



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap

Föräldrars och förskolepersonals skattning av psykisk hälsa hos treåringar

Författare:

Sofia Ahlund
Elin Bolander

Handledare:

Steven Lucas
Maria Engström
Maria Carlsson

Examensarbete 15 hp
Specialistsjuksköterskeprogrammet
inriktning distriktssköterska 75 hp
HT 2018

Examinator:
Christine Leo Swenne

SAMMANFATTNING

Nyckelord: *Barnhälsovård, SDQ, hälsofrämjande, tidig upptäckt.*

Bakgrund: Psykisk ohälsa ökar bland barn och unga och ett av barnhälsovårdens mål är att främja hälsa och utveckling. Tidigare forskning belyser vinsten av tidig upptäckt. I *The Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) upptäcks tecken på psykisk ohälsa genom att svårigheter och styrkor hos barn skattas av föräldrar och förskolepersonal. Föräldrar och förskolepersonal upptäcker svårigheter inom olika områden. En bedömning från både förälder och förskolepersonal ger distriktssköterskan ökad möjlighet att tidigt identifiera ohälsa och initiera åtgärder för att främja hälsa.

Syfte: Syftet var att kartlägga föräldrars och förskolepersonals skattning av barns psykiska hälsa genom användning av SDQ i samband med treårsbesök på barnavårdscentral.

Metod: Studien är en tvärsnittsstudie med en konsekutiv datainsamling och ett konsekutivt urval. Datan utgörs av skattningar gjorda av föräldrar och förskolepersonal i hälsoformulär som samlats in vid barnets treårsbesök på barnavårdscentralen 2016-01-01 och 2018-06-30. Cohens kapp och Chitvåtest användes som analysmetod.

Resultat: Resultaten visade att i SDQ skattades 47 procent av barnen ha svårighet inom någon av dimensionerna som SDQ fångar. Hyperaktivitet-koncentrationsproblem var den dimension som flest treåringarna i studien skattades ha svårigheter i. Resultatet visade en låg överensstämmelse och en signifikant skillnad mellan skattningar gjorda av förskolepersonal och föräldrar. Pojkar skattades oftare med Hyperaktivitet-koncentrationsproblem jämfört med flickor.

Slutsats: Skattningar gjorda i SDQ av föräldrar och förskolepersonal kompletterar varandra avseende bedömningen av barns psykiska hälsa i detta material. Tillgång till båda skattningar ger distriktssköterskan i barnhälsovården verktyg i arbetet med att tidigt upptäcka och initiera åtgärder vid psykisk ohälsa för att främja hälsa och utveckling.

ABSTRACT

Keywords: *Child Health Care, SDQ, health promotion, early detection.*

Background: Mental health problems are increasing among children and youth. Previous research emphasises the importance of early detection. Signs of mental health and behavior problems can be detected through parents' and preschool teachers' assessments using the *The Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ). Their assessments identify problems in different areas. Assessment from both parents and preschool teachers may therefore provide the Child Health Services (CHS) a better opportunity to detect early signs of health problems and initiate health promotive measures.

Purpose: The aim was to map parents' and preschool teachers' assessment of three year old children's mental health problems using the SDQ as part of a broad routine health assessment.

Methods: The study had a cross-sectional design, a consecutive data collection method and a consecutive data selection. Data consists of parents' and preschool teachers' SDQ assessments collected at the child's three-year visit in the CHS between 2016-01-01 and 2018-06-30. Cohen's kappa and Chi Square was used for data analysis.

Results: 47 percent of the children were assessed by parents and preschool teachers as having difficulties. Hyperactivity-concentration difficulties were the most common. A low but significant agreement and differences were found between parents' and preschool teachers' assessments. Boys were more often assessed as having hyperactivity-concentration difficulties compared with girls.

Conclusion: Assessments made by parents and preschool teachers using the SDQ complement each other with respect to children's behavior in this data set. Access to both assessments provides the CHS-nurse with information that enables early detection and early intervention.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Psykisk ohälsa hos barn	1
Barnhälsovården	1
Förskolan	3
Tidig upptäckt av psykisk ohälsa hos barn	3
<i>Screening</i>	4
Överensstämmelse föräldrar – lärare	4
Stöd för att förskolepersonal gör bra bedömningar	5
Könsskillnader i psykisk ohälsa	5
Teoretiskt ramverk	5
Problemformulering	6
Syfte	7
<i>Frågeställningar</i>	7
METOD	7
Design	7
Urval	7
Kontext/rutiner	9
Datainsamlingsmetod	9
<i>Datainsamlingsinstrument - SDQ</i>	9
<i>SDQ i barnhälsovården</i>	10
<i>Datainsamlingsformulär</i>	10
Tillvägagångssätt	10
Forskningsetiska överväganden	11
Bearbetning och analys	12
<i>Barns skattade svårigheter</i>	12
<i>Överensstämmelse mellan föräldrars och förskolepersonals skattningar</i>	13
<i>Skillnader mellan föräldrar och förskolepersonals skattningar</i>	13
<i>Könsskillnader i skattade svårigheter</i>	13

RESULTAT	14
Barns skattade svårigheter	14
Överensstämmelse mellan föräldrars och förskolepersonalens skattningar	16
Skillnader mellan föräldrars och förskolepersonals skattningar	16
Könsskillnader i skattade svårigheter	17
 DISKUSSION	17
Resultatdiskussion	17
<i>Barns skattade svårigheter</i>	17
<i>Överensstämmelse mellan föräldrars och förskolepersonals skattningar</i>	19
<i>Skillnader mellan föräldrars och förskolepersonals skattningar</i>	20
<i>Könsskillnader i skattade svårigheter</i>	20
<i>Klinisk relevans</i>	21
Metoddiskussion	22
<i>Begränsningar</i>	23
<i>Forskningsetiskt övervägande</i>	24
Slutsats	25
 REFERENSER	26
 BILAGA 1. RESURSINTYG	Fel! Bokmärket är inte definierat.
BILAGA 2. HÄLSOFORMULÄR FÖRÄLDER	Fel! Bokmärket är inte definierat.
BILAGA 3. HÄLSOFORMULÄR FÖRSKOLEPERSONAL ..	Fel! Bokmärket är inte definierat.
BILAGA 4. BEDÖMNINGSMANUAL SDQ I HÄLSOFORMULÄR	Fel! Bokmärket är inte definierat.
BILAGA 5. SEKRETESSAVTAL	Fel! Bokmärket är inte definierat.

BAKGRUND

Psykisk ohälsa hos barn

Psykisk ohälsa ökar bland barn och unga. Enligt Socialstyrelsens nationella hälso- och dataregister 2016 har omkring 10 procent av flickor, pojkar och unga män någon form av psykisk ohälsa. Motsvarande siffra för unga kvinnor är 15 procent (Socialstyrelsen, 2017). Psykisk ohälsa hos barn i åldern 10 till 17 år har i Sverige ökat med över 100 procent på tio år (Socialstyrelsen, 2017). Regeringen har med anledning av den ökade psykiska ohälsan tagit fram en strategi inom området, där förebyggande och främjande insatser samt tidiga, tillgängliga insatser lyfts fram som två av fem fokusområden (Socialstyrelsen, 2015). Små barn, yngre än fem år, som visar tydliga tecken på problem med psykisk hälsa utvecklar ofta symtom inom samma eller liknande funktionsområden senare i livet (Gillberg, 2010). Om dessa barn kan identifieras tidigt ökar sannolikheten att bra stöd kan ges. Tidig identifiering av psykisk ohälsa påverkar på så sätt barnets livskvalité och socioekonomiska utsikter framåt i livet (Barry et al., 2015; Fält, Sarkadi & Fabian, 2017; Oberklaid, Baird, Blair, Melhuish & Hall, 2013; Sampaio, Ssegona, Nystrand & Feldman, 2018; Stone, Otten, Engels, Vermlust & Janssens, 2010). Utan insatser med stöd och hjälp finns det stor risk att identifierade svårigheter som inte försvinner med tid kan eskalera och utvecklas till psykiatriska besvär och diagnoser (Gillberg, 2010; Stone et al., 2010). Svåra beteendeproblem hos små barn kan vara tidiga tecken på psykisk ohälsa. Det finns dock ingen konsensus om hur små barns psykiska hälsa ska definieras; den kan beskrivas både genom frånvaron av symtom och genom tecken på att ett barn fungerar bra i sin vardag. Det kan vara så att barn som fungerar bra i vardagen och är engagerade i vardagens aktiviteter på ett positivt sätt klarar sig ”bra” trots beteendeproblem. Det är alltså inte säkert att symtom på psykisk ohälsa är motsatsen till välbefinnande eller bra funktion i vardagen (Granlund et al., 2015).

Barnhälsovården

I Sverige erbjuds kostnadsfri vård i det nationella barnhälsovårdsprogrammet.

Barnhälsovården riktar sig till barn från födelsen till start i förskoleklass och till barnens föräldrar. Den erbjuder insatser till alla barn och deras föräldrar samt riktade insatser till dem med särskilda behov för att bidra till att främja barns hälsa, utveckling och välbefinnande. Socialstyrelsen formulerar att ett av barnhälsovårdens mål är att tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem i barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö. Barnhälsovården ska även

utveckla och anpassa sina arbetssätt till förändringar i samhällsutvecklingen för att möta aktuella och framtida uppgifter inom folkhälsoområdet (Socialstyrelsen, 2014). Därtill är alla verksamheter inom hälso- och sjukvård enligt Hälso- och sjukvårdslagen skyldiga att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten (SFS 2017:30). Professionsföreträdare inom barnhälsovården har tagit fram en nätbaserad, nationell Rikshandbok i barnhälsovård som beskriver innehåll i samt metoder och kunskapsunderlag för arbetet inom barnhälsovården (Rikshandboken, 2018a). Den är framtagen med målet att uppnå en likvärdig barnhälsovård över hela landet (Socialstyrelsen, 2014). Hälsoövervakningen och det hälsofrämjande arbetet som beskrivs i Rikshandboken görs i hälsobesök i hemmet och på barnavårdscentralen. I dessa besök har specialistsjuksköterskan i barnhälsovården en central roll och den som har de flesta hälsobesöken med barnet och dess föräldrar (Rikshandboken, 2018b). Sjuksköterskan har en specialistutbildning med inriktning mot distriktssköterska eller mot hälso- och sjukvård för barn och ungdom (Socialstyrelsen, 2014). Distriktssköterskan har kunskap om hur psykosociala förhållanden påverkar hälsan på individ-, grupp- och samhällsnivå för människor i alla åldrar. Med sin specifika kompetens i barns hälsa och det hälsofrämjande arbetet har distriktssköterskan goda förutsättningar för uppdraget i barnhälsovården (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Fortsättningsvis använder vi benämningen distriktssköterska när den specialistutbildade sjuksköterskan inom barnhälsovården åsyftas. Hälsobesöken är täta under barnets första levnadsmånader för att sedan glesas ut. Från tre års ålder är besöken årliga (Rikshandboken, 2018b). Årliga besök ger få tillfällen för bedömning av barnets hälsa och utveckling (Magnusson, Blennow, Hagelin & Sundelin, 2016) och en svensk studie har visat att distriktssköterskor upplever att besöken efter 18 månader är otillfredsställande. Distriktssköterskorna beskriver att tiden är för knapp för att 3-5 årsbesöken ska vara tillfredsställande och för att upptäcka barn med svårigheter (Fält et al., 2017).

Trots att verksamheter inom hälso- och sjukvård enligt Hälso- och sjukvårdslagen är skyldiga att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten (SFS 2017:30) saknas det inom barnhälsovården rekommendationer på evidensbaserad arbetsmetod för att upptäcka psykisk ohälsa hos barn (Fält et al., 2017; Rikshandboken, 2018b; Sampaio et al., 2018; Theunissen, Vogels & Reijneveld, 2012). I sammanställningen *Upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar* (Socialstyrelsen, 2013) efterlyser Socialstyrelsen mer forskning med utprövning av bedömningsmetoder för tidig upptäckt av psykisk ohälsa.

Förskolan

Alla barn som är bosatta i Sverige och som inte har börjat i förskoleklass eller grundskola ska erbjudas förskola (SFS 2010:800) och de flesta barn tar del av den. Av alla barn i åldern 1-5 år i befolkningen är 84 procent inskrivna i förskola och i åldersgrupperna 4 och 5 år går 95 procent av barnen i förskola (Skolverket, 2017). I riktlinjerna i *Läroplan för förskolan* står att förskolläraren har ansvar för att barnen får förutsättningar för att utvecklas, leka och lära och samtidigt stimuleras att använda hela sin förmåga. Vidare har de ansvar att varje barns utveckling och lärande kontinuerligt och systematiskt följs, dokumenteras och analyseras (SKOLFS 2018:50). De insatser som sätts in vid identifierade svårigheter benämns *särskilt stöd* och utgörs i förskolan främst av personalförstärkning (Granlund et al., 2015). Studier visar att det i den svenska förskolan är barn med svårigheter som stör övriga i barngruppen som får stöd i störst utsträckning. Alltså barn med externaliserande beteendet med utåtagerande och hyperaktivitet (Almqvist, Sjöman, Golsäter & Granlund, 2018). Förskollärarna har ansvar att följa barnets utveckling kopplat till lärandet, men ansvaret för det förebyggande och hälsofrämjande arbetet för barn i förskoleålder ligger på barnhälsovården. Det finns idag inte någon nationell praxis för samverkan eller samarbete mellan förskola och barnhälsovård. I förskolan arbetar personal med olika utbildningsnivå främst förskollärare och barnskötare. I denna uppsats kommer de samlat att omnämnas som förskolepersonal.

Tidig upptäckt av psykisk ohälsa hos barn

Det är svårt att uttala sig om förekomsten av psykisk ohälsa hos små barn men det råder enighet om att det är ett högprioriterat område (Petersen et al., 2010; Fält et al., 2017). En delförklaring till att prevalensen är svårbedömd är hög diskrepans mellan prevalens av psykisk ohälsa och de barn som behandlas för detsamma (Gillberg, 2010; Stone et al., 2010). En anledning till det tros vara det stigma som är associerat med psykisk ohälsa samt vårdens begränsade resurser att möta dessa barns och deras familjers behov (Stone et al., 2010). Barn- och ungdomspsykiatriker Gillberg (2010) sammanfattar under akronymen ESSENCE (Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations) svårigheter som begränsar barn 3-5 år och deras föräldrar. Han pekar på att utvecklingsavvikelse och beteendeproblem kan vara tidiga stadier av problem som senare identifieras med diagnoser inom autismspektrum, ADHD, ticssyndrom och utvecklingsstörning liksom tidiga tecken på psykiatriska diagnoser. Paraplybegreppet ESSENCE innefattar flera områden i barns utveckling bland annat kommunikation, motorisk utveckling, koncentration och

beteendesvårigheter. Gillberg belyser att många barn diagnostiseras först i skolåldern trots att problem identifierats redan i förskoleålder (Gillberg, 2010). För att tidigt upptäcka dessa barn har studier visat att det är viktigt att lyssna in föräldrars oro (Magnusson et al., 2016; Oberklaid et al., 2013; Sampaio et al., 2018).

Screening

Ett verktyg för att tidigt upptäcka problem är screening. Syftet med screening är att tidigt kunna sätta in behandlingsinsatser vid upptäckta problem (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 1996). Det finns ett flertal bedömnings- och screeninginstrument som används kliniskt för att upptäcka psykisk ohälsa eller tecken på detsamma. Val av instrument avgörs bland annat av barnets ålder, vem det är som kommer att svara på frågorna och hur lång tid det får ta (Lavigne, Mendelsohn Meyers & Feldman, 2016). Inom primärvården i Sverige användes tidigare främst *Child Behaviour Checklist (CBCL)* vid skattning av psykisk ohälsa hos barn 1,5-18 år, ett formulär med 113 frågor som besvaras av föräldrarna. Nu används ofta ett mindre omfattande skattningsformulär vid den första bedömningen, *The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* som lämpar sig för barn i åldern 3-16 år (Granlund et al., 2015). SDQ utgörs av ett skattningsformulär med 25 frågor, uppdelade i fem dimensioner: Hyperaktivitet-koncentrationsproblem, Beteendeproblem, Kamratrelationsproblem, Emotionella symtom och Prosocialt beteende. Formuläret fylls i av både förälder och lärare. Screening genom skattningar gjord av både lärare och föräldrar ger en mer heltäckande bedömning, de identifierar lika många barn men identifierar svårigheter inom olika dimensioner (Brown et al., 2006; van den Heuvel et al., 2017; Stone et al, 2010) och ser barnen i olika kontexter (van den Heuvel et al, 2017; Stone et al, 2010).

Överensstämmelse föräldrar – lärare

Skattningar i SDQ gjorda av lärare bedöms mer tillförlitliga än skattningar gjorda av föräldrar (Stone et al., 2010). Föräldrar och lärare skattar barns svårigheter med stor överensstämmelse i SDQ som helhet, men skattar olika när dimensionerna jämförs. Den låga överensstämmelsen på dimensionsnivå anses bero på att barn med svårigheter ofta har svårigheter inom flera områden. Föräldrar och lärare ser barnen i olika kontext och uppmärksammar därför svårigheter inom olika dimensioner (Brown et al., 2006; Stone et al., 2010). Den dimension med störst överensstämmelse mellan föräldrar och lärare är Hyperaktivitet-koncentrationsproblem (Stone et al, 2010). Prosocialt beteende anses svårare för lärare att bedöma på grund av att de relationer barnen har till vuxna på förskolan/skolan

ser olika ut. Dimensionen Prosocialt beteende bedöms därför bäst av föräldrar (Stone et al, 2010). Kamratrelationsproblem anses vara en dimension som är svår att fånga av lärare och föräldrar eftersom skattningen bygger på en vuxens tolkning av barnets relation till andra. Skattningen säger mer när barnen själva får skatta sina kamratrelationer (Stone et al, 2010; van den Huevel et al., 2017).

Stöd för att förskolepersonal gör bra bedömningar

Förskolepersonal anser sig ha ett ansvar för att upptäcka och agera vid identifierade och uppkomna problem (Fält et al., 2017), vilket ligger i linje med de riktlinjer som finns i läroplanen (SKOLFS 2018:50). Med hjälp av ett screeningverktyg uppmärksammar och identifierar de svårigheter i högre utsträckning (Borg, Salmelin, Kaukonen, Joukamaa & Tamminen, 2014). Distriktssköterskor ser förskolepersonal som en naturlig informant för att göra beteendebedömningar av förskolebarn och föräldrar anser att förskolepersonal är lämpliga att screena för och bidra till att svårigheter och tecken på psykisk ohälsa hos barnen uppmärksammas. Studier har dock visat att förskolepersonal har en rädsla inför skattning av dessa svårigheter, vilken främst utgörs av rädslan att stämpla och stigmatisera barnen (Fält et al., 2017).

Könsskillnader i psykisk ohälsa

Vad gäller psykisk ohälsa råder det konsensus inom forskningslitteraturen att internaliserande symtom som depression, ängslighet och oro är vanligare bland flickor/kvinnor än bland pojkar/män och att externaliserande symtom, problembeteende och riskbeteende är vanligare hos pojkar (SOU 2010:79). Fler pojkar än flickor diagnostiseras med ADHD och sjukdomens symtom har ofta varit synliga redan i förskoleåldern. Symtom kan te sig olika för pojkar och flickor. Det är ovanligt att flickor diagnostiseras med ADHD i förskoleåldern. Enligt Gillberg (2010) kan flickors psykiska svårigheter osynliggöras med risk att de identifieras först flera år senare, detta på grund av att flickor som grupp tenderar att vara mindre våldsamma, mindre motoriskt aktiva, mer välfungerande i sociala situationer och använder språkliga färdigheter i större utsträckning för att kommunicera jämfört med pojkar som grupp.

Teoretiskt ramverk

Utvecklingspsykologen Urie Bronfenbrenner presenterade 1979 en teori om människans utveckling som grundar sig i humanekologin. Humanekologin och Bronfenbrenners utvecklingsekologi fokuserar på förhållandet mellan människan och hennes omgivning.

Människan anses formas i samspel med sin omgivning som till exempel familj, samhälle, kultur, livsåskådning och resurser. Utvecklingsekologin betonar uppväxtens betydelse och beskriver barnets utveckling i relation till miljön hen vistas i och kommer i kontakt med. Bronfenbrenner beskriver att människan under hela livet befinner sig i en dynamisk process och växelverkar med olika omgivningsfaktorer. För att få en mer dynamisk bild av individens utveckling måste man enligt Bronfenbrenner studera människan i hennes naturliga miljö. Genom att frånsä människans sammanhang och miljö riskerar vi att underskatta individens förmågor och styrkor (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner, 1986).

Modellen utgörs av system som omger individen i fyra nivåer: mikro-, meso-, exo- och makrosystemet. Mikrosystemet belyser relationer, miljö och omgivning barnet kommer i närkontakt med och utgörs av familj, förskola, skola och fritidsmiljö. Mesosystemet belyser samspelet mellan de närmiljöer barnet befinner sig i eller står i kontakt med, som relationen mellan familj och skola. Exosystemet handlar om hur samhällsinstitutioner och andra faktorer påverkar närmiljöerna och hur de påverkar individens möjligheter i samhället och närmiljöernas utformning såsom utvecklingsvillkor, förskolans organisation, föräldrars arbetsplats, kommunala resurser och politik. Makrosystemet är den yttersta ringen i modellen och innehåller samhällets institutioner, lagar, normer, ekonomiska och socioekonomiska förhållanden (Bronfenbrenner, 1979). Bronfenbrenners utvecklingsekologi ger denna studie en grund och förklaringsmodell över påverkansfaktorer under barnets utveckling. Teorin placerar in barnet i sitt sociala sammanhang och ger stöd för att information från förskolepersonal är värdefull i bedömningen av barns hälsa och barns svårigheter (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner, 1986).

Problemformulering

Psykisk ohälsa ökar bland barn och unga och tidig upptäckt av detta har en dokumenterad vinst (Gillberg, 2010; Granlund et al., 2015; Magnusson et al., 2016; Oberklaid et al., 2013). Det råder oenighet om prevalens av psykisk ohälsa hos små barn, men det råder konsensus i att det är ett högprioriterat område. Distriktssköterskan möter barn regelbundet under barnets första levnadsår och ges därigenom möjlighet att identifiera psykisk ohälsa och initiera åtgärder för barnet tidigt i livet. Därför är utvärdering av de metoder som används i barnhälsovården för att tidigt upptäcka psykisk ohälsa hos barn viktig.

Syfte

Kartläggning i barnhälsovården av föräldrars och förskolepersonals skattning i SDQ av barns psykiska hälsa i samband med treårsbesök på barnavårdscentral.

Frågeställningar

Hur stor andel av barnen skattas ha svårigheter?

Finns överensstämmelse mellan föräldrars och förskolepersonals skattningar?

Finns skillnader mellan föräldrars och förskolepersonals skattningar?

Identifieras några könsskillnader i skattningarna?

METOD

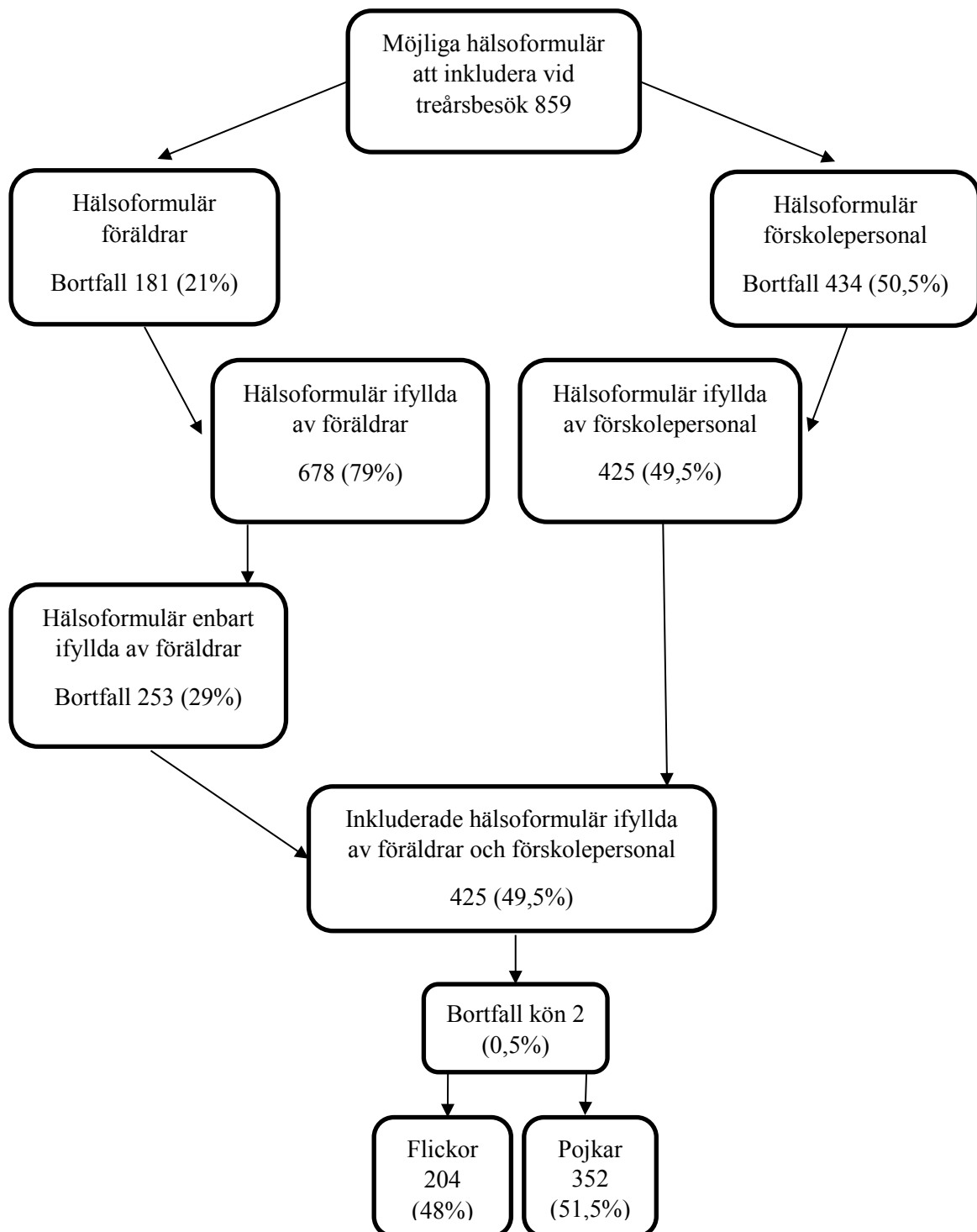
Design

För att kartlägga skattningen av barns psykiska hälsa studeras skattningar i SDQ-formulär. SDQ-formuläret var del av ett hälsoformulär som fyllts i av föräldrar och förskolepersonal i samband med treårsbesök på BVC i Region Uppsala. Föreliggande studie är en tvärsnittsstudie med en konsekutiv datainsamling och ett konsekutivt urval. Tvärsnittsstudier lämpar sig väl för att studera en specifik grupp vid ett mättillfälle under ett specifikt tidsintervall (Billhult & Gunnarsson, 2014a). Deskriptiv analys och analytisk statistik lämpar sig väl för studiens frågeställningar att studera frekvenser, identifiera överensstämmelser och skillnader mellan föräldrars och förskolepersonals skattningar och identifiera könsskillnader i skattningarna i SDQ (Polit & Beck, 2016).

Urval

Hälsoformulären har samlats in vid tre-, fyra- och femårsbesök i Region Uppsala på barnavårdscentraler belägna utanför Uppsala tätort. Av dessa har sex barnavårdscentraler av olika storlekar med upptagningsområde både i tätort och landsbygd valts ut (SCB, 2018). Formulären från treårsbesöken valdes ut mot bakgrund av att tidig upptäckt av psykisk ohälsa är värdefull. Studiens urval är konsekutivt och inkluderar de hälsoformulär där både föräldrar och förskolepersonal fyllt i formulär kopplat till samma barn. Hälsoformulären var vid

studiens start redan insamlade och insamlingsperioden var avgränsad till treårsbesök genomförda mellan 2016-01-01 och 2018-06-30. Antalet formulär jämfördes med antal utförda treårsbesök genom besöksstatistik framtagen av Region Uppsalas förvaltning Elektronisk patientjournal (EPJ). Under insamlingsperioden genomfördes 859 treårsbesök på de utvalda barnavårdscentralerna.



Figur 1. Flödesschema för bortfall och inkluderade hälsoformulär.

Studiens urval utgörs av de 425 fall där formulär från både föräldrar och förskolepersonal fanns, bortfall redovisas i Figur 1. Flickor utgjorde 48 procent (*n* 204) och pojkar 51,5 procent (*n* 219) av urvalet. I två fall kunde könsidentitet inte fastställas, dessa föll därför bort ur analysen av könsskillnader. Hälsoformuläret fanns endast på svenska vilket exkluderade föräldrar som inte behärskar svenska i tal och skrift.

Kontext/rutiner

Studien är del av den verksamhetsuppföljning och metodutveckling som görs vid Barnhälsovårdens länsavdelning i Region Uppsala (Bilaga 1). Hälsoformulären används i samband med årsbesök på BVC i Region Uppsala sedan 2015 (Bilaga 2 och 3).

Datainsamlingsmetod

Datainsamlingsinstrument - SDQ

SDQ är ett strukturerat frågeformulär om 25 frågor som används för att mäta barns och ungdomars psykiska hälsa. Frågorna i SDQ berör svårigheter inom dimensionerna Hyperaktivitet-koncentrationsproblem, Beteendeproblem, Kamratrelationsproblem och Emotionella symtom samt styrkor i Prosocialt beteende, till exempel omtänksamhet och generositet. Frågorna är fördelade med fem frågor per dimension med tre svarsalternativ per fråga "stämmer inte", "stämmer delvis" och "stämmer helt" (Goodman, Ford, Simmons, Gatward & Meltzer, 2003; Malmberg, Rydell & Smedje, 2003).

Att använda SDQ för att mäta barns och ungas psykiska hälsa är en metod som är validerad såväl internationellt (Goodman, 1997; van den Huevel et al., 2017) som nationellt (Gustafsson et al., 2016; Malmberg et al., 2003). I Sverige bedömer Socialstyrelsen (2012) SDQ vara en reliabel metod för att bedöma barns och ungas psykiska hälsa. SDQ lämpar sig väl vid screening och möjliggör identifiering av specifika determinanter för beteendeproblem, som hyperaktivitet och koncentrationssvårigheter samt ångest och depressiva problem (Goodman, Ford, Simmons, Gatward & Meltzer, 2003; Malmberg, Rydell & Smedje, 2003). Fördelar med SDQ som belysts är dess längd och att den går relativt snabbt (tio minuter) att fylla i jämfört med andra bedömningsmetoder. En annan fördel som nämnts är att den inte bara lyfter problem utan också har en dimension som innehåller frågor om positiva beteenden (Stone et al., 2010). Flera författare belyser dock att SDQ inte kan användas för att dra långtgående slutsatser om hur ett enskilt barn fungerar. Barn kan ha höga SDQ-poäng och

ändå ha ett gott vardagsfungerande och tvärtom (Gillberg, 2010; Granlund et al., 2015). Studier visar även att den emotionella delskalan i SDQ inte fångar upp emotionella symtom på ett effektivt sätt när SDQ används för barn i förskoleåldern (Granlund et al., 2015).

SDQ i barnhälsovården

I hälsoformulären som sattes samman av Barnhälsovårdens länsavdelning ingår SDQ. Av SDQ-frågorna användes i tre fall en annan formulering än i den validerade svenska översättningen av formuläret (Gustafsson, Gustafsson & Proczkowska-Björklund, 2016; Malmberg et al., 2003). I den validerade versionen används *Som regel lydig, följer vuxnas uppmaningar*, *Kan vara elak mot andra* och *Snäll mot yngre barn*. Hälsoformulärets formuleringar är hämtade från studien *Fokus barn och föräldrar* (Fokusstudien). Forskargruppen Child Health And Parenting (CHAP) formulerade i Fokusstudien om frågorna till *Följer vanligtvis vuxnas uppmaningar*, *Kan bete sig illa mot andra* och *Omtänksam mot yngre barn*. Omformuleringarna gjordes enligt författarna till fokusstudien för att lämpa sig tvärprofessionellt med förskolepersonalens pedagogiska grundsyn och har validerats genom faktoranalys (Dahlberg, Gahderi, Sarkadi & Salari, 2018).

Datainsamlingsformulär

Hälsoformulären till föräldrar och förskolepersonal såg olika ut (Bilaga 2 & 3). Föräldraformuläret var mer omfattande vad gäller frågor om fysiska hälsoproblem, språkliga svårigheter och oro för barnets hälsa och utveckling. Hälsoformulären utgörs även av SDQ som är identisk i formulären till föräldrar och förskolepersonal. Denna studie studerar de frågor som fångas i SDQ, övriga delar av hälsoformuläret berörs ej i denna studie. Skattningarna i SDQ utgör datan som ligger till grund för de statistiska analyserna.

Tillvägagångssätt

Distriktssköterskorna som tagit emot hälsoformulären från föräldrarna informerades i förväg om att materialet skulle samlas in och sammanställas. Två hälsoformulär skickades med kallelsen till treårsbesöket på barnvårdscentralen, ett för föräldrar (Bilaga 2) och ett som föräldrarna lämnade till förskolepersonalen (Bilaga 3). Inför treårsbesöket lämnade förskolepersonalen hälsoformuläret åter till föräldrarna som tog med hälsoformulären till treårsbesöket. Vid besöket samlades hälsoformulären in av distriktssköterskan, resultaten dokumenterades i barnets journal och formulären sparades för verksamhetsuppföljning och metodutveckling. Efter insamlingsperioden inhämtades hälsoformulären av vårdutvecklare på

Barnhälsovårdens länsavdelning. Tillstånd att arbeta med hälsoformulären som arbetsmaterial inom ramarna för föreliggande studie har formulerats i ett resursintyg utfärdat av barnhälsovårdsöverläkare Steven Lucas (Bilaga 1) under gällande sekretessavtal (Bilaga 5). Hälsoformulären sorterades, räknades och avidentifierades med kodnummer. Formulären från föräldrar och förskolepersonal gällande samma barn fick samma kodnummer.

Forskningsetiska överväganden

Enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460) gäller inte samma formuleringar för arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå eller på avancerad nivå. Men i och med att Dataskyddsförordningen (The General Data Protection Regulation, GDPR) trädde i kraft 25 maj 2018 skärptes reglerna kring personuppgiftsbehandling vilket gäller forskning och studier oavsett ändamål och nivå (Datainspektionen, 2018). Vårdutvecklare på Barnhälsovårdens länsavdelning samlade in hälsoformulären och har hanterat dem med aktsamhet. Formulären förvaras inlåsta för att inte spridas till obehöriga. I enlighet med Dataskyddsförordningen har formulären kodats och inga personuppgifter har använts vid datainmatningen (Datainspektionen, 2018). Datan presenteras utan att kunna härledas till en specifik individ för att skydda barnens identitet samt för att garantera konfidentialitet (Kjellström, 2014).

Föräldrarna fick tillsammans med hälsoformuläret och kallelsen till treårsbesöket information om formuläret och att ifyllandet av det var frivilligt. Föräldern fick även ett formulär att lämna till förskolan, vilket även det var frivilligt. Varken föräldrar, barn eller förskolepersonal har fått information om att sammanställningen skulle göras. Informerat samtycke har inte aktivt inhämtats utan ses som indirekt samtycke att delta i och med ifyllda hälsoformulär (CODEX, 2018).

Bearbetning och analys

Datan bearbetades och analyserades i statistikprogrammet *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Urvalet analyserades med deskriptiv statistik och sambandsanalys. För att underlätta bearbetningen organiserades datan i en datatablå i SPSS. Datatablå som upprättats består av variabler på nominalskalenivå. Datatablå innehåller inga personnummer för att identifiering av enskilda individer inte ska vara möjlig (Björk, 2010).

Barns skattade svårigheter

Deskriptiv analys tillämpades för att svara på frågan om hur stor andel av barnen som skattades med svårigheter (Björk, 2010). Frågorna i SDQ besvaras i tre svarsalternativ per fråga ”*stämmer inte*”, ”*stämmer delvis*” och ”*stämmer helt*”. Svarsalternativen har dikotomiserats till binära utfall, ”*utfall*” respektive ”*inte utfall*”. Dikotomiseringen gjordes i enlighet med det kliniska användandet av SDQ i studiens hälsoformulär, vilket kan utläsas i bedömningsmanualen i Bilaga 4. I alla SDQ-frågor och dimensioner förutom Prosocialt beteende har frågorna dikotomiserats till ”*stämmer helt*” = ”*utfall*” och ”*stämmer delvis*” samt ”*stämmer inte*” = ”*inte utfall*”. I Prosocialt beteende har frågorna dikotomiserats till ”*stämmer inte*” = ”*utfall*” respektive ”*stämmer delvis*” och ”*stämmer inte*” = ”*inte utfall*”. Skattningarnas dikotomiserade svar i ”*utfall*” och ”*inte utfall*” ger svar på nominalskalenivå när frågorna analyseras en och en. För att vidare beskriva barns svårigheter bearbetades skattningarna och frågorna grupperades i de fem dimensionerna i SDQ (Goodman et al., 2003; Malmberg et al., 2003). ”*Utfall*” i en eller flera skattningar i frågorna inom dimensionen gav svar på nominalskalenivå som ”*Utfall*” på dimensionsnivå. Uteslutande ”*Inte utfall*” gav svar ”*Inte utfall*”. För en analys av skattningarna i SDQ som helhet bearbetades skattningarna och en variabel genererades för att beskriva utfall i SDQ oberoende fråga. ”*Utfall*” i en eller flera skattningar i frågorna gav svar på nominalskalenivå som ”*Utfall*”. Uteslutande ”*Inte utfall*” gav svar ”*Inte utfall*”.

Samtliga formulär från föräldrar och förskolepersonal analyserades och frekvenser beskrivs med antal och procent i utfall per SDQ-fråga, dimension och SDQ som helhet oberoende av fråga. Skattningarna gjorda av föräldrar och förskolepersonal analyserades separat och sammantaget. När skattningarna analyserades sammantaget gav ”*Utfall*” i en eller båda skattningarna ”*Utfall*” sammantaget och ”*Inte utfall*” i båda skattningarna gav ”*Inte utfall*” sammantaget på nominalskalenivå.

Överensstämmelse mellan föräldrars och förskolepersonals skattningar

Graden av överensstämmelse mellan föräldrar och förskolepersonals skattningar mäts med utgångspunkt i att föräldrar och förskolepersonal ser svårigheter inom olika områden (Brown et al, 2006; van den Huevel et al, 2017; Stone et al, 2010). Cohens kappas lämpar sig som analys när två olika bedömare gör bedömningar med samma mätinstrument (Björk, 2010). Resultatet av Cohens kappas ger ett värde mellan $k = 0-1$, desto närmare 1 (100 procent) desto högre grad av överensstämmelse (Björk, 2010).

Skillnader mellan föräldrar och förskolepersonals skattningar

Skillnader mellan föräldrars och förskolepersonals skattningar beräknades med utgångspunkt i att föräldrar och förskolepersonal ser svårigheter inom olika områden (Brown et al, 2006; van den Huevel et al, 2017; Stone et al, 2010). Skillnader mellan föräldrars och förskolepersonals skattningar analyserades med chitvåtest och redovisades med frihetsgrader (df) med vald signifikansnivå på 95 procent ($p=0,05$) (Björk, 2010).

Könsskillnader i skattade svårigheter

För att svara på om det identifierades några könsskillnader i skattningarna analyserades utfall fördelade i kön. Datan analyserades med chitvåtest med vald signifikansnivå på 95 procent ($p \leq 0,05$).

RESULTAT

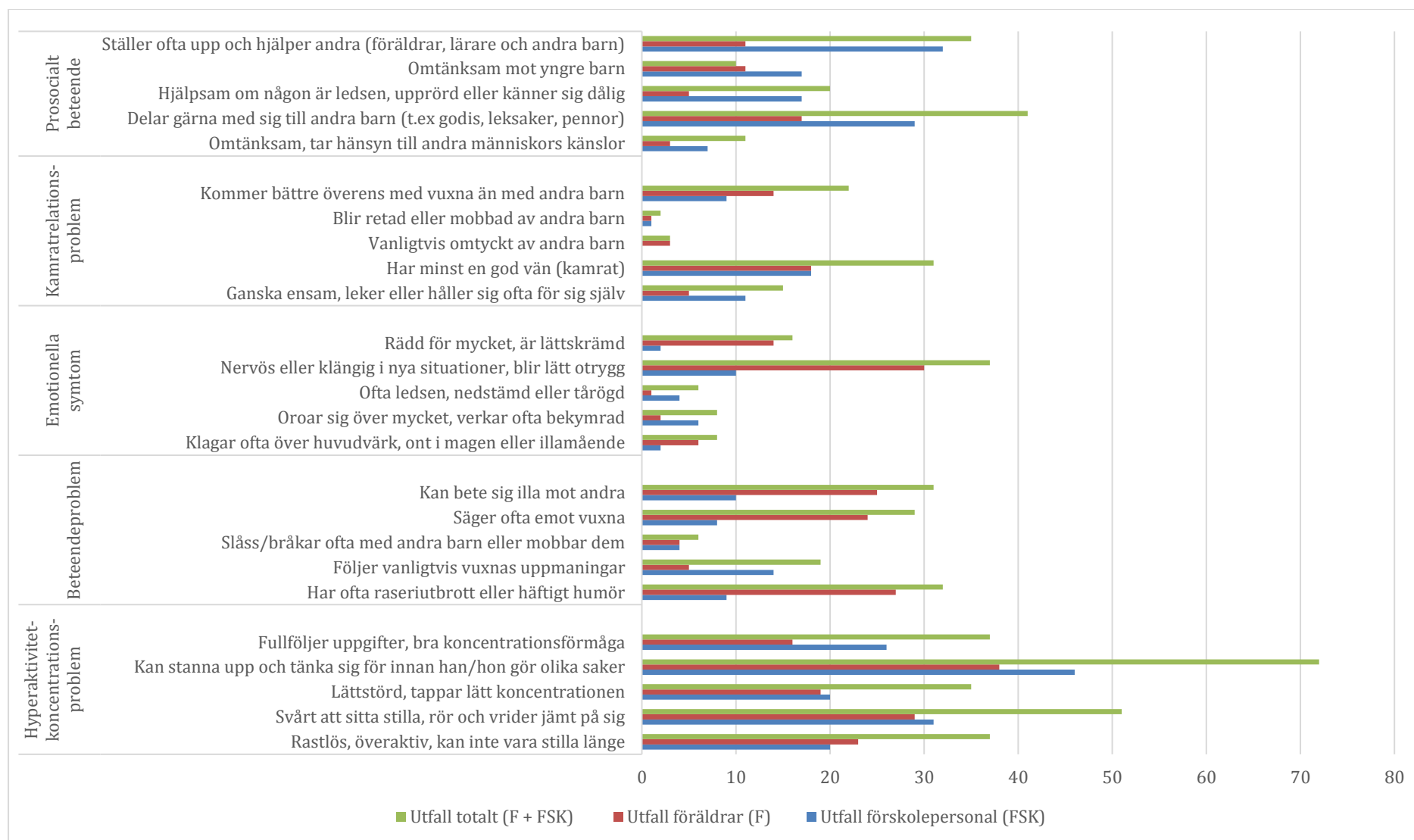
Barns skattade svårigheter

Resultatet visade att 200 (47,1 procent) av de 425 barnen skattades med någon svårighet i SDQ. När skattningarna från föräldrar och förskolepersonal separerades bedömde föräldrar att 146 barn (34,4 procent) har någon svårighet och förskolepersonal att 118 barn (27,8 procent) har någon svårighet (Tabell 1). Flest utfall i både föräldrars och förskolepersonals skattningar låg i dimensionen Hyperaktivitet-koncentrationsproblem (Tabell 1).

Tabell 1: Barn med skattade svårigheter oavsett fråga och per dimension, n=425.

	Förskolepersonal n (%)	Föräldrar n (%)	Totalt n (%)
Oavsett fråga	118 (27,9)	146 (34,4)	200 (47,1)
Hyperaktivitet-koncentrationsproblem	68 (16,1)	74 (17,4)	116 (27,3)
Beteendeproblem	30 (7,1)	56 (13,2)	73 (17,2)
Kamratrelationsproblem	30 (7,1)	37 (8,7)	56 (13,2)
Emotionella symtom	21 (5)	46 (10,8)	59 (13,9)
Prosocialt beteende	50 (11,8)	30 (7,1)	68 (16)

Frågan *Kan stanna upp och tänka sig för innan han/hon gör olika saker* var både i föräldrarnas och förskolepersonalens skattningar den fråga i vilken det största utfallet i dimensionen Hyperaktivitet-koncentrationsproblem låg i. I dimensionen Beteendeproblem var det frågan *Har ofta raseriutbrott eller häftigt humör, säger ofta emot vuxna* som mest frekvent skattades med utfall av föräldrar till skillnad från förskolepersonal som mest frekvent skattade utfall i frågan *Följer vanligtvis vuxnas uppmaningar*. I dimensionen Emotionella symtom var det frågan *Nervös eller klängig i nya situationer, blir lätt otrygg* som mest frekvent skattades med utfall både av föräldrar och förskolepersonalen. I dimensionen Kamratrelationsproblem utgjorde skattningarna på frågan *Har minst en god vän (kamrat)* det största utfallet. Förskolepersonalen skattade att fler barn hade svårigheter i dimensionen Prosocialt beteende än föräldrarna gjorde. Frågorna *Ställer ofta upp och hjälper andra* och *Delar gärna med sig till andra (t. ex godis, leksaker, pennor)* skattades mest frekvent med utfall i Prosocialt beteende (Figur 2).



Figur 2: Skattade utfall per fråga. Frågorna är indelade i fem dimensioner. Utfall presenteras totalt samt uppdelat mellan föräldrars och förskolepersonals skattningar, n=425.

Överensstämmelse mellan föräldrars och förskolepersonalens skattningar

Fyrfältstabellen som ligger till grund för Cohens kappas visar att 289 av 425 skattningar överensstämmer föräldrars och förskolepersonalens skattningar emellan. Cohens kappas visade en signifikant om än låg ($0,257$; $p < 0,001$) överensstämmelse mellan föräldrars och förskolepersonalens skattningar (Tabell 2).

Tabell 2: Fyrfältstabell över antal barn med utfall i SDQ i föräldrars respektive förskolepersonalens skattningar, $n=425$.

		Skattning av föräldrar		
		Utfall (n)	Inte utfall (n)	Total (n)
Skattning av förskolepersonal	Utfall (n)	64	54	118
	Inte utfall (n)	82	225	307
Total (n)		146	279	425

Skillnader mellan föräldrars och förskolepersonalens skattningar

Resultatet av chitvåanalysen visade på signifikanta skillnader i det totala utfallet i SDQ när föräldrars och förskolepersonalens skattningar jämförs ($\chi^2 = 28,640$, $df=1$, $p<0,001$).

Chitvåanalysen påvisade signifikanta skillnader i alla fem dimensioner (Tabell 3).

Tabell 3: Chitvåanalys. Skillnader per dimension mellan skattningar gjorda av föräldrar och förskolepersonal, $n=425$.

	χ^2	df	p-värde
Hyperaktivitet-koncentrationsproblem	24,411	1	<0,001
Beteendeproblem	25,660	1	<0,001
Kamratrelationsproblem	31,751	1	<0,001
Emotionella symtom	17,023	1	<0,001
Prosocialt beteende	24,790	1	<0,001

Könsskillnader i skattade svårigheter

Resultatet visade att föräldrar och förskolepersonal oftare skattade pojkar med Hyperaktivitet-koncentrationsproblem jämfört med flickor, en skillnad som var signifikant (Tabell 4). Flickor skattades med utfall i lägre utsträckning i alla dimensioner, dock visade chitvåanalysen ingen signifikant könsskillnad i de övriga fyra dimensionerna.

Tabell 4: Signifikanta könsskillnader i skattning av Hyperaktivitet-koncentrationsproblem, n=423.

Könsskillnader i skattningar	Pojkar n 219	Flickor n 204	χ^2 p-värde
Förskolepersonal: Utfall Hyperaktivitet-koncentrationsproblem	43	25	0,039
Föräldrar: Utfall Hyperaktivitet-koncentrationsproblem	46	28	0,049
Förskolepersonal och föräldrar totalt: Utfall Hyperaktivitet-koncentrationsproblem	71	45	0,017

DISKUSSION

Sammanfattningsvis visade resultaten att det med SDQ identifierades svårigheter hos nära hälften av barnen. Hyperaktivitet-koncentrationsproblem var den dimension som flest treåringarna i studien skattades ha svårigheter i. Förskolepersonalen och föräldrarna skattade barnen med viss överensstämmelse. Könsskillnader mellan pojkar och flickor identifierades i en dimension. Pojkar skattades oftare med Hyperaktivitet-koncentrationsproblem jämfört med flickor.

Resultatdiskussion

Barns skattade svårigheter

Resultatet visade att förskolepersonal och föräldrar skattade svårigheter hos 47 procent av barnen. Av de fem dimensionerna visade resultatet högst utfall av svårigheter i Hyperaktivitet-koncentrationsproblem, ett resultat som stämmer med tidigare evidens (Brown et al., 2006; van den Huevel et al., 2017).

Frågan *Kan stanna upp och tänka sig för innan han/hon gör olika saker* var i både föräldrarnas och förskolepersonalens skattningar den fråga i vilken det största utfallet i Hyperaktivitet-koncentrationsproblem låg. Förskolepersonalen skattade svårighet hos högre andel barn på frågan *Fullföljer uppgifter, bra koncentrationsförmåga* än föräldrarna gjorde. Det skulle kunna förklaras av att förskolepersonal kan jämföra barn och se en variation av förmåga att fullfölja samma uppgift (Almqvist et al., 2018). Ytterligare exempel på att förmåga och svårighet kan komma till olika uttryck i hem- respektive förskolemiljö kan ses i utfallet i Beteendeproblem. Av föräldrarnas skattningar var det frågan *Har ofta raseriutbrott eller häftigt humör, säger ofta emot vuxna* som mest frekvent skattades med utfall till skillnad från förskolepersonalen som mest frekvent skattade utfall i frågan *Följer vanligtvis vuxnas uppmaningar*. Skattningarna i dessa frågor kan visa på skillnader mellan relationen barn-föräldrar och relationen barn-förskolepersonal. Att ta dessa skillnader i beaktande får stöd i Bronfenbrenners utvecklingsekologi som lyfter fram att barnets utveckling måste ses i relation till miljön hen vistas i och kommer i kontakt med. Bronfenbrenner beskriver en dynamisk process i vilken människan växelverkar med olika omgivningsfaktorer (Bronfenbrenner, 1979). Skillnaderna mellan föräldrars och förskolepersonals skattningar som visas i denna studie är exempel på hur, i enlighet med Bronfenbrenners utvecklingsekologi, en mer dynamisk bild av individens utveckling kan nås genom att studera barnet i dess naturliga miljöer.

I Emotionella symtom var det frågan *Nervös eller klängig i nya situationer, blir lätt otrygg* som mest frekvent skattades med utfall både av föräldrarna och förskolepersonalen. Bland föräldrarnas skattningar var det frågan med näst högst antal utfall totalt i SDQ-formuläret, medan den bland förskolepersonalens skattningar stod för ett lågt antal utfall. Förklaring till det kan ses i att förskolan är en plats barnen återvänder till, alltså inte någon *ny situation*. Det kan även belysas ur synvinkeln att det är de beteenden som i störst utsträckning stör andra barn i gruppen som uppmärksammas av förskolepersonalen. Det osäkra, nervösa beteendet stör inte gruppen och uppmärksammas inte som ett problem i lika stor utsträckning av förskolepersonal (Almqvist et al., 2018).

Frågan *Har minst en god vän (kamrat)* utgjorde det största utfallet i Kamratrelationsproblem. Kritiken som lyfts mot denna dimension är att varken föräldrar eller förskolepersonal har möjlighet att till fullo göra en bedömning av barns relationer. Självskattning är inte aktuellt förrän i högre åldrar, men när barn kan självskatta frågor om sina relationer anses utfallet

säga mer om faktiska problem och svårigheter (Stone et al., 2010; van den Huevel et al., 2017).

Förskolepersonalen skattade att en större andel barn hade svårigheter i Prosocialt beteende än vad föräldrarna gjorde. Frågorna som stack ut i resultatet var *Ställer ofta upp och hjälper andra* och *Delar gärna med sig till andra (t. ex godis, leksaker, pennor)*. Det kan förklaras av att föräldrar och förskolepersonal ser barnen i olika kontext där olika förväntningar och krav ställs på barnet (Almqvist et al., 2018; Granlund et al., 2015). Att interagera med andra barn är något som förskolepersonal ser barn göra dagligen, medan vissa föräldrar kanske inte ser barnen interagera med andra barn överhuvudtaget (Brown et al., 2006; Stone et al., 2010).

Överensstämmelse mellan föräldrars och förskolepersonals skattningar

Resultatet visade genom Cohens kapp på en signifikant ($p \leq 0,001$) överensstämmelse mellan skattningarna gjorda av förskolepersonal respektive föräldrar. Dock bedöms en Cohens kapp på 0,257 visa en mindre god överensstämmelse (Björk, 2010). I fyrfältstabellen (Tabell 2) framgår att överensstämmelsen främst ligger i skattningarna av de barn som skattas utan svårigheter. Analysen visade även att föräldrar och förskolepersonal skattar svårigheter hos olika barn. Det är ett förväntat resultat dels med förklaringen att föräldrar och förskolepersonal ser barnen i olika kontext där svårigheter kan komma fram i olika grad och på olika sätt. Dels med bakgrunden att förskolepersonal är utbildad inom pedagogik och barns utveckling vilket föräldrar inte förväntas vara. Tidigare forskning beskriver att förskolepersonal och föräldrar identifierar olika barn och olika svårigheter, vilket ger stöd för den låga överensstämmelsen skattningarna emellan (Brown et al., 2006; van den Heuvel et al., 2017; Stone et al., 2010). Att överensstämmelsen är låg kan tolkas som att förskolepersonals skattningar ger distriktssköterskan ett utökat bedömningsunderlag från fler kontexter än hemmiljön för att tidigt upptäcka barn med psykisk ohälsa. Det kan även ses i ljuset av att det i tidigare forskning framkommit att distriktssköterskor upplever att tiden är för knapp för att 3-, 4- och 5-årsbesöken ska vara tillfredsställande och för att identifiera barn med svårigheter (Fält et al., 2017).

Skillnader mellan föräldrars och förskolepersonals skattningar

Resultatet visar på signifikanta skillnader mellan föräldrars och förskolepersonals skattningar. Upptäckten av barn med svårigheter kan försenas vid användande av enbart föräldraformulär eftersom förskolepersonal och föräldrar upptäcker olika barn och ser svårigheter inom olika områden (Brown et al., 2006; van den Heuvel et al., 2017; Stone et al, 2010). Bronfenbrenner belyser uppväxtens miljö, samspelet med omgivningen som en del av människans utveckling och att de olika miljöerna barnet befinner sig i under uppväxten formar barnet (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner, 1986). Idag finns ingen samverkan mellan förskola och barnhälsovård men förskolan är den verksamhet som utgör en stor del av barnets närmiljö de första åren i livet. Över 80 procent av alla barn i åldrarna 1-5 år är inskrivna i förskolan (Skolverket, 2017). Förskolan är också den verksamhet som har ansvar för att ge barnet förutsättningar att utvecklas i och ansvar för att barnets utveckling systematiskt följs och analyseras (SKOLFS, 2018:50). Barnhälsovården har ansvar för det hälsofrämjande arbetet med barn i förskoleålder. Vid bedömningar bidrar förskolepersonalens skattningar till en mer dynamisk bild av barnet. Att inte väga in dessa i bedömningen gör att vi ur ett humanekologiskt perspektiv riskerar att inte kunna ge barnet rätt förutsättningar. Förutsättningar som kan ges genom att tidigt identifiera svårigheter som påverkar barnet i dess utveckling och sätta in rätt stöd och insatser (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner, 1986).

Könsskillnader i skattade svårigheter

Föreliggande studie visade likt tidigare forskning en signifikant skillnad mellan pojkar och flickor i skattning av Hyperaktivitet-koncentrationsproblem (Gillberg, 2010). Pojkar skattas i högre utsträckning med svårigheter i den dimensionen (21 procent) jämfört med flickor (13,7 procent). I övriga dimensioner framkommer inga signifikanta skillnader. Dock kan nämnas att det inte i någon dimension är högre andel flickor än pojkar som skattas ha svårigheter, men resultaten var inte signifikanta.

Studier av äldre barn visar att pojkars och flickors psykiska ohälsa tar sig olika uttryck, med en högre prevalens av depression och ångest hos flickor och högre prevalens av neuropsykiatriska diagnoser som ADHD hos pojkar (Gillberg, 2010; SOU 2010:79). Den psykiska ohälsan ökar både bland flickor och pojkar och gruppen unga kvinnor sticker ut med en hög prevalens av ångest och depression (Socialstyrelsen, 2017). Likt tidigare forskning på små barn visade denna studies resultat inte på några skillnader mellan könen inom

dimensionen Emotionella symtom. Den högre prevalensen av ångest och depression hos flickor i högre ålder ses alltså inte hos treåringarna i resultatet i denna studie. Att externaliserande symtom är vanligare hos pojkar än hos flickor (SOU 2010:79) visade sig i denna studies resultat i dimensionen Hyperaktivitet-koncentrationsproblem. Utan insatser med stöd och hjälp finns det stor risk att svårigheter som inte försvinner med tid kan eskalera och utvecklas till psykiatriska besvär och diagnoser (Gillberg, 2010; Stone et al, 2010). Det finns studier som visar att barn med svårigheter som stör andra barn i förskolegruppen, i större utsträckning får stödinsatser i förskolan (Almqvist et al., 2018). Tidigare forskning visar att den emotionella dimensionen i SDQ inte fångar upp dessa problem på ett effektivt sätt när den används för barn i förskoleåldern (Granlund et al., 2015). Mot den bakgrunden kan diskussion föras om ett kompletterande verktyg kan behövas för att identifiera de internaliserande symtomen i högre utsträckning, så att även barn med dessa svårigheter får tidigt stöd.

Klinisk relevans

Distriktssköterskans uppdrag med hälsoövervakning och hälsofrämjande arbete i barnhälsovårdsprogrammet glesas ut till årliga besök efter att barnet blivit 18 månader (Rikshandboken, 2018b) och tidigare forskning beskriver att distriktssköterskor upplever besöken otillfredsställande (Fält et al., 2017). Årliga besök ger få tillfällen för hälsoövervakning och bedömning (Magnusson et al., 2016). Förskolepersonal har kontinuerlig kontakt med barnet och deras skattningar bedöms vara av hög kvalitet och en värdefull del av bedömningen av barns psykiska hälsa (Brown et al., 2006; Stone et al., 2010). Detta ger stöd för att distriktssköterskan bör ha tillgång till förskolepersonalens skattningar i den samlade bedömningen av barnets psykiska hälsa. Skattning i SDQ av både föräldrar och förskolepersonal ger distriktssköterskan värdefull information om barnet i det hälsofrämjande arbetet att förebygga psykisk ohälsa. Båda bedömningarna är viktiga och relevanta både för det enskilda barnet och som medel för att nå målen för barnhälsovården med att tidigt identifiera problem och initiera åtgärder (Socialstyrelsen, 2014). För att kunna uppfylla Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) och erbjuda en vård på lika villkor, där den med störst behov ska ges företräde till vården behöver metoder utvecklas för att identifiera dem med störst behov. Föreliggande studie kan ses som del i den av Socialstyrelsen (2013) efterfrågade metodutveckling av bedömningsmetoder för tidig upptäckt av psykisk ohälsa. Studiens resultat pekar likt tidigare forskning på att skattningar

av barns svårigheter i SDQ av föräldrar och förskolepersonal är en användbar metod för screening av psykisk ohälsa.

Metoddiskussion

Studien kom till som en kvalitetsuppföljning och metodutveckling i det kliniska arbetet inom Barnhälsovården i Region Uppsala. Vissa ramar var givna av ansvariga från Barnhälsovårdens länsavdelning. Datainsamlingen skedde vid barnets treårsbesök på BVC och hälsoformulären var redan insamlade av verksamhetsutvecklare på Barnhälsovårdens länsavdelning. Studien var en tvärsnittsstudie, med en konsekutiv datainsamling och ett konsekutivt urval, vilket lämpar sig väl för kartläggning av skattningar i SDQ (Björk, 2010).

Studiens mätinstrument, SDQ-formuläret, är validerat internationellt (Goodman, 1997; Goodman, 2001; van den Heuvel et al., 2017) och nationellt (Gustafsson et al., 2016; Malmberg et al., 2003). SDQ-formuläret bedöms vara tillförlitligt för att mäta barns psykiska hälsa, vilket stärker studiens reliabilitet (Socialstyrelsen, 2012; Billhult & Gunnarsson, 2014b). Omformuleringarna som används i tre av frågorna har validerats genom faktoranalys (Dahlberg et al., 2018). Skattningarna har redovisats per fråga, på dimensionsnivå och utfall oavsett fråga vilket är ett medvetet val som stärker validiteten och grundar sig på studier som tyder på att SDQ ska ses som helhet när den används på barn i förskoleålder. Oenigheten ligger i om dimensionerna i SDQ kan användas för bedömning av små barns psykiska hälsa, eftersom dessa barn kan skattas med höga poäng men fungera bra i vardagssituationer (Gillberg, 2010; Granlund et al., 2015). Mot denna bakgrund kan den interna validiteten bedömas mindre god för att se på skattningarna per fråga och på dimensionsnivå i studien.

Cohens kappas är en icke-parametrisk analysmetod för data på nominal- och ordinalskalenivå och lämpar sig därför för frågeställningen om överensstämmelser mellan föräldrars och förskolepersonals skattningar (Björk, 2010). En mindre god överenskommelse tyder i denna studie på att skattningarna ger olika information och därför kan komplettera varandra. En hög grad av överensstämmelse är alltså inte något som eftersträvas. Resultatet bör ses mot bakgrunden att föräldrar och förskolepersonal har olika relation till barnen, olika utbildning och ser barnen i olika kontext.

Begränsningar

I enlighet med Region Uppsalas kliniska praxis vid bedömning av skattningarna i SDQ dikotomiserades svarsalternativen till nominalskalenivå (Bilaga 4). I bedömning av utfall i SDQ i skattning av små barn förespråkas i flera artiklar användningen av *Total svårighetspoäng*, i vilken poäng för de fyra dimensionerna som uttrycker svårigheter räknas samman (Crone, Vogels, Hoekstra, Treffers & Reijneveld, 2008; Malmberg et al., 2003; van den Heuvel et al., 2017). Svarsalternativet “stämmer inte” ger 2 poäng, “stämmer delvis” 1 poäng medan alternativet “stämmer helt” inte ger något poäng (Malmberg et al., 2003; van den Heuvel et al., 2017). Om skattningarna i föreliggande studie lagts in i SPSS på ordinalskalenivå med de tre svarsalternativen hade en *Total svårighetspoäng* kunnat användas i analyserna. Genom användning av *Total svårighetspoäng* hade validiteten kunnat stärkas och jämförbarheten med andra studiers resultat ökat (Björk, 2010; Gunarsson & Billhult, 2014). Detta hade kunnat ge en högre intern validitet för studiens resultat (Henricson, 2014; Polit & Beck, 2016).

En begränsning i föreliggande studie är bortfallet. I de 678 fall där det fanns formulär ifyllt av förälder fanns det förskoleformulär i 62,7 procent av fallen. Bortfallet kan vara systematiskt, att förskolepersonal ser svårigheter med SDQ som metod, eller att det ligger i den enskilda förskolepersonalens åsikter om skattning av svårigheter hos treåringar. Möjligen kan det låga deltagandet även förklaras av förskolepersonalens rädsla inför skattning av dessa svårigheter, vilken av tidigare forskning visats främst utgöras av rädslan att stämpla och stigmatisera barnen (Fält et al., 2017). En annan anledning kan vara att det inte finns någon nationell riktlinje för samverkan mellan barnhälsovård och förskola, alltså inte tydliggjort att skattningar och bedömningar kan vara en del av arbetsuppgifterna för förskolepersonalen. Dock finns det dokumenterat i förskolans läroplan (SKOLFS 2018:50) att förskolläraren har ansvar för att barnen får förutsättningar för att utvecklas, leka och lära och samtidigt stimuleras att använda hela sin förmåga. En samverkan mellan barnhälsovård och förskola skulle kunna få stöd i Bronfenbrenners utvecklingsekologi där förskolan har en central roll i barns utveckling (Bronfenbrenner, 1986). Bortfallet i förskoleformulär kan också bero på att föräldrarna inte lämnade formuläret till förskolan. Den externa validiteten hade stärkts om förskoleformulär funnits i större utsträckning, särskilt med beaktande av den tidigare forskning som belyst förskolepersonals mer korrekta skattningar av barns svårigheter jämfört med föräldrars (Stone et al., 2010). Besöksstatistiken från EPJ visar på hög svarsfrekvens och litet bortfall i inlämnade skattningar gjorda av föräldrar. Bortfallet av förskoleformulär är

större och en högre svarsfrekvens hade kunnat stärka studiens externa validitet (Henricson, 2014; Gunnarsson & Billhult, 2014). Bortfallsanalysen grundar sig i en jämförelse mellan antalet hälsoformulär och besöksstatistiken. Information saknas om vilka som utgör bortfallet och av vilka orsaker formuläret inte lämnats in, vilket gör bortfallet svårtolkat. Den externa validiteten bedöms därför vara låg (Henricsson, 2014).

Det svårtolkade bortfallet påverkar även urvalets representativitet. Hälsoformulären fanns enbart på svenska vilket möjligen exkluderat de föräldrar som inte behärskar svenska. Det framgår inte om föräldrar som inte behärskar svenska fått hjälp av distriktssköterska eller tolk att fylla i hälsoformuläret. Möjligheten till en vidare bedömning av representativiteten försvåras även av att bakgrundsinformation om föräldrarnas ålder, ursprung, utbildningsnivå och sysselsättning saknas. I socioekonomiskt utsatta områden identifieras svårigheter hos barn i större utsträckning jämfört med områden med högre socioekonomisk standard (Barry et al., 2015). Svarsfrekvensen tenderar också att vara lägre i dessa områden (Fält et al., 2017). Detta sammantaget kan ha påverkat urvalets representativitet (Billhult & Gunnarsson, 2014c).

Reliabiliteten påverkas negativt av att studiens datainsamlingsmetod är svår att reproducera (Henricson, 2014). Journalgranskning hade potentiellt kunnat förbättra reliabiliteten, då den kunnat ge en korrekt besöksfrekvens och information om bortfallet. Journalgranskning av alla treåringar inskrivna vid valda barnavårdscentraler under insamlingsperioden var dock aldrig aktuellt, då det hade krävt aktivt samtycke från samtliga föräldrar, tillstånd av etikprövningsnämnd samt varit en tidskrävande process. På grund av datainsamlingsmetoden och osäkerheten kring bortfallet är inte resultaten säkert generaliserbara för normalpopulationen (Henricson, 2014).

Forskningsetiskt övervägande

Studien har initierats och godkänts av företrädare för Barnhälsovårdens länsavdelning i Region Uppsala (Bilaga 1). Resursintyget beskriver studien som en del i verksamhetsuppföljning och metodutveckling. Enligt lagen om etikprövning (2003:460) gäller inte samma formuleringar för arbete som utförs inom ramen för examensarbete på avancerad nivå men studiens förfarande i urvalsprocess och insamlingsmetod bör problematiseras i och med Dataskyddsförordningen (Datainspektionen, 2018). Med stöd i resursintyget (Bilaga 1) och under gällande sekretessavtal (Bilaga 5) har de insamlade hälsoformulären, den insamlade datan, behandlats med stor aktsamhet så att inga identiteter

kan röjas. Om hälsoformulären skickats ut nu, under rådande regelverk (Dataskyddsförordningen, 2018) hade en blankett bifogats med information om vilka uppgifter som samlas in och att de kan komma att användas som underlag för verksamhetsuppföljning och metodutveckling. Med bakgrund av att den psykiska ohälsan ökar bland barn och unga kan den etiska Göra-gott-principen lyftas fram. Den etiska skyldigheten att maximera möjliga fördelar och minimera skada kan ge stöd åt att denna form av metodutveckling är viktig (Kjellström, 2014).

Slutsats

Barn med svårigheter kan identifieras genom skattningar i SDQ av föräldrar och förskolepersonal. Resultaten visade att det finns en låg grad av överensstämmelse mellan föräldrars och förskolepersonals skattningar, vilket även påvisats i tidigare forskning. Resultaten visade också på skillnader skattningarna emellan. Föräldrar och förskolepersonal ser barnen i olika kontext och uppmärksammar olika svårigheter hos barn. För att tidigt kunna identifiera barn med svårigheter och med tidiga insatser förbättra deras möjligheter bör föräldrars och förskolepersonals skattningar kombineras. Distriktssköterskan får med de båda skattningarna en mer heltäckande bild av treåringars svårigheter och ges därigenom möjlighet att tidigt upptäcka och initiera åtgärder vid psykisk ohälsa för att främja hälsa och utveckling.

REFERENSER

- Almqvist, L., Sjöman, M., Golsäter, M., & Granlund, M. (2018). Children's behavior difficulties and staff-implemented special support in Swedish preschools: emotional and behavioral difficulties, *Frontiers in Education*, 3(35). doi:10.3389/feduc.2018.00035
- Barry, S.J.E., Marryatt, L., Thompson, L., Ellaway, A., White, J., McClung, M. & Wilson, P. (2015). Mapping area variability in social and behavioural difficulties among Glasgow pre-schoolers: linkage of a survey of pre-school staff with routine monitoring data. *Child Care, Health and Development*, 41(6), 853-864. doi: 10.1111/cch.12237
- Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2014a). Vårdvetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. M. Henricson (Red.). *Kvantitativ studiedesign och stickprov* (ss. 115–126). Lund: Studentlitteratur AB.
- Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2014b). Vårdvetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. M. Henricson (Red.). *Analytisk statistik* (ss. 317–326). Lund: Studentlitteratur AB.
- Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2014c). Vårdvetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. M. Henricson (Red.). *Enkäter* (ss. 139–149). Lund: Studentlitteratur AB.
- Björk, J. (2010). *Praktisk statistik för medicin och hälsa*. Stockholm: Liber.
- Borg, A-M., Salmelin, R., Kaukonen, P., Joukamaa, M. & Tamminen, T. (2014). Feasibility of the Strengths and Difficulties Questionnaire in assessing children's mental health in primary care: Finnish parents', teachers' and public health nurses' experiences with the SDQ. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 26(3), 229–238. doi: 10.2989/17280583.2014.923432
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Development Psychology*, 22(6), 723-742. doi: 10.1037/0012-1649.22.6.723

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. London: Harvard University Press.

Brown, J.D., Wissow, L.S., Gadowski, A., Zachary, C., Bartlett, E. & Horn, I. (2006). Parent and teacher mental health ratings of children using primary care services: inter-rater agreement and implications for mental health screening. *Ambulatory Pediatrics*, 6(6), 347-351. doi: 10.1016%2Fj.ambp.2006.09.004:

CODEX. (2018). *Forskning som involverar människan*. CODEX- regler och riktlinjer för forskning. Hämtad den 29 augusti 2018 från <http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>

Crone, M.R., Vogels, A.C.G., Hoekstra, F., Treffers, P.D.A. & Reijneveld, S.A. (2008). A comparison of four scoring methods based on the parent-rated Strengths and Difficulties Questionnaire as used in the dutch preventive child health care system. *BMC Public Health*, 8(106), 1-9. doi: 10.1186/1471-2458-8-106

Dahlberg, A., Gahderi, A., Sarkadi, A. & Salari, R. (2018). SDQ in the hands of fathers and preschool teachers-psychometric properties in a non-clinical sample of 3-5-year-olds. *Child Psychiatry and Human Development*. doi: <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0826-4>

Datainspektionen. (2018). *Dataskyddsförordningen*. Stockholm: Datainspektionen. Hämtad 9 oktober 2018 från: <https://www.datainspektionen.se/lagar--regler/dataskyddsförordningen/dataskyddsförordningen---fulltext/>

Fält, E., Sarkadi, A. & Fabian, H. (2017). Exploring nurses', preschool teachers' and parents' perspective on information sharing using SDQ in a swedish setting – a qualitative study using grounded theory. *PLoS ONE*, 12(01), 1-17. doi:10.1371/journal.pone.0168388

Gillberg, C. (2010). The ESSENCE in child psychiatry: Early symptomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examinations. *Research in Developmental Disabilities*, 31(6), 1543-1551. doi: 10.1016/j.ridd.2010.06.002

Granlund, M., Almqvist, L., Gustafsson, P., Gustafsson, B., Golsäter M., Proczkowska, M. & Sjöman, M. (2015). *Tidig upptäckt – tidig insats (TUTI)*. Hämtad från: <https://ju.se/download/18.7d241c5015334a41afbaaf9/145699874763%204/TUTI+Rapport+till+Socialstyrelsen.pdf.%20J%C3%B6nk%C3%B6ping%20University/CHILD>

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x

Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345. doi: 10.1097/00004583-200111000-00015

Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R. & Meltzer, H. (2003). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2), 166-172. doi: 10.1080/0954026021000046128

Gunnarsson, R. & Billhult, A. (2014). Vårdvetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. M. Henricson (Red.). *Mätinstrument och diagnostiska test* (ss. 151–160). Lund: Studentlitteratur AB.

Gustafsson, B.M., Gustafsson, P.A. & Proczkowska-Björklund. (2016). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) for preschool children - a Swedish validation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(8), 567-574. doi: 10.1080/08039488.2016.1184309

Henricson, M. (2014). Vårdvetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. M. Henricson (Red.). *Diskussion* (ss. 471–479). Lund: Studentlitteratur AB.

van den Heuvel M., Jansen D.E.M.C., Stewart R.E., Smits-Engelsman B.C.M., Reijneveld SA. & Flapper B.C.T. (2017) How reliable and valid is the teacher version of the Strengths and Difficulties Questionnaire in primary school children? *PLoS ONE* 12(4): e0176605. doi:10.1371/journal.pone.0176605

Kjellström, S. (2014). Vårdvetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. M. Henricson (Red.). *Forskningsetik* (ss. 69–92). Lund: Studentlitteratur AB.

Lavigne, J.V., Mendelsohn Meyers, K. & Feldman, M. (2016). Systematic review: classification accuracy of behavioral screening measures for use in integrated primary care settings. *Journal of Pediatric Psychology*, 41(10), 1091-1109. doi: 10.1093/jpepsy/jsw049

Magnusson, M., Blennow, M., Hagelin, E. & Sundelin, C. (2016). *Barnhälsovård: att främja barns hälsa*. Stockholm: Liber.

Malmberg, M., Rydell, A-M. & Smedje, H. (2003). Validity of the swedish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Swe), *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(5), 357-363. doi: 10.1080/08039480310002697

Theunissen, M.H.C., Vogels, A.G.C. & Reijneveld, S.A. (2012). Early detection of psychosocial problems in children aged 5 to 6 years by preventive child healthcare: has it improved? *The Journal of Pediatrics*, 160(3), 500-504. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2011.08.038>

Oberklaid, F., Baird, G., Blair, M., Melhuish, E. & Hall, D. (2013). Children's health and development: approaches to early identification and intervention. *Archives of Disease in Childhood*, 98(12), 1008-1011. doi: 10.1136/archdischild-2013-304091

Petersen, S, Bergström, E., Cederblad, M., Ivarsson, A., Köhler, L., Rydell, A-M., Stenbeck, M., Sundelin, C. & Hägglöf, B. (2010). *Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige*. Stockholm: Kungliga vetenskapsakademien. Hämtad 8 oktober 2018 från https://6702d.https.cdn.softlayer.net/2017/03/kunskapsoversikt1_halsa_sve_2010.pdf

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. St. Louis, Missouri: Lippincott Williams & Wilkins

Rikshandboken. (2018a). *Om rikshandboken*. Hämtad 8 oktober 2018 från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Om-Rikshandboken1/vad-ar-rikshandboken/>

Rikshandboken. (2018b). *Barnhälsovårdsprogrammet*. Hämtad 9 oktober 2018 från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Kategori/Barnh%C3%A4lsov%C3%A5rdsprogrammet>

Sampaio, F., Ssegonja, R., Nystrand, C. & Feldman, I. (2018). Health, public sector service use and related costs of Swedish preschool children: results from the children and parents in focus trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*. doi.org/10.1007/s00787-018-1185-1.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (1996). Kunskapscentrum för hälso- och sjukvården. *När gör screening nytta?* Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Hämtad 19 januari, 2018 från <http://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap--praxis/vetenskap-och-praxis/nar-gor-screening-nytta/>

SCB. (2018). *Tätorter*. Hämtad från 9 november, 2018 från <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/miljo/markanvandning/tatorter/>

SFS 2003:460. (2003). *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

SFS 2010:800. (2010). *Skollag*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/skollag-2010800_sfs-2010-800

SFS 2017:30. (2017). *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

SKOLFS 2018:50. (2018). *Läroplan för förskolan*. Skolverket. Stockholm: Nordstedts Juridik. Hämtad från https://www.skolverket.se/download/18.4fc05a3f164131a741815d2/1535537399180/Laroplan_forskolan_SKOLFS_2018_50.pdf

Skolverket. (2017). *Inskrivna barn 2007-2017. Andel av barn i befolkningen*. Stockholm: Skolverket. Hämtad 9 oktober 2018 från <https://www.skolverket.se/skolutveckling/statistik/sok-statistik-om-forskola-skola-och-vuxenutbildning>

Socialstyrelsen. (2012). *Granskning av SDQ – the Strengths and Difficulties Questionnaire*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 8 oktober 2018 från <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/sdq>

Socialstyrelsen. (2013). Upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar. En sammanställning av systematiska översikter. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18947/2013-1-8.pdf>

Socialstyrelsen. (2014). *Vägledning för Barnhälsovården*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf>

Socialstyrelsen. (2015). *Psykisk ohälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 10 oktober 2018 från <https://www.socialstyrelsen.se/psykiskohalsa>

Socialstyrelsen. (2017). *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna*. Till och med 2016. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20785/2017-12-29.pdf>

SOU 2010:79. (2010). *Pojkar och flickors psykiska hälsa i skolan: en kunskapsöversikt*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad från <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2010/11/sou-201079/>

Stone, L.L., Otten, R., Engels, R.C.M.E., Vermlust, A.A. & Janssens, J.M.A.M. (2010). Psychometric properties of the parent and teacher versions of the strength and difficulties questionnaire for 4- to 12-year-olds: a review. *Clinical Child Family Psychology Review*, 13 (3), 254-274. doi: 10.1007/s10567-010-0071-2

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.