert forebygging hvor det er mulig. DUÅ tilbys av blant annet kommunale tjenester og BUP-klinikker.

RKBU Nord, som administrerer DUÅ, anslår at cirka 20 organisasjoner tilbød kurs for foreldre og barn i perioden 1999-2004, mens dette økte til rundt 90 organisasjoner i perioden 2004-2009, etter initiativ fra Helsedirektoratet (Jennerwein/Mørch, 2013, personlig kommunikasjon (PK)). Våren 2013 er cirka 40 organisasjoner i gang med foreldregrupper. Totalt anslår RKBU Nord at om lag 5000 barn har fått behandling (Jennerwein/Mørch, 2013, PK). De fleste får DUÅ i kommunal regi, som indikert forebygging, og symptomene trenger ikke å være over klinisk terskel.

Tar vi utgangspunkt i 5000 behandlinger i løpet av perioden 1999-2012, altså over 14 år, blir det i gjennomsnitt  $5000 / 14 = 357$  behandlinger per år. DUÅ har i større grad blitt tilbudt de senere årene, sammenlignet med de tidligere årene, og RKBU Nord anslår at cirka 540 barn deltar i DUÅ årlig (Jennerwein/Mørch, 2013, PK). Gitt en årskullstørrelse på 60 000 barn, og at barn i alderen 3 til 12 år utgjør brorparten av mottagerne i DUÅ (altså 10 årskull á 60 000 barn), vil det si at 0,09 % av barn i denne alderen har deltatt i DUÅ i løpet av ett år. Selv om tallet også blir høyere dersom vi skulle sett på hvor mange som har mottatt DUÅ i løpet av hele oppveksten, er dette tallet betydelig lavere enn prevalensen for atferdsforstyrrelser som antydes i litteraturgjennomgangen.

## 5.4. Funksjonell familieterapi og Multidimensional Treatment Foster Care

Funksjonell familieterapi (FFT) er en behandlingsmetode for familier med ungdommer mellom 11 og 18 år som viser alvorlige atferdsvansker. FFT administreres av Atferdssenteret, som beskriver at «[i] Funksjonell familieterapi blir ungdommens atferd sett i sammenheng med hvordan alle i familien gjensidig påvirker hverandre. Metoden fokuserer på å bedre familiens samspill, kommunikasjon og problemløsningsferdigheter, samt å endre eventuelle uheldige oppdragelsesstrategier» [168]. Det er opprettet fem FFT-team siden høsten 2007, hvorav fire var operative i 2012. Totalt hadde disse teamene 114 ungdommer til behandling i 2012, mot 125 i 2011 og 84 i 2010 (snitt på 108 siste tre år). I følge Atferdssenteret er det utnyttet kapasitet i enkelte av teamene på grunn av manglende henvisninger fra kommunene (Dagfinn Mørkrid Thøgersen, 2013, PK).

Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) «er en fosterhjembasert behandlingsmetode for ungdommer i alderen 12 – 17 år med alvorlige atferdsproblemer. Den er utviklet som et alternativ til institusjonsplassering eller annen gruppebasert

plassering.» «Metoden bygger på sosial læringsteori, økologisk teori og forskningen på risiko og beskyttelsesfaktorer for utvikling og opprettholdelse av atferdsproblemer. Det legges særlig vekt på betydningen av familieinteraksjoner, både for å forstå utviklingen av problemene og som et utgangspunkt for endringsarbeid.» [169].

I følge Atferdssenteret er det per 2013 kun ett team som anvender MTFC. Tiltaket er derfor lite utbredt, og behandler mellom 6 og 8 barn per år. Det er planer om å utvide tiltaket til å gjelde hele landet (Kyrre Lønnum, 2013, PK).

## 5.5. Barnevernsinstitusjoner og MultifunC

Lov om barnevernstjenester § 4-24 og § 4-26 muliggjør tilbakehold av barn som har vist alvorlige atferdsvansker (som gjentatt kriminalitet, rusmisbruk eller annet) i barnevernsinstitusjon. Plasseringshjemmel § 4-24 innebærer plassering uten barnets eget samtykke, mens plassering etter § 4-26 er på grunnlag av samtykke. Per 31. desember 2011 var 245 barn plassert i barnevernsinstitusjoner etter § 4-24 eller § 4-26 (gjennomsnitt 2009-2011: 257 barn) [170]. Dette utgjør 18 % av alle barnevernsplasseringer. Gitt en barnebefolkning på 1,1 millioner personer under 18 år [171], tilsvarer dette at 0,022 % av alle barn er plassert på institusjon etter en slik hjemmel per 31. desember 2011. Ettersom dette er plasseringer på en bestemt dato, er antallet plasseringer i løpet av ett år høyere. Ett av tiltakene som er tilgjengelig i regi av barnevernstjenesten, er Multifunksjonell behandling i institusjon og nærmiljø (MultifunC). Denne tjenesten er spesielt utviklet for ungdom i alderen 14-18 år som har så alvorlige atferdsvansker at de har behov for et opphold på institusjon før de kan nyttiggjøre seg hjemmebaserte tiltak [172]. Behandlingen vil vanligvis foregå i omtrent seks måneder på institusjon før man igangsetter en intensiv hjemmebasert oppfølging.

## 5.6. Oppsummering av bruk av helsetjenester og barnevern

Tabell 9 oppsummerer statistikken vi har hentet inn fra de forskjellige kildene. Totalt er det 1,1 millioner barn i Norge under 18 år [171]. Den høyre kolonnen i tabell 9 viser andelen barn i Norge som har mottatt hjelp fra helsevesenet eller barnevernet på grunn av atferdsforstyrrelser i løpet av et år. Det er ut fra de tilgjengelige statistikkene vanskelig å si konkret hvor mange barn som har mottatt slik hjelp i løpet av et år. Ettersom et ukjent antall barn kan ha mottatt flere tiltak, vil antallet

barn være lavere enn summen. Dersom man ønsker å vite hvor mange barn dette gjelder totalt trengs registerkoblinger hvor man kan identifisere hvor mange «unike» barn dette gjelder. Likevel er summen av alle tiltakene (ca. 4456 barn, 0,41 %) betydelig lavere enn de 3,5 % av barn vi kan regne med har en atferdsforstyrrelse, jamfør det systematiske litteratursøket. Tar man dessuten overlappet i betraktning, er det klart at mange barn med atferdsforstyrrelser ikke er inkludert i de hjelpetilbudene vi har innhentet statistikk for. I tillegg kommer hjelpetiltak som ikke er med i de kildene vi har innhentet tall fra. Selv om dette kan bidra til å øke tallene noe, er det en svakhet ved disse tallene at vi ikke kan identifisere hvilke barn og unge som har fått hjelp hvor, og dermed heller ikke kan sammenstille informasjonen. Det er ikke rimelig å forvente at samtlige som har atferdsforstyrrelser i Norge skal være under behandling innen ett gitt tidsrom (f.eks. i løpet av 12 måneder). Eksempelvis er det mulig at barn allerede har vært i behandling, eller er på vei inn i behandling. På det nåværende tidspunkt

er det heller ikke mulig å gi svar på hvor mange som har vært i behandling tidligere eller hvor mange som er i behandling innenfor et gitt tidsrom. Derfor kan vi ikke si noe om korrespondansen mellom den beregnede prevalensen av atferdsforstyrrelser i Norge og dimensjoneringen av behandlingstilbudet for denne gruppen i Norge. Likevel er avviket mellom denne summen og den beregnende prevalensen såpass stort at det er rimelig å anta at mange barn som har atferdsforstyrrelser eller som står i fare for å utvikle atferdsforstyrrelser ikke får noen form for hjelp. Når det gjelder psykiske plager forøvrig, rapporterer kun 17 % av foreldre til ungdommer med betydelige emosjonelle plager at ungdommene har vært i kontakt med psykisk helsevern i løpet av det siste året [173]. Heiervang og medarbeidere (2007) fant i Barn i Bergen-studien at selvrapportert bruk av hjelpetjenester var betydelig høyere i gruppen med symptomer på atferdsforstyrrelser enn blant dem med emosjonelle problemer [72]. Derimot var bruken lavere sammenlignet med barn som hadde ADHD som primærproblematikk.

**Tabell 9.** Bruk av helsetjenester og barnevern, personer per år og andel av barn under 18 år

Kilde eller tiltak	Personer	% <sup>a</sup>
Pasientregisteret: Henvisning psykisk helsevern	1635	0,148
Barnevern: MST	848	0,077
Barnevern: PMTO	1067	0,097
Barnevernsinstitusjonsplassering	245	0,022
De utrolige årene	Ca. 540	0,049
MTFC (Atferdssenteret)	6-8	0,001
Funksjonell familierapi (Atferdssenteret)	114	0,010

a) Forutsetter at det er 1,1 millioner barn i Norge under 18 år

Atferdsproblemer og atferdsforstyrrelser hos barn og unge er en betydelig belastning for dem som rammes, deres familie og samfunnet forøvrig. For barn og unge med diagnostiserbare atferdsforstyrrelser er det en stor grad av komorbiditet – særlig for andre ekster-naliserende lidelser som ADHD og rusmisbruk. Dette utgjør en betydelig ekstrabelastning for personer som rammes av atferdsforstyrrelser og forverrer både prognosen og alvorlighetsgraden av konsekvensene. I forskningslitteraturen fremkommer det en rekke risikofaktorer for atferdsforstyrrelser knyttet både til miljøfaktorer og genetiske faktorer, og til samspillet mellom dem. Når det gjelder miljøfaktorer synes både familiære forhold og samfunnsmessige og sosiode-mografiske forhold å være viktige, mens genetiske effekter kanskje i større grad virker gjennom temperament og personlighet.

Den beregnede utbredelsen av diagnosti-serbar alvorlig atferdsforstyrrelse og opposisjonell atferdsforstyrrelse varierer betraktelig mellom forskjellige studier – og mellom forskjellige regioner. Målset-tingen med rapporten var å beregne omfanget av atferdsforstyrrelser best mulig blant barn og unge i Norge, samt å se dette opp mot behandlingsbehov.

Gjennom et systematisk litteratursøk i fire omfattende vitenskapelige litteratur-databaser har vi forsøkt å gi et mest mulig dekkende bilde av utbre-delsen av atferdsforstyrrelser, med et særskilt fokus på norske og nordiske forhold. Våre anslag ble basert på det vi fant av relevante tidligere publiserte vitenskape-lige artikler og rapporter.

Prevalens av diagnostiserbar atferdsforstyrrelse ble beregnet til å være 1,7 % for alvorlig atferdsforstyrrelse (CD) og 1,8 % for opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD) i Norge. Omfanget av begge lidelsene ser ut til å være mindre i Norge og Norden forøvrig enn i andre land. I tråd med studier fra andre land var det en relativt stor kjønnsforskjell for begge lidelser, hvor gutter var overrepresentert. Samtidig er det langt vanligere å ha symptomer på atferdsproblemer som ikke er så alvorlige at de tilfredsstiller diagnostiske kriterier.

Tallene viser at atferdsforstyrrelser er en nokså vanlig forekommende lidelse blant barn og unge i Norge. Det eksisterer en rekke behandlingstiltak som synes å være virksomme for barn og unge med

atferdsforstyrrelser, og flere av disse er allerede i bruk i Norge. Mange av tiltakene er omfattende og krever en koordinering av tiltak på flere forskjellige områder – i familien, skole og andre instanser, som barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge. Det finnes dessuten tiltak som kan være egnet til å forebygge atferdsforstyrrelser blant barn med høy risiko.

I denne rapporten har det ikke vært mulig å sammenfatte informasjon som kan gi en pålitelig oversikt over hvor mange som har fått henvisninger og tiltak rettet mot barn og unge med atferdsforstyrrelser i Norge. Dette skyldes at samme person kan være registrert flere ganger og/eller ved flere forskjel-lige instanser, uten at vi vet hvor stort dette overlappet er, og at vi ikke har kunnet følge enkeltpersoner over tid. Det er derfor vanskelig å si hvorvidt de tilgjenge-lige tiltakene er tilstrekkelig dimensjonert i forhold til utbredelsen av atferdsforstyrrelser. Likevel viser tallene vi har presentert at neppe mer enn en liten del av barn og unge med atferdsforstyrrelse får hjelp for disse forstyrrelsene hvert år. Forebygging og behandling av atferdsforstyrrelser ser ut til å være samfunnsøko-nomisk lønnsomt. Til tross for begrensningene i disse tallene, kan en økt satsning på forebygging virke fornuftig.

For å få mer nøyaktige tall, mener vi det vil være nødvendig å foreta registerkoblinger på tvers av forskjellige instanser knyttet til personer som får hjelp eller behandling for atferdsforstyrrelser. Dette vil muliggjøre mer pålitelige og nøyaktige anslag, noe som vil være nødvendig dersom en ønsker å beregne overensstemmelsen mellom antallet barn og unge som har behov for hjelp knyttet til atferdsforstyrrelser og faktiske tiltak. Selv om slike koblinger mellom forskjellige registre heller ikke kan gi helt presise tall på tiltak, vil de i langt større grad gi et bedre estimat enn det som nå er mulig.

Å koble datamateriale fra flere forskjellige instanser, som for eksempel kommunehelsetjenesten, PP-tjenesten, barnevernet og spesialisthelsetjenesten, vil utgjøre en betydelig utfordring, og man må kanskje i nærmeste fremtid benytte seg av selvrapportert infor-masjon om bruk av helsetjenester blant barn og unge fra befolkningsbaserte undersøkelser. Sistnevnte vil også være en tilnærming som kan gi mer informasjon om behovet for, og bruken av helsetjenester.

## Referanser

- [1] Krogh, F. and M.I.K. Bukten, *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2011*. Norsk Pasientregister. 2012, Helsedirektoratet: Oslo.
- [2] Ford, T., *Practitioner review: How can epidemiology help us plan and deliver effective child and adolescent mental health services?* J Child Psychol Psychiatry, 2008. **49**(9): p. 900-14.
- [3] Ogden, T., *Familiebasert behandling av alvorlige atferdsproblemer blant barn og ungdom*. 2010, University of Bergen: Bergen.
- [4] WHO, *ICD-10. Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer*. 2000, Oslo: Statens helse-tilsyn.
- [5] Costello, E.J. and A. Angold, *Bad behaviour: an historical perspective on disorders of conduct*, in *Conduct disorders in childhood and adolescence*, J. Hill and B. Maughan, Editors. 2001, University Press: Cambridge.
- [6] Loeber, R., et al., *Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2000. **39**(12): p. 1468-84.
- [7] INSERM Collective Expertise Centre, *Conduct disorder in children and adolescents*. 2005, INSERM.
- [8] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. 1994, Washington DC.: APA.
- [9] Moffitt, T.E., *Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy*. Psychol Rev, 1993. **100**(4): p. 674-701.
- [10] Munkvold, L.H., *Oppositional Defiant Disorder: Informant discrepancies, sex differences, co-occurring mental health problems and neuro-cognitive function*. 2011, University of Bergen: Bergen.
- [11] Zeitlin, H., *Psychiatric comorbidity with substance misuse in children and teenagers*. Drug Alcohol Depend, 1999. **55**(3): p. 225-34.
- [12] Lahey, B.B., et al., *Predicting future antisocial personality disorder in males from a clinical assessment in childhood*. J Consult Clin Psychol, 2005. **73**(3): p. 389-99.
- [13] Fergusson, D.M., L.J. Horwood, and E.M. Ridder, *Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood*. J Child Psychol Psychiatry, 2005. **46**(8): p. 837-49.
- [14] Breslau, J., et al., *Childhood and adolescent onset psychiatric disorders, substance use, and failure to graduate high school on time*. J Psychiatr Res, 2011. **45**(3): p. 295-301.
- [15] Kim-Cohen, J., et al., *Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort*. Arch Gen Psychiatry, 2003. **60**(7): p. 709-17.
- [16] Raudino, A., et al., *Childhood Conduct Problems Are Associated with Increased Partnership and Parenting Difficulties in Adulthood*. Journal of Abnormal Child Psychology, 2012. **40**(2): p. 251-263.
- [17] Laub, J.H. and G.E. Vaillant, *Delinquency and mortality: A 50-year follow-up study of 1,000 delinquent and nondelinquent boys*. American Journal of Psychiatry, 2000. **157**: p. 96-102.
- [18] Teplin, L.A., et al., *Early Violent Death Among Delinquent Youth: A Prospective Longitudinal Study*. Pediatrics, 2005. **115**(6): p. 1586-1593.
- [19] Breslau, J., et al., *Classes of conduct disorder symptoms and their life course correlates in a US national sample*. Psychological Medicine, 2012. **42**: p. 1081-1089.
- [20] Moffitt, T.E. and S. Scott, *Conduct Disorders of Childhood and Adolescence*, in *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 2009, Blackwell Publishing Ltd. p. 543-564.
- [21] Wittchen, H.U., et al., *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*. Eur Neuropsychopharmacol, 2011. **21**(9): p. 655-79.
- [22] Maughan, B., et al., *Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology*. J Child Psychol Psychiatry, 2004. **45**(3): p. 609-21.
- [23] Scott, S., *Conduct disorders*, in *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*, J.M. Rey, Editor. 2012, International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions: Geneva.
- [24] Canino, G., et al., *Does the prevalence of CD and ODD vary across cultures?* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2010. **45**(7): p. 695-704.
- [25] Heiervang, E., A. Goodman, and R. Goodman, *The Nordic advantage in child mental health: separating health differences from reporting style in a cross-cultural comparison of psychopathology*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2008. **49**(6): p. 678-685.

- [26] Renk, K., *Cross-Informant Ratings of the Behavior of Children and Adolescents: The "Gold Standard"*. Journal of Child and Family Studies, 2005. **14**(4): p. 457-468.
- [27] Cai, X., A.P. Kaiser, and T.B. Hancock, *Parent and Teacher Agreement on Child Behavior Checklist Items in a Sample of Preschoolers From Low-Income and Predominantly African American Families*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 2004. **33**(2): p. 303-312.
- [28] Munkvold, L., et al., *Should there be separate parent and teacher-based categories of ODD? Evidence from a general population*. J Child Psychol Psychiatry, 2009. **50**(10): p. 1264-72.
- [29] Berg-Nielsen, T., et al., *Preschoolers' Psychosocial Problems: In the Eyes of the Beholder? Adding Teacher Characteristics as Determinants of Discrepant Parent-Teacher Reports*. Child Psychiatry & Human Development, 2012. **43**(3): p. 393-413.
- [30] Kraemer, H.C., et al., *A new approach to integrating data from multiple informants in psychiatric assessment and research: Mixing and matching contexts and perspectives*. American Journal of Psychiatry, 2003. **160**(9): p. 1566-1577.
- [31] Helsedirektoratet. *ICD-10 Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. 2013 [Besøkt 25.03.2013]; Tilgjengelig fra: [finnkode.helsedirektoratet.no](http://finnkode.helsedirektoratet.no).
- [32] Goodman, R., *The strengths and difficulties questionnaire: a research note*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1997. **38**: p. 581-586.
- [33] Waschbusch, D.A. and F.J. Elgar, *Development and Validation of the Conduct Disorder Rating Scale*. Assessment, 2007. **14**(1): p. 65-74.
- [34] Quay, H., *Measuring dimensions of deviant behavior: The Behavior Problem Checklist*. Journal of Abnormal Child Psychology, 1977. **5**(3): p. 277-287.
- [35] Moffitt, T.E. and P.A. Silva, *Self-reported delinquency: Results from an instrument for New Zealand*. Australian & New Zealand Journal of Criminology, 1988. **21**(4): p. 227-240.
- [36] Achenbach, T.M., *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. 1983, Burlington: University of Vermont.
- [37] Eyberg, S. and D. Pincus, *Eyberg Child Behavior Inventory & Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised: Professional Manual*. 1999, Odessa: Psychological Assessment Resources.
- [38] Shaffer, D., et al., *NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): Description, Differences From Previous Versions, and Reliability of Some Common Diagnoses*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2000. **39**(1): p. 28-38.
- [39] Angold, A., et al., *The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA)*. Psychological Medicine, 1995. **25**: p. 739-753.
- [40] Reich, W., *Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA)*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2000. **39**(1): p. 59-66.
- [41] Orvaschel, H., et al., *Retrospective Assessment of Prepubertal Major Depression with the Kiddie-SADS-E*. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 1982. **21**(4): p. 392-397.
- [42] Moffitt, T.E., *Genetic and environmental influences on antisocial behaviors: Evidence from behavioral-genetic research*. Advances in Genetics, 2005. **55**: p. 41-104.
- [43] Rhee, S.H. and I.D. Waldman, *Genetic and environmental influences on antisocial behavior: A meta-analysis of twin and adoption studies*. Psychological Bulletin, 2002. **128**: p. 490-529.
- [44] Plomin, R., et al., *Behavioral Genetics*. 5th ed. 2008, New York: Worth Publishers.
- [45] Kendler, K.S., et al., *The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women*. Archives of General Psychiatry, 2003. **60**: p. 929-937.
- [46] Gelhorn, H.L., et al., *Genetic and environmental influences on conduct disorder: symptom, domain and full-scale analyses*. J Child Psychol Psychiatry, 2005. **46**(6): p. 580-91.
- [47] Eley, T.C., P. Lichtenstein, and T.E. Moffitt, *A longitudinal behavioral genetic analysis of the etiology of aggressive and nonaggressive antisocial behavior*. Development and Psychopathology, 2003. **15**(02): p. 383-402.
- [48] Rhee, S.H. and I.D. Waldman, *Handbook of behavior genetics*, in *Handbook of Behavior Genetics*, Y.-K. Kim, Editor. 2009, Springer: New York. p. 455-471.
- [49] Bergen, S.E., C.O. Gardner, and K.S. Kendler, *Age-related changes in heritability of behavioral phenotypes over adolescence and young adulthood: A meta-analysis*. Twin Research and Human Genetics, 2007. **10**(3): p. 423-433.
- [50] Leventhal, T. and J. Brooks-Gunn, *The neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes*. Psychological Bulletin, 2000. **126**(2): p. 309-337.

- [51] Murray, J. and D.P. Farrington, *Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies*. Can J Psychiatry, 2010. **55**(10): p. 633-42.
- [52] Boden, J.M., D.M. Fergusson, and L.J. Horwood, *Risk factors for conduct disorder and oppositional/defiant disorder: evidence from a New Zealand birth cohort*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2010. **49**(11): p. 1125-33.
- [53] Snyder, J.J. and G.R. Patterson, *Individual differences in social aggression: A test of a reinforcement model of socialization in the natural environment*. Behavior Therapy, 1995. **26**(2): p. 371-391.
- [54] Stoolmiller, M., G.R. Patterson, and J. Snyder, *Parental discipline and child antisocial behavior: A contingency-based theory and some methodological refinements*. Psychological Inquiry, 1997. **8**(3): p. 223-229.
- [55] van Ijzendoorn, M.H., C. Schuengel, and M.J. Bakermans-Kranenburg, *Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae*. Development and Psychopathology, 1999. **11**(2): p. 225-250.
- [56] Davies, P.T. and E.M. Cummings, *Marital conflict and child adjustment: An emotional security hypothesis*. Psychological Bulletin, 1994. **116**(3): p. 387-411.
- [57] Moffitt, T.E. and A. Caspi, *Annotation: Implications of Violence between Intimate Partners for Child Psychologists and Psychiatrists*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1998. **39**(2): p. 137-144.
- [58] Bronfenbrenner, U. and S.J. Ceci, *Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model*. Psychological Review, 1994. **101**(4): p. 568-586.
- [59] Jaffee, S.R., et al., *Nature X nurture: genetic vulnerabilities interact with physical maltreatment to promote conduct problems*. Dev Psychopathol, 2005. **17**(1): p. 67-84.
- [60] Tuvblad, C., M. Grann, and P. Lichtenstein, *Heritability for adolescent antisocial behavior differs with socioeconomic status: gene-environment interaction*. J Child Psychol Psychiatry, 2006. **47**(7): p. 734-43.
- [61] Costello, E.J., et al., *Relationships between poverty and psychopathology: A natural experiment*. JAMA, 2003. **290**(15): p. 2023-2029.
- [62] Caron, C. and M. Rutter, *Comorbidity in child psychopathology: Concepts, issues and research strategies*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1991. **32**(7): p. 1063-1080.
- [63] Nock, M.K., et al., *Prevalence, subtypes, and correlates of DSM-IV conduct disorder in the National Comorbidity Survey Replication*. Psychol Med, 2006. **36**(5): p. 699-710.
- [64] Lehto-Salo, P., et al., *Psychiatric comorbidity more common among adolescent females with CD/ODD than among males*. Nord J Psychiatry, 2009. **63**(4): p. 308-15.
- [65] Keenan, K., R. Loeber, and S. Green, *Conduct disorder in girls: a review of the literature*. Clin Child Fam Psychol Rev, 1999. **2**(1): p. 3-19.
- [66] Wichstrom, L., et al., *Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers*. J Child Psychol Psychiatry, 2012. **53**(6): p. 695-705.
- [67] Fergusson, D.M., L.J. Horwood, and M.T. Lynskey, *The effects of conduct disorder and attention deficit in middle childhood on offending and scholastic ability at age 13*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1993. **34**(6): p. 899-916.
- [68] Burke, J.D., R. Loeber, and B. Birmaher, *Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2002. **41**(11): p. 1275-1293.
- [69] Gelhorn, H.L., et al., *DSM-IV conduct disorder criteria as predictors of antisocial personality disorder*. Compr Psychiatry, 2007. **48**(6): p. 529-38.
- [70] Schlosser, R.W., *Appraising the quality of systematic reviews*. Focus: Technical Brief, 2007. **17**: p. 1-8.
- [71] Wichstrom, L., K. Skogen, and T. Oia, *Increased rate of conduct problems in urban areas: what is the mechanism?* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1996. **35**(4): p. 471-9.
- [72] Heiervang, E., et al., *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 & Adolescent Psychiatry, 2007. **46**(4): p. 438.
- [73] Heyerdahl, S., S. Kvernmo, and L. Wichstrøm, *Self-reported behavioural/emotional problems in Norwegian adolescents from multiethnic areas*. European Child & Adolescent Psychiatry, 2004. **13**(2): p. 64-72.
- [74] Wichstrom, L., *Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2000. **39**(5): p. 603-10.
- [75] Anckarsater, H., et al., *The Child and Adolescent Twin Study in Sweden (CATSS)*. Twin Research and Human Genetics, 2011. **14**(6): p. 495-508.



- [76] Malmberg, K., et al., *ADHD and disruptive behavior scores - associations with MAO-A and 5-HTT genes and with platelet MAO-B activity in adolescents*. BMC Psychiatry, 2008. **8**(28): p. 1-9.
- [77] Almqvist, F., et al., *Psychiatric disorders in 8-9-year-old children based on a diagnostic interview with the parents*. European Child & Adolescent Psychiatry, 1999. **8**(Suppl 4): p. IV/17-IV/28.
- [78] Ekblad, M., et al., *Prenatal Smoking Exposure and the Risk of Psychiatric Morbidity Into Young Adulthood*. Archives of General Psychiatry, 2010. **67**(8): p. 841-849.
- [79] Puura, K., et al., *Psychiatric disturbances among prepubertal children in Southern Finland*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1998. **33**(7): p. 310-318.
- [80] Rose, R.J., et al., *Genetic and environmental effects on conduct disorder and alcohol dependence symptoms and their covariation at age 14*. Alcohol Clin Exp Res, 2004. **28**(10): p. 1541-8.
- [81] Elberling, H., et al., *The prevalence of SDQ-measured mental health problems at age 5-7 years and identification of predictors from birth to preschool age in a Danish birth cohort: the Copenhagen Child Cohort 2000*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2010. **19**(9): p. 725-35.
- [82] Petersen, D.J., et al., *The population prevalence of child psychiatric disorders in Danish 8- to 9-year-old children*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2006. **15**(2): p. 71-8.
- [83] Kringlen, E., S. Torgersen, and V. Cramer, *A Norwegian psychiatric epidemiological study*. American Journal of Psychiatry, 2001. **158**(7): p. 1091-1098.
- [84] Kringlen, E., S. Torgersen, and V. Cramer, *Mental illness in a rural area: A Norwegian psychiatric epidemiological study*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2006. **41**: p. 713-719.
- [85] Weich, S., L. Twigg, and G. Lewis, *Rural/non-rural differences in rates of common mental disorders in Britain: Prospective multilevel cohort study*. British Journal of Psychiatry, 2006. **188**: p. 51-57.
- [86] Vega, W.A., et al., *Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California*. Archives of General Psychiatry, 1998. **55**: p. 771-778.
- [87] Eschenbeck, H., et al., *Physician-diagnosed obesity in German 6- to 14-year-olds. Prevalence and comorbidity of internalising disorders, externalising disorders, and sleep disorders*. Obes Facts, 2009. **2**(2): p. 67-73.
- [88] Ford, T., R. Goodman, and H. Meltzer, *The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2003. **42**(10): p. 1203-11.
- [89] Green, H., et al., *Mental health of children and young people in Great Britain, 2004*. 2005, Office of National Statistics: Houndmills.
- [90] Kim-Cohen, J., et al., *Validity of DSM-IV conduct disorder in 41/2-5-year-old children: a longitudinal epidemiological study*. Am J Psychiatry, 2005. **162**(6): p. 1108-17.
- [91] Kroes, M., et al., *Child psychiatric diagnoses in a population of Dutch schoolchildren aged 6 to 8 years*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001. **40**(12): p. 1401-1409.
- [92] McArdle, P., J. Prosser, and I. Kolvin, *Prevalence of psychiatric disorder: with and without psychosocial impairment*. European Child & Adolescent Psychiatry, 2004. **13**(6): p. 347-353.
- [93] Messer, J., et al., *Preadolescent conduct problems in girls and boys*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2006. **45**(2): p. 184-91.
- [94] Stringaris, A. and R. Goodman, *Mood lability and psychopathology in youth*. Psychological Medicine, 2009. **39**(8): p. 1237-1245.
- [95] Stringaris, A., B. Maughan, and R. Goodman, *What's in a disruptive disorder? Temperamental antecedents of oppositional defiant disorder: findings from the Avon longitudinal study*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2010. **49**(5): p. 474-83.
- [96] West, P., et al., *Voice-DISC identified DSM-IV disorders among 15-year-olds in the west of Scotland*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2003. **42**(8): p. 941-9.
- [97] Young, R., H. Sweeting, and P. West, *Associations between DSM-IV diagnosis, psychiatric symptoms and morning cortisol levels in a community sample of adolescents*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2012. **47**(5): p. 723-33.
- [98] Barnes, G.M., et al., *The Co-occurrence of Gambling with Substance Use and Conduct Disorder among Youth in the United States*. American Journal on Addictions, 2011. **20**(2): p. 166-173.
- [99] Braun, J.M., et al., *Association of environmental toxicants and conduct disorder in U.S. children: NHANES 2001-2004*. Environ Health Perspect, 2008. **116**(7): p. 956-62.
- [100] Bufferd, S.J., et al., *Parent-reported mental health in preschoolers: findings using a diagnostic interview*. Comprehensive Psychiatry, 2011. **52**(4): p. 359-369.

- [101] Bufferd, S.J., et al., *Psychiatric disorders in preschoolers: Continuity from ages 3 to 6*. American Journal of Psychiatry, 2012. **169**: p. 1157-1164.
- [102] Cohen, P., et al., *An epidemiologic-study of disorders in late childhood and adolescence. 1. Age-specific and gender-specific prevalence*. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 1993. **34**(6): p. 851-867.
- [103] Costello, E.J., et al., *The Great Smoky Mountains Study of youth - Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders*. Archives of General Psychiatry, 1996. **53**(12): p. 1129-1136.
- [104] Costello, E.J., et al., *Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence*. Arch Gen Psychiatry, 2003. **60**(8): p. 837-44.
- [105] Ehringer, M.A., et al., *Genetic and environmental contributions to common psychopathologies of childhood and adolescence: a study of twins and their siblings*. J Abnorm Child Psychol, 2006. **34**(1): p. 1-17.
- [106] Elkins, I.J., M. McGue, and W.G. Iacono, *Prospective effects of attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescent substance use and abuse*. Arch Gen Psychiatry, 2007. **64**(10): p. 1145-52.
- [107] Feehan, M., et al., *DSM-III-R disorders in New Zealand 18-year-olds*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1994. **28**(1): p. 87-99.
- [108] Frost, L.A., T.E. Moffitt, and R. McGee, *Neuropsychological function and psychopathology in an unselected cohort of young adolescents*. Journal of Abnormal Psychology, 1989. **98**: p. 307-313.
- [109] Keenan, K., et al., *DSM-III-R Disorders in Preschool Children From Low-Income Families*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1997. **36**(5): p. 620-627.
- [110] Lahey, B.B., et al., *Age and gender differences in oppositional behavior and conduct problems: a cross-sectional household study of middle childhood and adolescence*. J Abnorm Psychol, 2000. **109**(3): p. 488-503.
- [111] Lavigne, J.V., et al., *The prevalence of ADHD, ODD, depression, and anxiety in a community sample of 4-year-olds*. J Clin Child Adolesc Psychol, 2009. **38**(3): p. 315-28.
- [112] Lewinsohn, P.M., et al., *Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students*. J Abnorm Psychol, 1993. **102**(1): p. 133-44.
- [113] Loeber, R., M. Stouthamer-Loeber, and H.R. White, *Developmental aspects of delinquency and internalizing problems and their association with persistent juvenile substance use between ages 7 and 18*. J Clin Child Psychol, 1999. **28**(3): p. 322-32.
- [114] Marmorstein, N.R., *Relationships between anxiety and externalizing disorders in youth: the influences of age and gender*. J Anxiety Disord, 2007. **21**(3): p. 420-32.
- [115] Goodwin, R.D., *Association between infection early in life and mental disorders among youth in the community: a cross-sectional study*. BMC Public Health, 2011. **11**: p. 878.
- [116] Merikangas, K.R., et al., *Prevalence and Treatment of Mental Disorders Among US Children in the 2001-2004 NHANES*. Pediatrics, 2010. **125**(1): p. 75-81.
- [117] Roberts, R.E., C.R. Roberts, and Y. Xing, *Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area*. J Psychiatr Res, 2007. **41**(11): p. 959-67.
- [118] Roberts, R.E., C.R. Roberts, and W. Chan, *One-year incidence of psychiatric disorders and associated risk factors among adolescents in the community*. J Child Psychol Psychiatry, 2009. **50**(4): p. 405-15.
- [119] Sawyer, M.G., et al., *The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being*. Aust N Z J Psychiatry, 2001. **35**(6): p. 806-14.
- [120] Alfstad, K.A., et al., *Gender differences in risk-taking behaviour in youth with epilepsy: a Norwegian population-based study*. Acta Neurologica Scandinavica, 2011. **124**: p. 12-17.
- [121] Pedersen, W., A. Mastekaasa, and L. Wichstrom, *Conduct problems and early cannabis initiation: a longitudinal study of gender differences*. Addiction, 2001. **96**(3): p. 415-31.
- [122] Eklund, J.M. and B. af Klinteberg, *Alcohol Use and Patterns of Delinquent Behaviour in Male and Female Adolescents*. Alcohol and Alcoholism, 2009. **44**(6): p. 607-614.
- [123] Malmberg, K., et al., *Psychiatric problems associated with subthreshold ADHD and disruptive behaviour diagnoses in teenagers*. Acta Paediatr, 2011. **100**(11): p. 1468-75.
- [124] Niemela, S., et al., *Childhood predictors of drunkenness in late adolescence among males: a 10-year population-based follow-up study*. Addiction, 2006. **101**(4): p. 512-21.

- [125] Reinholdt-Dunne, M.L., et al., *Emotional difficulties in seventh grade children in Denmark*. Scandinavian Journal of Psychology, 2011. **52**(5): p. 433-439.
- [126] Frøyland, L.R. and M.A. Sletten, *Mindre problematferd for de fleste, større problemer for de få?* Tidsskrift for Ungdomsforskning, 2012. **12**(2): p. 43-66.
- [127] Goodman, A., et al., *Cross-national differences in questionnaires do not necessarily reflect comparable differences in disorder prevalence*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2012. **47**(8): p. 1321-1331.
- [128] Cohen, P., et al., *An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence--I. Age- and gender-specific prevalence*. J Child Psychol Psychiatry, 1993. **34**(6): p. 851-67.
- [129] Crijnen, A.A.M., T.M. Achenbach, and F.C. Verhulst, *Comparisons of Problems Reported by Parents of Children in 12 Cultures: Total Problems, Externalizing, and Internalizing*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1997. **36**(9): p. 1269-1277.
- [130] Ihle, W., et al., *Prevalence, course, and risk factors for mental disorders in young adults and their parents in East and West Germany*. American Behavioral Scientist, 2001. **44**(11): p. 1918-1936.
- [131] Hannesdottir, H., A. Sourander, and J. Piha, *Comparison of behavioral problems between two samples of 2- to 3-year-old children in Finland and Iceland*. Nordic Journal of Psychiatry, 2000. **54**(1): p. 13-17.
- [132] Kvernmo, S.I.V. and S. Heyerdahl, *Influence of Ethnic Factors on Behavior Problems in Indigenous Sami and Majority Norwegian Adolescents*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1998. **37**(7): p. 743-751.
- [133] Javo, C., S. Heyerdahl, and J.A. Rønning, *Parent reports of child behavior problems in young Sami children: A cross-cultural comparison*. European Child & Adolescent Psychiatry, 2000. **9**(3): p. 202-211.
- [134] Statistisk Sentralbyrå. *Innvandrere og norsk-fødte med innvandrerforeldre*. 2013 [Besøkt 13.05.2013]; Tilgjengelig fra: <http://ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef>.
- [135] Oppedal, B., et al., *Psykososial tilpasning og psykiske problemer blant barn i innvandrerfamilier*. 2008, Nasjonalt Folkehelseinstitutt: Oslo.
- [136] Youthmind Ltd. *SDQ: Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaire*. 2013 [Besøkt 13.05.2013]; Tilgjengelig fra: [www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com).
- [137] Yaman, A., et al., *Parenting in an individualistic culture with a collectivistic cultural background: The case of Turkish immigrant families with toddlers in the Netherlands*. Journal of Child and Family Studies, 2010. **19**(5): p. 617-628.
- [138] Stevens, G., et al., *Parent, teacher and self-reported problem behavior in The Netherlands - Comparing Moroccan immigrant with Dutch and with Turkish immigrant children and adolescents*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2003. **38**(10): p. 576-585.
- [139] Zwirs, B.W.C., et al., *Prevalence of psychiatric disorders among children of different ethnic origin*. Journal of Abnormal Child Psychology, 2007. **35**: p. 556-566.
- [140] Rowland, A.S., et al., *Prevalence of Medication Treatment for Attention Deficit-Hyperactivity Disorder Among Elementary School Children in Johnston County, North Carolina*. American Journal of Public Health, 2002. **92**(2): p. 231-234.
- [141] Safer, D.J. and M. Malever, *Stimulant Treatment in Maryland Public Schools*. Pediatrics, 2000. **106**(3): p. 533-539.
- [142] Zwirs, B.W.C., et al., *Different treatment thresholds in non-western children with behavioral problems*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2006. **45**(4): p. 476-483.
- [143] Zwirs, B.C., et al., *Ethnic differences in parental detection of externalizing disorders*. European Child & Adolescent Psychiatry, 2006. **15**(7): p. 418-426.
- [144] Sourander, A., et al., *Recognition of psychiatric disorders, and self-perceived problems. A follow-up study from age 8 to age 18*. J Child Psychol Psychiatry, 2005. **46**(10): p. 1124-34.
- [145] Sourander, A., et al., *Mental health service use among 18-year-old adolescent boys: A prospective 10-year follow-up study*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2004. **43**(10): p. 1250-1258.
- [146] Zwirs, B.W.C., *Externalizing disorders among children of different ethnic origin in the Netherlands*. 2006, University Medical Centre Utrecht: Utrecht. p. 145.
- [147] Lavik, N.J., et al., *Mental disorder among refugees and the impact of persecution and exile: Some findings from an out-patient population*. British Journal of Psychiatry, 1996. **169**: p. 726-732.

- [148] Sundquist, J., et al., *Impact of Ethnicity, Violence and Acculturation on Displaced Migrants: Psychological Distress and Psychosomatic Complaints among Refugees in Sweden*. The Journal of Nervous and Mental Disease, 2000. **188**(6): p. 357-365.
- [149] Hauff, E. and P. Vaglum, *Organised violence and the stress of exile. Predictors of mental health in a community cohort of Vietnamese refugees three years after resettlement*. Br J Psychiatry, 1995. **166**(3): p. 360-7.
- [150] Oppedal, B. and T. Idsøe, *Conduct problems and depression among unaccompanied refugees: The association with pre-migration trauma and acculturation*. anales de psicología, 2012. **28**(3): p. 683-694.
- [151] Ford, T., et al., *Child Mental Health is Everybody's Business: The Prevalence of Contact with Public Sector Services by Type of Disorder Among British School Children in a Three-Year Period*. Child and Adolescent Mental Health, 2007. **12**(1): p. 13-20.
- [152] Romeo, R., M. Knapp, and S. Scott, *Economic cost of severe antisocial behaviour in children – and who pays it*. The British Journal of Psychiatry, 2006. **188**(6): p. 547-553.
- [153] Shivram, R., et al., *Service utilization by children with conduct disorders: findings from the 2004 Great Britain child mental health survey*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2009. **18**(9): p. 555-63.
- [154] Vostanis, P., et al., *Service utilisation by children with conduct disorders--findings from the GB National Study*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2003. **12**(5): p. 231-8.
- [155] Wu, P., et al., *Depressive and disruptive disorders and mental health service utilization in children and adolescents*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1999. **38**(9): p. 1081-90; discussion 1090-2.
- [156] Cornelius, J.R., et al., *Correlates of mental health service utilization and unmet need among a sample of male adolescents*. Addict Behav, 2001. **26**(1): p. 11-19.
- [157] Pihlakoski, L., et al., *Use of and need for professional help for emotional and behavioral problems among preadolescents: A prospective cohort study of 3- to 12-year-old children*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2004. **8**: p. 974-983.
- [158] Dretzke, J., et al., *The effectiveness and cost-effectiveness of parent training/education programmes for the treatment of conduct disorder, including oppositional defiant disorder, in children*. Health Technol Assess, 2005. **9**(50): p. iii, ix-x, 1-233.
- [159] Friedli, L. and M. Parsonage, *Building an economic case for mental health promotion: part I*. Journal of Public Mental Health, 2007. **6**(3): p. 14-23.
- [160] Rambøll, *Afrapportering: Analyse af de økonomiske konsekvenser på området for udsatte børn og unge*. 2012, Social- og Integrationsministeriet: København.
- [161] Atferdssenteret. [Besøkt 12.04.2013]; [PMTO]. Tilgjengelig fra: <http://www.atferdssenteret.no/parent-management-training-oregon-pmto/category158.html>.
- [162] Atferdssenteret. [Besøkt 12.04.2013]; [MST]. Tilgjengelig fra: <http://www.atferdssenteret.no/multisystemisk-terapi-mst/category150.html>.
- [163] Statistisk Sentralbyrå. 2013 [Besøkt 15.04.2013]; [Tabell: 09075: Barnevernstiltak i løpet av året, per 31.12. og for nye barn, etter tiltak (F)]. Tilgjengelig fra: [www.ssb.no](http://www.ssb.no).
- [164] Statistisk Sentralbyrå. 2012 [Besøkt 12.04.2013]; [Tabell: 09077: Barnevernstiltak i løpet av året, per 31.12. og for nye barn, etter tiltak, kjønn og landsdel]. Tilgjengelig fra: [www.ssb.no](http://www.ssb.no).
- [165] Statistisk Sentralbyrå. 2013 [Besøkt 15.04.2013]; [Tabell: 09078: Nye tilfeller av barn med barnevernstiltak i løpet av året, etter alder og grunn til å setja i verk tiltak]. Tilgjengelig fra: [www.ssb.no](http://www.ssb.no).
- [166] Statistisk Sentralbyrå. 2013 [Besøkt 15.04.2013]; [Tabell: 09082: Undersøkningsaker starta av barnevernet, etter innhold i meldinga, kven som melde saka og alder]. Tilgjengelig fra: [www.ssb.no](http://www.ssb.no).
- [167] Webster-Stratton, C. and M.J. Reid, *The Incredible Years, in Evidence-based psychotherapies for children and adolescents.*, J. Weisz and A. Kazdin, Editors. 2010, Guildford Publications: New York.
- [168] Atferdssenteret. [[Funksjonell familierapi]. Tilgjengelig fra: <http://www.atferdssenteret.no/funksjonell-familierapi-fft/category148.html>.
- [169] Atferdssenteret. [Besøkt 12.04.2013]; [Multidimensional Treatment Foster Care]. Tilgjengelig fra: <http://www.atferdssenteret.no/multidimensional-treatment-foster-care-mtfc/category157.html>.
- [170] Statistisk Sentralbyrå. 2013 [Besøkt 15.04.2013]; [Tabell: 07066: Barn i barnevernsinstitusjoner per 31. desember, etter plasseringshemmel (lovparagraf) og institusjonens eierskap. Regioner]. Tilgjengelig fra: [www.ssb.no](http://www.ssb.no).

- [171] Statistisk Sentralbyrå. 2013 [Besøkt 15.04.2013]; [Tabell: 07459: Folkemengde, etter kjønn og ettårig alder. 1. januar (K)]. Tilgjengelig fra: [www.ssb.no](http://www.ssb.no).
- [172] Bufetat. *MultifunC*. 2013 [Besøkt 13.05.2013]; Tilgjengelig fra: <http://www.bufetat.no/barnevern/atferd/multifunc/>.
- [173] Helland, M.J. and K.S. Mathiesen, *13-15-åringer fra vanlige familier i Norge - hverdagsliv og psykisk helse*. 2009, Nasjonalt Folkehelseinstitutt: Oslo.