

# Kartlegging av helse relatert livskvalitet hos seksåringer i Agder

Funn fra skolestartundersøkelsen året 2019/2020 og 2020/2021

RENATE ALEXANDRIA MARTINSEN

## VEILEDERE

Thomas Westergren & Kristin Haraldstad

Antall ord: 17 945

**Universitetet i Agder, høsten 2020**

Fakultet for Helse- og idrettsvitenskap

Institutt for Helse- og sykepleievitenskap

Master

## Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært både lærerikt, gøy og utfordrende. Ettersom helserelatert livskvalitet er lite utforsket blant de minste barna har det vært nødvendig å lete og søke ved bruk av mange ulike vinklinger for å finne bakgrunnsstoff til et passende teoretisk materiale. Dette understreker bare hvor komplekst og bredt arbeid innen folkehelsearbeid og helserelatert livskvalitet er, da jeg har funnet nyttig kunnskap innen mange ulike fag-grener. Analyseprosessen gav meg både frustrasjon og mestringsfølelse. Jeg har kjent på vekslende motivasjon og arbeidsinnsats, men er fornøyd med det endelige resultatet som er denne masteroppgaven.

Oppgaven er med på å bidra med nyttig kunnskap innen forskningen på helserelatert livskvalitet. Ny kunnskap gjør det mulig å komme videre innen arbeid med å bedre den helserelaterte livskvaliteten i befolkningen – noe som eksempelvis blir trukket frem som innsatsområde i folkehelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Ny kunnskap er nyttig både i forhold til å utvikle nye og videreutvikle eksisterende politiske retningslinjer, men kan også bidra rent praktisk som støtte i arbeidet for eksempelvis lærere og helesykepleiere. Det vil kunne medføre en bedre hverdag for barn og deres foreldre om kunnskapen blir benyttet til å tilby et bedre helsetilbud og oppfølging for den enkelte.

Takk til veiledere for all støtte og refleksjoner underveis i prosessen.

Kristiansand

November 2020

Renate Alexandria Martinsen

## Abstrakt

**Bakgrunn:** Det finnes lite helhetlig og oppsummert kunnskap om helsereelatert livskvalitet hos barneskolebarn. For å kunne forebygge lav livskvalitet senere i livet, og for kunnskapsbasert og tidlig innsats er det derfor nødvendig med oversikt over helsereelatert livskvalitet tidligst mulig i livet.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å kartlegge og bidra til økt kunnskap om seksåringers helsereelaterte livskvalitet, herunder fysisk og psykisk helse, relasjon til foreldre og autonomi, venner og sosial støtte og skolemiljø, ved å se på:

1. Forskjeller mellom jenter og gutter
2. Forskjeller mellom barn født første og andre kalenderhalvår

**Metode:** Datamaterialet ble innsamlet gjennom skolestartundersøkelsen skoleåret 2019/2020 og 2020/2021 i kommuner i Sør-Norge. N= 140. Spørreskjemaet Kidscreen-27 Proxy ble besvart av foreldre. Kjikvadrattest og uparet T-test ble utført i SPSS 26.0.

**Resultater:** Foreldrene rapporterte høy helsereelatert livskvalitet hos barna, og gjennomsnittet var høyere enn det som er rapportert i Europa. Foreldrene rapporterte at helsen var veldig bra eller utmerket hos 92,2 % av barna. Det var ingen signifikante forskjeller mellom jenter og gutter. Det var ingen signifikante forskjeller mellom barn født i første og andre kalenderhalvår. Den psykiske helsen var signifikant lavere blant barn som hadde kartleggingen etter skolestart sammenlignet med de som hadde kartlegging før skolestart.

**Konklusjon:** Foreldrene rapporterte høy helsereelatert livskvalitet hos seksåringene. Det var ingen forskjell mellom hverken jenter og gutter, eller mellom barn født i første og andre kalenderhalvår.

**Nøkkelord:** Helsereelatert livskvalitet, barn, seksåringer, HRQoL, Agder, Kidscreen-27

## **Abstract**

**Background:** There is little knowledge about the quality of life in young children. To prevent low quality of life later in life and being able to work evidence-based and early interventions, it is necessary to have an overview of health-related quality of life as early as possible.

**Aim:** The purpose of this study was to map and contribute to increased knowledge of six-year-olds health-related quality of life, involving physical and psychological well-being, autonomy and parent relation, social support and peers and school environment, by studying:

1. Differences between sexes
2. Differences between children born first or second part of the year

**Method:** Data was collected through the annual school-startup-survey year 2019/2020 and 2020/2021 in municipalities in southern Norway. N=140. Parents answered the Questionnaire Kidscreen-27 Proxy. Chi-Square-test and Independent Sample T-test were executed in SPSS 26.0.

**Results:** Parents reported high health-related quality of life among the children, a higher average than what's reported in Europe. Parents reported that the health was very good or excellent in 92,2 % of the children. There were no significant differences between sexes, or between children born in the first or second part of the year. Psychological well-being was significantly lower among children who had the control after school-start compared to before.

**Conclusion:** Parents reported a high degree of health-related quality of life among six-year-olds. There were no differences between sexes, or between children born in the first or second part of the year.

**Keywords:** Health-related Quality of life, children, six-year-olds, Agder, Kidscreen-27

## Figur oversikt

|   |    |
|---|----|
| <b>Figur 1.</b> Modell for å forstå livskvalitet hos barn og unge | 17 |
|---|----|

## Tabell oversikt

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabell 1.</b> Helsedata oppgitt i prosent fra undersøkelsen Ung i Agder 2019, gjennomført på ungdomsskoler og videregående skoler i Agder.<br>Alder 13-18 år, N= 18000         | 29 |
| <b>Tabell 2.</b> Resultater fra undersøkelsen <i>Ung i Agder</i> , gjennomført på 8.-10. klasse, og Vg1-Vg3. 13-18 år, N=18000  | 31 |
| <b>Tabell 3.</b> Beskrivelse av utvalget. N= 140  | 38 |
| <b>Tabell 4.</b> Fordeling mellom jenter og gutter og fødehalvår i gruppen med kartlegging etter skolestart. N=104  | 39 |
| <b>Tabell 5.</b> Fordeling mellom jenter og gutter og kartleggingstidspunkt. N=140  | 39 |
| <b>Tabell 6.</b> Foreldrerapportert helse hos barna i utvalget. N=140   | 40 |
| <b>Tabell 7.</b> Beskrivende statistikk, gjennomsnittscore og spredning innen dimensjoner i helserelatert livskvalitet målt ved Kidscreen-27. N=140                               | 40 |
| <b>Tabell 8.</b> Gjennomsnittscore, standardavvik og signifikansnivå mellom gruppene jenter og gutter. N=140  | 41 |
| <b>Tabell 9.</b> Gjennomsnittscore, standardavvik og signifikansnivå fordelt mellom gruppene som har hatt kartleggingen før og etter skolestart. N=140                            | 41 |
| <b>Tabell 10.</b> Gjennomsnittscore og signifikansnivå mellom gruppene født i første eller andre kalenderhalvår blant barna som har hatt kartleggingen etter skolestart.<br>N=108 | 42 |

## Innholdsfortegnelse

|  |           |
|--|-----------|
| <b>FORORD</b> .....  | <b>1</b>  |
| <b>ABSTRAKT</b> .....  | <b>2</b>  |
| <b>FIGUR OVERSIKT</b> .....  | <b>4</b>  |
| <b>TABELL OVERSIKT</b> .....   | <b>4</b>  |
| <b>1.0 INTRODUKSJON</b> .....  | <b>7</b>  |
| <b>2.0 LITTERATURGJENNOMGANG OG TEORETISK RAMMEVERK</b> .....                          | <b>10</b> |
| 2.1 HVA ER LIVSKVALITET .....  | 10        |
| 2.2 HVORFOR UNDERSØKE HELSERELATERT LIVSKVALITET? .....                                | 11        |
| 2.3 HELSERELATERT LIVSKVALITET BLANT BARN OG SEKSÅRINGER .....                         | 13        |
| 2.3.1 Foreldrerapportering av helserelatert livskvalitet.....                          | 14        |
| 2.4 FORSKJELLER MELLOM JENTER OG GUTTER I UTVIKLING OG SKOLEPRESTASJONER .....         | 15        |
| 2.5 HELSERELATERT LIVSKVALITET .....   | 16        |
| 2.5.1 Sammenheng mellom fysisk helse og helserelatert livskvalitet .....               | 19        |
| 2.5.2 Sammenheng mellom psykisk helse og helserelatert livskvalitet.....               | 20        |
| 2.5.3 Sammenheng mellom relasjon til foreldre, autonomi og helserelatert livskvalitet. | 21        |
| 2.5.4 Sammenheng mellom venner og sosial støtte og helserelatert livskvalitet .....    | 22        |
| 2.5.5 Sammenheng mellom skolemiljø og helserelatert livskvalitet.....                  | 23        |
| 2.6 POLITISKE FØRINGER OM BARN OG LIVSKVALITET .....                                   | 23        |
| 2.7 TIDLIGERE FORSKNING .....  | 25        |
| 2.7.1 Aldersforskjeller i helserelatert livskvalitet .....                             | 26        |
| 2.7.2 Forskjeller mellom jenter og gutter i helserelatert livskvalitet.....            | 27        |
| 2.8 HVA VET VI OM LIVSKVALITET OG HELSE HOS BARN OG UNGE I AGDER .....                 | 28        |
| 2.8.1 Rapport: Ung i Agder, tall fra 2016 og 2019.....                                 | 30        |
| 2.9 BEHOV FOR ØKT KUNNSKAP .....   | 32        |
| 2.10 STUDIENS BIDRAG .....   | 32        |
| <b>3.0 METODE OG UTVALG</b> .....  | <b>33</b> |
| 3.1 METODE .....   | 33        |
| 3.2 DESIGN.....  | 33        |

|   |           |
|---|-----------|
| 3.3 POPULASJON OG UTVALG.....   | 34        |
| 3.4 INSTRUMENT .....  | 34        |
| 3.5 DATAINNSAMLING.....   | 35        |
| 3.6 DATAANALYSE.....  | 36        |
| 3.7 ETISKE OVERVEIELSER .....   | 37        |
| <b>4.0 RESULTATER.....</b>  | <b>38</b> |
| 4.1 BESKRIVELSE AV UTVALGET .....   | 38        |
| 4.2 DEN FORELDRERAPPORTERTE HELSERELATERTE LIVSKVALITETEN TIL BARNA I UTVALGET<br>..... | 40        |
| <b>5.0 DISKUSJON .....</b>  | <b>43</b> |
| 5.1 HVORDAN HAR BARNA DET?.....   | 43        |
| 5.2 FORSKJELLER MELLOM JENTER OG GUTTER .....   | 45        |
| 5.3 FORSKJELLER MELLOM BARN FØDT I FØRSTE OG ANDRE KALENDERHALVÅR.....                  | 46        |
| 5.4 FORSKJELLER MELLOM BARNA SOM HAR HATT KARTLEGGINGEN FØR OG ETTER<br>SKOLESTART..... | 47        |
| 5.5 STYRKER OG SVAKHETER MED VALGT METODE .....   | 48        |
| 5.5.1 <i>Utvalg</i> .....   | 48        |
| 5.5.2 <i>Design</i> .....   | 48        |
| 5.5.3 <i>Proxy rapportering</i> .....   | 49        |
| 5.5.4 <i>Skolestartundersøkelsen</i> .....  | 51        |
| 5.5.5 <i>Covid-19</i> .....   | 51        |
| 5.6 STUDIENS RELEVANS .....   | 52        |
| <b>6.0 KONKLUSJON .....</b>   | <b>53</b> |
| <b>REFERANSELISTE.....</b>  | <b>54</b> |
| <b>VEDLEGG.....</b>   | <b>68</b> |
| VEDLEGG 1 – KIDSCREEN 27 PROXY .....  | 68        |
| VEDLEGG 2 – FEK GODKJENNING .....   | 73        |
| VEDLEGG 3 – NSD PERSONVERNKONSEKVENSVURDERING .....                                     | 74        |

## 1.0 Introduksjon

Mye av grunnlaget for en god helse legges i barndommen, mens barna fortsatt har hele livet fremfor seg (Folkehelsestrategi, 2018, s. 17). Livskvalitet er et begrep som har blitt definert på flere ulike måter, Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer livskvalitet som:

*”Individuals’ perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns”*

(WHO, 1997, s. 1). Livskvalitet blir videre utredet i kapittel 2.1.

Barn i seks-års alder er i en fase i livet hvor de går gjennom en stor forandring og overgang fra barnehage til skole. Likevel finnes det lite helhetlig informasjon om barn og unges livskvalitet i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018b; Departementene, 2017, s. 35). Barn og unge faller ofte utenfor utvalgsundersøkelser, selv om det i denne gruppen ofte er mest effektivt å sette inn tiltak (Barstad, 2016). Norske tilstandsrapporter på psykisk helse undersøker eksempelvis fra 16 års alder, og Ungdata-junior undersøkelser fra femte-klasse (Folkehelseinstituttet, 2016; Ungdata, u.å.). For å kunne vurdere effekten av eventuell tidlig innsats hos barn i neste fase, er kunnskap om hvordan ungdommer har det også viktig. Noen helsetrekk blant ungdommer i Agder er derfor inkludert i kapittel 2.8.

I Norge har de fleste barn det bra, men stadig flere rapporterer om psykiske helseutfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 25; Sletten & Bakken, 2016, s. 15). I folkehelse rapporten fra 2018 står det at ni av ti barn er fornøyd med livet og trives på skolen, men at andelen jenter med symptomer på depresjon og angst øker fra tenårene (Folkehelseinstituttet, 2018b). Barn og ungdom med psykiske plager har større risiko for å ha psykiske plager også senere i livet (Stoltenberg, 2014, s. 161). Fra et folkehelseperspektiv er det mer som kan gjøres for å redusere psykiske helseplager, deriblant å kartlegge den psykiske helsen – også blant sårbare grupper som barn (WHO, 2001, s. 16). Mer enn 90 % av alle land har ingen psykisk helsepolitikk som inkluderer barn og unge (WHO, 2001, s. 3). Forskning viser at 15-20 % av barn og unge i alderen 3-18 år opplever nedsatt funksjon på grunn av psykiske plager (Stoltenberg, 2014, s. 161). Psykiske plager blant de yngste barna ses ofte som problemer med å regulere søvn, spising, renslighet, oppmerksomhet, følelser og oppførsel (Stoltenberg, 2014, s. 162). For de fleste er symptomer på psykiske lidelser forbigående, men for noen blir de varige. Blant barn i førskole- og skolealder er det rundt 7 % med symptomer som kan være tegn på en psykisk lidelse (Folkehelseinstituttet, 2018a, s. 38; Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 25).



Høy livskvalitet tilsvarer ikke nødvendigvis god psykisk helse (Nes & Tambs, 2011, s. 121). Snarere kan en høy livskvalitet virke som en beskyttelsesfaktor mot psykiske helseplager, ved at man bedre takler motstand og vanskelige opplevelser (Nes, 2017a). Livskvalitet handler om å føle glede, tilfredshet, trygghet og samhold (Nes, 2017a). Livskvalitet står sentralt i en tiårig satsning (fra 2017) på folkehelsearbeid i kommuner i Norge, som ble utarbeidet etter folkehelsemeldingen fra 2015 (Helsedirektoratet, 2018b). Målet med satsningen er å styrke arbeidet i kommunene for å fremme helse og livskvalitet med et spesielt fokus på barn og unge (Helsedirektoratet, 2018b). Verdens helseorganisasjon definerer helse som: ”*a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*” (WHO, 1946, s. 1). Livskvalitet er subjektivt, og Verdens helseorganisasjon oppgir disse påvirkningsfaktorene: fysisk helse, psykologiske faktorer, selvstendighet, sosiale relasjoner, tro og omgivelser (WHO, 1997, s. 1). Innenfor helse bruker man ofte begrepet helsereelatert livskvalitet (Næss, 2011, s. 25). Helsereelatert livskvalitet har blitt definert som:

*“Health-Related Quality of Life is a multidimensional construct covering physical, emotional, mental, social and behavioral components of well-being and functioning as perceived by person/and/or other observers”* (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, s. 15).

Fritt oversatt betyr dette: helsereelatert livskvalitet er et flerdimensjonalt begrep som handler om fysiske, emosjonelle, psykiske, sosiale og atferdsmessige sider ved livet, slik det oppfattes av personen selv og/eller andre observatører. Definisjonene på både livskvalitet, helse og helsereelatert livskvalitet har alle likhetstrekk, og helsereelatert livskvalitet understreker et holistisk og subjektivt perspektiv.

Innen forskning på subjektive opplevelser er selvrapporing å foretrekke, og forskning har vist at barn kan svare reliabelt på spørsmål om egen helse og helsereelatert livskvalitet om spørsmålene er tilpasset alder og kognitivt nivå (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, s. 17). En studie gjort om selvrapporing og Proxy rapportering foreslår at barn helt ned i fem-års alder kan selv-rapportere reliabelt innen helsereelatert livskvalitet, men studien viste også at resultatene er noe mindre reliable blant de under åtte år (Varni, Limbers & Burwinkle, 2007). Basert på kunnskapen om at svarene man får ved selvrapporing innen helsereelatert livskvalitet hos de yngre barna (under åtte år) viser større grad av usikkerhet, og mindre reliabilitet, er foreldrerapporing (Proxy) valgt i denne studien.

FN-konvensjonen om barns rettigheter ligger til grunn for regjeringens politikk rettet mot barn og unge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 25). Flere sektorer har ansvaret og må samarbeide om å fremme livskvaliteten til barn, som barnehage og skole (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 25). For å kunne planlegge og gjennomføre effektive tiltak er det nødvendig med god oversikt over befolkningens helsesituasjon innen det aktuelle feltet (Helsedirektoratet, 2013, s. 3; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 142), og kartlegging er derfor viktig i folkehelsearbeid. Dette er også lovpålagt gjennom folkehelseloven som sier kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som virker inn på denne (Folkehelseloven, 2011, §5). Denne studien er en del av en større studie, *Godt Begynt*, som handler om tidlig identifisering av barn som har, eller er i risiko for å utvikle redusert helserelatert livskvalitet. I *Godt begynt* vil helsepersonell i helsestasjon kartlegge barn og ungdom regelmessig, for å kunne gjøre en kunnskapsbasert vurdering av deres helserelaterte livskvalitet og psykiske helse. I *Godt begynt* vil barna følges over tid, og man får dermed anledning til å se hvordan helserelatert livskvalitet utvikler seg hos barna. Prosjektet vil resultere i en helhetlig oversikt for et videre kunnskapsbasert tjenesteforløp. *Godt Begynt* er utviklet for å møte utfordringene som tas opp i den tiårige satsningen fra 2017 på folkehelsearbeid i kommunene (Helsedirektoratet et al., 2017). Det er behov for økt kunnskapsbasert praksis i helsestasjonens arbeid mot barn, hvor det til nå har vært benyttet skjønn for vurdering av helserelatert livskvalitet og psykisk helse. Dette kan være en mulig årsak til at barn og unge med plager oppfattes sent, som medfører at plagene kan øke. Prosjektet vil kunne føre til større grad av forebygging, ved at plager oppfattes på et tidligere stadium. Denne masterstudien er basert på datagrunnlaget opprettet i prosjektet *Godt Begynt*.

Hensikten med studien er å få mer kunnskap om den helserelaterte livskvaliteten til seksåringer i Agder, da det finnes lite forskning innen helserelatert livskvalitet på dette stadiet i livet. Det er viktig å vite hvordan barn har det, for å muliggjøre tidlig innsats og videre oppfølging av barn med lav helserelatert livskvalitet, og for å kunne legge til rette for et godt liv. Med bakgrunn i dette har jeg kommet frem til følgende forskningsspørsmål:

*”Hvordan rapporterer foreldre helserelatert livskvalitet hos seksåringer ved skolestartundersøkelsen?”*

## 2.0 Litteraturgjennomgang og teoretisk rammeverk

### 2.1 Hva er livskvalitet

Livskvalitet er et vidt begrep (Nes & Hånes, 2019). Livskvalitet blir i norsk sammenheng brukt om den enkeltes opplevelse i form av følelser og tilfredshet (Helsedirektoratet, 2015, s. 13). Å oppleve høy grad av livskvalitet vil gjøre utfordringer og motgang enklere (Departementene, 2017, s. 14). I definisjonen på livskvalitet er det lagt stor vekt på det subjektive (WHO, 1997, s. 1), ved at det er personens egen forståelse og oppfattelse av sitt liv som har betydning for han/hennes livskvalitet. Subjektiviteten innbefatter blant annet den enkelte persons følelser, opplevelser, vurderinger, interesse og mestring (Nes & Hånes, 2019). Subjektivt kan livskvaliteten oppleves som god, til tross for sykdom og andre helseplager som kan kategorisere deg som syk (Nes & Hånes, 2019), mens for andre kan de samme helseplagene gjøre at han/henne selv opplever lav livskvalitet.

Et bredt og subjektivt begrep som livskvalitet kan gjøre forskning vanskelig i de tilfeller hvor man ønsker objektivt målbare data. «God» kan eksempelvis ha ulik betydning for ulike personer, ettersom dette blir vurdert ut ifra deres egne erfaringer og formeninger. Det er likevel viktig å inkludere livskvalitet i forskning i tverrfaglige og tverrsektorielt arbeid innen helsefremmende arbeid (Nes, Hansen & Barstad, 2018, s. 8). Et bredt begrep som livskvalitet kan derimot også gjøre samarbeid mellom ulike aktører på tvers av sektorer og fag-grener lettere, ettersom det blir et felles begrep over ellers ulike fagtermer (Nes, Hansen & Barstad, 2018, s. 8).

Studier viser at nivået for livskvalitet er generelt høyt i Norge (Nes & Nilsen, 2020) og Skandinavia sammenlignet med mange andre land (Nes, 2017a). Ungdata-undersøkelsene, som er den største kilden til regelmessig kunnskap om unges helse- og levekår i Norge (Departementene, 2017, s. 53), viser at de fleste ungdommer i Norge er fornøyd med flere sentrale dimensjoner i livet, og 80-90 % er fornøyd med livet og sine foreldre (Nes, 2017b). De fleste er optimistiske og har troen på et godt og lykkelig liv (Nes, 2017b). Ungdata-junior, med målinger på barn i alderen ti-tolv år, startet opp i to kommuner i 2017, og ble i 2019 gjennomført i flere kommuner (Ungdata-J, u.å.). Resultatene fra Ungdata-junior tilsier at barna har høy livskvalitet, både hvordan de har det med seg selv, sine foreldre, på skolen og fritiden, og sammen med venner (Ungdata-J, u.å.).

Regjeringen ønsker også å tydeliggjøre viktigheten av å inkludere livskvalitet som del av arbeidet innen psykiske helse (Departementene, 2017, s. 8), og i folkehelsearbeid skal arbeid for å fremme psykisk helse også ha vekt på livskvalitet (Departementene, 2017, s. 13). Livskvalitet blir stadig viet mer oppmerksomhet i det offentlige, og i 2019 ble livskvalitet inkludert som en egen del i alle fylkeshelseundersøkelser (Folkehelseinstituttet, 2019a).

## 2.2 Hvorfor undersøke helserelatert livskvalitet?

De siste årene har helserelatert livskvalitet vokst frem som et viktig målbegrep innenfor alle deler av helsetjenesten (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, s. 15), og siden sosialdepartementet gav ut et dokument med forebyggingsstrategier i 1991, har målet for forebyggingspolitikken vært at livet som helhet skal være så bra som mulig for så mange som mulig (NOU 1991:10, s. 91). Fokuset på livskvalitet økte spesielt etter at Stiglitz, nobelprisvinner innen økonomi, fremhevet at målinger på *well-being* også bør være en indikator for sosiale fremskritt og velferd i befolkningen, og ikke bare måling av bruttonasjonalprodukt (BNP) (Vrålstad, 2017a; Finansdepartementet, 2017). I NOU 1991:10 Flere gode leveår til alle, står det:

*«Helse kan betraktes som en kapital det brukes av og investeres i, hvor mulighetene til avkastning og tap er store, både på kort og på lengre sikt. På grunnlag av en slik betrakningsmåte burde det være mulig å måle befolkningens helsetilstand og livskvalitet, og følge utviklingen fra år til år» (NOU 1991:10, s. 43).*

Ved å måle helserelatert livskvalitet og samfunnets utvikling parallelt får man et godt grunnlag for å gjøre gode politiske beslutninger (Vrålstad, 2017a). I et folkehelseperspektiv er dette gode grunner for hvorfor helserelatert livskvalitet bør kartlegges og få fokus, ettersom mål på helserelatert livskvalitet også kan være nyttige i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) bekrefter at det er sammenheng mellom levekår og tilfredshet i livet (SSB, 2017). En bærekraftig samfunnsutvikling er overordnede mål både lokalt, nasjonalt og globalt, og for å nå dette er helse og livskvalitet gjennom et effektivt folkehelsearbeid avgjørende (Helsedirektoratet, 2018a, s. 6).

Folkehelsearbeid handler om helsefremming og sykdomsforebygging (Turnock, 2012, s. 10). Helsefremmende arbeid kan sies å ha forbedring av helserelatert livskvalitet som hovedmål, gjennom å bedre alle faktorer som påvirker ens helse og trivsel (Aglen, Olufsen & Espnes,

2018; Turnock, 2012, s. 11). Selve kjernen i folkehelsearbeid handler om: *helse i alt vi gjør* - alle sektorer må ha helse i fokus, og kommunene må legge til rette for at friske kan forbi friske (Rannestad & Haugan, 2004, s. 17). Folkehelsearbeid og helsefremming ble ilagt større vekt etter at Verdens helseorganisasjon i 1986 organiserte den første internasjonale konferansen, som resulterte i Ottawa-charteret, en strategi for de deltagende landene om å nå nye mål innen folkehelsearbeid (Potvin & Jones, 2011). Etter Ottawa-charteret er det blitt utgitt en rekke politiske dokumenter og føringer som har påvirkning for folkehelsearbeidet i Norge; noen av disse som også inkluderer føringer for barn, kan leses mer om i kapittel 2.6.

Ved at helsereelatert livskvalitet kommer inn i politiske føringer, og blir innfelt i målinger som utføres, får det økt fokus; som igjen medfører økt prioritet for å møte eventuelle utfordringer innen helse og velferd (Nes, Hansen & Barstad, 2018, s. 7). Ved å måle helsereelatert livskvalitet kommer man videre i arbeidet med å tilrettelegge for at befolkningen får gode liv (Nes, Hansen & Barstad, 2018, s. 7). Det åpner for muligheten til å arbeide nytt i innhold rettet mot fysisk og psykisk helse, og man kan komme frem til nye løsninger og initiativer enn det som gjøres per dags dato uten slike målinger (Nes, Hansen & Barstad, 2018, s. 7). Når helsereelatert livskvalitet blir en del av en regelmessig innsamling av datamateriale får man et godt styringsverktøy for å kunne vurdere om utviklingen går rett vei (Departementene, 2017, s. 14). Her er det viktig og også inkludere data fra yngre barn enn det som gjøres per dags dato, for å kunne møte utfordringer på et tidlig stadium, og dermed kunne forebygge mer.

Barn har rett til å bli hørt, gi synspunkter og ytre meninger i saker som gjelder dem selv (Barne- og familiedepartementet, 2003), og barnets stemme har fått økt fokus i takt med økt brukermedvirkning. Som følge av dette har barnets stemme vært viktig i regjeringens arbeid for å bedre hverdagen til unge gjennom forebygging og tidlig innsats (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016, s. 8). Denne endringen i verdisyn, med økt vekt på barns rettigheter (og økt fokus på brukermedvirkning generelt) og en helsefremmende tankegang er også en årsak til at helsereelatert livskvalitet har fått økt fokus. Det har vært en økende interesse for å forske på helsereelatert livskvalitet i normalbefolkningen hos både barn og unge, i tillegg til i utvalgte grupper, men det finnes lite forskning i normalbefolkningen blant barn under 8 år (Riiser, Helseth, Christophersen & Haraldstad, 2020).

### 2.3 Helserelatert livskvalitet blant barn og seksåringer

Å utforske livskvalitet i befolkningen er nyttig i folkehelsearbeidet for å få kunnskap som kan danne grunnlag for å sette inn hensiktsmessige tiltak som retter seg eksempelvis spesifikt mot barn (Folkehelseinstituttet, 2019b). Barn er en gruppe det er viktig å rette seg inn mot fordi mye av grunnlaget for god livskvalitet inn i voksen-alder dannes i barneårene (Folkehelseinstituttet, 2019b). Barn er en sårbar gruppe, som i tillegg er i hyppig utvikling og vekst (Folkehelseinstituttet, 2018a), og barn bør derfor få ekstra fokus med mål om å forebygge psykiske helseplager (WHO, 2001, s. 82). En studie gjort på norske barnehagebarn fra 2012 fant at 13 % hadde emosjonelle problemer eller problemer knyttet til atferd (Wichstrøm et al., 2012). Andre symptomer på psykiske helseplager som kan ses hos små barn og barn i skolealder er eksempelvis at de blir mer irritable og ikke viser glede som normalt (Folkehelseinstituttet, 2018a). Det kan være lettere å oppfatte dette som faktiske tegn på psykiske plager på et tidlig tidspunkt ved å gjennomføre regelmessige kartlegginger av eksempelvis helsereelatert livskvalitet.

Etter at barn har startet på skolen for første gang kan det være fordelaktig å gjennomføre en kartlegging av helsereelatert livskvalitet, ettersom dette er en stor omveltning og forandring som omfatter en stor del av hverdagen i barnets liv, i overgangen fra barnehage til skole. Dette kan dermed være en særlig sårbar periode som kan påvirke barnets helsereelaterte livskvalitet. Barna er i en periode der de møter mange nye mennesker å forholde seg til, både av voksne og barn (Lillejord, Børte, Halvorsrud, Ruud & Freyr, 2015, s. 6). For barnet kan dette innebære en endring i egen rolle, ettersom de opplever å måtte oppføre seg annerledes og at det settes ulike forventninger til barnet i de ulike institusjonene (Larsen, 2000, s. 426). Barnet kan til en viss grad være med å forme sin nye rolle i interaksjon med nye lærere og elever, noe som kan påvirke hvordan overgangen fra barnehage til skole oppleves (Larsen, 2000, s. 427). Barnet er dermed i en periode hvor det kanskje møter flere nye og ukjente problemstillinger. I barnehagen er de vant med undersøkende aktiviteter drevet av nysgjerrighet mens de på skolen i stor grad opplever regulert stillesittende læring (Lillejord et al., 2015, s. 3). Noen barn blir urolige av denne overgangen (Lillejord et al., 2015, s. 4).

Det er lite forskning på hvor mange barn som opplever problemer i denne overgangen, og hva slags problemer de opplever (Lillejord et al., 2015, s. 62). Forskning gjort på barn som bytter skole har funnet at barna kan oppleve stress, angst, påvirkning på selvfølelse, i tillegg til at det oppleves mye spenning og nervøsitet i forhold til håp og frykt for hvordan den nye hverdagen

skal bli (Symonds, 2015). Det er ingen grunn til å anta at barn som skal fra barnehage til skole ikke kan kjenne på de samme følelsene.

Det kan være opptil tolv måneders forskjell i alder hos barn ved skolestart, noe som kan innebære betydelig forskjell innen kognitiv funksjon, og sosial og emosjonell utvikling hos barna (NOU 2019:3, s. 127-129). For barnet er denne tiden i livet en periode der mye skjer på kort tid, noe som innebærer at det er en interessant modningstid med mye nye inntrykk. Det er derfor interessant å undersøke videre om det er en forskjell i helsereelatert livskvalitet mellom barnene født i første og andre kalenderhalvår. Jamfør opplæringslova (1998), §2-1 tredje ledd skal barnet starte skolegangen August året de fyller seks år, men det kan avvikes med et år tidligere eller senere etter en sakkyndig vurdering og med foreldrenes samtykke. Denne muligheten blir benyttet av under 2 % i dag (Kunnskapsdepartementet, 2019a). Regjeringen har nå gitt kommuner anledning til å prøve ut ulike modeller for fleksibel skolestart, og det kan også søkes om tiltalelse til å teste ordninger som ikke følger dagens lovverk knyttet til skolestart (Kunnskapsdepartementet, 2019a). Kunnskap knyttet til barns helsereelaterte livskvalitet i forhold til alder ved skolestart kan tilføre nye tanker til temaet fleksibel skolestart. Med tanke på barnas alder og kognitive og emosjonelle utvikling, kan det være problematisk å kartlegge helsereelatert livskvalitet blant unge barn, og man må vurdere om man skal la barna svare selv, eller om andre skal svare på vegne av barnet.

### 2.3.1 Foreldrerapportering av helsereelatert livskvalitet

Selvrappotering er å foretrekke når dette er mulig, spesielt innen emosjonelle og sosiale spørsmål som det er innen helsereelatert livskvalitet (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, s. 17). Barnet er selv den beste observatør av sine egne følelser og symptomer (Haverman, Limperg, Young, Grootenhuis & Klaassen, 2017, s. 394). Hos små barn kan selvrappotering derimot være problematisk med tanke på språk og leseferdigheter, deres kognitive evner til å forstå og tolke spørsmål samt evnen til å vurdere svarene basert på tidsperioden det spørres om (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, s. 18). Foreldrerapportering blir dermed aktuelt når barnet er for ungt (Haverman et al., 2017, s. 394).

En studie fra 2008 gjort på forholdet mellom selvrappotering og foreldrerapportering innen livskvalitet, viste at foreldrene rapportere høyere grad av livskvalitet en barnene selv (Jozefiak, Larsson, Wichstrøm, Mattejat & Ravens-Sieberer, 2008). Denne studien ble gjort på barn fra ni år og oppover, og inkluderte to ulike måleinstrumenter for livskvalitet

(Inventory of Life Quality- ILC, og Kinder Lebensqualität Fragebogen- KINDL). To andre studier hvor spørreskjemaet Kidscreen-27 ble benyttet for å måle helsereelatert livskvalitet, og hvor det ble vurdert samsvar mellom barnets og foreldrenes svar, kom frem til ulike resultater. Berman et al. (2016) fant i sin studie godt samsvar mellom foreldrenes vurdering mot barnets egen vurdering av helsereelatert livskvalitet. En annen studie av Razafimahefa-Raoelina et al. (2016), gjennomført på barn fra 6-17 år i forbindelse med hørselstap, fant derimot at foreldrene scoret lavere enn barnene selv. En mulig forklaring angitt på forskjellen mellom foreldrenes og barnas score er at foreldrene følte «skyld», eller at de sammenlignet sine barn med andre barn i sin vurdering (Razafimahefa-Raoelina et al., 2016). Forskning viser at resultatene man oppnår ved proxy-rapportering ikke tilsvare resultatene man får ved selvrapportering (Haverman et al., 2017, s. 394).

Forskning viser at barn fra åtte år og opp får til å forstå og tolke spørsmål, og har evne til å begripe tidsperioder det spørres om (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, s. 18). For barn yngre enn dette er det mer usikkert om svarene er reliable, og foreldrerapportering er dermed aktuelt. Det benyttes da et spørreskjema tilpasset som Proxy-versjon, hvor foreldre eller foresatte svarer på vegne av barnet, fra barnets perspektiv (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, s. 76). Proxy undersøkelser innen helsereelatert livskvalitet er et alternativ når det er usikkert om selv-rapportering er reliabelt, når barnet er for ungt eller når det av andre årsaker ikke lar seg gjennomføre (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, s. 77).

## 2.4 Forskjeller mellom jenter og gutter i utvikling og skoleprestasjoner

I diskusjoner rundt skoleundervisning blir det stadig trukket frem diskusjoner som omhandler hvordan forskjeller mellom jenter og gutter skal håndteres. Tidligere har det vært både separate skoler og klasser (Nielsen, 2000, s. 51), mens vi nå er inne i en periode med debatt rundt fleksibel skolestart. Alle barn er ulike og utvikler seg i sitt eget tempo, men det finnes også klare forskjeller mellom jenter og gutter. Eksempelvis viser studier at gutter oftere enn jenter har bedre grovmotorikk, mens jenter har bedre utviklet finmotorikk (Vedul-Kjelsås et al., 2012). Slike forskjeller mellom jenter og gutter kan være grunnet i ulike interesser – hvor jenter oftere velger aktiviteter av lavere intensitet enn gutter, som dermed gjør at de utvikler ulike ferdigheter (Vedul-Kjelsås et al., 2012). Jenter starter på skolen med en bedre språkforståelse enn gutter, mens gutter i samme alder har bedre romforståelse (NOU 2019:3, s. 11). I barnehagen er det flere gutter enn jenter som faller utenfor fellesskapet mellom barn (Kunnskapsdepartementet, 2019b, s. 28), i tillegg har flere gutter enn jenter behov for



spesialundervisning i grunnskolen. Gutter står for rundt 70 % av all spesialundervisning (NOU 2019:3, s. 11). I dag er det flest gutter som får skolestart utsatt og jenter som får den fremskyndet (Kunnskapsdepartementet, 2019b, s. 35). Flere studier finner forskjeller mellom jenter og gutter i kognitive ferdigheter allerede før skolestart (NOU 2019:3, s. 125), og gutter rapporterer i større grad enn jenter om lav grad av sosial støtte (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, s. 62).

Tidligere forskning rapporterer at det er forskjeller mellom jenter og gutter i ADHD; det er langt flere gutter enn jenter i skolealder som får diagnosen – henholdsvis ni gutter per jente (Hånes, 2007). Det er flere gutter enn jenter som strever med utagerende oppførsel på skolen, noe som kan være en årsak til at det er flere gutter enn jenter som også henvises til utredning (Hånes, 2007). En studie på norske barnehagebarn viste de samme resultatene, hvor en større prosentandel av guttene hadde både ADHD, depressive lidelser og søvnforstyrrelser (Wichstrøm et al., 2012). Undersøkelser har vist at det også er forskjeller mellom jenter og gutter innen mobbing, der gutter mobbes mer enn jenter, men at dette jevnes ut med økende alder (Samdal et al., 2016, s. 46). Mobbing kan skape psykiske plager som i verste fall kan være livet ut (Samdal et al., 2016, s. 45). Verdens helseorganisasjon informerer om at det finnes forskjeller mellom jenter og gutter i mental helse, eksempelvis innen depresjon, men at dette ikke har blitt rapportert blant barn (WHO, 2001, s. 41). I HEMIL-RAPPORT 2016 står det at det er en økende forskjell mellom jenter og gutter blant subjektive helseplager ved økende alder, med mest plager blant jenter (Samdal et al., 2016, s. 38). Jenter rapporterer også en lavere generell livstilfredshet enn gutter (Samdal et al., 2016, s. 38). Det er en bekymring for den psykiske helsen blant barn og unge, spesielt for jenter hvor forekomsten av angst og depresjon øker (Helse-og omsorgsdepartementet, 2019, s. 32).

Forskning viser at det finnes mange og klare forskjeller mellom jenter og gutter innen dimensjoner som kan påvirke helserelatert livskvalitet i populasjonen, og det er derfor nødvendig å undersøke om det finnes forskjeller mellom jenter og gutter også innen helserelatert livskvalitet i seksårsalder.

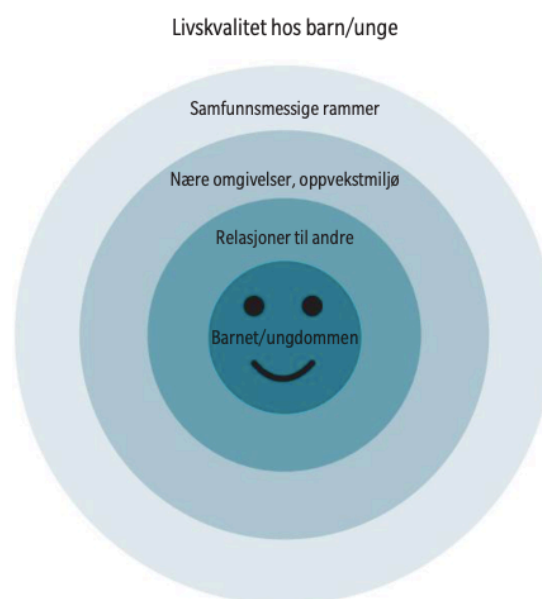
## 2.5 Helserelatert livskvalitet

Innen temaet helse har det tidligere hovedsakelig vært fokus på det som gir sykdom og ikke det som gjør frisk (Helsedirektoratet, 2015, s. 62-63). Dette til tross for at definisjonen på helse inneholder ordet velvære (WHO, 1956, s. 1), - og det gjelder både det fysiske, mentale og sosiale. Likevel er kunnskapen som finnes om subjektive opplevelser svært

underrapportert sammenlignet med kunnskap som finnes om objektivt målbare helsedata (Nes, Hansen & Barstad, 2018, s. 6). Verdens helseorganisasjon har i sin strategi *Helse 2020* et mål om å øke livskvaliteten i Europa (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 69). Når fokuset endres i retning helserelatert livskvalitet blir det mulig å diskutere helse på en ny og positiv måte, ved å finne det som er bra for helsen. Det er et nasjonalt mål at befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 11), ikke bare flere leveår alene.

Den helserelaterte livskvaliteten inkluderer både fysisk, psykisk og sosialt velvære som trekkes frem i definisjonen på helse, i tillegg til at det subjektive ved definisjonen fra livskvalitet er sterkt fremtredende. Ytterligere trekkes det frem elementer som emosjoner og atferd, og hvordan man selv synes man fungerer innen disse ulike elementene. Å benytte et eget begrep som helserelatert livskvalitet er nyttig ettersom det kan være flere faktorer som påvirker helsen, og det er ikke tilstrekkelig med kun fysiske mål (Haverman et al., 2017, s. 393). Det er også nyttig med kunnskap om helserelatert livskvalitet ettersom to personer med tilsynelatende lik helse, kan ha svært ulik oppfattelse av egen helserelaterte livskvalitet (Haverman et al., 2017, s. 393).

Helserelatert livskvalitet hos barn vil bli påvirket av mange faktorer, og kan eksempelvis fremstilles slik modellen *Livskvalitet hos barn/unge* av Misvær & Helseth (2017) under skisserer:



Figur 1: Modell for å forstå livskvalitet hos barn og unge. Gjengitt med tillatelse. Av: Misvær & Helseth, i Kvarme (Red.), Sårbare skolebarn, 2017, s. 13, Fagbokforlaget. Copyright 2017, Vigmostad & Bjørke AS.

I modellen *Livskvalitet hos barn/unge* er barnet selv plassert i midten, tenkt som det individuelle barnet med sine ulike forutsetninger (Misvær & Helseth, 2017, s. 13). Rundt barnet har vi dets relasjoner til andre, nære omgivelser og oppvekstmiljø og til slutt ytterst samfunnsmessige rammer (Misvær & Helseth, 2017, s. 13).

Ved å utforske ring for ring i modellen, er barnet selve kjernen, som et symbol på det subjektive ved livskvalitet. Det er barnets egen opplevelse som betyr noe, og fokuset må derfor være på hvordan barnet selv føler seg (Misvær & Helseth, 2017, s. 12). Her vil barnets utvikling og funksjon både fysisk og psykisk påvirke livskvaliteten gjennom eksempelvis selvbilde, aktivitetsnivå og følelse av tilfredshet (Helseth, 2001). Livskvaliteten vil likevel bli påvirket av en rekke faktorer utenfor barnet selv, som eksempelvis relasjon til andre, som er neste ring i modellen. I barnets første leveår er det tilknytningen til foreldrene som utgjør de sosiale relasjonene, og med økende alder øker også betydningen av venner og andre jevn gamle for barnets livskvalitet (Helseth, 2001; Misvær & Helseth, 2017, s. 14). Eksempelvis har venner og sosial støtte vist å ha betydning for barns livskvalitet, og det er også vist at det å ha, eller ikke ha vennskap kan påvirke motivasjonen for læring (Misvær & Helseth, 2017, s. 11).

De to ytterste ringene er nære omgivelser og oppvekstmiljø, og samfunnsmessige rammer. Disse vil begge påvirke barnets livskvalitet ved at de åpner for muligheter eller begrenser tilgjengeligheten av det som bidrar til livskvalitet. Eksempelvis kan skolemiljø ses i sammenheng med omgivelser og oppvekstmiljø, og skolen har et stort ansvar for å tilrettelegge for at barna har det bra (Misvær & Helseth, 2017, s. 14). Konkrete eksempler som vil påvirke livskvaliteten til barna i denne ringen i modellen kan være at skolen tilrettelegger for et mobbefritt og inkluderende miljø (Misvær & Helseth, 2017, s. 14), eller eksempelvis om barna har tilgang til lekeplass. Andre faktorer som kan påvirke livskvaliteten med tanke på nærmiljø og oppvekst er dårlig inneklima, boligforhold og familiens økonomi (Helseth, 2001). Samfunnsmessige rammer vil være styrt av blant annet politiske føringer som at alle barn skal starte på skolen August året de fyller seks år, eller hvor mange timer en skoledag varer. Barn i Nordiske land lever generelt i samfunn som er opptatt av barnas velferd og trivsel (Helseth, 2001), og legger føringer deretter.

Jo nærmere ringene i modellen er barnet, jo sterkere har forskning vist dets innflytelse på barnets livskvalitet, selv om alle dimensjonene gjensidig vil påvirke hverandre (Misvær &

Helseth, 2017, s. 13). Modellen til Helseth & Misvær (2017) tydeliggjør at barnets helserelaterte livskvalitet blir påvirket av mange ulike dimensjoner, og at det er flere faktorer som må trekkes inn i en helhetsvurdering når livskvaliteten skal vurderes.

I denne studien er det målt helserelatert livskvalitet ved bruk av spørreskjemaet Kidscreen-27, som er delt inn i fem ulike dimensjoner. Disse fem dimensjonene er: fysisk helse, psykisk helse, relasjon til foreldre og autonomi, venner og sosial støtte og skolemiljø. I forhold til modellen til Misvær og Helseth (2017) for livskvalitet hos barn/unge, vil dimensjonene i Kidscreen-27 inkludere spørsmål som kan knyttes til de fleste ringene. Eksempelvis kan dimensjonene fysisk og psykisk helse sammenfattes med den innerste ringen av barnet selv. Den neste ringen med relasjoner til andre kan sammenfattes med både dimensjonen relasjon til foreldre og autonomi samt dimensjonen venner og sosial støtte. Ringen nære omgivelser/oppvekstmiljø kan sammenfattes med både dimensjonen relasjon til foreldre og autonomi, samt skolemiljø. Ringen samfunnsmessige rammer dekkes ikke direkte gjennom spørsmålene i Kidscreen-27, men barna i studien vil være styrt av tilnærmet like samfunnsmessige rammer i forhold til at de følger samme lovverk og blir styrt av de samme politiske føringene. Verdens helseorganisasjons definisjon på livskvalitet og de påvirkningsfaktorer som der er nevnt (fysisk helse, psykologiske faktorer, selvstendighet, sosiale relasjoner og omgivelser (WHO, 1997, s. 1), er det i stor grad de samme dimensjonene som Kidscreen-27 er delt inn i. Videre i oppgaven vil disse fem dimensjonene innen helserelatert livskvalitet bli trukket frem og diskutert for å skape en ryddig og oversiktlig fremstilling av et ellers stort emne som helserelatert livskvalitet er.

### 2.5.1 Sammenheng mellom fysisk helse og helserelatert livskvalitet

Fysisk helse påvirker vår helserelaterte livskvalitet gjennom eksempelvis aktivitetsnivå, energinivå, å føle seg uvel eller med dårlig helse (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, s. 87). Eksempelvis rapporteres det ofte om lavere helserelatert livskvalitet om man har søvnproblemer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 133). For barn i barneskolealder er fysisk aktivitet en stor del av både lek og det sosiale samspill med andre barn, noe som medfører at de barna som ikke mestrer de aktivitetene det legges opp til, eller som ikke tørr å delta, faller utenfor både med tanke på fysisk mestring og det sosiale samspillet med andre barn (Misvær & Helseth, 2017, s. 24). Det vil kunne ha negativ innvirkning på den opplevde helserelaterte livskvaliteten til barnet. Engstelige barn er ofte mindre delaktige når det

kommer til fysiske aktiviteter og trekker seg oftere unna, og har større risiko for å utvikle angst senere i livet (Misvær & Helseth, 2017, s. 24). Det er også sett en sammenheng mellom opplevelse av god helserelatert livskvalitet og mindre stress og risiko for ulykker, samt at det kan synes å styrke immunforsvaret og har sammenheng med helseindikatorer som livslengde og hjerte-kar lidelser (Folkehelseinstituttet, 2019b). Å oppleve god helserelatert livskvalitet kan dermed også være positivt for fysisk helse videre i livet.

### 2.5.2 Sammenheng mellom psykisk helse og helserelatert livskvalitet

Psykisk helse har generelt fått lite fokus i forhold til fysisk helse, til tross for Verdens helseorganisasjons definisjon på helse som også inkluderer psykisk helse (WHO, 2001, s. 3). Psykisk helse har stor betydning, og påvirker både den med psykiske helseplager samt deres familie (WHO, 2001, s. 29). Regjeringen kom i 2017 ut med en strategi for perioden 2017-2022 for god psykisk helse (Departementene, 2017). I denne står det skrevet «å tydeliggjøre livskvalitet og mestring som viktige deler av psykisk helsefeltet» (Departementene, 2017, s. 8). I 2014 ble det rapportert at psykisk helse var blant de største utfordringene i over halvparten av alle Norges kommuner, samtidig som at et fåtall kjente til mulige tiltak og verktøy for å forbedre dette (Departementene, 2017, s. 14). Kunnskap om helserelatert livskvalitet er derfor etterspurt innen folkehelsearbeidet, slik at effektive tiltak og strategiske grep kan settes inn (Departementene, 2017, s. 35).

Psykiske helseplager er vanlige blant barn og unge (WHO, 2001, s. 36), og analyser av sykdomsbyrden i Norge viser at psykiske lidelser er del av sykdomsbildet blant de yngre aldersgruppene (Folkehelseinstituttet, 2018c). Det fremheves også at mobbing og ensomhet blant unge er en viktig risikofaktor for psykisk uhelse og redusert helserelatert livskvalitet (Folkehelseinstituttet, 2018c). Dette vies ikke nok oppmerksomhet, og er et problem for samfunnet ettersom mange av de eksisterende psykiske helseplagene hos voksne startet allerede i barndommen (WHO, 2001, s. 36). I regjeringens strategi for god psykisk helse er et av målene at de fleste kommuner skal ha drøftet psykiske helseutfordringer og trivsel blant barn og unge innen 2020 med en videre plan, og at alle kommuner har drøftet og laget videre plan innen 2024 (Departementene, 2017, s. 43).

Psykisk helse har ofte kun blitt beregnet som psykiske lidelser og plager, men helserelatert livskvalitet og mestring er også viktige deler av det psykiske helsefeltet (Departementene,

2017, s. 8). Den helserelaterte livskvaliteten kan påvirkes av psykiske faktorer som positive følelser, tilfredshet, ensomhet eller tristhet (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, s. 87). Psykiske helseplager er et stort folkehelseproblem, og det kan medføre lavere funksjonsevne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 33). Dette gjør det ekstra viktig å fange opp barn som har det vanskelig tidlig, for eksempel barn som har det vanskelig etter overgangen fra barnehage til skole. Undersøkelser har vist at barn og unge med psykiske lidelser også rapporterer en langt lavere grad av helserelatert livskvalitet (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, s. 59). Det ser ut til at god tilpasning i skolen er en beskyttelsesfaktor mot psykiske plager (Bentsen, Kristiansen, Møller & Vardheim, 2016, s. 17). Barn som er engstelige og sosialt tilbaketrukne kan oppleve utfordringer og har det vanskelig i samvær med jevnaldrende og sosial fungering – dette kan igjen medføre sosial angst, ensomhet og depresjon (Misvær & Helseth, 2017, s. 21). For å ha god psykisk helse behøves trivsel, livskvalitet, mestring og fravær av psykiske lidelser – og tiltak for å bedre den psykiske helsen behøves i alt fra helsefremming til behandling (Departementene, 2017, s. 9). Psykisk helse er derfor en viktig del av den helserelaterte livskvaliteten.

### 2.5.3 Sammenheng mellom relasjon til foreldre, autonomi og helserelatert livskvalitet

De første årene i barnets liv er det foreldre og søsken som er den viktigste sosiale støtten, og etterhvert som barnet eldes, vil andre personer gradvis få større innvirkning (Misvær & Helseth, 2017, s. 14). Foreldrene skal være barnas trygge havn, og familieforhold kan ha mye å si for hvordan barnet har det både nå og i framtiden (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 27). Om barnet føler seg begrenset og overvåket av sine foreldre, og ikke føler seg verdsatt vil dette kunne ha negativ innvirkning på barnets helserelaterte livskvalitet (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, s. 88). En studie har funnet sammenheng mellom en god relasjon mellom foreldre og barn og barnets helserelaterte livskvalitet, i tillegg til at en dårlig relasjon kunne gi risiko for psykiske problemer senere i livet (Huppert, 2009, s. 144). En annen studie av Nygren, Bergström, Janlert & Nygren (2012) har også vist at relasjon til foreldre er en viktig påvirkning på helserelatert livskvalitet. Forskning er også klar på at en god relasjon mellom barn og sine foreldre er en forutsetning for god overgang mellom barnehage og skole (Lillejord et al., 2015, s. 61). En studie har også vist at barnets relasjon til foreldrene har sammenheng med hvorvidt barna mobber/blir mobbet, der en god relasjon og opplevd støtte er beskyttelsesfaktorer mot mobbing (Bentsen et al., 2016, s. 114).

#### 2.5.4 Sammenheng mellom venner og sosial støtte og helse relatert livskvalitet

Kunnskap om hvilke psykososiale faktorer som påvirker vår helse og livskvalitet øker stadig, og sosial støtte er vist å være en svært viktig faktor for helse relatert livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 13; Nes & Nilsen, 2020, s. 36). Vår evne til å takle belastninger og motgang i livet påvirkes av sosial støtte og medvirkning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 56). Det gir en trygghet å ha noen å dele opplevelser, gleder og sorger med, og at noen viser interesse i det du gjør (Vrålstad, 2017b). Opplevelsen av å ha sosial støtte gir både helse og livskvalitet, mens mangel på sosial støtte og ensomhet vil kunne ha negative helsekonsekvenser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 56; Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 12). Studier har vist at venner er blant de viktigste faktorene for opplevd livskvalitet blant ungdommer (Misvær & Helseth, 2010). Annen forskning om vennskap viser at det har positiv ringvirkning å ha en venn, i forhold til at man da også får et bedre forhold til andre jevngamle (Misvær & Helseth, 2017, s. 18). På samme måte medfører det en negativ ringvirkning av å ikke ha, eller å miste sin venn, og studien viste at barna da opplevde mer mobbing og fikk mindre aksept av jevngamle, som gjorde det enda vanskeligere å få nye venner i etterkant (Misvær & Helseth, 2017, s. 18). Det er ikke bare det å ha venner som er avgjørende, men å være fornøyd med de vennene man har (Misvær & Helseth, 2017, s. 23). Barn som har en venn takler bedre skuffelser, og har mindre risiko for å bli deprimerte (Misvær & Helseth, 2017, s. 24).

Det er også funnet sammenheng mellom barns sosiale omgivelser og skoleferdigheter (Helland, Wilhelmsen, Alexandersen, Brandlistuen, Schjølberg & Wang, 2019, s. 48). Ved manglende sosial støtte blir det i tillegg vanskeligere å håndtere stress (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 55). Barn med manglende sosial støtte rapporterer ofte en lavere score også innen familierelasjoner og psykisk helse (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, s. 63). Barn danner relasjoner og vennskap på skolen, og en studie har funnet at det å oppleve positive relasjoner i skolen kan påvirke til å gjøre gode valg i livet, til å føle mer positivitet rundt egen evne til samarbeid, selvkontroll, kognitive evner og problemløsning (Kutsyuruba, Klinger & Hussain, 2015). Vennskap kan også bidra til økt følelse av selvfølelse, mestring og å lære empati (Misvær & Helseth, 2017, s. 25). Venner og sosial støtte har stor betydning for den opplevede helse relaterte livskvaliteten.

### 2.5.5 Sammenheng mellom skolemiljø og helse relatert livskvalitet

Barna tilbringer store deler av dagen på skolen, og hvordan de har det på skolen vil derfor kunne påvirke den helse relaterte livskvaliteten. Det ligger et stort ansvar på skolen i forhold til å skape et godt skolemiljø, som eksempelvis fremmer sosiale relasjoner og begrenser mobbing (Misvær & Helseth, 2017, s. 14). Noen barn knytter seg lett til andre, mens andre er mer sosialt tilbaketrukkne og tar mindre initiativ til å være sosial (Misvær & Helseth, 2017, s. 11). Lærerne og skolen er viktige støttespillere for barna som synes det er vanskelig å ta kontakt, og må legge til rette for at alle skal få muligheten til vennskap. Forskning viser at grunnlaget for mestring og for å unngå mobbing starter tidlig i livet; allerede før skolestart (Folkehelsestrategi, 2018, s. 12). Det er forsket på 8-åringers skolemiljø opp mot psykisk helse, og i en rapport fra folkehelseinstituttet står det at et mobbefritt miljø samsvarer med mindre internaliserende vansker hos barna (Helland et al., 2019, s. 45).

Helse relatert livskvalitet kan påvirkes av oppfattelsen av kognitiv fungering, læremiljø, konsentrasjon og forhold til lærere (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, s. 88). Studier har også vist at det er mindre internaliserende vansker blant barn i 5-8-årsalder der de hadde en god relasjon med barnehagelærer og lærer på skolen, i tillegg til at de hadde bedre skoleprestasjoner (Helland et al., 2019, s. 29-30). Voksne som opplever mobbing på arbeidsplassen viser høyere forekomst av symptomer på eksempelvis stress, angst, depresjon, søvnproblemer og hodepine (Vrålstad, 2018). Barn som opplever mobbing på skolen kan antas å reagere lignende. Skolen er en av de viktigste arenaene for samhørighet, deltagelse og inkludering – alle viktige deler som påvirker ens livskvalitet (Departementene, 2017, s. 19).

### 2.6 Politiske føringer om barn og livskvalitet

FNs bærekrafts-mål påvirker politiske mål både internasjonalt og nasjonalt, og i FNs 2030-agenda har helse og livskvalitet en sentral rolle (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 13). Det er stort fokus på at sårbare grupper skal prioriteres, og at mental helse og livskvalitet skal fremmes uansett alder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 13).

Fra Samhandlingsreformen kom i 2009 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) har det vært økt fokus på at helse dannes i alle sektorer – ikke bare helsesektoren. Det står blant annet: «I innspill til arbeidet med samhandlingsreformen knyttet til barn og unge, er det blant annet



fremhevet viktigheten av samarbeid med sektorer utenfor helsetjenesten» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 37). Barnehage og skole bør derfor ha et godt samarbeid for å sikre en god overgang for barna.

I Stortingsmelding 34; God helse – felles ansvar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013), kan man lese at en av fire barn med store psykiske plager i småbarnsalder vil være plaget i mange år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 34). Det nevnes også at det er et spesielt ansvar ovenfor barn og unge, i forhold til å legge til rette for gode betingelser for helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 8). Barnehager og skoler nevnes som arenaer for utvikling av et mer helsefremmende samfunn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 8), samt at tiltak rettet mot barn skal ilegges ekstra vekt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 18).

Det ble i Stortingsmelding 19; Mestring og muligheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) lagt fokus på å få psykisk helse inn som likeverdig del av folkehelsepolitikken, og arbeid for barn og unge i kommunene ble også et viktig satsningsområde (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Stortingsmeldingen medførte at regjeringen la frem en strategi i 2017 om å bedre den psykiske helsen; *Mestre hele livet* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 16).

For å forebygge psykiske lidelser blant barn og unge er oppvekst, læringsmiljø, barnehage og skole alle sentrale arenaer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 16). I strategien er det et eget kapittel som omhandler fremming av god psykisk helse hos barn og unge. Der står det:

«Grunnlaget for god psykisk helse legges ikke bare i helsesektoren. Det legges i alle sektorer i helse samfunnet. Det legges i barnehager og skoler der barn får utfordringene og omsorgen de trenger.» (Departementene, 2017, s. 5).

I Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) er barn og unge prioritert og et av hovedpunktene som satsningsområde for å fremme helse og livskvalitet. Stortingsmeldingen trekker også frem folkehelseprogrammet som startet opp i 2017, et tiårig program for kommuner med mål å fremme helse og livskvalitet med barn og unge som prioritert målgruppe (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 148). I stortingsmeldingen er barn i barnehage og skole i stor grad i hovedmålgruppen for tiltak for å

bedre helsen og livskvalitet, eksempelvis både innen kosthold, fysisk aktivitet og hjemmemiljø, og tidlig innsats er et gjennomgående tema (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Det er i tillegg lagt frem en proposisjon til stortinget med en opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse for 2019-2024. Her etterspørres det økt kunnskap og kompetanse for å styrke barn og unges psykiske helse og livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 6), samt at dette er under utvikling for å bli inkludert i et systematisk folkehelsearbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 13). Å ha fokus på barns psykiske helse og livskvalitet i folkehelsearbeidet vil kunne ha flere positive ringvirkninger på kort og lang sikt; barna vil ha det bedre og mestre motgang i større grad, samt at samfunnet kan spare kostnader på sikt knyttet til frafall i skole, lav deltagelse i arbeidslivet og økt risiko for utvikling av helseplager (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 13).

I forhold til overgangen fra barnehage til skole står det i stortingsmelding 19 – tid for lek og læring, at ikke alle barn opplever en god overgang mellom barnehage og skole (Kunnskapsdepartementet, 2016, s. 16). Dette er en utfordring i forhold til at de barnene som opplever uro knyttet til denne overgangen ikke får den samme tryggheten som behøves for videre læring. Kommuner har i dag ulik praksis for å forberede barna på denne overgangen (Kunnskapsdepartementet, 2016, s. 58).

Andre eksempler er Stortingsmelding 18 (2015-2016)– Friluftsliv (Klima- og miljødepartementet, 2016), som omhandler verdien friluftsliv og natur har for å fremme helse og livskvalitet i befolkningen. Det står sentralt i meldingen viktigheten av å rekruttere barn og unge inn i friluftslivet slik at de kan ta nytte av naturen som helsefremmende aktiviteter – og slik være en «kilde til livskvalitet gjennom hele livet» (Klima- og miljødepartementet, 2016, s. 11). Det er nevnt i samme stortingsmelding at ni av ti seksåringer tilfredsstillende anbefalingen om daglig fysisk aktivitet.

## 2.7 Tidligere forskning

Få studier er gjort på helserelatert livskvalitet hos seksåringer. Ingen kartleggingsstudier/oversiktsstudier ble funnet fra Agder eller i Norge på ble funnet etter flere søk med variasjoner av ord i søkestrengen, både på norsk og engelsk, som quality of life OR

QoL, health-related quality of life OR HRQoL, child\* OR schoolchild\*, proxy AND six/6-year\* på de elektroniske databasene Cochrane Library, CINAHL (EBSCOhost), Ovid Embase, Ovid MEDLINE, PubMed og Google Scholar. Også fra andre land finnes det få kartleggingsundersøkelser i denne aldersgruppen. Det er i tillegg svært begrenset kunnskap om eldre barn frem mot ungdomsalder i normalpopulasjonen. Studier gjort på helserelatert livskvalitet i denne aldersgruppen er ofte gjennomført med et fokus på utviklingen av helserelatert livskvalitet gjennom sykdomsforløp, etter endt behandlingsforløp eller i utvalgte grupper som lever med ulike helseplager. Noen studier som likevel inneholder interessante funn er nevnt nedenfor.

### 2.7.1 Aldersforskjeller i helserelatert livskvalitet

En studie av Haraldstad, Christophersen & Helseth (2017) som undersøkte barn i alderen 8-18 år, og en annen studie av Bisegger, Cloetta, Rueden, Abel & Ravens-sieberer (2005) som undersøkte barn i alderen 9-17 år, har begge i sine studier kommet frem til at økende alder resulterte i en lavere score i helserelatert livskvalitet. Dette gjaldt både jenter og gutter (Haraldstad et al., 2017), og gjaldt innen de fleste dimensjoner i helserelatert livskvalitet med unntak av familieforhold, økonomi, mobbing og skolemiljø. Humør sank mest for gutter, mens det for jenter var faktorene fysisk velbefinnende og selvbilde som sank mest (Bisegger et al., 2005). Dette samsvarer med funnene i andre studier (Berman et al., 2016; Freire & Ferreira, 2016; Haraldstad, Christophersen, Eide, Natvig & Helseth, 2011; Helseth, Haraldstad & Christophersen, 2015; Otto et al., 2017). Økende alder resulterte i både lavere grad av fysisk og psykisk velbefinnende (Berman et al., 2016). Samme funn bekreftes igjen i en studie av Michel, Bisegger, Fuhr, Abel & The KIDSCREEN group (2009). Den helserelaterte livskvaliteten synker med økende alder.

En norsk studie som har undersøkt videregående elevs skoleprestasjoner basert på om elevene var født tidlig eller sent på året, fant signifikante forskjeller i skoleprestasjoner der gruppen født tidlig presterte bedre (Aune, Pedersen, Ingvaldsen & Dalen, 2016). Dette var riktignok en undersøkelse av prestasjoner kun i kroppsøvingfaget. En annen norsk studie som også så på aldersforskjeller i en tiende-klasse, sett opp mot skoleprestasjoner og mentale helseproblemer, fant lignende funn (Lien, Tambs, Oppedal, Heyerdahl & Bjertness, 2005). De yngste elevene hadde signifikant lavere karakterer, og signifikant lavere score innen dimensjonen problemer med venner (Lien et al., 2005). De fant derimot ingen sammenheng mellom alder og andre mentale helseproblemer. En ny studie i 2020 undersøkte helserelatert

livskvalitet ved bruk av spørreskjemaet Kidscreen, og så også blant annet på om barna var født sent eller tidlig på året. De fant en signifikant negativ assosiasjon mellom å være født sent på året og skolemiljø (Riiser et al., 2020, s. 3). Forskning viser at barn født sent på året scorer lavere enn barn født tidlig på året, både i skolekarakterer og i helserelatert livskvalitet.

### 2.7.2 Forskjeller mellom jenter og gutter i helserelatert livskvalitet

I studien av Haraldstad, Christophersen & Helseth (2017), viste resultatene at jenter i større grad enn gutter hadde en lavere score når det gjaldt helserelatert livskvalitet. Flere studier har kommet til samme konklusjon (Bisegger et al., 2005; Haraldstad et al., 2011; Mikkelsen et al., 2020) kommet frem til. Hos jenter var de laveste scorene innen dimensjonene fysisk velbefinnende, selvbilde, skole og selvstendighet, mens det for gutter var lavest score innen skolemiljø og fysisk velbefinnende (Haraldstad et al., 2017). Forskjellen mellom jenter og gutter innen selvbilde så man allerede på de yngste barna, og forskjellen mellom jenter og gutter økte med økende alder (Bisegger et al., 2005). Også en tredje studie har kommet frem til samme resultat (Otto et al., 2017), mens en fjerde studie gjennomført av Berman, Liu, Ullman, Jadbäck & Engström (2016) gjennomført på barn mellom 11 og 16 år ikke fant noen signifikant forskjell mellom jenter og gutter. Sistnevnte konkluderte likevel med at et større utvalg i sin studie sannsynligvis ville medført signifikante forskjeller mellom jenter og gutter også her, da resultatene viste at gutter hadde noe høyere score enn jenter innen visse dimensjoner (Berman et al., 2016).

I studien av Michel et al. (2009) viste resultatene at det blant 8-åringene var nærliggende gjennomsnittsscorer mellom jenter og gutter, men at jenter i snitt scoret litt lavere innen dimensjonene fysisk helse og spørsmål om selvfølelse. Samme studie viste også at jenter scoret litt høyere enn gutter innen dimensjoner som foreldrerelasjon, venner og sosial støtte, og skolemiljø (Michel et al., 2009). Det er dermed varierende funn angående forskjeller mellom jenter og gutter innen helserelatert livskvalitet, hvor det ser ut til at det spesielt blant de minste barna er færre variasjoner. Tendensene ser ut til å gå i retning av at jenter scorer litt lavere enn gutter innen visse dimensjoner av helserelatert livskvalitet, og høyere innen andre dimensjoner.

## 2.8 Hva vet vi om livskvalitet og helse hos barn og unge i Agder

I og med at studiekonteksten er Agder, og at det finnes begrenset kunnskap om den helserelaterte livskvaliteten hos barn i Agder, er det nødvendig å trekke ut informasjon fra den kunnskapen som er for å få et inntrykk av hvordan barn i Agder har det. Noe som gjør Agder spesielt interessant å studere er blant annet en lavere andel tiendeklassinger som trives på skolen, og flere som opplever å bli mobbet, sammenlignet med resten av landet (Folkehelseinstituttet, 2020). Barn som mobbes har større sannsynlighet for å utvikle psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2020). Det er også flere barn som lever i husholdninger med lav inntekt sammenlignet med resten av landet, 8,3 % i Agder mot 7,4 % i Norge (Folkehelseinstituttet, 2020). Barn som vokser opp i lavinntektsfamilier har oftere plager relatert til både det fysiske og psykiske, når de sammenlignes med andre barn (Folkehelseinstituttet, 2020). I Regionplan Agder 2030 – det overordnede strategiske styringsdokumentet med oversikt over de viktigste utfordringene og mulighetene i landsdelen, nevnes det at andelen barn i familier med vedvarende lavinntekt har økt som del av utfordringsbildet i Agder (Agder fylkeskommune, 2019, s. 8).

Noe annet som skiller seg ut i Agder er antallet unge uføretrygdede, som er en av utfordringene som trekkes frem i Regionplan Agder 2030 (Agder fylkeskommune, 2019, s. 7). I SSBs statistikkbank kan man lese at antall unge uføretrygdede (alder mellom 18-24 år) i Agder er 2,2 % mot 1,8 % i Norge (SSB, 2020). Psykiske plager i ung alder gir økt risiko for eksempelvis frafall i skolen, lavere tilknytning til arbeidsmarkedet, økonomiske problemer, og dårlig psykisk og fysisk helse videre i livet (Stoltenberg, 2014, s. 163). Ved å aktivt studere den helserelaterte livskvaliteten blant yngre barn, og jobbe mot å øke denne hos de som har det vanskelig, kan dette forhåpentligvis ha en positiv innvirkning på antallet uføretrygdede. Det er også aktuelt å studere den helserelaterte livskvaliteten blant barn i Agder i og med at mestring og trivsel for alle barn og unge er en av seks hovedsatsningsområder i folkehelsestrategi for Agder 2018-2025 (Folkehelsestrategi, 2018, s. 3). Målet er at flere barn skal oppleve bedre god psykisk helse enn ved programstart, og god psykisk helse og livskvalitet er nevnt som et overordnet mål i strategien (Folkehelsestrategi, 2018, s. 5). Det er interessant å se på hvordan også ungdommer har det i Agder, for å videre se om det finnes noen likhetstrekk med utvalget i denne studien.

Under vises statistikk for Agder og Norge generelt, hentet fra Kompetansesenter rus – region sør (2019).

Tabell 1. Helsedata oppgitt i prosent fra undersøkelsen Ung i Agder 2019, gjennomført på ungdomsskoler og videregående skoler i Agder. Alder 13-18 år, N= 18000

|                      | <b>Agder</b> | <b>Norge</b> |
|----------------------|--------------|--------------|
| Ensomhet             | 25 %         | 24 %         |
| Mobbing              | 7 %          | 8 %          |
| Skoletrivsel         | 91 %         | 91 %         |
| Psykiske helseplager | 16 %         | 15 %         |

Merknad: Ensomhet: elever som har vært ganske mye eller veldig plaget med ensomhet den siste uken, en stor økning fra 2016. Mobbing: elever som opplever mobbing minst hver 14 dag. Skoletrivsel: elever som trives på skolen – sammenlignet med Ung i Agder 2016 er det en nedgang i trivsel på skolen, mens flere gruer seg til skolen. Psykiske helseplager: elever med et høyt nivå av psykiske helseplager, det er en økning fra 2016.

Tabell 1 viser noen forskjeller mellom hva som er rapportert av ungdommer i Agder mot det som er rapportert i Norge som helhet. Agder hadde flere elever (1 %) som følte både på ensomhet og som opplevde psykiske helseplager. Det var derimot færre elever (1 %) som opplevde mobbing i Agder enn resten av landet. Dette er motstridende resultater i forhold til det som står i folkehelseprofilene for fylket, der det står oppgitt at flere tiendeklassinger opplever å bli mobbet i Agder, sammenlignet med resten av landet (Folkehelseinstituttet, 2020). Dette påpeker nødvendigheten av å gjennomføre nye kartlegginger og å få en helhetlig oversikt. Utenom dette er skoletrivselen generelt høy, men det er oppsiktsvekkende at hele en av fire føler på ensomhet. Det kan se ut til at ungdommer i Agder ikke skiller seg bemerkelsesverdig ut fra Norges ungdommer som helhet, og det kan derfor også tenkes at resultatene i denne studien kan generaliseres for seks år gamle barn i Norge.

I og med at det er lite kunnskap om seksåringer i Agder, kan kunnskap om litt større barn i Agder være med på å danne et bilde av hvordan barna har det. I etterkant kan resultatene fra seksåringene i denne studien sammenlignes med kunnskapen fra eldre barn. I 2019 ble Ungdata-junior for første gang utført i ni kommuner i Agder, hvor 6044 barn i femte til sjuende klasse besvarte undersøkelsen (Ungdatasenteret & KoRus Sør, 2019, s. 3).

Resultatene viste at 94 % av barna var helt/litt enig i at livet er bra, og innen helserelatert livskvalitet var det jevnere score mellom jenter og gutter i femte klasse enn i sjuende klasse, hvor jenter scorer lavere (Ungdatasenteret & KoRus Sør, 2019, s. 6). Det rapportertes at 8 %

følte seg ofte/veldig ofte ensom (Ungdatasenteret & KoRus Sør, 2019, s. 7). På spørsmål om sine foreldre svarte 96 % at de er veldig/ganske fornøyd (Ungdatasenteret & KoRus Sør, 2019, s. 14). Om venner svarte 92 % de har minst en venn de stoler på og kan prate med om alt (Ungdatasenteret & KoRus Sør, 2019, s. 20). Om skolen svarte 94 % at de trives på skolen (Ungdatasenteret & KoRus Sør, 2019, s. 30).

Utover dette finnes det lite informasjon om helserelatert livskvalitet blant barn yngre enn ti år i Agder, og det kan være interessant å se videre på hvordan ungdommenes helserelaterte livskvalitet er. Trekk ved ungdommer i Agders helserelaterte livskvalitet er beskrevet i neste kapittel. Etter å ha studert seksåringers helserelaterte livskvalitet kan det videre i neste fase undersøkes om en eventuell tidlig innsats har hatt effekt.

### 2.8.1 Rapport: Ung i Agder, tall fra 2016 og 2019

I tabellen under er det trukket frem funn fra undersøkelsen Ung i Agder, og illustrerer hvordan ungdommer har det innen de ulike dimensjonene i helserelatert livskvalitet, om det er forskjeller mellom jenter og gutter og om det er forskjell basert på ungdommenes alder (elever ved ungdomsskolen mot videregående skole). Dette er inkludert for å få et innblikk i studiekonteksten Agder i forhold til å kunne tolke funn, og fordi det kan være nyttig å ha kunnskap om hvordan ungdommer har det, med tanke på eventuelle utfordringer det bør innsettes tiltak mot hos eksempelvis seksåringene. God helse og god trivsel er det viktigste målet innen arbeid med barn og unge (Bentsen et al., 2016, s. 59). I Regionplan Agder 2030 er et av strategiene som nevnes å videreutvikle skolehelsetjenesten slik at den ivaretar en likeverdig vurdering av psykisk og fysisk helse (Agder fylkeskommune, 2019, s. 20).

Tabell 2. Resultater fra undersøkelsen *Ung i Agder*, gjennomført på 8.-10. klasse, og Vg1-Vg3. 13-18 år, N=18000

|  | <b>Generelt</b>   | <b>Jenter / Gutter</b>   | <b>Alder</b>  |
|--|---|--|---|
| <b>Fysisk helse</b>                      | 68 % oppgav å være litt eller veldig fornøyd med egen helse, 18 % var litt eller veldig misfornøyd (Bentsen et al., 2016, s.14).  | Gutter var generelt mest fornøyd (Bentsen et al., 2016, s. 14).  | De yngste var mer fornøyd (Bentsen et al., 2016, s. 14).  |
| <b>Psykisk helse</b>                     | En av fem hadde opplevd ensomhet den siste uken (Bentsen et al., 2016, s. 9), mot en av fire i 2019.  | Flere jenter enn gutter opplevde ensomhet (Bentsen et al., 2016, s. 11). Jenter viste generelt oftere tegn på psykiske plager (Bentsen et al., 2016, s. 14).                               | Undersøkelsen viste tendenser til at andelen som opplevde ensomhet økte med alderen (Bentsen et al., 2016, s. 11).        |
| <b>Relasjon til foreldre og autonomi</b> | 80 % svarte de var fornøyde med sine foreldre (Bentsen et al., 2016, s. 11).  | Det var ikke store forskjeller i foreldrerelasjon mellom jenter og gutter (Kompetansesenter rus – region sør, 2019, s. 25).  | Det var ikke store forskjeller i foreldrerelasjon mellom aldersgruppene (Kompetansesenter rus – region sør, 2019, s. 25). |
| <b>Venner og sosial støtte</b>           | 90 % hadde minst en venn de kunne stole på (Bentsen et al., 2016, s. 8). 2 % hadde ingen venner (Kompetansesenter rus – region sør, 2019, s. 27).   | Ingen forskjell mellom jenter og gutter i prosentandel uten venner (Kompetansesenter rus – region sør, 2019, s- 27).   | Alder utgjorde ingen forskjell for prosentandel uten venner (Kompetansesenter rus – region sør, 2019, s. 27).             |
| <b>Skolemiljø</b>                        | En av fem opplyste om at de ofte gruet seg til å gå på skolen (Bentsen et al., 2016, s. 8). 93 % opplyste at de stort sett trivdes på skolen (Bentsen et al., 2016, s. 8). 7 % hadde blitt utsatt for mobbing minst hver 14 dag (Kompetansesenter rus – region sør, 2019, s. 31). | Jenter brukte mer tid på skolearbeid etter skoletid enn gutter (Kompetansesenter rus – region sør, 2019, s. 33). Flere jenter ble mobbet (Kompetansesenter rus – region sør, 2019, s. 31). | Det var mer mobbing på ungdomsskolen enn videregående (Kompetansesenter rus – region sør, 2019, s. 30).                   |



## 2.9 Behov for økt kunnskap

Å få en tydeligere oversikt over den helserelaterte livskvaliteten til seksåringer i Agder kan danne et bedre bilde av problemområder og utpeke fokusområder for å bedre folkehelsen i Agder. God oversikt og kunnskap om livskvalitet anses som nyttig av både Verdens helseorganisasjon og Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) som nå øker sitt fokus på måling av livskvalitet, ettersom det kan være en indikator for utviklingen i samfunnet (Nes, 2017a). Informasjonen som finnes om helserelatert livskvalitet i Norge i dag er i stor grad en samling av data fra ulike undersøkelser, som statistikk fra SSB, levekårsundersøkelser og andre separate undersøkelser (som HUNT og Ungdataundersøkelsene), noe som kan være problematisk i forhold til at de enkelte undersøkelsene ikke dekker alle dimensjoner som kommer inn under helserelatert livskvalitet (Barstad, 2016, s. 11-13). Å ha alle komponentene med i samme undersøkelse er viktig for å kunne lage profiler for helserelatert livskvalitet i ulike grupper som dermed kan sammenlignes (Barstad, 2016, s. 12). Det er i tillegg en svakhet at SSBs statistikk i hovedsak kommer fra telefonintervju som av OECD regnes som minst pålitelig når det gjelder subjektive opplevelser (Barstad, 2016, s. 12-13). Det er derfor behov for en bedre kartlegging av helserelatert livskvalitet, som inkluderer alle dimensjonene i en og samme undersøkelse, i tillegg til at kartleggingen også må inkludere yngre barn.

Ettersom tidligere forskning har vist forskjeller mellom jenter og gutter innen helserelatert livskvalitet hos ungdommer, behøves det kunnskap om eventuelle forskjeller mellom jenter og gutter også hos yngre barn for å videre kunne forske på når og hvorfor dette skillet oppstår. Det er også forsket noe på alder ved skolestart i forhold til prestasjoner og ferdigheter, og det er behov for kunnskap om dette påvirker den helserelaterte livskvaliteten hos barna. Om det viser seg å være store forskjeller i helserelatert livskvalitet mellom barn født første eller andre kalenderhalvår kan det være et argument videre i diskusjonen rundt fleksibel skolestart.

## 2.10 Studiens bidrag

Kunnskapen man får ved å gjennomføre denne studien vil gi nyttig informasjon om hvordan foreldre vurderer den helserelaterte livskvaliteten hos seksåringer i Agder. Den vil gi kunnskap om det er noen dimensjoner innen helserelatert livskvalitet som skiller seg ut (negativt eller positivt), kunnskap om eventuelle forskjeller mellom jenter og gutter, og om det å være født tidlig eller sent på året har betydning for hvordan foreldre rapporterer barnets

helserelevante livskvalitet. Dette vil være nyttig informasjon for videre samfunnsutvikling med tanke på utarbeidelse av gode tiltak og i hvilke arenaer tiltak bør prioriteres, og vil være relevant i det lokale folkehelsearbeidet (Barstad, 2016, s. 37, 97). Helserelevante livskvalitet har blitt et tema med økt viktighet innen folkehelse de siste årene, og det er relevant å kunne vurdere barns livskvalitet for videre helsefremmende arbeid i populasjonen (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, s. 15). Med tanke på at det ikke finnes tilstrekkelig informasjon om helserelevante livskvaliteten til seksåringer vil studien bidra med ny beskrivende statistikk og kunnskap innen forskning på helserelevante livskvalitet. Dette gir nyttig kunnskap for å kunne arbeide strategisk for å bedre den helserelevante livskvaliteten i gruppen. Kunnskapen vil også kunne gjøre det mulig ved fremtidige undersøkelser å se på utvikling over tid og eventuelt vurdere effekt av tiltak som settes inn (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, s. 14).

## 3.0 Metode og utvalg

### 3.1 Metode

Studien er del av et større prosjekt kalt Godt Begynt, som har mål om å blant annet øke innsikten om hvordan barn og unge har det, for videre kunnskapsbasert vurdering av barnets helserelevante livskvalitet. Denne studien ble gjennomført med en kvantitativ tilnærming, ettersom det var et ønske om å innhente beskrivende statistikk for populasjonen og å generalisere. For å kunne gjøre dette bør utvalget være relativt stort med mange respondenter (Polit & Beck, 2014), og det ble derfor valgt å innhente data gjennom spørreundersøkelse.

### 3.2 Design

Masteroppgaven er gjennomført på et relativt tidlig stadium i prosjektet Godt begynt, og datamaterialet er derfor fra tverrsnittsundersøkelse. Datagrunnlaget opparbeidet ved tverrsnittstudie er godt egnet for å beskrive de bestemte variablene ved kartleggingstidspunktet. Det gav også muligheten til å sammenligne ulike faktorer – men har begrensninger slik som at årsaksforklaringer ikke kan undersøkes (Polit & Beck, 2014).

Foreldre (proxy) ble rekruttert i forbindelse med den ordinære skolestartundersøkelsen. Skolehelsetjenesten er i kontakt med barn og unge i alderen 5-20 år, og kan følge barna

gjennom ulike utfordringer samt å nå ut til barnas foreldre ved behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 28).

### 3.3 Populasjon og utvalg

Populasjonen i studien er seksåringer i Agder. Det endelige utvalget ble bestående av foresatte til 140 barn, fra utvalgte bygde- og by kommuner i Agder. Av barna var 71 jenter (52,2 %) og 63 gutter (46,3 %), i tillegg var det i 2 (1,5 %) av besvarelsene rapportert om ukjent kjønn. Blant barna var 69 (51 %) født i første kalenderhalvår, og 67 (49 %) født i andre kalenderhalvår. 4 besvarelser manglet informasjon om barnet var jente eller gutt, samt informasjon om barnets alder.

### 3.4 Instrument

Datamaterialet i Godt Begynt er samlet inn ved bruk av ulike verktøy, og ettersom jeg har valgt å se på helserelatert livskvalitet hos seksåringer er datamaterialet jeg bruker samlet inn ved bruk av spørreskjemaet Kidscreen -27 Proxy (KIDSCREEN, 2011). Kidscreen er et standardisert spørreskjema utviklet gjennom et EU-prosjekt: Screening For and Promotion of Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents – a European Public Health perspective (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, s. 9). Kidscreen finnes i tre varianter med henholdsvis 52, 27 og 10 spørsmål. Spørreskjemaet med 27 spørsmål ble benyttet i denne studien, og tar 10-15 minutter å fylle ut (Haraldstad & Richter, 2014, s. 3). Foreldreversjonen (proxy) av Kidscreen -27 er brukt i denne studien.

Spørreskjemaet er delt inn i fem dimensjoner for helserelatert livskvalitet. Disse er: fysisk helse, psykisk helse, relasjon til foreldre og autonomi, venner og sosial støtte, og skolemiljø (Haraldstad & Richter, 2014, s. 3). Eksempler på spørsmål som stilles er, innen fysisk helse: «Når du tenker på den siste uka, har barnet ditt følt seg frisk og sprek?». Innen psykisk helse: «Når du tenker på den siste uka, har barnet ditt vært fornøyd med seg selv slik han/hun er?». Innen relasjon til foreldre og autonomi: «Når du tenker på den siste uka, har barnet ditt følt at foreldrene behandler ham/henne rettferdig?». Innen venner og sosial støtte: «Når du tenker på den siste uka, har barnet ditt hatt det gøy sammen med vennene sine?». Innen skolemiljø: «Når du tenker på den siste uka, har barnet ditt vært glad når han/hun har vært på skolen?». Svarene oppgis i en fem-punkts likert-skala, og man kan utregne en sumscore mellom 0-100 (Haraldstad & Richter, 2014, s.3), eventuelt kan det beregnes ut ifra europeiske normdata hvor 50 settes som gjennomsnitt - som er valgt i denne studien. Det finnes ikke normdata for

seksåringer, og resultatene sammenlignes derfor opp mot eksisterende normdata for barn i alderen 8-11 år (The KIDSCREEN Group Europe, 2006). Svaralternativene er rangert fra «alltid – aldri» og «i høy grad – ikke i det hele tatt».

Kidscreen er et generisk spørreskjema og ble utviklet for å måle selvrappertert helsereelatert livskvalitet hos friske og kronisk syke barn fra 8-18 år (Haraldstad & Richter, 2014, s. 3). En studie gjennomført av Riiser et al. (2020) undersøkte om Kidscreen-27 proxy også kan benyttes for å måle helsereelatert livskvalitet hos barn i alder 5-6 år, og konkluderte med at spørreskjemaet bør brukes varsomt i sin helhet hos så små barn, som følge av at dimensjonene psykisk helse og relasjon til foreldre og autonomi viste utilfredsstillende resultater (Riiser et al., 2020). Forskerne rapporterte likevel at dimensjonene fysisk helse, venner og sosial støtte og skolemiljø kan tilføre valid og nyttig kunnskap (Riiser et al., 2020).

Kidscreen -27 spørreskjemaet ble utviklet og pilot-testet på data fra mer enn 10.000 europeiske barn og unge (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, s. 12), og instrumentet er oversatt og validert for norske forhold (Haraldstad & Richter, 2014). Flere norske studier har vist at instrumentet er valid og reliabelt, og kan anbefales for måling av livskvalitet blant barn og unge (Haraldstad & Richter, 2014, s. 8; Andersen, Natvig, Haraldstad, Skrede, Aadland & Resaland, 2016). En studie fra 2016 har målt reliabiliteten til den norske versjonen av Kidscreen-27 og konkludert med at den har god reliabilitet og validitet (Andersen et al., 2016). Reliabiliteten til Kidscreen-27 er målt til god og utmerket, med Cronbach's Alpha mellom 0.80-0.84 innen alle dimensjonene (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, s. 46). Det samme gjelder foreldreversjonen der tidligere studier har vist at reliabiliteten til Kidscreen -27 Proxy, målt ved Cronbach's Alpha er akseptabel ved  $>0.70$  (Jafari, Bagheri & Safe, 2012; Nezu et al., 2016; Power et al., 2019). I denne studien ble Cronbach's Alpha målt til 0.891.

### 3.5 Datainnsamling

I Godt Begynt samles datamaterialet inn gjennom en web-basert løsning med høyeste klarerte sikkerhetsnivå for håndtering av personsensitive helsedata, og informasjonen fylles inn i spørreskjema av foreldre, barnet og/eller lærere før hvert møte på helsestasjon og skolehelsetjenester. Personopplysningene lagres hos CheckWare og i barnets journal, mens forskningsdata lagres i TSD 2.0, som er en sikker databaseløsning for oppbevaring og analyse av særlig personsensitive data. Koblingsnøkkel mellom fødselsnummer og løpenummer vil

oppbevares separat fra datasettet. I forbindelse med den årlige skolestartundersøkelsen skoleåret 2019/2020 og 2020/2021 har spørreskjemaet blitt tilsendt foreldre til barn som har startet på skolen i utvalgte kommuner i Agder. Foreldrene har deretter besvart spørreskjemaet digitalt.

### 3.6 Dataanalyse

For å analysere datamaterialet ble statistikkprogrammet SPSS brukt, gjennom pålogging via databaseløsningen TSD 2.0. All databehandling og analyse ble utført ved å følge denne prosedyren. Ettersom Kidscreen-27 blir besvart i en fem-punkts likert-skala, som gir kategoriske data, ble Rasch-Person-parameter estimates brukt (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, s. 81; Bond & Fox, 2007) for videre statistiske analyser. Rasch-Person-parameter gir en score hvor 50 er satt som gjennomsnitt, og 10 satt som standardavvik. På denne måten kunne data gjøres om fra ordinalnivå til skalanivå gjennom nye kontinuerlige variabler.

I analyseprosessen var kodene for de europeiske normdataene fra den originale Kidscreen undersøkelsen lagt inn i datamatriksen. Dette gav muligheten til å kunne sammenligne resultatene for utvalget opp mot normdata fra europeiske land. For at poengberegningen skal bli riktig, er det viktig at alle spørsmålene og svarene er vektet likt. Med dette mener jeg at alle spørsmålene må være positivt ladet, slik at første svaralternativ alltid tilsier laveste mulige poengscore. I Kidscreen-27 tilsvarer dette at fire spørsmål har svaralternativer som må omkodes og tilegnes nye og «snudde» verdier i sine svaralternativer.

Cronbach's alfa ble brukt for å måle reliabiliteten internt i spørreskjemaet. Anbefalte akseptable verdier rangerer mellom 0.70-0.95 (Tavakol & Dennick, 2011; Pallant, 2016, s. 24). Etter visuell vurdering ved histogram ble datamaterialet vurdert til å være normalfordelt. Statistikk er derfor oppgitt i gjennomsnitt og standardavvik.

Videre i analyseprosessen ble en frekvensanalyse utført for å se antall respondenter, og fordelingen av jenter og gutter. Det samme ble gjentatt for fordeling mellom respondenter født første eller andre kalenderhalvår. For å kunne gjøre dette måtte en ny variabel lages som fordelte respondentene inn i to ulike grupper, barn født i første, eller andre kalenderhalvår. Ettersom noen respondenter hadde gjennomført kartleggingen før skolestart utførtes frekvensanalyse også for fordelingen av barn som hadde hatt kartleggingen før og etter skolestart. Deretter ble en kjiqvadrattest utført for å se på fordelingen av jenter og gutter, og

fordeling av barn født i første og andre kalenderhalvår. I tillegg ble samme analyse brukt for å se fordeling av jenter og gutter innen gruppene av barna som hadde hatt kartleggingen før og etter skolestart. Kjikvadrattest ble videre brukt for å se på fordelingen mellom barn født i første og andre kalenderhalvår mot de som hadde hatt kartlegging før eller etter skolestart.

Analysen uparet T-test ble brukt til å analysere forskjeller i de ulike dimensjonene for helserelatert livskvalitet mot variabelen for jente/gutt, variabelen for født første/andre kalenderhalvår, samt mot variabelen kartlegging før/etter skolestart. Det ble vurdert om det var en signifikant forskjell mellom noen av gruppene (signifikansnivå er satt til  $p = < 0.05$ ). De nevnte variablene ble da satt som uavhengig variabel, mens dimensjonene innen helserelatert livskvalitet ble satt som avhengig variabel. For å videre vurdere praktisk klinisk relevans av eventuelle signifikante forskjeller ble Cohen's d målt, hvor 0.2 regnes som liten, 0.5 medium og 0.8 stor praktisk klinisk relevans (Pallant, 2016, s. 190). Det ble også utført uparet T-test mellom jenter/gutter, og mellom født første/andre kalenderhalvår mot dimensjonene for helserelatert livskvalitet hvor gruppen som hadde gjennomført kartleggingen før skolestart var ekskludert.

### 3.7 Etiske overveielser

Populasjonen i denne oppgaven er barn, som regnes som en sårbar gruppe, og da er det spesielle etiske hensyn som må tas. Innen forskningsetikk er det krav om at personene det forskes på ikke skal lide. Ved å kartlegge den foreldrerapporterte helserelaterte livskvaliteten hos seksåringer, kan det komme frem opplysninger som kanskje ikke oppleves som positivt for både barn og foreldre, og som følge av dette kan noen foreldre kanskje sitte igjen med en dårlig følelse over sitt barn som har lav helserelatert livskvalitet. Man kan anta at de fleste foreldre er interessert i at sitt barn skal ha det så bra som mulig. For barna som har det vanskelig kan dette innebære flere møter med helsesykepleier, og at de kanskje må prate om det som føles vanskelig som kan være ubehagelig der og da. Muligheten for at barnet skal få det bra i et lengre tidsperspektiv veier opp for dette. Å kunne avdekke – for å på den måten hjelpe barnet til høyere grad av helserelatert livskvalitet oppveier ulempene, da kartleggingen skjer med barnets beste i fokus – og nødvendig oppfølging gis der det er behov for det.

I og med at undersøkelsen er koblet til skolestart-undersøkelsen, kan dette gjøre at foreldrene i større grad føler seg «pliktet» til å måtte besvare spørreskjemaet, enn om det hadde blitt sendt ut uten den samme konteksten. Det er opplyst om at det er frivillig og delta.

Datamaterialet jeg har benyttet og analysert i denne studien er samlet inn gjennom prosjektet Godt begynt. Prosjektet har fått godkjent oppstart av Universitetet i Agder gjennom fakultetets etiske komite (FEK) og forskningsdirektøren, samt tilrådning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) (nr. 630027). Universitetet i Agders personvernombud har tilrådet start etter DPIA (personvernkonsekvensvurdering), og signerte videre sin godkjenning 05.04.19.

Videre ble det innhentet skriftlig, uttrykkelig og spesifikt informert samtykke for registrering i helseregistre hos alle respondenter via ID-porten, både foreldre og barn. Ettersom barna er under alder for samtykkekompetanse etter helseregisterloven §15 (2014) er det foreldrene som har gitt samtykke i denne studien. Bistand ble gitt om nødvendig for å sikre at det forstås hva det ble samtykket til. All data jeg har hatt tilgang til har vært person-avidentifisert og har ikke kunnet kobles til enkeltindivider. I TSD 2.0 hadde jeg kun tilgang til en enkelt datafil med det aktuelle og utvalgte datamaterialet jeg behøvde for å kunne gjøre mine analyser i SPSS.

Alle deltagere i prosjektet har krav på innsyn, retting, sletting, begrensing og dataportabilitet. Oppgaven har blitt skrevet på min egen passord-beskyttede datamaskin, hvor ingen andre har tilgang. Annet datamateriale har ikke blitt lagret på datamaskinen underveis i prosessen.

## 4.0 Resultater

### 4.1 Beskrivelse av utvalget

Tabell 3. Beskrivelse av utvalget. N= 140

|                                | N  | %      |
|--------------------------------|----|--------|
| Gutter                         | 63 | 46,3 % |
| Jenter                         | 71 | 52,2 % |
| Ukjent                         | 2  | 1,5 %  |
| Født 1. kalenderhalvår         | 69 | 51 %   |
| <i>Kart. etter skolestart*</i> | 55 | 53 %   |
| Født 2. kalenderhalvår         | 67 | 49 %   |
| <i>Kart. etter skolestart*</i> | 49 | 47 %   |
| Ubesvart                       | 4  |        |

Merknad: \*Fordeling blant barna som har blitt kartlagt etter skolestart.

Tabell 3 viser antall respondenter i studien, fordelt mellom jenter og gutter, og gruppert etter om barna var født i første eller andre kalenderhalvår, samt fordeling av fødehalvår blant barna som hadde kartleggingen etter skolestart oppgitt i antall og prosent. Det var totalt 140 foreldre som har besvart spørreskjema på vegne av barna, hvorav 63 av barna (46,3 %) var gutter, og 71 (52,2 %) var jenter, 2 (1,5 %) har rapportert ukjent kjønn. Det var tilnærmet lik fordeling mellom barn født i første og andre kalenderhalvår, og i 4 (2,9 %) besvarelser manglet informasjon både om barna var jente/gutt og alder på barnet. Resultatene viste at 112 (80 %) av spørreskjemaene var besvart av mor, mens 26 (18,6 %) var besvart av far, og 2 (1,4 %) var besvart av andre omsorgsgivere.

Gjennomsnittsalder ved skolestart blant barna i studien var 6,14 år (standardavvik: 0,25), men alderen varierte fra 5,64 år til 6,61 år. Jenter var i gjennomsnitt en måned eldre enn gutter ved kartleggingstidspunkt, men forskjellen var ikke signifikant.

Tabell 4. Fordeling mellom jenter og gutter og fødehalvår i gruppen med kartlegging etter skolestart. N=104

|        | Født første kalenderhalvår | Født andre kalenderhalvår |
|--------|----------------------------|---------------------------|
| Jenter | 26 (43 %)                  | 34 (57 %)                 |
| Gutter | 29 (66 %)                  | 15 (34 %)                 |

Merknad: En signifikant større andel jenter var født i andre kalenderhalvår (57%), og gutter i første kalenderhalvår (66%),  $p < .023$ . Målt ved Pearson Chi-Square.

Det er tendenser til at flere jenter var født i andre kalenderhalvår, og flere gutter var født i første kalenderhalvår.

Tabell 5. Fordeling mellom jenter og gutter og kartleggingstidspunkt. N=140

|        | Kartlegging før skolestart | Kartlegging etter skolestart |
|--------|----------------------------|------------------------------|
| Jenter | 12 (16 %)                  | 61 (84 %)                    |
| Gutter | 20 (30 %)                  | 47 (70 %)                    |

Merknad: Det kan se ut som at flere jenter (84%) enn gutter (70%) hadde kartleggingen etter skolestart, men forskjellen var ikke signifikant  $p < ,060$ . Målt ved Pearson Chi-Square.

32 (23 %) har hatt kartleggingen før skolestart, mens 108 (77 %) hadde denne etter skolestart.



Det var jevn fordeling mellom barn født i første og andre kalenderhalvår, i forhold til hvem som hadde hatt kartleggingen før og etter skolestart.

Tabell 6. Foreldrerapportert helse hos barna i utvalget. N=140

| Spørsmål og svaralternativ                           | Svarprosent |
|--|-------------|
| Helsen er enten utmerket eller veldig bra            | 92,2 %      |
| Har følt seg i høy grad eller veldig frisk og sprek  | 87,1 %      |
| Har alltid eller veldig ofte følt seg full av energi | 79,3 %      |

Merknad: Helsedata rapportert av foreldrene på vegne av barna i utvalget.

Den foreldrerapporterte helsen til barna i utvalget var stort sett høy. Det var ingen som rapporterte at helsen var dårlig, at barnet ikke i det hele tatt hadde følt seg frisk og sprek eller at barnet aldri eller sjeldent føler seg full av energi.

## 4.2 Den foreldrerapporterte helserelaterte livskvaliteten til barna i utvalget

Tabell 7. Beskrivende statistikk, gjennomsnittscore og spredning innen dimensjoner i helserelatert livskvalitet målt ved Kidscreen-27. N=140

| Kidscreen-27  | Gjennomsnitt (SD) | Laveste | Høyeste | Antall < 45 | Cronbach's Alpha |
|---------------|-------------------|---------|---------|-------------|------------------|
| Fysisk helse  | 57,02 (8,87)      | 38,78   | 71,23   | 16          | 0.751            |
| Psykisk helse | 51,50 (7,22)      | 36,38   | 76,39   | 27          | 0.739            |
| Relasjon*     | 52,00 (7,69)      | 39,05   | 79,14   | 13          | 0.665            |
| Venner**      | 52,62 (7,61)      | 30,99   | 70,34   | 21          | 0.834            |
| Skolemiljø    | 56,59 (8,51)      | 35,35   | 70,67   | 9           | 0.800            |

Merknad: SD: standardavvik. \*Relasjon til foreldre og autonomi. \*\*Venner og sosial støtte. Antall < 45: Antall barn med score under 45. Rasch-person-parameter er brukt, hvor 50 er gjennomsnittet, og 10 satt som standardavvik. Beregninger er utført mot Kidscreens europeiske normverdier. Cronbach's Alpha for mål på reliabilitet i spørreskjema.

Tabell 7 viser gjennomsnittscoren for foreldrerapportert helserelatert livskvalitet for barna i utvalget, og spredningen innen de ulike dimensjonene. Scorene kan kategoriseres inn i lav (under 45), gjennomsnittlig (45-55) og høy (over 55) (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, s. 84). Fysisk helse og skolemiljø hadde høyeste gjennomsnittsscore på henholdsvis 57,02 og 56,59 poeng, som tilsier høy score. Psykisk helse hadde gjennomsnittsscore på 51,50, relasjon til foreldre og autonomi 52,00, og venner og sosial støtte 52,62 som alle

kategoriseres som en gjennomsnittlig score. Standardavvikene var alle under 10. Fysisk helse hadde bredest spredning med et standardavvik på 8,87, mens venner og sosial støtte var mest samlet med det laveste standardavviket på 7,22. Dimensjonen med høyeste rapporterte score var relasjon til foreldre og autonomi med 79,14 poeng. Dimensjonen med laveste rapporterte score var venner og sosial støtte med 30,99 poeng. Innen dimensjonen psykisk helse er det flest barn (27) med en rapportert score kategorisert som lav. Cronbach's Alfa gav en høy totalscore (0.891), og viste god reliabilitet.

Tabell 8. Gjennomsnittscore, standardavvik og signifikansnivå mellom gruppene jenter og gutter. N=140

| Kidscreen-27            | Jenter (SD)  | Gutter (SD)  | Sig. | Differanse | 95 % KI     |
|-------------------------|--------------|--------------|------|------------|-------------|
| Fysisk helse            | 57,21 (8,23) | 54,86 (9,49) | ,220 | 2,35       | -1,43, 6,14 |
| Psykisk helse           | 52,09 (6,98) | 50,40 (7,50) | ,253 | 1,68       | -1,22, 4,58 |
| Relasjon*               | 51,30 (7,63) | 51,64 (7,82) | ,821 | -0,34      | -3,41, 2,71 |
| Venner og sosial støtte | 53,46 (6,91) | 51,84 (8,32) | ,266 | 1,61       | -1,25, 4,48 |
| Skolemiljø              | 58,37 (8,48) | 55,27 (8,53) | ,126 | 3,10       | -0,89, 7,10 |

Merknad: SD: standardavvik. KI- Konfidensintervall. \*Relasjon til foreldre og autonomi. Uparet T-test, Sig. (2-tailed). Rasch-person-parameter er brukt, hvor 50 er gjennomsnittet, og 10 satt som standardavvik. Beregninger er utført mot Kidscreens europeiske normverdier.

Tabell 8 illustrerer den rapporterte gjennomsnittscoren i helserelatert livskvalitet fordelt mellom jenter og gutter, differansen mellom gruppene og konfidensintervall. Jenter hadde høyere score enn gutter innen alle dimensjoner med unntak av relasjon til foreldre og autonomi, men forskjellen var ikke signifikant. Samme analyse ekskludert for barna som hadde hatt kartleggingen før skolestart (N=104) viste lignende resultater.

Tabell 9. Gjennomsnittscore, standardavvik og signifikansnivå fordelt mellom gruppene som hadde hatt kartleggingen før og etter skolestart. N=140

| Kidscreen-27  | Før skolestart (SD) | Etter skolestart (SD) | Sig. | Differanse | 95 % KI      |
|---------------|---------------------|-----------------------|------|------------|--------------|
| Fysisk helse  | 59,03 (7,42)        | 56,42 (9,16)          | ,143 | -2,61      | -6,11, 0,89  |
| Psykisk helse | 53,78 (6,59)        | 50,82 (7,28)          | ,041 | -2,95      | -5,80, -0,11 |
| Relasjon*     | 52,23 (7,93)        | 51,91 (7,66)          | ,791 | -0,42      | -3,57, 2,72  |
| Venner**      | 53,10 (7,24)        | 52,48 (7,74)          | ,697 | -0,61      | -3,74, 2,51  |
| Skolemiljø    | 56,27 (9,31)        | 56,63 (8,44)          | ,884 | 0,35       | -4,46, 5,18  |

Merknad: SD: standardavvik. KI- Konfidensintervall. \*Relasjon til foreldre og autonomi. \*\*Venner og sosial støtte. Uparet T-test, Sig. (2-tailed). Rasch-person-parameter er brukt, hvor 50 er gjennomsnittet, og 10 satt som standardavvik. Beregninger er utført mot Kidscreens europeiske normverdier.

Tabell 9 viser at gjennomsnittsscorene var høyere blant de som hadde hatt kartleggingen før skolestart innen alle dimensjoner med unntak av skolemiljø, men forskjellen var bare signifikant innen psykisk helse, hvor den psykiske helsen ble redusert etter skolestart. Forskjellen hadde liten praktisk klinisk relevans (Cohen's  $d = 0.4$ ). Det var lavere svarprosent i dimensjonen skolemiljø blant de som hadde hatt kartleggingen før skolestart.

Tabell 10. Gjennomsnittscore og signifikansnivå mellom gruppene født i første eller andre kalenderhalvår blant barna som hadde kartleggingen etter skolestart.  $N=104$

| Kidscreen-27  | Født 1. halvår (SD) | Født 2. halvår (SD) | Sig.        | Differanse | 95 % KI      |
|---------------|---------------------|---------------------|-------------|------------|--------------|
| Fysisk helse  | 54,61 (9,99)        | 58,40 (8,07)        | <b>,035</b> | -3,78      | -7,30, -0,26 |
| Psykisk helse | 49,94 (6,38)        | 51,87 (8,34)        | ,186        | -1,92      | -4,80, 0,94  |
| Relasjon*     | 51,30 (7,51)        | 52,93 (7,87)        | ,283        | -1,63      | -4,62, 1,36  |
| Venner**      | 51,45 (7,26)        | 53,54 (8,43)        | ,184        | -2,09      | -5,19, 1,01  |
| Skolemiljø    | 56,96 (8,93)        | 56,25 (8,04)        | ,682        | 0,70       | -2,70, 4,12  |

Merknad: SD: standardavvik. KI- Konfidensintervall. \*Relasjon til foreldre og autonomi. \*\*Venner og sosial støtte. Uparet T-test, Sig. (2-tailed). Rasch-person-parameter er brukt, hvor 50 er gjennomsnittet, og 10 satt som standardavvik. Beregninger er utført mot Kidscreens europeiske normverdier.

Tabell 10 fremstiller den rapporterte gjennomsnittscoren i helse relatert livskvalitet fordelt mellom barn født i første eller andre kalenderhalvår, differansen mellom gruppene og konfidensintervall, blant de barna som hadde kartleggingen etter skolestart. Barn født i første kalenderhalvår scoret lavere enn barn født i andre kalenderhalvår innen alle dimensjoner med unntak av skolemiljø. Forskjellen var kun signifikant innen dimensjonen fysisk helse, ( $p < ,035$ ). Forskjellen hadde derimot liten praktisk klinisk relevans, målt ved Cohen's  $d = 0.4$ .

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Hvordan har barna det?

Hensikten med denne studien var å kartlegge den helserelevante livskvaliteten, herunder fysisk helse, psykisk helse, relasjon til foreldre og autonomi, venner og sosial støtte og skolemiljø blant seksåringene i Agder, rapportert av foreldre. Dette ved å undersøke om det var forskjeller mellom jenter og gutter, og om det var forskjeller mellom barn født i første og andre kalenderhalvår. Som følge av at noen av barna hadde hatt kartleggingen før skolestart er det også undersøkt forskjeller mellom barna som hadde gjennomført kartleggingen før og etter skolestart. Resultatene viste at de fleste seksåringene i utvalgte kommuner i Agder opplevde høy grad av helserelevant livskvalitet. Foreldrene rapporterte at barna hadde god helse, de hadde det i stor grad bra, de hadde gode relasjoner med sine foreldre, hadde det bra sammen med venner og skoletrivselen var høy.

Innen alle dimensjonene for helserelevant livskvalitet rapporterte foreldrene en høyere gjennomsnittscore hos barna enn det som er blitt rapportert i Europa (The KIDSCREEN Group Europe, 2006), med dimensjonene fysisk helse og skolemiljø som de dimensjonene med høyest score. Disse dimensjonene var også de med færrest antall barn med lav rapportert score (under 45), henholdsvis 16 og 9. Samme funn bekreftes i studien til Riiser et al. (2020), som undersøkte livskvalitet hos norske førskolebarn, målt ved Kidscreen-27 (proxy). Resultatene fra studien viste også høy livskvalitet hos barna (Riiser et al., 2020).

Modellen til Misvær og Helseth (2017) som skisserer viktige påvirkningsfaktorer for barns livskvalitet, er symbolisert ved at barnet selv er i midten av modellen, omringet av ulike faktorer som må tas hensyn til i en helhetsvurdering av barns livskvalitet. Barnet i midten kan også symbolisere det subjektive ved livskvalitet ved at barnet er selve kjernen i alt som skjer/påvirker rundt barnet. At fysisk helse var dimensjonen med høyest gjennomsnittsscore tilsier at barna i stor grad opplevde å være fornøyd med seg selv og egen helse. Det var likevel noen med lav rapportert score, og det var dermed noen som opplevde å ha problemer med sin fysiske form. I sammenligning med undersøkelser som er gjort blant eldre barn (Bentsen et al., 2016) rapporterte foreldrene i denne studien at langt flere av barna opplevde å være fornøyd med sin fysiske helse, enn hva som er rapportert blant ungdommer (Bentsen et al., 2016). Dette gjenspeiler resultatene fra andre studier som har vist en nedgang i helserelevant livskvalitet med økende alder, deriblant fysisk helse (Helseth, Haraldstad & Christophersen, 2015; Meade & Dowswell, 2015).

Resultatene i studien viste også at noen foreldre rapporterte om lav grad av helsereelatert livskvalitet hos barna; kategorisert som en score under 45 (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, s. 84). Eksempelvis var den laveste rapporterte scoren 30,99 innen dimensjonen venner og sosial støtte, som tilsier at det var enkelte barn i studien som strevde med venner og å komme inn i det sosiale miljøet. Innen denne dimensjonen gjaldt dette 21 barn. Modellen til Misvær og Helseth (2017) viser at relasjoner til andre har stor betydning for ens livskvalitet. Dimensjonen venner og sosial støtte undersøker barnets sosiale forhold med venner, både kvaliteten av samværet og deres opplevde støtte fra venner (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, s. 88). Et eksempel på hva som spørres om er «Når du tenker på den siste uka, har barnet ditt kunnet stole på vennene sine?». Resultatene viste at 4,3 % av foreldrene rapporterte at barnet sjeldent eller aldri hadde vært med vennene sine den siste uken. Tatt i betraktning den store spredningen i kartleggingstidspunkt er det naturlig at for eksempel barna som ble kartlagt rett etter skolestart i mindre grad hadde vært sosiale med venner enn for de som hadde gått på skolen i flere måneder ved kartleggingen, og dermed kan ha hatt flere etablerte vennskap. I tillegg kan det for noen ta lengre tid enn for andre å bli komfortabel og knytte nye relasjoner. Klassekameratene er kanskje ikke de samme som barna hadde gått med i barnehagen, og barna opplevde dermed å måtte forholde seg til nye mennesker (Lillejord et al., 2015, s. 6). Resultatene fra Ung i Agder (ungdommer 13-18 år) viser at 2 % svarte at de ikke hadde noen venner, så det kan også hende det er et gjengående problem at enkelte aldri kommer inn i det sosiale fellesskapet (Kompetansesenter rus – region sør, 2019). Barna det har blitt rapportert om i denne studien har hatt et møte med helsesykepleier etter gjennomførelse av kartleggingen, hvor resultatene fra kartleggingen er grunnlaget for en eventuell videre oppfølging av det aktuelle barnet. Det vil bli spennende å se resultatet av tidlig innsats og oppfølging blant de med lave rapporterte scorer, ved fremtidige undersøkelser av ungdommene.

I modellen til Misvær og Helseth (2017) kan ringen relasjoner til andre også vurderes mot dimensjonen relasjon til foreldre og autonomi i Kidscreen-27. Dimensjonen utforsker kvaliteten på samværet mellom barnet og sine foreldre, i tillegg til om barnet føler seg elsket og støttet av familien (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, s. 88). Videre gir dimensjonen informasjon om barnets følelse av autonomi (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, s. 88). Et eksempel på et spørsmål som stilles er: «Når du tenker på den siste uka, har barnet ditt følt at foreldrene har nok tid til ham/henne?». På spørsmål om barnet har kunnet snakke med sine

foreldre når de har ønsket det, svarte 96,4 % av foreldrene at barna alltid eller veldig ofte har kunnet dette. Det er viktig å trekke frem at det i denne studien var foreldre som har rapportert om barnas helserelaterte livskvalitet, og derunder også om barnas relasjon til sine foreldre. Det kan tenkes at foreldrene og barna opplever deres relasjon på ulike måter, eller at foreldrene ikke ønsket å rapportere en «dårlig» relasjon om det var tilfellet, eller at foreldrene hadde et ønske om å fremstille seg selv på en god måte (Tracey, 2016) og dermed rapporterte en høyere score enn det som var tilfellet. Studien viste likevel at det var 13 barn med en lav rapportert score innen dimensjonen relasjon til foreldre og autonomi, som tyder på at ikke alle hadde det like bra med sine foreldre. Det diskuteres videre om valget om å benytte foreldrerapportering i kapittel 5.5.3.

## 5.2 Forskjeller mellom jenter og gutter

Resultatene i studien viste ingen signifikant forskjell mellom jenter og gutter innen noen av dimensjonene i den foreldrerapporterte helserelatert livskvaliteten hos barna i denne studien. Det var likevel tendenser til at jenter hadde en noe høyere gjennomsnittsscore enn gutter, og det var dobbelt så mange gutter enn jenter med lav score (under 45) innen dimensjonene skolemiljø og venner og sosial støtte, men differansen var liten og usikkerheten var stor, og det var derfor ingen reell forskjell mellom jenter og gutter i denne studien. Studien til Riiser et al. (2020) fant lignende resultater; studien viste ingen forskjell mellom jenter og gutter, der utført innen dimensjonene fysisk helse, venner og sosial støtte og skolemiljø. Studien til Michel et al. (2009) viste derimot at det blant åtteåringer var høyere score for jenter innen dimensjonene foreldrerelasjon, venner og skolemiljø.

Med tanke på at noen av barna hadde gjennomført kartleggingen før skolestart, som kan antas å ha utgjort en forskjell for resultatene, ble den samme analysen gjort uten de respondentene som hadde gjennomført kartleggingen før skolestart. Etter dette viste resultatene likevel ingen reell forskjell mellom jenter og gutter i den foreldrerapporterte helserelaterte livskvaliteten. En studie gjennomført på tiåringer fant at gutter scoret signifikant høyere enn jenter innen dimensjonene fysisk helse, relasjon til foreldre og autonomi og venner og sosial støtte (Andersen et al., 2016), mens en studie av Michel et al. (2009) fant at det var mindre forskjell mellom jenter og gutter innen helserelatert livskvalitet hos de yngre barna enn det som var tilfelle hos de litt eldre. Studier har vist at forskjeller mellom jenter og gutter i helserelatert livskvalitet oppstår og øker fra 12-13-års alder (Bisegger et al., 2005, Michel et al., 2009). Studier innen helserelatert livskvalitet på ungdommer har vist at jenter generelt scorer lavere

enn gutter med økende alder (Bisegger et al., 2005; Michel et al., 2009). Årsaker som er nevnt for at jenter scorer lavere fra tenårene av er grunnet i sosiale forventninger, puberteten og menstruasjon og at kvinner oftere har fysiske helseproblemer (Bisegger et al., 2005; Meade & Dowswell, 2015).

### 5.3 Forskjeller mellom barn født i første og andre kalenderhalvår

Ytterst i modellen til Misvær og Helseth (2017) er de siste påvirkningsfaktorene som skisseres nære omgivelser/oppvekstmiljø og samfunnsmessige rammer. Skolemiljøet er en viktig påvirkningsfaktor på helserelatert livskvalitet. Resultatene fra å sammenligne den foreldrerapporterte helserelaterte livskvaliteten hos barna i gruppene født første og andre kalenderhalvår, viste overraskende tendenser til at gruppen født andre kalenderhalvår hadde noe høyere gjennomsnittsscore enn gruppen født første kalenderhalvår innen alle dimensjonene med unntak av dimensjonen skolemiljø. Dette kan tyde på at de yngre barna har det vanskeligere med å starte på skolen. Det var totalt ni barn som hadde en lav rapportert score i denne dimensjonen. Resultatene fra en ny norsk studie som benyttet proxy versjonen av Kidscreen-27 hos førskolebarn, viste at barn født i siste kalenderhalvår scoret lavere på enkelte dimensjoner, deriblant skolemiljø (Riiser et al., 2020). I denne studien var det likevel ingen signifikant forskjell mellom barn født i første og andre kalenderhalvår, differansen var liten og usikkerheten var stor. I Norge starter skoleåret opp i august, og alle barn født i samme år starter da på skolen.

Tidligere forskning har vist at alder ved skolestart virker inn på skoleprestasjoner, både på kort og lang sikt (Solli, 2017; Navarro, García-Rubio & Olivares, 2015). Det kan indikere at de yngste barna har det vanskeligere med å tilpasse seg sin nye rolle som skoleelev (Larsen, 2000, s. 426). Det kan også ha med modenhet å gjøre, da man vet at det kan være betydelig forskjell innen kognitiv funksjon og emosjonell utvikling (NOU 2019:3, s. 127-129), og at barn som er født tidligere i større grad evner å takle overgangen fra barnehage til skole på en god måte. Dette bekreftes derimot ikke i denne studien. Det kan være flere påvirkende faktorer til at det ikke ses noen forskjell mellom barn født i første og andre kalenderhalvår i denne studien. Eksempelvis kan det faktum at kartleggingene har blitt gjennomført over en lang tidsperiode, både før skolestart, i starten av skoleåret, og mot slutten av skoleåret være med på å maskere reelle forskjeller. Det kan også nevnes at det i denne studien var flere jenter født i andre kalenderhalvår, og flere gutter født i første kalenderhalvår. Denne

skjevfordelingen kan også være med på å maskere en reell forskjell, da forskning eksempelvis har vist at jenter har bedre språkforståelse ved skolestart, samt at flere gutter har behov for spesialundervisning (NOU 2019:3, s. 11), noe som hentyder at gutter generelt kan ha det vanskeligere enn jenter ved skolestart. Hadde det vært en jevnere fordeling mellom jenter og gutter innen gruppene født første og andre kalenderhalvår hadde kanskje resultatene vært annerledes.

En sammenligning av den foreldrerapporterte helserelaterte livskvaliteten mellom gruppene født første og andre kalenderhalvår, og ekskludert for respondentene som gjennomførte kartleggingen før skolestart, resulterte i en signifikant forskjell innen dimensjonen fysisk helse, der barn født i andre kalenderhalvår hadde en høyere score. Dimensjonen fysisk helse vurderer barnets aktivitetsnivå, energinivå og hvorvidt barnet føler seg uvel og klager på egen helse (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, s. 87). Et eksempel på spørsmål som stilles er: «Når du tenker på den siste uka, har barnet ditt vært fysisk aktiv (f.eks. løpt, klatret, syklet)?».

Resultatene viste at foreldrene rapporterte at barna som er født i andre kalenderhalvår i større grad var fornøyd med sin fysiske form. Med tanke på den fysiske utviklingen med hyppig utvikling og vekst barna er i, i denne alderen (Folkehelseinstituttet, 2018a), var dette et overraskende funn, da man kanskje ville antatt at den aktuelle aldersforskjellen ville kunne utgjort en reell forskjell i fysisk utvikling, og dermed at foreldrene til barn født i andre kalenderhalvår ville rapportert en lavere score innen fysisk helse hos barna. Denne antagelsen bekreftes også i studien av Aune et al. (2016) som fant at gjennomsnittskarakterene i kroppsøvingfag var lavere blant elever født siste halvår enn første halvår blant ungdommer 15-19 år, noe som også var funnene i en annen studie blant 11-14 åringer (Cobley, Abraham & Baker, 2008). Til tross for at det var en forskjell innen foreldrerapportert fysisk helse mellom barn født i første og andre kalenderhalvår i denne studien, blant barna som var kartlagt etter skolestart, var effektstørrelsen så liten at forskjellen ikke kan regnes å ha noen reell betydning i praksis.

#### 5.4 Forskjeller mellom barna som har hatt kartleggingen før og etter skolestart

I analysen av den foreldrerapporterte helserelaterte livskvaliteten mellom gruppene som hadde hatt kartleggingen før og etter skolestart, var det en signifikant forskjell innen dimensjonen psykisk helse. Foreldrene i denne studien rapporterte lavere score hos barna innen psykisk helse etter skolestart enn før. I modellen til Misvær og Helseth (2017), kan psykisk helse forstås som en del av kjernen i det som avgjør barnets opplevde helserelaterte



livskvalitet. I KIDSCREEN-27 vurderer dimensjonen psykisk helse psykologiske faktorer som positive følelser, tilfredshet med livet i tillegg til fravær av ensomhet og tristhet (The KIDSCREEN Group Europe, 2006, s. 87). Et eksempel på et spørsmål som stilles er: «Når du tenker på den siste uka, har barnet ditt følt at livet er bra?». At det ble rapportert lavere score i psykisk helse etter skolestart, kan ha sammenheng med at overgangen til å starte på skolen kan ha blitt opplevd som vanskelig for noen. Forskning har også vist at noen barn opplever mer uro enn andre i denne overgangen (Lillejord et al., 2015). Psykisk helse var også den dimensjonen hvor flest foreldre har rapportert at barna hadde en lav score (under 45). Dette gjaldt 27 barn, og tyder på at det var innen psykisk helse flest hadde det vanskeligst i denne studien.

Likevel var effektstørrelsen liten i denne studien og forskjellen kan ikke regnes å ha noen reell betydning i praksis. Innen psykisk helse rapporterte hele 97,2 % av foreldrene at barna aldri eller sjeldent følte seg ensom, og selv om resultatene viste en nedgang i psykisk helse etter skolestart, hadde de fleste barna fortsatt høy score. Resultatene i studien til Riiser et al. (2020) viste at dimensjonen psykisk helse i spørreskjemaet KIDSCREEN-27 bør brukes aktsomt på barn i 5-6-års alder, da faktoranalysen her gav utilfredsstillende resultater.

## 5.5 Styrker og svakheter med valgt metode

Videre diskuteres det rundt den valgte metoden og mulige påvirkninger det kan ha hatt på resultatet.

### 5.5.1 Utvalg

En styrke i studien er at det i utvalget var respondenter både fra by og bygd i ulike kommuner i Agder.

### 5.5.2 Design

Data fra tverrsnittundersøkelser egner seg godt til å beskrive bestemte variabler på tidspunktet for datainnsamling, og det gir muligheten til å vurdere sammenheng mellom ulike variabler – men har begrensninger slik som at årsaksforklaringer ikke kan undersøkes (Polit & Beck, 2014). Designet gjorde det dermed mulig å få den nødvendige kunnskapen som behøves for å kunne beskrive den foreldrerapporterte helserelaterte livskvaliteten i populasjonen slik den var under måletidspunktet. Det er en fordel at spørreskjema er enkelt å gjennomføre på store utvalg, da det er både tids- og kostnadseffektivt.

Svar basert på spørreskjema kan derimot være misvisende i forhold til om personen svarte ut ifra faktiske forhold eller ut ifra hva de opplevde som sosialt forventet. Dette kalles i litteraturen *socially desirable responding* (Tracey, 2016). Dette betyr at det kan være noen foreldre i studien som oppgav feilaktige svar med et ønske om å fremstille enten seg selv som forelder eller sitt barn på en bestemt måte. I tillegg kan påvirkende faktorer til å få misvisende svar være om respondentene har forstått spørsmålene rett, samt at gitte svar kan variere ut ifra dagsform eller nylige hendelser utenfor normalen.

I denne studien hadde dimensjonen relasjon til foreldre og autonomi i Kidscreen-27 en lavere score i reliabilitet enn de andre dimensjonene (Cronbach's alpha = .665). I en studie av Vaske, Beaman & Sponarski (2017) kan man lese at en score i Cronbach's alpha over .65 ofte regnes som tilstrekkelig i forskning innen menneskelige forhold. Det må også tas i betraktning at dimensjonen viste utilfredsstillende resultater på barn i alderen 5-6 år ved faktoranalyse i studien til Riiser et al. (2020), og resultatene bør brukes/vurderes med aktsomhet.

Det kan i tillegg finnes konfunderende faktorer til helse relatert livskvalitet som ikke ble analysert i denne analysen, men som var med på å påvirke det rapporterte resultatet.

Eksempelvis kan det tenkes at faktorer som høy/lav kroppsmasseindeks (KMI) kan ha påvirket resultatet, ettersom dette er vist i tidligere studier (Beer, Hofsteenge, Koot, Hirasing, Delemarre-W & Gemke, 2007; Kolotkin & Andersen, 2017). Andre faktorer som kan tenkes å ha innvirkning er eksempelvis familiens sosioøkonomiske status; en oversiktsartikkel av Reiss (2013) viste at barn med lav sosioøkonomisk status hadde større risiko for å ha problemer i psykisk helse, og blant voksne har også studier vist en klar sammenheng mellom sosioøkonomisk status og livskvalitet (Nes & Nilsen, 2020, s. 39).

### 5.5.3 Proxy rapportering

At det i denne studien ble brukt Proxy-rapportering kan være en svakhet da barnet selv ikke har svart. Dette kan være utfordrende med tanke på at helse relatert livskvalitet er noe subjektivt, og det kan være vanskelig for foreldre å vite hva sine barn egentlig føler. Data fra foreldre vil alltid være en tolkning og vurdering (her av barnets helse relaterte livskvalitet), og dermed være preget av skjønnsvurdering (Helseth, 2001). En studie gjennomført innen helse relatert livskvalitet, som også undersøkte forholdet mellom selv-rapportering og proxy-rapportering for barn (Haverman et al., 2017), viste at resultatene de fikk ikke var de samme. Forskning tilsier at det kan være relativt stor forskjell mellom barns og foreldres rapportering

når det gjelder livskvalitet (Helseth, 2001). Foreldre og barn tilfører ulik informasjon, der barn best kan vurdere sin egen helse relaterte livskvalitet der og da, mens foreldre også lar seg påvirke av sin egen livskvalitet, samt tanker om barnets fremtid og vanskelige perioder (Haverman et al., 2017). Til tross for dette er proxy-rapportering likevel et alternativ når barnet er for ung til å svare reliabelt slik som i denne studien (barn under åtte år) (Haverman et al., 2017). En oversiktsartikkel fra 2008, med studier med samme problemstilling fant lignende resultater; at det var forskjell mellom foreldre og barns rapporteringer angående helse relatert livskvalitet, men her konkluderte de med at forskjellen mellom selvrapportering og proxy-rapportering var små og ikke signifikante (Upton, Lawford & Eiser, 2008, s. 898-908). Kidscreen proxy spørreskjema har i en egen validitetsstudie blitt vurdert til tilfredsstillende (Robitail et al., 2006, s. 596.e1). En alternativ løsning kunne vært å oppfordre foreldrene til å besvare undersøkelsen i fellesskap med barna, som ideelt ville tilført en riktigere fremstilling av barnets helse relaterte livskvalitet (Helseth, 2001).

En annen interessant studie av Oltean & Ferro (2019), undersøkte påvirkningen av foreldres nivå av depresjon og angst på deres rapportering av barnas helse relaterte livskvalitet. For det første viste studien at foreldrene rapporterte lavere score enn barna innen alle dimensjonene i helse relatert livskvalitet (Oltean & Ferro, 2019). Videre viste studien at foreldre med høyere nivå av depresjon og angst rapporterte lavere score for barnas helse relaterte livskvalitet innen dimensjonene venner og sosial støtte og psykisk helse, og høyere score i fysisk helse (Oltean & Ferro, 2019). Blant friske foreldre var det godt samsvar mellom selv- og proxy-rapportering innen fysisk helse og skolemiljø (Oltean & Ferro, 2019). Det er viktig å være klar over denne svakheten når det benyttes proxy-rapportering, og ha i mente at resultatene kan være preget av den psykiske helsen til den som har besvart spørreskjemaet. Dette understreker også hvorfor selv-rapportering er å foretrekke der det er mulig. Det er derfor viktig å være bevisst innvirkningen proxy-rapportering kan ha hatt på resultatene, da man aldri kan si helt sikkert at foreldrene har svart det samme som barnet hadde svart selv. Spesielt innen helse relatert livskvalitet som er subjektivt kan det være vanskelig for foreldrene å skulle rapportere noe på vegne av sitt barn. På den andre siden er foreldrene de som kjenner sine barn best, og forhåpentligvis vil derfor deres svar på vegne av barna gi et realistisk bilde av situasjonen. Det er også viktig å huske at mennesker er ulike, noe som innebærer at de også vil tolke og vekte svarene som oppgis på ulik måte. At humøret har vært «godt» kan eksempelvis oppfattes på ulik måte blant to forskjellige personer.

#### 5.5.4 Skolestartundersøkelsen

Kartleggingene foregikk i forbindelse med skolestartundersøkelsen, skoleårene 2019/2020 og 2020/2021. Tidspunkt for skolestartundersøkelsens utførelse er det opp til hver enkelt kommune å bestemme, selv om det blir gitt anbefalinger for gjennomføring. Det er en svakhet ved denne studien at undersøkelsestidspunktet varierer med mange måneder for de ulike respondentene, ettersom Kidscreen kartlegger hvordan barna har hatt det den siste uken. Det er blitt gjennomført kartlegginger i løpet av perioden fra september til juni. Som følge av dette har noen barn hatt kartleggingen rett etter å ha startet på skolen, mens andre har kommet godt inn i skolehverdagen. Det kan derfor tenkes at resultatet kunne vært annerledes om alle hadde svart på samme tid, ettersom man etter å ha gått på skolen i flere måneder versus noen uker vil kunne ha tilpasset seg bedre til den nye hverdagen, knyttet flere vennskap og blitt bedre kjent med sine lærere. Optimalt hadde alle barna gjennomført undersøkelsen på tilnærmet samme tidspunkt slik at utgangspunktet hadde vært det samme for alle i forhold til alle følelsene og endringene som skjer rundt oppstart på skolen.

I tillegg til dette har noen kommuner valgt å holde skolestartundersøkelsen før oppstart på skolen, og dette vil naturligvis kunne påvirke resultatet. Det er derfor utført uparede T-tester både hvor respondentene som hadde kartleggingen før skolestart er inkludert og ekskludert for å kunne se om dette utgjorde noen forskjell. En annen følge av dette er at dimensjonen skolemiljø har en lavere svarprosent enn de andre dimensjonene, da respondentene som hadde kartleggingen før skolestart ikke har kunnet svare på spørsmål om skolemiljø. Spredningen i kartleggingsdato medførte også en stor variasjon i barnets alder ved kartleggingstidspunkt; det yngste barnet var 60 måneder ved kartleggingstidspunktet, mens det eldste var 85 måneder ved kartleggingstidspunktet. Det betyr at barna hadde en aldersforskjell på hele 2 år når kartleggingen ble gjennomført. Dette kan også antas å ha påvirket resultatene i denne studien. En del av aldersforskjellen skyldes de barna som hadde kartlegging før skolestart, så ved å ekskludere disse fra utvalgte analyser kan dette ha justert for noe av en eventuell påvirkning på resultatet.

#### 5.5.5. Covid-19

Som følge av Covid-19 pandemien ble norske skoler holdt stengt over en lengre periode, noe som kan påvirket foreldrenes vurdering av/og barnets helserelaterte livskvalitet. For barn som var utrygge med tanke på å skulle starte på skolen, kan det å ha vært hjemme med foreldre og

hjemmeundervisning kanskje vært en veldig positiv opplevelse, mens det for andre barn kan ha vært en påkjenning å måtte være hjemme under *lockdown* (perioden alt ble stengt av i samfunnet). Det kan også tenkes at foreldrene har reagert ulikt på å ha hatt barna på hjemmeundervisning, og også vært preget av store endringer i egen hverdag med eksempelvis hjemmekontor/permittinger/plutselig arbeidsledighet/ekstraarbeid, og at dette har påvirket deres oppfattelse av barnet.

I tillegg ble helsesykepleieres arbeidsoppgaver fokusert rundt de viktigste arbeidsoppgavene som følge av høyt arbeidspress på helsesektoren og stor begrensning av alle møter som ikke var høyst nødvendig. Dette kan ha vært en medvirkende årsak til et lavt antall respondenter, da kartleggingen etter skolestartundersøkelsen/og videreføring av resultater mest sannsynlig ikke var høyeste prioriterte arbeidsoppgave i denne perioden. Andre årsaker til at det ikke ble flere respondenter i denne studien kan være motstand mot endring fra helsesykepleierne, da det medfører nye arbeidsoppgaver enn dem de er kjent med fra før. Slike forandringer i arbeidshverdagen er kjente faktorer for å skape motstand (Jacobsen, 2018).

## 5.6 Studiens relevans

Helserelatert livskvalitet som kartleggingsområde for å gi befolkningen et bedre liv vies stadig større oppmerksomhet i offentlige føringer og strategier, som eksempelvis i Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019), og proposisjon til stortinget med opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse 2019-2024 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Den helserelaterte livskvaliteten har stor betydning for hvordan man har det i hverdagen og hvordan man lever. Hvordan man har det som barn overføres ofte inn i det voksne liv, og har man lav helserelatert livskvalitet i barndommen kan dette gi større utfordringer som voksen, noe det er verdt å ta tak i både for å gi den enkelte et bedre liv, men også av hensyn til samfunnsøkonomi. Med tanke på at det finnes svært begrenset kunnskap om barns helserelaterte livskvalitet gir denne studien et nytt innblikk i hvordan seksåringer har det.

## 6.0 Konklusjon

Funnene i denne studien gir et innblikk i hvordan foreldre har rapportert at deres seks år gamle barn i utvalgte kommuner i Agder hadde det. Det store bildet tilsier at barna hadde det bra, de trivdes på skolen og hadde gode relasjoner til både foreldre og venner. Studien viste ingen forskjeller i rapportert helserelatert livskvalitet mellom jenter og gutter, og heller ingen forskjeller mellom barn født i første og andre kalenderhalvår. Studien viste derimot at det også var noen barn med lav rapportert helserelatert livskvalitet. Det ble likevel rapportert høyere gjennomsnittsscore i helserelatert livskvalitet innen alle dimensjoner i Kidscreen-27, enn hva som er rapportert som normdata fra den europeiske Kidscreen studien.

Fremtidige studier kan med fordel gjennomføre kartleggingen i løpet av en mer begrenset tidsperiode, for at barna i større grad enn i denne studien skal være på samme stadium i livet. Resultatene sier ingenting om utviklingen av den helserelaterte livskvaliteten i populasjonen, og det vil være interessant å følge utviklingen over tid; som skal skje gjennom prosjektet Godt Begynt. For å få mer kunnskap om når skillet mellom jenter og gutter, og barn født i første og andre kalenderhalvår oppstår/øker bør respondentene kartlegges også ved senere tidspunkt, noe som også vil skje gjennom prosjektet Godt begynt. I videre forskning kan det være nyttig å inkludere analyser om eksempelvis sosioøkonomisk status i familien og dets påvirkning på barnets helserelaterte livskvalitet.

## Referanseliste

Agder fylkeskommune. (2019). Regionplan Agder 2030. Attraktiv, samskapende og bærekraftig. Hentet 10.09.20, fra: [https://agderfk.no/\\_f/p1/i4d721a77-52f4-49e3-ba9e-42cb0c5a8b4e/regionplan-agder-2030.pdf](https://agderfk.no/_f/p1/i4d721a77-52f4-49e3-ba9e-42cb0c5a8b4e/regionplan-agder-2030.pdf)

Aglen, B. S., Olufsen, V. & Espnes, G-A. (2018). Helsefremming og sykdomsforebygging er ikke to sider av samme sak. *Sykepleien*, vol. 106.. Doi: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70809>

Andersen, J. R., Natvig, G. K., Haraldstad, K., Skrede, T., Aadland, E. & Resaland, G. K. (2016). Psychometric properties of the Norwegian version of the Kidscreen-27 Questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, vol. 14(58). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0460-4>

Aune, T. K., Pedersen, A. V., Ingvaldsen, R. P. & Dalen, T. (2016). Relative Age Effect and Gender Differences in Physical Education Attainment in Norwegian Schoolchildren. *Scandinavian Journal of Educational Research*, vol. 61(3), s. 369-375. Doi: <https://doi.org/10.1080/00313831.2016.1148073>

Barne- og familiedepartementet. (2003). *FNs barnekonvensjon- FNs konvensjon om barnets rettigheter*. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns\\_barnekonvensjon.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf)

Barne- og likestillingsdepartementet. (2016). *Barnets rettigheter i Norge. Norges femte og sjette rapport til FNs komite for barnets rettigheter – 2016*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/0ada3bee46b54f498707f51bbc7d4b2c/barnekonvensjonen-norsk-versjon-uu2.pdf>

Barstad, A. (2016). *Gode liv i Norge. Utredning om måling av befolkningens livskvalitet*. (Rapport IS-2479). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/gode-liv-i-norge-utredning-om-maling-av-befolkningens-livskvalitet>

Beer, M. D., Hofsteenge, G. H., Koot, H. M., Hirasing, R. A., Delemarre-W., H. A. & Gemke, R. J. B. J. (2007). Health-related-quality-of-life in obese adolescents is decreased and inversely related to BMI. *Acta Pædiatrica*, vol. 96(5), s. 710-714. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00243.x>

Bentsen, A., Kristiansen, R., Møller, G. & Vardheim, I. (2016). *Ung i Agder 2016*. Hentet fra: <https://www.korus-sor.no/wp-content/uploads/2016/10/Ung-i-Agder-2016-rapport.pdf>

Berman, A. H., Liu, B., Ullman, S., Jadbäck, I. & Engström, K. (2016). Children's Quality of Life Based on the KIDSCREEN-27: Child Self-Report, Parent Ratings and Child-Parent Agreement in a Swedish Random Population Sample. *PLoS ONE*, vol. 11(3), s. 1-15. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150545>

Bisegger, C., Cloetta, B., Bisegger, U. V., Abel, T., Ravens-Sieberer, U. & the European Kidscreen group. (2005). Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Sozial-und Präventivmedizin*, vol. 50(5), s. 281-291. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00038-005-4094-2>

Bond, T. G. & Fox, C. M. (2007). *Applying The Rasch Model. Fundamental Measurement in the Human Sciences*. (2. Utg.) New York: Routledge.

Cobley, S., Abraham, C. & Baker, J. (2008). Relative age effects on physical education attainment and school sport representation. *Physical Education and Sport Pedagogy*, vol. 13(3), s. 267-276. Doi: 10.1080/17408980701711983

Departementene. (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/mestre-hele-livet/id2568354/>

Finansdepartementet. (2017). *Perspektivmeldingen 2017 (Meld. St. 29 (2016-2017))*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/aefd9d12738d43078cbc647448bbeca1/no/pdfs/stm201620170029000dddpdfs.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2016). *Psykisk helse i Norge. Tilstandstapport med internasjonale sammenligninger*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/2011/psykisk-helse-i-norge.-tilstandsrap/>



Folkehelseinstituttet. (2018a). *Folkehelse rapporten – kortversjon. Helsetilstanden i Norge 2018 (2018, Mai)*. Hentet fra:

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/helsetilstanden-i-norge-20182.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2018b). *Folkehelse rapporten. Livskvalitet og psykiske lidelser hos barn og unge (2018, 14 mai)*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>

Folkehelseinstituttet. (2018c). *Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde?* Hentet 22.10.19, fra: <https://www.fhi.no/publ/2019/ti-store-folkehelseutfordringer-i-norge.-hva-sier-analyse-av-sykdomsbyrde/>

Folkehelseinstituttet. (2019a). *Inviterer til fylkeshelseundersøkelse i Agder*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2019/fylkeshelseundersokelse-agder/>

Folkehelseinstituttet. (2019b). *Hva betyr livskvalitet og trivsel for barn og unges fysiske og psykiske helse?* Hentet 31.05.20, fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykisk-helse-barn-unge/fakta-om-livskvalitet-og-trivsel-ho/>

Folkehelseinstituttet. (2020). *Hent folkehelseprofil eller oppvekstprofil for kommuner, bydeler og fylke*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/folkehelseprofil/>

Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-29>

Folkehelsestrategi. (2018). *Folkehelsestrategi for Agder 2018-2025. Sammen om god livskvalitet for alle på Agder*. Hentet fra: [https://agderfk.no/\\_f/p1/i6643974c-e53a-4f51-8265-21a153472397/folkehelsestrategi-for-agder-2018-2025.pdf](https://agderfk.no/_f/p1/i6643974c-e53a-4f51-8265-21a153472397/folkehelsestrategi-for-agder-2018-2025.pdf)

Freire, T. & Ferreira, G. (2016). Health-related quality of life of adolescents: Relations with positive and negative psychological dimensions. *International Journal of Adolescence and Youth*, vol. 23(1), s. 11-24. Doi: 10.1080/02673843.2016.1262268

Haraldstad, K., Christophersen, K-A., Eide, H., Natvig, G. K. & Helseth, S. (2011). Predictors of health-related quality of life in a sample of children and adolescents: a school survey. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 20, s. 3048-3056. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03693.x>

Haraldstad, K., Christophersen, K-A. & Helseth, S. (2017). Health-related quality of life and pain in children and adolescents: a school survey. *BMC pediatrics*, vol. 17(174). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0927-4>

Haraldstad, K. & Richter, J. (2014). Måleegenskaper ved den norske versjonen av KIDSCREEN. *PsykTestBarn*, vol. 2(1). Doi: <http://hdl.handle.net/11250/2386046>

Haverman, L., Limperg, P. F., Young, N. L., Grootenhuis, M. A. & Klaassen, R. J. (2017). Paediatric health-related quality of life: what is it and why should we measure it? *Archives of Disease in Childhood. BMJ Journals*, vol 102(5), s. 393-400. Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2015-310068>

Helland, S. S., Wilhelmsen, T., Alexandersen, N., Brandlistuen, R. E., Schjølberg, S. & Wang, M. V. (2019). *Skoleferdigheter og psykisk helse hos 8-åringene. Betydningen av pedagogisk praksis i barnehagen og læringsmiljø i skolen (Rapport 2019)*. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Helse- og omsorgsdepartementet & KS. (2017). *Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027. En satsning for å fremme barn og unges psykiske helse og livskvalitet*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene>

Helsedirektoratet. (2013). *God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer*. (IS-2110). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/50/God-oversikt-en-forutsetning-for-god-folkehelse-IS-2110.pdf>

Helsedirektoratet. (2015). *Well-being på norsk*. (Rapport: IS-2344). Hentet fra: [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/well-being-pa-norsk/Well-being%20p%C3%A5%20norsk.pdf/\\_/attachment/inline/46a66c5f-e872-4e52-96b5-4ae1c95c5d23:488beb667da23e74e06e64a4e800417c2f205c90/Well-being%20p%C3%A5%20norsk.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/well-being-pa-norsk/Well-being%20p%C3%A5%20norsk.pdf/_/attachment/inline/46a66c5f-e872-4e52-96b5-4ae1c95c5d23:488beb667da23e74e06e64a4e800417c2f205c90/Well-being%20p%C3%A5%20norsk.pdf)

Helsedirektoratet. (2018a). *Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling. Helsedirektoratets innspill til videreutvikling av folkehelsepolitikken* (Rapport: IS-2748). Hentet fra: [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20b%C3%A4rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf/\\_/attachment/inline/3bee41d0-0b38-4957-913e-bedad965e37a:a89f2b8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffdd0abaa/Folkehelse%20og%20b%C3%A4rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20b%C3%A4rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf/_/attachment/inline/3bee41d0-0b38-4957-913e-bedad965e37a:a89f2b8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffdd0abaa/Folkehelse%20og%20b%C3%A4rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf)

Helsedirektoratet. (2018b, 16. Oktober). *Program for folkehelsearbeid i kommunene*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (Meld. St. 47 (2008-2009)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. (Meld. St. 34 (2012-2013)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74ab2f631885f9e22e/no/pdfs/stm201220130034000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. (Meld. St. 19 (2014-2015)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019-2024)*. (Prop. 121 S (2018-2019)). Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/1ea3287725fa4a2395287332af50a0ab/no/pdfs/prp201820190121000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Folkehelsemeldinga – gode liv i et trygt samfunn (Meld. St. 19 (2018-2019))*. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/nno/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>

Helseregisterloven. (2014). Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (LOV-2014-06-20-43). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/2014-06-20-43>

Helseth, S. (2001). Livskvalitet hos barn. Livskvalitet som styrende begrep i helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn. *Vård i Norden*, vol. 59(21), s. 40-44.

Helseth, S., Haraldstad, K. & Christophersen, K-A. (2015). A cross-sectional study of Health Related Quality of Life and body mass index in a Norwegian school sample (8-18 years): a comparison of child and parent perspectives. *Health and Quality of Life Outcomes*, vol. 13(47). Doi: 10.1186/s12955-015-0239-z

Helseth, S. & Misvær, N. (2010). Adolescents' perceptions of quality of life: what it is and what matters. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 19, s. 1454-1461. Doi:

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03069.x>

Huppert, F. A. (2009). Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and Consequences. *Applied psychology: health and well-being*, vol. 1(2), s. 137-164. Doi: 10.1111/j.1758-0854.2009.01008.x

Hånes, H. (2007). *Faktaark: ADHD*. Folkehelseinstituttet. Hentet 27.04.20 fra:

<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykisk-helse-barn-unge/adhd---faktaark/>

Jacobsen, D. I. (2018). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Jafari, P., Bagheri, Z. & Safe, M. (2012). Item and response-category functioning of the Persian version of the KIDSCREEN-27: Rasch partial credit model. *Health Qual Life Outcomes*, vol. 10(127). Doi: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-127>

Jozefiak, T., Larsson, B., Wichstrøm, L., Mattejat, F. & Ravens-Sieberer, U. (2008). Quality of Life as reported by school children and their parents: a cross-sectional survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, vol. 6(34). Doi: 10.1186/1477-7525-6-34

KIDSCREEN. (2011). Questionnaires. Hentet fra:  
<https://www.kidscreen.org/english/questionnaires/>

Klima- og miljødepartementet. (2016). *Friluftsliv. Natur som kilde til helse og livskvalitet*. (Meld. St. 18 (2015-2016)). Hentet fra:  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/9147361515a74ec8822c8dac5f43a95a/no/pdfs/stm201520160018000dddpdfs.pdf>

Kolotkin, R. L. & Andersen, J. R. (2017). A systematic review of reviews: exploring the relationship between obesity, weight loss and health-related quality of life. *Clin Obes*, vol. 7, s. 273-289. Doi: <https://doi.org/10.1111/cob.12203>

Kompetansesenter rus – region sør. (2019). *Rapport: Ung i Agder 2019*. Hentet fra:  
[https://agderfk.no/\\_f/p1/i76fba96a-d550-44e8-99ce-f4edafaf23a7/rapport-ung-i-agder-2019.pdf](https://agderfk.no/_f/p1/i76fba96a-d550-44e8-99ce-f4edafaf23a7/rapport-ung-i-agder-2019.pdf)

Kunnskapsdepartementet. (2016). *Tid for lek og læring. Bedre innhold i barnehagen*. (Meld. St. 19 (2015-2016)). Hentet fra:  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/cae152ecc6f9450a819ae2a9896d7cf5/no/pdfs/stm201520160019000dddpdfs.pdf>

Kunnskapsdepartementet. (2019a). *Regjeringen åpner for forsøk med mer fleksibel skolestart*. Hentet 09.05.2020, fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-apner-for-forsok-med-mer-fleksibel-skolestart/id2664212/>

Kunnskapsdepartementet. (2019b). *Tett på – tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage, skole og SFO*. (Meld. St. 6 (2019-2020)). Hentet fra:  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/3dacd48f7c94401ebefc91549a5d08cd/no/pdfs/stm201920200006000dddpdfs.pdf>

Kutsyuruba, B., Klinger, D., & Hussain, A. (2015). Relationships among school climate, school safety, and student achievement and well-being: A review of the literature. *Review of Education*, vol. 3(2), s. 103-135.

Larsen, A. K. (2000). Overgang fra barnehage til skole. I Haugen, R. (Red.), *Barn og unges læringsmiljø. Fra enkeltindivid til medlem av et flerkulturelt fellesskap* (s. 425-440).

Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Lien, L., Tambs, K., Oppedal, B., Heyerdahl & Bjertness, E. (2005). Is relatively young age within a school year a risk factor for mental health problems and poor school performance? A population-based cross-sectional study of adolescents in Oslo, Norway. *BMC Public Health*, vol. 5(102). Doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-5-102>

Lillejord, S., Børte, K., Halvorsrud, K., Ruud, E., & Freyr, T. (2015). *Tiltak med positiv innvirkning på barns overgang fra barnehage til skole: En systematisk kunnskapsoversikt*. Oslo: Kunnskapssenter for utdanning.

Meade, T. & Dowswell, E. (2015). Health-related quality of life in a sample of Australian adolescents: gender and age comparison. *Qual Life Res*, vol. 24, s. 2933–2938. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1033-4>

Michel, G., Bisegger, C., Fuhr, D. C., Abel, T. & The KIDSCREEN group. (2009). Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis. *Quality of Life Research*, vol. 18(1147). Doi: <https://doi.org/10.1007/s11136-009-9538-3>

Mikkelsen, H. T., Haraldstad, K., Helseth, S., Skarstein, S., Småstuen, M. C. & Rohde, G. Health-related quality of life is strongly associated with self-efficacy, self-esteem, loneliness, and stress in 14-15-year-old adolescents: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, vol. 18(352). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01585-9>

Misvær, N. & Helseth, S. (2017). Livskvalitet og vennskap. I Kvarme, L. G. (Red.), *Sårbare skolebarn: trivsel og helse for barn med psykososiale utfordringer* (s. 11-30). Bergen: Fagbokforlaget.

Navarro, J-J., García-Rubio, J. & Olivares, P. R. (2015). The Relative Age Effect and Its Influence on Academic Performance. *PLoS ONE Journal*, vol. 10(10). Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141895>

Nes, R. B. (2017a, 21. mars). *Fakta om livskvalitet og trivsel i Norge*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/>

Nes, R. B. (2017b, 21. Mars). *Fakta om livskvalitet og trivsel hos barn og unge*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/fp/barn-og-unge/oppvekst/fakta-om-livskvalitet-og-trivsel-ho/>

Nes, R. B., Hansen, T. & Barstad, A. (2018). *Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem* (Rapport: IS-2727). Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter>

Nes, R. B. & Hånes, H. (2019). *Fakta om livskvalitet og trivsel*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>

Nes, R. B. & Nilsen, T. S. (red.), Hauge, L. J., Eilertsen, M., Gustavson, K., Aarø, L. E. & Røysamb, E. (2020). *Fra nord til sør: Livskvalitet i Norge 2019*. Rapport 2020. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Nes, R. B. & Tambs, K. (2011). Helse og livskvalitet. I Næss, S., Moum, T. & Eriksen, J. (Red.), *Livskvalitet: forskning om det gode liv* (s. 120-127). Bergen: Fagbokforlaget.

Nezu, S., Iwasaka, H., Saeki, K., Obayashi, K., Ishizuka, R., Goma, H., Furuichi, Y. & Kurumatani, N. (2016). Reliability and validity of Japanese versions of KIDSCREEN-27 and KIDSCREEN-10 questionnaires. *Environ Health Prev Med*, vol. 21, s. 154-163. Doi: 10.1007/s12199-016-0510-x

Nielsen, H. B. (2000). Inn i klasserommet. I Imsen, G. (Red.), *Kjønn og likestilling i grunnskolen* (s. 51-69). Oslo: Gyldendal Akademisk.

NOU 1991:10. (1991). *Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier*. Hentet 13.08.20, fra: <https://www.nb.no/statsmaktene/nb/93a00a06a2b9412ccbf43677757f297e#53>

NOU 2019:3. (2019). *Nye sjanser – bedre læring. Kjønnforskjeller i skoleprestasjoner og utdanningsforløp*. Hentet 14.05.19, fra:  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/8b06e9565c9e403497cc79b9fdf5e177/no/pdfs/nou201920190003000dddpdfs.pdf>

Nygren, K., Bergström, E., Janlert, U. & Nygren, L. (2012). Parents matter – but relations to parents do not explain gender differences in self-reported health in adolescents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 26, s. 643-653. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00973.x>

Næss, S. (2011). Språkbruk, definisjoner. I Næss, S., Moum, T. & Eriksen, J. (Red.), *Livskvalitet: forskning om det gode liv* (s. 15-51). Bergen: Fagbokforlaget.

Oltean, I. I. & Ferro, M. A. (2019). Agreement of child and parent-proxy reported health-related quality of life in children with mental disorder. *Quality of Life Research*, vol. 28, s. 703-712. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11136-018-2026-x>

Opplæringslova. (1998). Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (LOV-1998-07-17-61). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/1998-07-17-61>

Otto C, Haller A-C, Klasen F, Hölling H, Bullinger M, Ravens-Sieberer U, et al. (2017) Risk and protective factors of health-related quality of life in children and adolescents: Results of the longitudinal BELLA study. *PLoS ONE*, vol. 12(12). Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190363>

Polit, D.F. & Beck, C. T. (2014). *Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.

Potvin, L. & Jones, C. M. (2011). Twenty-five Years After the Ottawa Charter: The Critical Role of Health Promotion for Public Health. *Canadian Journal of Public Health*, vol. 102(4), s. 244-248. Doi: <https://doi.org/10.1007/BF03404041>

Power, R., Akhter, R., Muhit, M., Wadud, S., Heanoy, E., Karim, T., Badawi, N. & Khandaker, G. (2019). Cross-cultural validation of the Bengali version KIDSCREEN-27 quality of life questionnaire. *BMC Pediatrics*, vol. 19(19). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1373-7>



Rannestad, T. & Haugan, G. (2004). Helsefremming i kommunehelsetjenesten. I Haugan, G. & Rannestad, T., (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 15-25). Oslo: Cappelen Damm.

Razafimahefa-Raoelina, T., Farinetti, A., Nicollas, R., Triglia, J. M., Roman, S., & Anderson, L. (2016). Self-and parental assessment of quality of life in child cochlear implant bearers. *European annals of otorhinolaryngology, head and neck diseases*, vol. 133(1), s. 31-35. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2015.10.002>

Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*, vol. 90, s. 24-31. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>

Riiser, K., Helseth, S., Christophersen, K-A. & Haraldstad, K. (2020). Confirmatory factor analysis of the proxy version of the Kidscreen-27 and relationships between health-related quality of life dimensions and body mass index and physical activity in young schoolchildren. *Preventive Medicine Reports*, vol. 20, s. 1-6. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101210>

Robitail, S., Simeoni, M-C., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., Bruil, J. & Auquier, P. (2006). Validation of the European Proxy KIDSCREEN-52 Pilot Test Health-Related Quality of Life Questionnaire: First Results. *Journal of Adolescent Health*, vol. 39, s. 596.e1-596.e10. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.01.009>

Samdal, O., Mathisen, F. K. S., Torsheim, T., Diseth, Å. R., Fismen, A-S, Wold, B. & Årdal, E. (2016). *Helse og trivsel blant barn og unge* (HEMIL-RAPPORT 2016). Hentet fra: <http://filer.uib.no/psyfa/HEMIL-senteret/HEVAS/HEMIL-rapport2016.pdf>

Sletten, M. A. & Bakken, A. (2016). *Psykiske helseplager blant ungdom – tidstrender og samfunnsmessige forklaringer. En kunnskapsoversikt og en empirisk analyse*. (NOVA Notat 4/2016). Hentet fra: [http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOV A/Publikasjoner/Notat/2016/Psykiske-helseplager-blant-ungdom-tidstrender-og-samfunnsmessige-forklaringer](http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOV_A/Publikasjoner/Notat/2016/Psykiske-helseplager-blant-ungdom-tidstrender-og-samfunnsmessige-forklaringer)

SSB. (2017). *Slik har vi det – 2017. Livskvalitet og levekår*. Hentet 31.05.20, fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/slik-har-vi-det-2017>

SSB. (2020). *Uføretrygdede*. Hentet 10.09.20, fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/11715/tableViewLayout1/>

Stoltenberg, C. (2014). *Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge (Rapport 2014:4)*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/folkehelse rapporten-2014-pdf.pdf>

Solli, I. F. (2017). Left behind by birth month. *Education Economics*, vol. 25(4), s. 323-346. Doi: <https://doi.org/10.1080/09645292.2017.1287881>

Symonds, J. (2015). *Understanding school transition: what happens to children and how to help them*. New York: Routledge.

Tavakol, M. & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, vol. 2, s. 53-55. Doi: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd

The KIDSCREEN Group Europe. (2006). *The KIDSCREEN Questionnaires - Quality of life questionnaires for children and adolescents – the Handbook*. Pabst Science Publishers: 49525 Lengerich, Germany.

Tracey, T. J. G. (2016). BRIEF REPORT. A Note on Socially Desirable Responding. *Journal of Counseling Psychology*, vol. 63(2), s. 224-232. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000135>

Turnock, B. J. *Public Health. What It Is and How It Works*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.

Ungdata-J. (u.å.). *Hva er Ungdata junior?* Hentet fra: <https://www.ungdata.no/hva-er-ungdata-junior/>

Ungdata. (u.å.). *Hva er Ungdata?* Hentet fra: <https://www.ungdata.no/hva-er-ungdata/>

Ungdatasenteret & KoRus Sør. (2019). *Ungdata junior Kommuner i Agder*. Hentet fra: <https://www.korus-sor.no/wp-content/uploads/2018/04/Ungdata-junior-Agder-2019.pdf>

Upton, P., Lawford, J. & Eiser, C. (2008). Parent-child agreement across child health-related quality of life instruments: a review of the literature. *Qual Life Res*, vol. 17, s. 895-913. <https://doi.org/10.1007/s11136-008-9350-5>

Varni, J., Limbers, C., & Burwinkle, T. (2007). How young can children reliably and validly self-report their health-related quality of life?: An analysis of 8,591 children across age subgroups with the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, vol. 5(1). Doi: 10.1186/1477-7525-5-1

Vaske, J. J., Beaman, J. & Sponarski, C. C. (2017) Rethinking Internal Consistency in Cronbach's Alpha. *Leisure Sciences*, vol. 39(2), s. 163-173. Doi: 10.1080/01490400.2015.1127189

Vedul-Kjelsås, V., Stensdotter, A. & Sigmundsson, H. (2012). Motor Competence in 11-year-old boys and girls. *Scandinavian Journal of Educational Research*.

Vrålstad, S. (2017a). *Slik har vi det – om målene på livskvalitet og levekår i Norge*. Hentet 31.05.20, fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/levekar-og-livskvalitet-hva-hvorfor-og-hvordan>

Vrålstad, S. (2017b). *Sosiale relasjoner*. Hentet 31.05.20, fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/sosiale-relasjoner>

Vrålstad, S. (2018). *Trygghet*. Hentet 31.05.20, fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/trygghet>

WHO. (1946). *CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION*. Hentet fra: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

WHO. (1997). *Programme on mental health. WHOQOL Measuring Quality og Life*. Hentet fra: [https://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)

WHO. (2001). *The WORLD HEALTH REPORT 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Hentet fra: [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1)

Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T., Angold, A., Egger, H., Solheim, E., & Sveen, T. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 53(6), s. 695-705.

## VEDLEGG

Vedlegg 1 – KIDSCREEN 27 Proxy

# KIDSCREEN-27

Foreldreversjon

Dato: \_\_\_\_\_

Måned år

## KJÆRE FORELDRE

Hvordan er barnet ditt? Hvordan føler hun/han seg? Det er det vi ønsker å få vite av dere.

Vennligst svar på disse spørsmålene så godt du kan, og prøv å være sikker på at de svarene du gir reflekterer barnets perspektiv. Fint om du prøver å huske ditt barns opplevelser den siste uken.

Hvem fyller ut spørreskiemaet?

- Mor
- Far
- Stemor/fars partner
- Stefar/ Mors partner
- Andre

Hvem? \_\_\_\_\_

Hvor gammel er barnet ditt (barnet som intervies)?

\_\_\_\_\_ år

Er barnet (som intervies) gutt eller jente?

- Gutt
- Jente

Hvor høy er barnet ditt (uten sko)?

\_\_\_\_\_ centimeter

Hvor mye veier barnet ditt (uten sko)?

\_\_\_\_\_ kg

## 1. Om fysisk aktivitet og helse

Til vanlig,  
hvordan vil barnet ditt karakterisere helsen sin?

1.

- Utmerket
- Veldig bra
- Bra
- Ganske bra
- Dårlig

Når du tenker på den siste uka...

|  | Ikke I det hele tatt  | Litt                  | Ganske                | Veldig                | I høy grad            |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 2. Har barnet ditt følt seg frisk og sprek?                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Har barnet ditt vært fysisk aktiv (f.eks. løpt, klatret, syklet)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Har det vært lett for barnet ditt å løpe?                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Når du tenker på den siste uka...

|   | Aldri                 | Sjelden               | Ganske ofte           | Veldig ofte           | Alltid                |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 5. Har barnet ditt følt seg full av energi? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## 2. Humør og følelser

Når du tenker på den siste uka...

|  | Ikke I det hele tatt  | Litt                  | Ganske                | Veldig                | I høy grad            |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Har barnet ditt følt at livet er bra? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Når du tenker på den siste uka...

|                                       | Aldri                 | Sjelden               | Ganske ofte           | Veldig ofte           | Alltid                |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 2. Har barnet ditt vært i godt humør? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Har barnet ditt hatt det gøy?      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Når du tenker på den siste uka...

|   | Aldri                 | Sjelden               | Ganske ofte           | Veldig ofte           | Alltid                |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 4. Har barnet ditt følt seg trist?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Har barnet ditt følt seg så ille/elendig at han/hun ikke har villet gjøre noe? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Har barnet ditt følt seg ensom?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Har barnet ditt vært fornøyd med seg selv slik han/hun er?                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### 3. Familie og fritid

| Når du tenker på den siste uka... |   | Aldri                 | Sjelden               | Ganske ofte           | Veldig ofte           | Alltid                |
|-----------------------------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1.                                | Har barnet ditt hatt nok tid for seg selv?                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.                                | Har barnet ditt kunne gjøre de tingene han/hun ønsker i fritiden sin?         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.                                | Har barnet ditt følt at foreldrene har nok tid til ham/henne?                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.                                | Har barnet ditt følt at foreldrene behandler ham/henne rettferdig?            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.                                | Har barnet ditt kunnet snakke med foreldrene sine når han/hun har ønsket det? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.                                | Har barnet ditt hatt nok penger til å gjøre det samme som vennene sine?       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7.                                | Har barnet ditt følt at han/hun har nok penger til å dekke utgiftene sine?    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



#### 4. Venner

| Når du tenker på den siste uka... |   | Aldri                 | Sjelden               | Ganske ofte           | Veldig ofte           | Alltid                |
|-----------------------------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1.                                | Har barnet ditt vært sammen med vennene sine?             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.                                | Har barnet ditt hatt det gøy sammen med vennene sine?     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.                                | Har barnet ditt og vennene hans/hennes hjulpet hverandre? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.                                | Har barnet ditt kunnet stole på vennene sine?             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

#### 5. Skole og læring

| Når du tenker på den siste uka... |  | Ikke i det hele tatt  | Litt                  | Ganske                | Veldig                | I høy grad            |
|-----------------------------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1.                                | Har barnet ditt vært glad når han /hun har vært på skolen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.                                | Har barnet ditt klart seg bra på skolen?                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Når du tenker på den siste uka... |   | Aldri                 | Sjelden               | Ganske ofte           | Veldig ofte           | Alltid                |
|-----------------------------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 3.                                | Har barnet ditt klart å følge med på skolen?            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.                                | Har barnet ditt kommet godt ut av det med lærerne sine? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## Vedlegg 2 – FEK godkjenning



Renate Alexandria  
Martinsen

Besøksadresse:  
Universitetsveien 25  
Kristiansand

Ref: 19/07052

Tidspunkt for godkjenning: : 26/09/2019

### **Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Kartlegging av livskvalitet hos 6-åringer i Agder**

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

FEK godkjenner prosjektet under forutsetning av gjennomføring som beskrevet i søknaden.

Hilsen  
Forskningsetisk komite  
Fakultet for helse - og idrettsvitenskap  
Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER  
POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND  
TELEFON 38 14 10 00  
ORG. NR 970 546 200 MVA - [post@uia.no](mailto:post@uia.no) -  
[www.uia.no](http://www.uia.no)

FAKTURAADRESSE:  
UNIVERSITETET I AGDER,  
FAKTURAMOTTAK  
POSTBOKS 383 ALNABRU 0614 OSLO



Versjon 1, 28.03.2019/OOS

# NSD - Personvernkonsekvensvurdering

## Prosjektopplysninger

Prosjekttittel: Godt Begynt -Barn og unge i Agder

Behandlingsansvarlig: Universitet i Agder, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Prosjektansvarlig: Thomas Westergren

Prosjektnummer i NSD: 630027

## Om konsekvensvurderingen (DPIA)

NSD har gjennomgått innholdet i meldeskjemaet. Det er vår vurdering at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil innebære relativt høy risiko for de registrertes rettigheter og friheter, og dermed krever en personvernkonsekvensvurdering (DPIA) jf. personvernforordningen art. 35.

Dette fordi den planlagte behandlingen av personopplysninger innebærer behandling av særlige kategorier av personopplysninger

- behandling av personopplysninger i stor skala med tanke på omfang og stort antall eller stor andel av populasjonen, mengde opplysninger, varighet, regelmessighet, og/eller geografiske omfang
- behandling av særlige kategorier av personopplysninger

På oppdrag fra Universitet i Agders ledelse, har NSD i samråd med prosjektansvarlig og rådgivere ved institusjonen laget utkast til en DPIA som inneholder:

- 1) En systematisk beskrivelse av den planlagte behandlingen av personopplysninger
- 2) Vurdering av om behandlingsaktivitetene er nødvendige og står i rimelig forhold til formålene
- 3) Analyse av risiko for de registrertes rettigheter og friheter
- 4) Planlagte tiltak for å håndtere risikoene

Ved å følge de planlagte tiltakene, mener NSD at personvernrisikoen er redusert i en slik grad at behandlingen kan gjennomføres i samsvar med personvernforordningen, uten forhåndsdrøfting med Datatilsynet.

Behandlingsansvarlig institusjon (v/ledelsen) bestemmer om personvernkonsekvensvurderingen er tilfredsstillende utført, og om personvernrisikoen er redusert til et akseptabelt nivå slik at behandlingen kan gjennomføres, eller om det er nødvendig med forhåndsdrøfting (se del 6 – Ledelsens beslutning). Dette etter å ha rådført seg med sitt personvernombud og tatt hensyn til eventuelle adferdsnormer. Vi oversender derfor vår vurdering til Universitet i Agder for godkjenning. NSD ber om å få tilsendt endelig versjon av DPIA med ledelsens beslutning i signert form.

Dersom behandling av personopplysninger igangsettes på grunnlag av DPIA, og deretter endres, minner vi om at endringene kan medføre behov for ny/oppdatert DPIA. Prosjektansvarlig skal melde endringer til NSD, og institusjonen har ansvar for å påse at dette skjer. Ved melding om endringer i prosjektet, vil NSD bistå i vurderingen av om ny DPIA er nødvendig og utfører i så fall denne i samråd med Universitet i Agder's ledelse og personvernombud.

Følgende personer har deltatt i personvernkonsekvensvurderingen:

| Navn              | Rolle/funksjon  | Virksomhet           |
|-------------------|---|----------------------|
| Øyvind Straume    | Spesialrådgiver   | NSD                  |
| Thomas Westergren | Prosjektleder databehandling Godt Begynt/førsteamanuensis             | UiA                  |
| Eirin Mølland     | Seniorforsker   | NORCE                |
| Eirik Abildsnes   | Prosjektleder Godt Begynt/<br>Forskningsrådgiver Kristiansand kommune | Kristiansand kommune |

## 1. Systematisk beskrivelse av planlagte behandlingsaktiviteter og formål

Her følger en ren beskrivelse av den planlagte behandlingen av personopplysninger, slik den er oppgitt i meldeskjema med vedlegg. Vurdering av behandlingen følger i del 2 og 3.

### 1.1 Formål

Formålet med databehandlingen er å etablere et helseregister over helse og livskvalitet som understøtter fremtidig forskning og utvikling innenfor folkehelse- og levekårsarbeid og som kan benyttes til godkjente forskings- og utviklingsprosjekter.

Hovedmålet for det første forskningsprosjektet som er finansiert er å effektivisere og forbedre tjenesteforløpene for barn som har, eller er i risiko for å utvikle dårlig helse og redusert livskvalitet, gjennom utvikling og implementering av systematisk digital innhenting og anvendelse av helsedata om barn og ungdom for å understøtte kunnskapsbaserte tjenesteforløp.

Delmålene er:

1. Etablere oversikt over hvordan barn og unges psykiske helse og livskvalitet fordeler seg i befolkningen.
2. Utvikle normdata for psykisk helse og livskvalitet i barne- og ungdomsbefolkningen.
3. Utvikle innovasjonen som bidrar til kunnskapsbasert tjenesteutøvelse som oppleves nyttig for ansatte i tjenestene i møte med barn og ungdom.

Dette innebærer at personopplysningene som samles inn vil behandles videre til nye forskningsprosjekter.

### 1.2 Registrerte

Studien har to utvalg. utvalg 1 er barn og ungdom, mens utvalg 2 er helsesøstre og lærere ansatt i kommunene. I det planlagte registeret skal det skal behandles personopplysninger om barn og deres foresatte/foreldre. Intervjuene med utvalg 2 skal ikke lagres i registeret

Barn vil være i alderen 0-17 år. Årlig fødes omkring 2500 i de kommunene som ønsker å delta i prosjektet. Det er planlagt målinger på 9 ulike års-trinn. Totalt vil dette kunne generere 22 500 første året, og deretter ytterligere 2500 individer årlig. Det forventes ikke at alle samtykker til at data benyttes i forskning.

Utvalget er individer bosatt i utvalgte kommuner i Vest- og Aust- Agder (Foreløpig avtale i følgende kommuner: Kristiansand, Lyngdal, Audnedal, Søgne, Songdalen, Iveland, Birkenes, Lillesand, Valle, Bykle, Grimstad, Arendal, Tvedestrand, Vegårshei, Gjerstad, Risør, Åmli, Vennesla). Rekruttering gjennom ordinære kontroller i helsestasjons- og skolehelsetjeneste  
Inkluderes alle i en populasjon eller kun et utvalg – oppgi i så fall utvalgs-kriterier. Kun individer som samtykker inkluderes.

Det skal behandles opplysninger om barn. Samtykke innhentes fra foreldre for barn som ikke selv kan gi samtykke.

Studien innebærer også intervjuer med helsesykepleiere og lærere ansatt i kommune. Disse rekrutteres gjennom samarbeidende kommuner. Dataene fra disse intervjuene vil ikke lagres i helseregisteret eller inneholde helseinformasjon som kan knyttes til deltakende barn.

### **1.3 Type og omfang personopplysninger**

Det skal behandles personidentifiserende opplysninger i form av fødselsnummer, kommunenummer, fødselsår, fødselsmåned (eks. navn, adresse, fødselsdato, fødselsnummer, telefonnummer, epostadresse, IP-adresse, sted, institusjon). Koblingsnøkkel mellom fødselsnummer og løpenummer vil oppbevares separat fra datasettet.

For foreldre vil det hentes inn opplysninger fra register ved SSB om utdanning, inntekt, yrke, sivilstatus, familiestatus, velferdsytelser, fødeland, innvandringsgrunn, fødselsår, kjønn.

For barn vil det hentes inn opplysning om kjønn, tiltaksgruppe i oppfølging i helsestasjon og skole helsetjeneste, generell og sosioemosjonell utvikling (ASQ og ASQ-SE), psykisk helse (SDQ), livskvalitet (Kidscreen), og angst (SCAS). I tillegg vil det hentes inn skoleresultater fra SSB; mestringsnivå på nasjonale prøver på 5. og 8. trinn samt grunnskolepoeng ved fullføring av 10.trinn.

Se detaljert variabelliste lastet opp i meldeskjema hos NSD.

Det skal hentes inn data ved alder 6 måneder, 12 måneder, 24 måneder, 4 år, 6år, 8 år, 10 år, 13 år, 16 år. Bakgrunnsopplysninger for foreldrene vil ikke innhentes like ofte. Det er planlagt innhenting av bakgrunnsopplysninger 1-2 ganger i løpet av prosjektperioden, henholdsvis per 31.12.2020 og 31.12.2021.

Prosjektet innebærer at det vil bli innhentet stort volum av data om den enkelte og data vil lagres over lang tid.

### **1.4 Datakilder**

Prosjektet innebærer spørreskjema som barna svarer på fra alder 6-8 år.

For barn yngre enn 6-8 år vil spørreskjema besvares av foreldre, barnehage, skole. Spørreskjema i alle aldersgrupper vil også besvares av foreldre, barnehage, skole (se vedlagt variabelliste).

For foreldrene vil data hentes inn fra sekundærdata fra SSB (utdanningsregisteret, inntektsregisteret, trygde-registeret – se detaljert variabelliste lastet opp i meldeskjema hos NSD).



For utvalg 2 (helsesykepleiere og lærere ansatt i kommunene) vil prosjektet samle inn data via fokusgruppeintervju.

### 1.5 Kontakt med de registrerte

Det innhentes skriftlig, uttrykkelig og spesifikt samtykke fra alle respondenter via ID-porten. For barn som er under 16 år innhentes dette fra forelder/foresatt. Fra barna er 12 år vil de bli forespurt om data kan benyttes til forskning. Barn som er 16 samtykker selv til deltakelse i forskningsprosjektet. Det vil innhentes samtykke fra barn som fyller 16 år i løpet av prosjektperioden i forbindelse med planlagt datainnsamling i vår semesteret etter at barn har start i videregående skole, og deltakere som er passert 16 vil eksplisitt spørres om samtykke til å bruke tidligere lagrede data i forskningsprosjektet/helseregisteret. Deltakelse i forskningsprosjektet er frivillig.

For helsesøstre og lærere ansatt i kommunene vil rekruttering gjøres gjennom samarbeidende kommuner. Forespørsel om å delta som informant vil bli håndtert gjennom prosjektets kontaktperson i de enkelte kommunene. For ansatte er deltakelse i forskningsprosjektet frivillig.

For respondenter som ikke kan håndtere pålogging via ID-porten eller har behov for tolk vil det bli gitt bistand som sikrer at de forstår hva de samtykker til. Se vedlagt informasjonsskriv.

Alle deltakere har så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

Dataportabilitet, innsyn/utlevering, retting og sletting håndteres gjennom den ordinære driften i samsvar med forskrift om pasientjournal. Tilsvarende rettigheter i forhold til forskningsregisteret er informert om i informasjonsskrivet og på prosjektets nettside hvor kontaktperson er oppgitt. For forskningsdataene finnes det en koblingsnøkkel som gjør dette mulig.

Plan for fortløpende informasjon til deltakerne om registeret vil håndteres gjennom prosjektets nettside, [www.godtbegynt.uia.no](http://www.godtbegynt.uia.no). Her vil det bli gitt generelle informasjon om prosjektet, det vil informeres om hva deltakelse i forskningsprosjektet innebærer og hvordan deltakerne kan trekke sitt samtykke. I tillegg vil vitenskapelige publikasjoner fra prosjektet og annen omtale av prosjektet lenkes til på nettsiden. et

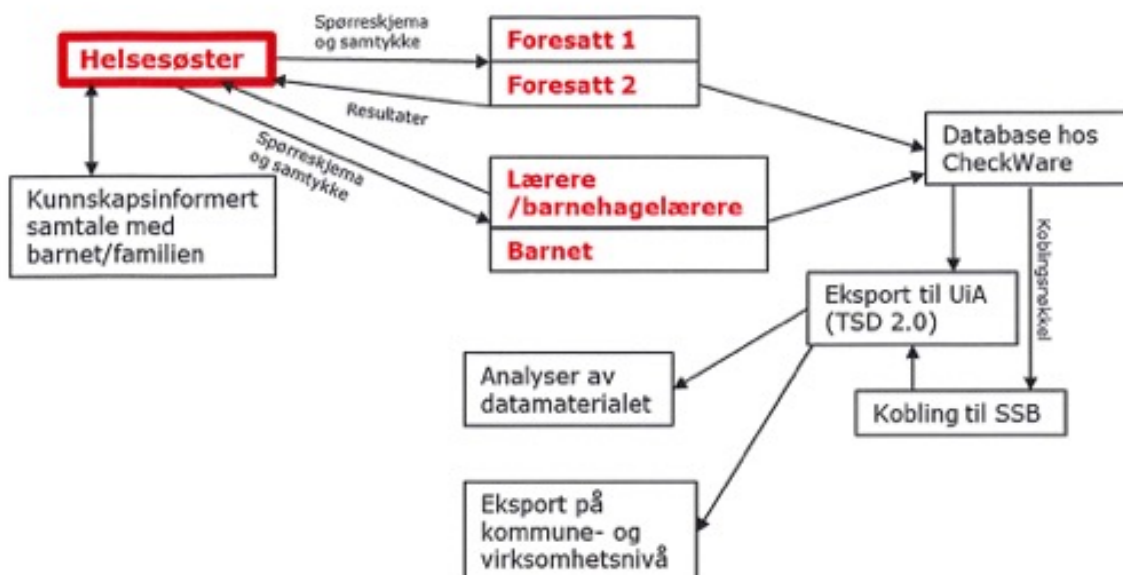
### 1.6 Dataflyt – hvordan personopplysningene behandles

- Data hentes i forbindelse med gitte ordinære møtetidspunkt i helsestasjonen og skolehelsetjenesten.
- Personopplysningene lagres hos CheckWare og i barnets/ungdommens journal. Forskningsdata lages på en sikkerdatabase tilknyttet Universitetet i Agder (TSD 2.0<sup>1</sup> hos Universitet i Oslo)
- Personopplysninger eksporteres fra CheckWare til prosjektets område på TSD 2.0.
- Personopplysninger fra ulike datakilder kobles ved hjelp av en koblingsnøkkel. Denne oppbevares på TSD 2.0 samt hos CheckWare.
- Alle aidentifiserte personopplysninger behandles på TSD 2.0. I publiseringer ved bruk av data fra prosjektet eller i oversikt til den enkelte kommunen vil ikke enkelt individer kunne identifiseres. Dersom det er under 10 i en kategori ikke rapporteres/publiseres.

<sup>1</sup> <https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/sensitiv/>

- Eksport av data fra CheckWare til TSD 2.0 vil alltid skje aidentifisert og adskilt fra eksport og lagring av koblingsnøkkelen.

Figur 1: Beskrivelse av dataflyt i prosjektet.



Kun autoriserte forskere i prosjektet vil ha tilgang til forskningsdatabasen lagret på TSD og to autoriserte superbrukere/forskere vil ha tilgang til å utføre data-eksport fra CheckWare til TSD. Backup er sikret i begge løsninger. Tilgang til begge systemer håndteres med to-faktoridentifisering. I CheckWare-løsningen loggføres all aktivitet.

CheckWare og TSD 2.0. er ansvarlig for sikker lagring og driftssikkerhet av systemene.

DataKoblingen gjør det mulig å koble sosioøkonomisk status med data for helse og livskvalitet.

Person-identifiserbare data (lydopptak) fra helsesykepleiere og lærere vil tas opp på lydopptaker som ikke kobles til internett, og uttalelser fra deltakere vil aidentifiseres ved transkribering. Koblingsnøkkel mellom navn og pseudonym/deltakernummer vil oppbevares innelåst i arkivskap på kontoret til arbeidspakkens leder. Hvis Universitetet i Agder har etablert planlagt løsning for kryptert og sikker håndtering av lydopptak gjennom en mobilapplikasjon tilknyttet TSD vil denne tas i bruk som erstatning for ovenstående.

### 1.7 Tilgang til personopplysninger

Prosjektet er etablert som et samarbeidsprosjekt mellom ulike forsknings-aktører i regionen. Med Kristiansand kommune som prosjekteier og Universitetet i Agder, NORCE og Sørlandet sykehus HF som prosjektpartnere ble prosjektet søkt og innvilget finansiering som et offentlig innovasjonsprosjekt fra Regionalt Forskningsfond Agder (RFFA) i 2018. Forskningsmedarbeidere utenfor Universitetet i Agder og masterstudenter i organisasjonen vil kun ha tilgang til aidentifiserte personopplysninger som er nødvendige for spesifikke analyser knyttet til medforfatterskap av artikler eller gjennomføring av masterprosjekt. All datahåndtering og analyser av forskere i prosjektet skal

gjøres på TSD 2.0 hvor tilgang gis knyttet til to-faktor autentisering. Rådatafiler som eksporteres og lagres månedlig på TSD 2.0 skal navngis etter følgende prinsipp: "måned/år/Godtbegynt". Ved kobling mot registerdata fra SSB vil koblet rådatafil lagres og navngis: måned/år/Godtbegynt/SSBkoblet". Det vil gis tilgang til spesifikke arbeidsfiler for forskere under egne mapper med styrt og begrenset tilgangsstyring og disse filene skal navngis "måned/år/Godtbegynt/arbeidsfil/forskernavn". Kun utvalgte ansatte ved UiA vil ha tilgang til rådatafilene, og til å gjennom TSD 2.0 dele utvalg av personopplysninger (se «spesifikke arbeidsfiler» ovenfor) til andre forskere/masterstudenter. Den enkelte forsker vil dermed ha tilgang kun til aktuelle og utvalgte filer/personopplysninger knyttet til rolle og analyser som vedkommende er godkjent og autorisert for i prosjektet, og hvor det foreligger tilrådning fra relevante etiske komiteer og personvernombud. I dette prosjektet vil følgende kategorier av mottakere ha tilgang til personopplysninger:

Følgende medarbeidere ved behandlingsansvarlig institusjon vil ha tilgang til personopplysninger:

| Virksomhet            | Ca. antall medarbeidere | Rolle/funksjon  | Tilgang til alle /utvalg personopplysninger? | Hvordan får de tilgang? |
|-----------------------|-------------------------|-----------------|--|-------------------------|
| Universitetet i Agder | 5                       | Forskere        | Alle   | Gjennom TSD-løsningen   |
| Universitet i Agder   | 2                       | Masterstudenter | Utvalg personopplysninger                    | Gjennom TSD-løsningen   |
| NORCE                 | 1                       | Forsker         | Utvalg personopplysninger                    | Gjennom TSD-løsningen   |
| Sørlandet sykehus HF  | 2                       | Forsker         | Utvalg personopplysninger                    | Gjennom TSD-løsningen   |
| Kristiansand kommune  | 1                       | Forsker         | Utvalg personopplysninger                    | Gjennom TSD-løsningen   |

IT-ansvarlig hos CheckWare og TSD 2.0 (UiO) vil ha tilgang til data – denne tilgangen styres av egne databehandleravtaler.

### Databehandlere

En databehandler er en virksomhet som behandler personopplysninger på vegne av (etter instruks fra) en annen institusjon som er behandlingsansvarlig.

Følgende virksomheter vil behandle personopplysninger som databehandlere i prosjektet:

| Virksomhet | Land  | Rolle/funksjon                   | Tilgang til alle / utvalg personopplysninger? | Ca. antall medarbeidere med tilgang | Hvordan får virksomheten tilgang? |
|------------|-------|----------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------------------|
| CheckWare  | Norge | Databehandler/teknisk leverandør | Alle  | 4                                   | Teknisk leverandør                |



| Virksomhet                   | Land  | Rolle/funksjon     | Tilgang til alle / utvalg personopplysninger? | Ca. antall medarbeidere med tilgang | Hvordan får virksomheten tilgang? |
|------------------------------|-------|--------------------|---|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Universitet i Oslo (TSD 2.0) | Norge | Sikker datalagring | Alle  | 4                                   | Teknisk leverandør                |

Behandlingsansvarlig kan bare bruke databehandlere som gir tilstrekkelige garantier for at de behandler personopplysninger i tråd med personvernlovgivningen. Behandlingsansvarlig har:

- mottatt beskrivelse fra hver databehandler av deres tekniske og organisatoriske tiltak
- foretatt en risikovurdering av den enkelte databehandler
- en skriftlig databehandleravtale som oppfyller forordningens krav
- oversikt over databehandlerens bruk av underleverandører

### 1.8 Varighet

Data fra utvalg 1 og fra deres foreldre vil i utgangspunktet lagres permanent. Senest per 31.12.2028 og deretter minimum hvert 10.år vil det gjennomføres en vurdering av behov for videre lagring knyttet til intensjonene og begrunnelsene nedenfor.

Data vil bli lagret permanent for å oppfylle funksjonaliteten til et helseregister som muliggjør gjennomføring av helseforskning og helsetjenesteforskning samt gi en oversikt over helsetilstanden i befolkningen slik dette er beskrevet i folkehelseloven. Permanent lagring vil muliggjøre etterprøvnbarhet av kunnskap som genereres, samt sporing og analyse av helseutfordringer gjennom barn- og ungdomsårene. Dette vil også kunne bidra til utvikling av mer spesifikk kunnskap om når og hvordan helseutfordringer begynner, samt kobling til ytterligere helseopplysninger i nye forskningsprosjekter. Potensielt vil permanent lagring også muliggjøre analyser av hvordan helseinformasjon har blitt anvendt for kunnskapsbasert forbedring av helse- og velferdstjenestene i samarbeidende kommuner.

### 1.9 Videre bruk av personopplysninger

Kobling til data kan gis etter søknad til Universitet i Agder med dokumentert godkjenning utfra personvernlovgivning og eventuelle aktuelle forskningsetiske komitéer. Detaljer for dette er beskrevet i datahåndteringsplanen hos NSD som følger:

«Tilgang til data skal gis til nye forskningsprosjekter (helseforskning og helsetjenesteforskning), og for å kunne oppfylle kommunenes behov for oversikt over helsestatus i befolkningen etter intensjonene i Folkehelseloven. Dokumentert faglig og/eller vitenskapelig behov, og dokumentert godkjenning hos relevant personvernombud og etisk komité er en forutsetning for utlevering av/tilgang til data, samt at det ikke foreligger en interessekonflikt med allerede planlagt og godkjent forskning. Tilgang til data avgjøres av prosjektleder for databehandling i samråd med partnerne i Godt begynt innenfor prosjektperioden, og deretter av utpekt komité ved Universitetet i Agder som partnerne i Godt begynt velger ved prosjektslutt og senest 31.12.2021. Tilgangsbeslutninger og opprettelse av komité etter utgangen av prosjektperioden skal dokumenteres i møtereferat i Godt begynt, og legges ved denne databehandlingsplanen. Disse reglene er også i tråd med samarbeidsavtalen mellom prosjektpartnerne.»

## 2 Vurdering av om behandlingsaktivitetene er nødvendige og står i rimelig forhold til formålene

Det er ikke etablert normdata for undersøkelse av psykomotorisk/sosial/emosjonell utvikling, psykisk helse og livskvalitet blant barn og unge til bruk i helsestasjon og skolehelsetjeneste. Både kommunalt, regionalt og nasjonalt vil man ha nytte av kunnskap om hvordan utvikling, psykisk helse og livskvalitet fordeler seg i barne- og ungdoms-befolkningen, og innovasjonen muliggjør etablering av slike normdata. Innovasjonen skal bidra til kunnskap om effekten av systematiserte, kunnskapsbaserte og digitaliserte verktøy på (a) tjenesteforløpene/tjenesteutøvelsen og (b) barns helse på kort og lang sikt. Tidlig identifisering av barn med behov for bistand gjør det mulig med tidlig innsats for å fremme god utvikling av psykisk helse og livskvalitet mens bistandsbehovet er moderat. Dette til beste for barnet/ungdommen selv, barnets/ungdommens familie og samfunnet generelt. Prosjektet vil også bidra til sporing av forklaringsvariabler for senere helse tilbake i tid i nye helse- og helsetjenesteforskningsprosjekter som kobles mot registeret i tråd med argumentasjonen for permanent oppbevaring av data beskrevet ovenfor. Samfunnsnyttens på lang sikt vil primært være todelt gjennom at fremtidige helse- og velferdstjenester på bakgrunn av historiske data kan (a) forbedre kunnskapsbasert tidlig identifisering og innsats, og (b) tilpasse kunnskapsbaserte tiltak senere i livet mer målrettet og effektivt til grupper/individer med særlige behov.

### 2.1 Rettslig grunnlag

Prosjektet innhenter frivillig, spesifikt, informert og utvetydig samtykke, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. NSD sin vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikt, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10.

For barna vil foreldrene samtykke på deres vegne (stedfortredende samtykke). Stedfortredende samtykke er ikke gyldig behandlingsgrunnlag i personvernforordningen, og lovlig behandlingsgrunnlag for dette utvalget blir dermed art. 6 nr. 1 bokstav e), jf. nr. 3 bokstav b), jf. art. 9 nr. 2 bokstav j), jf. personopplysningsloven §§ 8 og 9.

NSD vurderer informasjonsskrivene til å gi god og tydelig informasjon om hva deltakelse i prosjektet innebærer og hvilke rettigheter de registrerte har.

### 2.2 Formålsbegrensning

Formålet med behandlingen vurderes å være spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede.

### 2.3 Dataminimering

Forskergruppen ønsker å kunne benytte kartleggingsverktøyene SDQ-Nor, ASQ, ASG-SE, Kidsscreen 27 og SCAS (Angst). Disse verktøyene gir god informasjon om barns psykomotoriske/sosiale/emosjonelle utvikling, psykisk helse og livskvalitet, men data fra bruk av disse verktøyene har tidligere ikke vært generert på befolkningsnivå. Vi mangler derfor kunnskap om hvordan forebyggende helsetjenester kan anvende kunnskap om det enkelte barn i levering og forbedring av tjenestene. I Data fra bruk av disse verktøyene har tidligere ikke vært generert på befolkningsnivå. Det vil også innhentes data om foreldrene sin inntekt, utdanning og bruk av trygdeytelser.

Datasettet er av personlig karakter og inneholder særlige kategorier av personopplysninger, men datainnsamlingen og datagrunnlaget fremstår som relevant for formålet. NSD vurderer personopplysningene til å være adekvate, relevante, nødvendige og begrenset til det som er nødvendig for formålene (dataminimering).

#### 2.4 Lagringsbegrensning

Prosjektet vil i første omgang ha varighet til 2029. Det er intensjonen å forlenge registeret i perioder på ti år, og det er derfor gitt informasjon til deltakerne om permanent lagring. Forskergruppen vil evaluere behovet for registeret hvert tiende pr. 31.12.2028. Det er NSD sin vurdering at prosjektperioden har klart gitte kriterier og dermed er begrenset til det som er nødvendig for å gjennomføre prosjektet slik prosjektet er beskrevet.

#### 2.5 Personopplysningssikkerhet

Data hentes i forbindelse med gitte ordinære møtetidspunkt i helsestasjonen og skolehelsetjenesten.

Personopplysningene lagres hos CheckWare og i barnets/ungdommens journal. Forskningsdata lages på en sikkerdatabase tilknyttet Universitetet i Agder (TSD 2.0<sup>2</sup> hos Universitetet i Oslo), med begrenset tilgang.

NSD vurderer at det gjort tilstrekkelige tiltak for å ivareta personopplysningssikkerheten i prosjektet.

#### 2.6 De registrertes rettigheter

Personvernlovgivningen gir den registrerte en rekke rettigheter (art. 12-22). Behandlingsansvarlig har plikt til å informere den enkelte registrerte om behandlingen og tilrettelegge for at den registrerte kan utøve sine rettigheter. Rettighetene gjelder så lenge det behandles personopplysninger og det er mulig sikkert å identifisere den registrerte.

I dette prosjektet vil deltakerne ha krav på å benytte seg av sin rett til innsyn, retting, sletting, begrensning og dataportabilitet. De registrerte kan utøve sine rettigheter ved å kontakte prosjektkoordinator eller lokalt personvernombud.

NSD vurderer at det er tilstrekkelig tilrettelagt for at de registrerte kan utøve sine rettigheter, jf. art. 12.

### 3 Vurdering av risiko for de registrertes rettigheter og friheter

NSD vil trekke frem tre konkrete risikoer i prosjektet:

- Prosjektet innebærer behandling av sensitive opplysninger om helse, noe som utgjør en behandling av særlige kategorier av personopplysninger.
- Prosjektet innebærer en langvarig lagring av sensitive opplysninger dermed behandling av personopplysninger over potensielt lang tid.

### 4 Planlagte tiltak for å håndtere risikoene

Spesifiser tiltak for å håndtere risikoene for de registrerte og andre berørte personers rettigheter og berettigede interesser.



- Datamaterialet vil etter overføring kun oppbevares på adgangsbegrensede lukkede systemer hos TSD.
- Prosjektgruppen vil gjøre en jevnlig vurdering av behovet for lagring av data.
- Prosjektets omfang er tydelig formulert til deltakerne, og all deltakelse er helt frivillig.
- Samtykke vil innhentes fra deltakerne når disse blir 16 år.
- Det er utarbeidet en plan for løpende informasjon til deltakerne

### Personvernombud

Personvernombudet ved UiA har vært løpende informert om dialogen mellom NSD og prosjektleder om personvern vurderingen i prosjektet.

Personvernombudets vurdering av prosjektet er følgende:

Personvernombudet støtter NSD sin vurdering av prosjektet.

## 5 NSDs samlede vurdering av personvernet

NSD vurderer at personvernet er tilstrekkelig ivaretatt i prosjektet. Vi viser til de tiltakene som er nevnt ovenfor og vurderer at ut ifra tiltakene er de identifiserte risikoene i prosjektet håndtert på en akseptabel måte. NSD vektlegger at deltakelse i prosjektet er frivillig, at det er gitt god informasjon til utvalget og at det er utarbeidet klare kriterier for deling av data.

## 6 Ledelsens vedtak

Institusjonens ledelse slutter seg til anbefalingen fra NSD.

Kristiansand, 05.04.19



Simone Heinz

Forskningsdirektør, Universitet i Agder