

Måleegenskaper ved den norske versjonen av Teacher's Report Form (TRF)

Hege Kornør¹² (hege.kornor@r-bup.no)

May Britt Drugli³ (may.b.drugli@ntnu.no)

PsykTestBarn 2011, 1:7

ISSN 1893-9910

Mottatt dato 6. september 2011

Publisert dato 17. oktober 2011

Artikkelens DOI 10.21337/0007

Som alle artikler i PsykTestBarn, kan denne fagfellevurderte artikkelen lastes ned, skrives ut og distribueres fritt for alle slags formål på følgende vilkår: korrekt referanse skal oppgis (se under), ingen kommersiell bruk, og ingen bearbeidelse av tekst eller innhold.

Denne artikkelen skal siteres på følgende måte:

Kornør, H. & Drugli, M.B. (2011). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Teacher's Report Form (TRF). *PsykTestBarn, 1:7*. doi: 10.21337/0007

¹ RBUP Øst og Sør

² Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

³ RKBU Midt

Sammendrag

Beskrivelse. TRF inngår som én av tre tester i Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). Thomas Achenbach og Leslie Rescorla står bak denne testen, som kom ut i sin originalversjon på engelsk 2001. Torunn Nøvik og Sonja Heyerdahl publiserte den norske oversettelsen av TRF i 2002. TRF skal besvares av lærere for å kartlegge faglig fungering, tilpasning og problemområder hos barn og ungdom i skolealder. Problemdelen har én totalskåre som danner utgangspunkt for forskjellige subskalaer for syndromer eller klynger av problemområder. TRF fylles ut på mindre enn 30 minutter. Det kreves testspesifikk opplæring, samt pedagog-, psykolog- eller legeutdannelse, evt minst 3-årig høgskoleutdanning innen helse-/sosialfag, for å administrere og skåre TRF.

Litteratursøk. Basert på et systematisk litteratursøk inkluderte vi 17 publikasjoner fra 14 norske studier i denne oversikten. Studiene hadde utvalg fra både kliniske og generelle populasjoner, med utvalgsstørrelser på 16 – 2688.

Psykometri. To av de inkluderte publikasjonene rapporterte normdata fra representative utvalg fra en norsk generell populasjon (6-13 år) og fra barn (6-12 år) i Møre og Romsdal. Tre publikasjoner rapporterte begrepsvaliditet i form av korrelasjoner mellom TRF-skårer og skårer fra andre instrumenter. Den indre konsistensen varierte fra Cronbachs α 0,84 til 0,97 i de studiene som rapporterte dette målet. Ingen av publikasjonene rapporterte data for kriterievaliditet eller test-retest reliabilitet.

Konklusjon. Den norske versjonen av TRF har ett nasjonalt normgrunnlag og ett for Møre og Romsdal. Målene på begrepsvaliditet var vanskelige å tolke på grunn av uklar relevans og små koeffisienter. Mål på kriterievaliditet ble ikke identifisert. Hovedskalaene har god til svært god indre konsistens basert på flere utvalg, hvorav ett stort. Det foreligger ingen informasjon om test-retest reliabilitet for den norske TRF-versjonen. Til tross for en omfattende forskningslitteratur er dokumentasjonen av måleegenskapene til den norske versjonen av TRF mangelfull. Dette bør gjenspeiles av at det utøves skjønn i tolkningen av enkeltindividens skårer i klinisk praksis. Videre bør framtidige studier som bruker TRF fortsatt fokusere på måleegenskaper, og da særlig diagnostisk nøyaktighet, men også begrepsvaliditet, test-retest reliabilitet og normer.

Abstract

Description. The TRF is one of three instruments in Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). Thomas Achenbach and Leslie Rescorla developed the instrument, published in English in its original version in 2001. Torunn S. Nøvik and Sonja Heyerdahl have translated the TRF into Norwegian, published in 2002. Teachers complete the TRF to assess adaptive and maladaptive functioning in school-aged children and adolescents. The Total problem scale forms the basis for various subscales for syndromes or clusters of problems areas. The TRF takes less than 30 minutes to complete. Requirements for users are test-related qualifications, as well as the following professional qualifications: teacher, psychologist, physician or at least a bachelor's degree or equivalent in health or social subjects.

Literature search. Based on a systematic literature search, we included 17 publications from 14 Norwegian studies in this review. The studies had samples from both clinical and general populations, with sample sizes ranging from 16 to 2688.

Psychometrics. Two of the included publications reported norm data from representative samples from a Norwegian general population (6-13 years) and from children (6-12 years) in Møre og Romsdal. Three publications reported construct validity in terms of correlations between TRF scores and scores from other instruments. The internal consistency ranged from Cronbach's α 0.84 to 0.97 in the studies that reported this measure. None of the publications reported data for criterion validity or test-retest reliability.

Conclusion. The Norwegian version of the TRF has one national norm data set and one for Møre og Romsdal. The construct validity measures are difficult to interpret due to unclear relevance and small coefficients. Measures of criterion validity were not identified. The domains had good to excellent internal consistency based on several samples, of which one was large. There is no evidence for the Norwegian TRF version's test-retest reliability. Despite a great number of publications, the body of evidence for the psychometric properties of the Norwegian version of the TRF is incomplete. This should be reflected in the use of judgment in the interpretation of individual scores in clinical practice. Further, future studies using the TRF should continue focusing on psychometric properties, particularly on diagnostic accuracy, but also on construct validity, test-retest reliability and norms.

Innledning

Teacher Report Form (TRF) inngår i The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) som måler kompetanse, adaptiv fungering og sosiale, emosjonelle og atferdsmessige problemer hos barn/unge i alderen 6-18 år. ASEBA ble først introdusert av Achenbach og Edelbrock i 1986 (Achenbach & Edelbrock, 1986). Deretter ble det gitt ut en ny manual i 1991 uten at spørreskjemaet ble endret (Achenbach, 1991). I den nåværende versjonen av TRF (Achenbach & Rescorla, 2001) er det gjennomført noen mindre endringer av skjemaet hvor tre testledd ble endret og to lagt til. Det er denne siste versjonen fra 2001 som nå er i bruk i Norge. 2001-versjonen av TRF ble oversatt til norsk av Torunn Nøvik og Sonja Heyerdahl i 2002, og kan i dag kjøpes fra RBUP Øst-Sør, som har lisens på å selge ASEBA-pakken i Norge. TRF benyttes både i klinisk arbeid og i forskning. I denne evalueringen er det tatt med studier som benytter både 1991- og 2001-versjonen av TRF.

Den første siden av TRF omhandler demografisk informasjon, samt informasjon om elevens faglige fungering og tilpasning på skolen. Det beregnes et gjennomsnitt av elevens nivå i ulike fag. Her skåres hvert fag på en skala fra 1-5 (1 = langt under gjennomsnittet og 5 = mye over gjennomsnittet), der eleven sammenlignes med gjennomsnittlig

fungering i klassen, og det beregnes en gjennomsnittsskåre. En skåre for adaptiv fungering beregnes ved at hvert av testleddene humør, arbeidsinnsats, atferd og læring skåres på en skala fra 1 til 7 (1= langt under gjennomsnittet og 7 = langt over gjennomsnittet) og det beregnes en sumskåre som varierer fra 4 til 28.

TRF består videre av 120 spesifikke problemrelaterte spørsmål og tre åpne spørsmål. Alle spørsmål har svaralternativene 0 = stemmer ikke, 1 = stemmer delvis eller noen ganger og 2 = stemmer veldig bra eller ofte. Det beregnes blant annet en Totalskåre som varierer mellom 0 og 232. Læreren som fyller ut TRF skjemaet skal legge til grunn elevens fungering i løpet av de siste 2 månedene. Innenfor de 120 spørsmålene kan det beregnes følgende skalaer i tillegg til Total problemskåre: Internalisering syndromskala som består av summen av tre delskalaer (Affektive problemer, Angst/Depresjon og Somatiske plager), Eksternalisering syndromskala som består av summen av to delskalaer (Opposisjonelle vansker og Antisocial atferd), samt Oppmerksomhetsvansker/Hyperaktivitet, Sosiale vansker og Tankeproblemer. I tillegg kan det, basert på problemskårene, beregnes diagnostisk orienterte skårer for Affektive problemer, Angstproblemer,

Somatiske problemer, ADHD problemer, Opposisjonelle problemer og Atferdsproblemer.

TRF, og resten av ASEBA-pakken, er validert og standardisert i store befolkningsstudier i USA, og er ansett som et grundig utviklet instrument (Verhulst & Koot, 1992). I ASEBA-manualen (Achenbach & Rescorla, 2001) refereres det til en amerikansk normeringsstudie blant 3086 barn og unge der det ble funnet at intern konsistens for de ulike skalaene varierte mellom 0,72 (Tankeproblemer) og 0,97 (Total problemskåre), mens test-retest korrelasjoner (16 dager) varierte mellom 0,72 (Tankeproblemer) og 0,95 (Sosiale problemer og Total problemskåre).

TRF er oversatt og tatt i bruk i mer enn 70 land. Rescorla med flere (2007) har gjennomført en studie av TRF-data fra 21 land. Her ble det funnet at intern konsistens er svært lik på tvers av disse 21 landene og at 15 av landene hadde en gjennomsnittsskåre for Total problemskåre som var innenfor 1 SD av gjennomsnittet for alle studiene (M = 21,6 og SD = 6,2). Japan, Finland og Kina hadde de laveste skårene og Jamaica, Thailand og Puerto Rico hadde de høyeste. Det var ikke med norske data i denne studien. Når vi imidlertid sammenligner middelveiden fra de norske normdatatene som finnes (se tabell 3), ser vi at disse vesentlig ligger rundt middelveiden for de 21 landene.

TRFs faktorstruktur er undersøkt i en studie med data fra 20 land, og det ble der funnet støtte for de skalaene som benyttes (Ivanova et al., 2007a).

Metode

Vi søkte etter dokumentasjon på testenes psykometriske egenskaper i databasene Norart, BIBSYS, SveMed+, Cochrane Library, PsycINFO, Medline og Embase. Søkedato: 03.02.2011. Søkestrategien er tilgjengelig på <http://www.psyktestbarn.no/CMS/ptb.nsf/pages/trf>. Vi kontaktet også førsteforfattere av inkluderte artikler, samt oversetterne av TRF, for å identifisere dokumentasjon som eventuelt ikke ble fanget opp av det systematiske søket.

Vi inkluderte alle publikasjoner av studier som har undersøkt og rapportert minst ett av følgende i skandinaviske utvalg:

- normdata for testen
- reliabilitet: indre konsistens, test-retest, interrater og endringssensitivitet
- validitet: samsvar med liknende testskårer, samsvar med referansestandard eller annet kriterium, og/eller faktorstruktur

I tillegg, og *kun for norske versjoner av TRF*, inkluderte vi publikasjoner som rapporterte gjennomsnittsskårer og/eller forekomster for henholdsvis generelle populasjoner og kliniske undergrupper.

To forskere gikk gjennom sammendragene til alle identifiserte publikasjoner, uavhengig av hverandre, etter at dubletter var fjernet. Alle publikasjoner som kunne virke relevante ble bestilt inn i fulltekst, og prosessen over ble gjentatt for fulltekstrapportene.

To forskere vurderte normering, validitet og reliabilitet, uavhengig av hverandre, ved hjelp av en tilpasset versjon av Test review form and notes for reviewers (EFPA 2008).

Resultater

Litteratursøk

Det systematiske søket etter dokumentasjon på den norske TRF-versjonens psykometriske egenskaper resulterte i 35 treff, hvorav 23 ble vurdert i fulltekst for inklusjon. Åtte publikasjoner oppfylte ikke inklusjonskriteriene våre, og ble ekskludert. Én av disse var en klausulert hovedoppgave som ikke var til utlån (Ålovsrud & Grøslie, 2006). De øvrige sju ble ekskludert fordi de ikke rapporterte relevante data (Drugli & Larsson, 2009; Drugli & Larsson, 2006; Hartman et al., 1999; Haugvik & Johns, 2008; Høie et al., 2006; Ivanova et al., 2007b; Iversen, Knivsberg, Ellertsen, Nodland, & Larsen, 2006). Fra søket etter publikasjoner fra norske utvalg inkluderte vi altså 15 (Drugli, 2010; Drugli, Larsson, Clifford, & Fossum, 2007; Fossen, 1995; Fossen, Abrahamsen, & Storm-Mathisen,

Tabell 2. Gjennomsnitt (M) og standardavvik (SD), generelle populasjoner

Referanse	Populasjon	N	Totalskåre		Internalisering		Eksternalisering	
			M	SD	M	SD	M	SD
Larsson & Drugli, 2011	Norske barn i alderen 6-13 år	858	17,3	21,6	4,2	8,2	4,1	4,8
Lurie, 2006	6-12-åringene i Møre og Romsdal	2688	10,6	15,2	2,8	4,3	3,5	6,6

1998; Hanssen-Bauer, Langsrud, Kvernmo, & Heyerdahl, 2010; Heiervang, Stevenson, Lund, & Hugdahl, 2001; Indredavik, Brubakk, Romundstad, & Vik, 2007; Javo, Ronning, Handegard, & Rudmin, 2009; Javo, Rønning, Handegård, & Rudmin, 2009; Kjøbli & Ogden, 2009; Knivsberg & Andreassen, 2008; Kristensen, 2001; Ogden & Hagen, 2006; Tonstad, vik, & Vandvik, 1996; Zeiner, 1997).

En forespørsel til forskere, oversettere og rettighetshavere om supplerende dokumentasjon førte til inklusjon av ytterligere to av seks publikasjoner (Larsson & Drugli, 2011; Lurie, 2006).

De 17 inkluderte publikasjonene rapporterte relevante data fra til sammen 10 tverrsnittstudier, tre kohortstudier og ett randomisert kontrollert forsøk (Vedlegg 1). Fire studier omfattet både kliniske og generelle populasjoner, seks rene kliniske populasjoner og fire rene generelle populasjoner. Utvalgsstørrelsene i studiene varierte fra 16 til 2688. Vi fant både deskriptive og psykometriske data fra fem studier, sju hadde kun deskriptive data og to hadde kun psykometriske data.

Tabell 1. Gjennomsnitt (M) og standardavvik (SD), kliniske undergrupper

Referanse	Utvalg/gruppe	N	Totalskåre		Internalisering		Eksternalisering	
			M	SD	M	SD	M	SD
Hanssen-Bauer et al., 2010	6-17-årige pasienter ved psykiatriske poliklinikker	153	44,0	27,9	9,2	7,5	11,5	11,8
Kjøbli & Ogden, 2009	4-12-åringene med atferdsproblemer							
	Gutter	149			9,5	6,9	24,9	15,0
	Jenter	42			9,8	7,8	12,9	11,7

Normer

Dessuten inkluderte vi to av 15 publikasjoner som ble identifisert i det systematiske søket etter dokumentasjon for svenske og danske TRF-versjoner (Farooqi, Hagglof, Sedin, Gothefors, & Serenius, 2007; Nisell et al., 2009). De to publikasjonene rapporterte mål på indre konsistens og begrepsvaliditet. Deltakerne i de to studiene representerte en generell populasjon, ekstremt for tidlig fødte barn og barn med anal atresi. Utvalgene omfattet henholdsvis 87 og 86 barn.

Middelverdier i kliniske undergrupper

Blant de sju studiene som rapporterte middelverdier for TRF-skårer i kliniske undergrupper hadde to 100 deltakere eller flere (Hanssen-Bauer 2010, Kjøbli 2009). Vi har valgt å kun gjengi dataene for de to største utvalgene her (Tabell 1).

To populasjonsbaserte studier hadde store nok utvalg til å kunne danne normgrunnlag.

Drugli og Larsson (2010; 2011) rapporterte data fra et stort, nasjonalt utvalg med 858 barn i alderen 6

til 13 år. Svarprosenten for komplett utfylte skjemaer var 61 % (858/1490). Artiklene oppga normer for hele utvalget, og fordelt på kjønn og aldersgrupper. Kjønn- og aldersforskjeller var også rapportert og analysert. Vi har valgt å gjengi normene for hele utvalget og hovedskalaene her (Tabell 2). Se Vedlegg 2 for kliniske terskelverdier fra Drugli og Larssons utvalg.

Luries (2006) utvalg var ennå større, men selektert fra en mindre populasjon (alle 1.-6.-klassinger i Molde, Kristiansund, Averøy, Sunndal og Surnadal). Med 2688 ferdigutfylte TRF-skjemaer av 4685 mulige hadde studien en svarprosent på 62 %. Rapporten inneholdt gjennomsnittlige Total-Internalisering- og Eksternaliseringskårer for hele utvalget, samt fordelt på alder og kjønn.

Gjennomsnittsforskjellene i skårer mellom de to utvalgene har ikke vært testet statistisk, men det kan se ut som utvalget fra Møre og Romsdal gjennomgående hadde lavere skårer enn det nasjonale utvalget. Store standardavvik vitner om stor variasjon innen utvalgene.

Validitet

Tre artikler rapporterte sammenfallende og diskriminant begrepsvaliditet, målt som korrelasjoner mellom TRF-skårer og skårer fra tilsvarende tester (Hanssen-Bauer et al., 2010; Javo et al., 2009; Zeiner, 1997).

Hanssen-Bauer og kolleger (2010) undersøkte forholdet mellom TRF-skalaer og skalaene i Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA). Korrelasjonskoeffisienten mellom TRF Totalskåre og HoNOSCA Totalskåre var 0,32 ($p < 0,001$). Når det gjaldt de øvrige skalaene varierte korrelasjonene fra -0,37 ($p < 0,001$) for TRF Oppmerksomhetsproblemer og HoNOSCA Emosjonelle symptomer til 0,62 ($p < 0,001$) for TRF Eksternalisering og HoNOSCA Aggressiv atferd. Javo og kolleger (2009) undersøkte forholdet mellom TRF-skalaer og tilsvarende skalaer i Child Behavior Checklist (CBCL), som er foreldreversjonen i ASEBA-pakken. Korrelasjons-

koeffisientene for Totalskåre var 0,27 ($p < 0,05$) i det samiske utvalget og 0,58 i det norske utvalget ($p < 0,001$). De øvrige skalaene korrelerte fra -0,07 (ikke-signifikant) for Tankeproblemer til 0,75 ($p < 0,001$) for kriminell atferd. Zeiner (1997) rapporterte den gjennomsnittlige Phi-koeffisienten for korrelasjoner mellom testleddene i Oppmerksomhetsskalaen i et lite utvalg. Koeffisienten var 0,22.

I et svensk utvalg med ekstremt for tidlig fødte 11-åringer varierte korrelasjonskoeffisientene mellom TRF- og CBCL-subskalaer fra 0,30 til 0,55 (Farooqi et al., 2007). Forfatterne spesifiserte ikke korrelasjonskoeffisientene for hver enkelt skala.

Vi fant ingen artikler som rapporterte mål på kriterievaliditet.

Reliabilitet

Fire artikler rapporterte indre konsistens for en eller flere TRF-skalaer (Drugli et al., 2007; Javo et al., 2009; Kjøbli & Ogden, 2009; Larsson & Drugli,

2011). Den indre konsistensen var god for Internalisering og svært god for Totalskåre og Eksternalisering (Tabell 3). Cronbachs alfa varierte lite på tvers av studiene, og var beregnet på store utvalgsstørrelser.

De to svenske studiene rapporterte Cronbachs alfaer fra 0,71 til 0,93 (Farooqi et al., 2007; Nisell et al., 2009).

Ingen studier rapporterte test-retest reliabilitet for noen av de skandinaviske TRF-versjonene, men én norsk studie hadde undersøkt endrings-sensitiviteten ved Internalisering og Eksternalisering: henholdsvis 0,63 og 0,89 (Kjøbli & Ogden, 2009). I følge forfatterne var disse koeffisientene innenfor det akseptable, men det er uklart hva slags design og analyser de benyttet.

Tabell 3. Indre konsistens (Cronbachs alfa)

Skala	Drugli et al., 2007 (n=127)	Javo et al., 2009 (n=71) ¹	Javo et al., 2009 (n=77) ²	Kjøbli & Ogden, 2009 (n=323)	Larsson & Drugli, 2011 (n=858)
Totalskåre		0,96	0,97		0,97
Internalisering	0,87	0,87	0,84	0,85	0,85
Eksternalisering		0,95	0,95	0,96	0,95

¹ Samiske barn² Norske barn

Diskusjon og konklusjon

Den norske versjonen av TRF har vært brukt i en rekke publiserte studier, som gir nyttig informasjon om måleegenskaper som normer og indre konsistens. De nasjonale normene gjelder aldersgruppen 6-13 år. Normer for ungdommer i alderen 14-18 år foreligger foreløpig ikke. Det kunne se ut som barn fra det nasjonale utvalget generelt skåret høyere på TRF enn barn fra Møre og Romsdal. Det ville være interessant å undersøke om disse forskjellene er reelle, og i så tilfelle hva årsaken til forskjellene er. Hvis det er store regionale forskjeller i TRF-skårene til norske barn er nasjonale normer mindre relevant, og bør erstattes av regionale normer.

Med Cronbachs alfa på 0,84 til 0,97 kan den indre konsistensen til Totalskåren, Internalisering og Eksternalisering sies å være god til svært god. Dette vil si at det er godt samsvar mellom testleddene i de ulike skalaene. Det er neppe nødvendig med ytterligere forskning for å bekrefte disse funnene.

TRF-skårene korrelerte i varierende grad med skårer fra tilsvarende instrumenter, som HoNOSCA og CBCL. Korrelasjonene var imidlertid vanskelige å tolke som mål på begrepsvaliditet på grunn av uklar relevans, små utvalg fra spesielle populasjoner og små koeffisienter.

Gitt at diagnostiske skårer skal kunne beregnes på grunnlag av TRF-problemskårene er det et problem

at ingen av de inkluderte studiene hadde undersøkt de diagnostiske skårenes kriterievaliditet, f.eks. ved å beregne mål på diagnostisk nøyaktighet. Vi kan altså ikke være sikre på at de diagnostiske TRF-skårene gjenspeiler enkeltindividets sanne psykiatriske diagnoser.

Test-retest reliabilitet var heller ikke dokumentert av noen av de inkluderte studiene. Vi mangler derfor kunnskap om skårenes stabilitet over tid. I en normalpopulasjon forventes skårene å holde seg stabile.

Til tross for en omfattende forskningslitteratur er dokumentasjonen av måleegenskapene til den norske versjonen av TRF mangelfull. Dette bør gjenspeiles med at det utøves skjønn i tolkningen av enkeltindividets skårer i klinisk praksis. Videre bør framtidige studier som bruker TRF fortsatt fokusere på måleegenskaper, og da særlig diagnostisk nøyaktighet, men også begrepsvaliditet, test-retest reliabilitet og normer.

Referanser

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. (1986). *Manual for the Teacher's Report Form and Teacher Version of the Child Behavior Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ålovrsrud, T. & Grøslie, B. (2006). *Lillesognmodellen og skolefungering: en undersøkelse av skolefungering blant elever ved avdeling Lillesogn ved hjelp av TRF-skjema*. T. Ålovrsrud, Oslo.
- Drugli, M. B. (2010). Psykisk helse blant norske skolebarn i 1.-7. klasse. *Spesialpedagogikk*, 75, 4-11.
- Drugli, M.-B. & Larsson, B. (2009). When young children have conduct problems - Who are the nonresponders after parent training? *European Psychiatry*, S1042.
- Drugli, M. B. & Larsson, B. (2006). Children aged 4-8 years treated with parent training and child therapy because of conduct problems: Generalisation effects to day-care and school settings. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15, 392-399.
- Drugli, M. B., Larsson, B., Clifford, G., & Fossum, S. (2007). Pervasive and non-pervasive conduct problems in a clinic sample aged 4-8 years: Child, family and day-care/school factors. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 51, 547-559.
- European Federation of Psychologist Association (EFPA). (2008). EFPA Review model for the description and evaluation of psychological tests: Test review form and notes for reviewers (3.42 utg.): EFPA.
- Farooqi, A., Hagglof, B., Sedin, G., Gothefors, L., & Serenius, F. (2007). Mental health and social competencies of 10- to 12-year-old children born at 23 to 25 weeks of gestation in the 1990's: A Swedish national prospective follow-up study. *Pediatrics*, 120, 118-133.
- Fossen, A. (1995). Intelleguelle og psykososiale funksjoner hos barn stralebehandlet for hjernesvulst. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 115, 3490-3493.
- Fossen, A., Abrahamsen, T. G., & Storm-Mathisen, I. (1998). Psychological outcome in children treated for brain tumor. *Pediatric Hematology and Oncology*, 15, 479-488.
- Hanssen-Bauer, K., Langsrud, T., Kvernmo, S., & Heyerdahl, S. (2010). Clinician-rated mental health in outpatient child and adolescent mental health services: Associations with parent, teacher and adolescent ratings. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4.
- Hartman, C. A., Hox, J., Auerbach, J., Erol, N., Fonseca, A. C., Mellenbergh, G. J. et al. (1999). Syndrome dimensions of the Child Behavior Checklist and the Teacher Report Form: A critical empirical evaluation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 1095-1116.
- Haugvik, M. & Johns, U. (2008). Facets of structure and adaptation: A qualitative study of time-limited psychotherapy with children experiencing difficult family situations. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, 235-252.
- Heiervang, E., Stevenson, J., Lund, A., & Hugdahl, K. (2001). Behaviour problems in children with dyslexia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55, 251-256.
- Høie, B., Sommerfelt, K., Waaler, P. E., Alsaker, F. D., Skeidsvoll, H., & Mykletun, A. (2006). Psychosocial problems and seizure-related factors in children with epilepsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 48, 213-219.
- Indredavik, M. S., Brubakk, A. M., Romundstad, P., & Vik, T. (2007). Prenatal smoking exposure and psychiatric symptoms in adolescence. *Acta Paediatrica*, 96, 377-382.
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bathiche, M. et al. (2007a). Testing the Teacher's Report Form syndromes in 20 societies. *School Psychology Review*, 36, 468-483.
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N. et al. (2007b). The generalizability of the Youth Self-

Report syndrome structure in 23 societies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 729-738.

Iversen, S., Knivsberg, A. M., Ellertsen, B., Nodland, M., & Larsend, T. B. (2006). Motor coordination difficulties in 5-6-year-old children with severe behavioural and emotional problems. *Emotional & Behavioural Difficulties, 11*, 169-185.

Javo, C., Rønning, J. A., Handegard, B. H., & Rudmin, F. W. (2009). Cross-informant correlations on social competence and behavioral problems in Sami and Norwegian preadolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry, 18*, 154-163.

Javo, C., Rønning, J. A., Handegård, B. H., & Rudmin, F. W. (2009). Social competence and emotional/behavioral problems in a birth cohort of Sami and Norwegian preadolescents in Arctic Norway as reported by mothers and teachers. *Nordic Journal of Psychiatry, 63*, 178-187.

Kjøbli, J. & Ogden, T. (2009). Gender differences in intake characteristics and behavior change among children in families receiving parent management training. *Children and Youth Services Review, 31*, 823-830.

Knivsberg, A. M. & Andreassen, A. B. (2008). Behaviour, attention and cognition in severe dyslexia. *Nordic Journal of Psychiatry, 62*, 59-65.

Kristensen, H. (2001). Multiple informants' report of emotional and behavioural problems in a nation-wide sample of selective mute children and controls. *European Child & Adolescent Psychiatry, 10*, 135-142.

Larsson, B. & Drugli, M. B. (2011). School competence and emotional/behavioral problems among Norwegian school children as rated by

teachers on the Teacher Report Form. *Scandinavian Journal of Psychology, 52(6)*:553-9. doi: 10.1111/j.1467-9450.2011.00889.x.

Lurie, J. (2006). *Teachers' perceptions of emotional and behavioral problems in 6-12 year old Norwegian school children*. Trondheim: Barnevernets utviklingscenter i Midt-Norge.

Nisell, M., Igl, W., Öjmyr-Joelsson, M., Frenckner, B., Rydelius, P. A., & Christensson, K. (2009). Social issues among children with high or intermediate imperforate anus: A proxy perspective. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 22*, 132-142.

Ogden, T. & Hagen, K. A. (2006). Multisystemic treatment of serious behaviour problems in youth: Sustainability of effectiveness two years after intake. *Child and Adolescent Mental Health, 11*, 142-149.

Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ginzburg, S., Ivanova, M., Dumenci, L., Almqvist, F. et al. (2007). Consistency of teacher-reported problems for students in 21 countries. *School Psychology Review, 36*, 91-110.

Tonstad, S., vik, T. S., & Vandvik, I. H. (1996). Psychosocial function during treatment for familial hypercholesterolemia. *Pediatrics, 98*, t-55.

Verhulst, F. C. & Koot, H. M. (1992). *Child psychiatric epidemiology: concepts, methods and findings*. Beverly Hills: Sage Publications.

Zeiner, P. (1997). Parent-reported symptoms of hyperactivity and attention deficits predict teacher-reported symptoms. *Acta Paediatrica, 86*, 178-182.