

Implementering av rutinemessig kartlegging av potensielt traumatiserende erfaringer i psykisk helsevern for barn og unge

Kan rutinemessig kartlegging av potensielt traumatiserende erfaringer føre til at terapeuter blir bedre til å identifisere barn og unge med posttraumatiske stress-symptomer?

Birgith Bruun



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

Universitetet i Oslo

Våren 2020

Forord

Ønsket om å gjennomføre en studie med fokus på barn og unge som har opplevd traumatiserende hendelser bunner i ulike ting. Fra universitetet har jeg hatt inspirerende forelesere som har vekket en interesse i meg til å lære mer om hvordan helsetjenesten kan hjelpe denne klientgruppen. I tillegg har jeg en samboer som arbeider tett med familier preget av mye vold og usikkerhet, og hvor historier om at barns vansker ikke blir sett i lys av omgivelsene går igjen. I løpet av den tiden jeg har arbeidet med denne studien har viktigheten av å kartlegge potensielt traumatiserende erfaringer blitt enda tydeligere for meg. Spesielt er det da å skulle ferdigstille en oppgave under omstendigheter preget av Korona, og hvor fokuset på hvordan man skal kunne ivareta barn som er hjemme i usikre omgivelser har økt. Jeg har de siste ukene mange ganger tenkt at rutinemessig kartlegging i tiden fremover vil bli enda viktigere. Derfor er jeg takknemlig for at det er dette temaet jeg skriver om, og takknemlig for at jeg som snart ferdigutdannet har bevissthet knyttet til at svært mange barn og unge opplever skremmende hendelser, og at man må opprettholde fokuset på å kartlegge slike erfaringer.

Det er mange jeg vil takke for muligheten til å skrive denne oppgaven. Først vil jeg rette en stor takk til veilederne mine, Ane-Marthe Solheim Skar og Tine K. Jensen, som har hjulpet meg i prosessen når jeg har ønsket å skrive om et stort og omfattende tema. Dere har motivert meg hele veien, og alle tilbakemeldinger og kommentarer har alltid blitt gitt med beste mening. Jeg ønsker også å takke Tore Wentzel-Larsen for tålmodighet og uvurderlig hjelp da jeg skulle lære meg R. I tillegg vil jeg takke Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress som har gitt meg tilgang til datamaterialet og som har latt meg få være en liten del av et stort og viktig prosjekt.

Til slutt vil jeg takke heiajengen min: familie og samboer som har vist interessert for hva jeg skriver om og som alltid kommer med god støtte, oppmuntrende ord og mye kjærighet.

Birgith Bruun

Universitetet i Oslo, mai 2020

Sammendrag

Forfatter: Birgith Bruun

Tittel: ”Implementering av rutinemessig kartlegging av potensielt traumatiserende erfaringer i psykisk helsevern for barn og unge. Kan rutinemessig kartlegging av potensielt traumatiserende erfaringer føre til at terapeuter blir bedre til å identifisere barn og unge med posttraumatiske stress-symptomer?”

Veiledere: Ane-Marthe Solheim Skar (hovedveileder) og Tine K. Jensen (biveileder)

Forskningsspørsmål: Har implementering av rutinemessig kartlegging av potensielt traumatiserende erfaringer (PTE) hos barn og unge henvist til psykisk helsevern sammenheng med terapeuters rapportering av *fysisk barnemishandling, seksuelle overgrep innen familien, seksuelle overgrep utenfor familien, skremmende personlige erfaringer, andre akutte livshendelser*, posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og tilpasningsforstyrrelser?

Formål og bakgrunn: Formålet med denne studien er å skape en bedre forståelse av hva som kan være nyttig for terapeuter når de skal identifisere barn og unge som har opplevd traumatiserende hendelser, slik at de kan få riktig og tilpasset hjelp. Denne studien har bakgrunn i prosjektet ”Behandling av barn og unge med traumer, TF-CBT implementering” som gjennomføres ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), og er en del av et større forskningsprosjekt.

Metode: Analysene baserer seg på et datamateriale fra Norsk pasientregister (NPR), allerede innhentet av NKVTS, som inneholder informasjon om avvikende psykososiale forhold (akse 5), PTSD og tilpasningsforstyrrelser. Oppgaven er en ikke-eksperimentell studie som gjennom kvantitative analyser undersøker endringer i antall rapporteringer etter implementering av rutinemessig kartlegging av PTE. Tre tidspunkter er valgt ut for to sammenligninger: T1) ett år før implementering, T2) to år etter implementering, og T3) tre år etter implementering. I analysene sammenlignes først T1 og T2, deretter T2 og T3, og Bootstrap benyttes for å undersøke en eventuell endring. Data fra 25 BUPer er benyttet ved T1-T2, mens data fra 22 BUPer er benyttet ved T2-T3. I analysene ble det også gjennomført deskriptive analyser for å undersøke en endring i antall rapporteringer for hele akse 5 slått sammen. Samme tidspunkter ble valgt (T1, T2, og T3).

Resultat: Resultatene viser en signifikant økning i antall rapporteringer av *fysisk barnemishandling, seksuelle overgrep utenfor familien, skremmende personlige erfaringer*, og PTSD fra T1-T2. Fra T2-T3 er det ingen ytterligere økning i antall rapporteringer av disse

kode eller PTSD, men en signifikant nedgang i antall rapporteringer av *seksuelle overgrep innen familien* og tilpasningsforstyrrelser. Resultatene for akse 5 slått sammen viser at enkelte BUPer hadde en nedgang i antall rapporteringer ved T1-T2 og T2-T3, men at flertallet av BUPene økte antall rapportering etter implementering.

Konklusjon: To år etter implementering av rutinemessig kartlegging av PTE var det en økning i antall rapporterte tilfeller av *fysisk barnemishandling, seksuelle overgrep utenfor familien, skremmende personlige erfaringer*, og PTSD, noe som kan tyde på en sammenheng mellom implementeringen og antall rapporterte tilfeller. Resultatene indikerer med dette at et økt fokus på traumekartlegging kan føre til at terapeuter blir bedre til å identifisere barn og unge med posttraumatiske stress-symptomer. Samtidig viste resultatene tendens til stabilisering og nedgang i antall rapporteringer over tid. Studier viser at det er mange barrierer knyttet til kartlegging av PTE i ulike hjelpetjenester. Denne studien viser at rutinemessig kartlegging kan være nyttig for å identifisere traumatiserte barn, men at det er viktig å opprettholde et kontinuerlig implementeringsfokus. Resultatene indikerer at ytterligere tiltak kan være nødvendig blant annet for å adressere mulige barrierer slik at traumatiserte barn og unge identifiseres og får nødvendig hjelp.

Publikasjonen har benyttet opplysninger fra Norsk pasientregister (NPR). Forfatter er eneansvarlig for tolkning og presentasjon av de utleverte opplysningene. Registerforvalter for NPR har ikke ansvar for analyser eller tolkninger basert på de utleverte opplysningene.

Innholdsfortegnelse

Innledning	1
Traumeforståelse	3
Hvor utbredt er det å oppleve potensielt traumatiserende erfaringer?	5
Klient- og terapeutfaktorer knyttet til kartlegging av potensielt traumatiserende erfaringer	7
Hvorfor er det viktig å identifisere barn og unge med posttraumatiske stress-symptomer?	8
Hvordan klassifiseres potensielt traumatiserende erfaringer innenfor psykisk helsevern for barn og unge?	10
Akse 5: avvikende psykososiale forhold	11
Koder innenfor akse 5	12
Når vansker skal knyttes til årsak, og omvendt	14
Posttraumatisk stresslidelse og kompleks posttraumatisk stresslidelse	16
Posttraumatiske stress-symptomer og tilpasningsforstyrrelser	17
Utfordringer knyttet til traumesymptomer som overlappende symptomer	17
Traumesymptomer.....	18
Viktigheten av differensialdiagnostikk	21
Metode	22
Formål, problemstilling og hypoteser	22
Design	23
Implementering av rutinemessig kartlegging	23
Deltakere	24
Prosedyre	25
Analyser.....	26
Etiske implikasjoner	27
Resultater	28
Diskusjon	33
Flere barn og unge med posttraumatiske stress-symptomer blir identifisert	33
Hvorfor blir ikke enda flere barn og unge med posttraumatiske stress-symptomer identifisert?	35

Motstand og barrierer knyttet til kartlegging av potensielt traumatiserende erfaringer...	36
Rapportering av seksuelle overgrep innen familien	37
Å gjøre riktige vurderinger	38
Implementeringsprosessen er utilstrekkelig	40
Kan implementering av rutinemessig kartlegging likevel være løsningen?	41
Styrker og svakheter ved studien.....	42
Implikasjoner for videre forskning og praksis	44
Konklusjon	45
Litteraturliste.....	47
Vedlegg	56

Innledning

Christoffer Gjerstad Kihle døde åtte år gammel etter å ha blitt mishandlet av sin stefar. Christoffer ble utsatt for livstruende vold og døde som følge av store hodeskader (Larsen, 2013a). I tiden før dødsfallet fikk Christoffer diagnosen hyperkinetisk atferdsforstyrrelse (ADHD), en diagnose som viste seg å være utilstrekkelig til å forklare hva Christoffer slet med. Etter at Christoffers mor fikk ny samboer, skal Christoffer ha endret atferd og blitt mer innelukket og sint. Denne atferden ble tolket som symptomer på ADHD. Også under en sykehusinnleggelse, som i etterkant viste seg å skyldes mishandling, skal skader i ansiktet og ukontrollerbare hodebevegelser blitt tolket som følger av at Christoffer hadde falt og slått seg grunnet en overdose av ADHD-medisin (Larsen, 2013b). Christoffer-saken vekket både politikere og fagmiljøene, da den var, og fortsatt er, et eksempel på hvor alvorlig det kan være når et barns atferd ikke sees i lys av barnets livssituasjon. Saken satt fokus på viktigheten av å ta hensyn til avvikende psykososiale forhold, som for eksempel vold og overgrep, når man skal vurdere og tolke vansker som et barn kan ha.

En stor andel barn og unge henvist til psykisk helsevern for barn og unge (PHBU), heretter kalt BUP, har opplevd potensielt traumatiserende erfaringer, men ofte blir ikke disse hendelsene nevnt i henvisningene (Ormhaug, Jensen, Hukkelberg, Holt, & Egeland, 2012). En tilstrekkelig kartlegging av potensielt traumatiserende erfaringer under inntak og utredning vil kunne gjøre det lettere å identifisere barn og unge som har posttraumatiske stress-symptomer (PTSS) og stille en mer presis diagnose, som redskap for å finne en god og tilpasset behandling.

Fokus for denne oppgaven er å undersøke om det er en sammenheng mellom implementering av rutinemessig kartlegging av potensielt traumatiserende erfaringer i BUP og diagnostisk rapportering innenfor det multiaksiale klassifikasjonssystemet som BUPene benytter. Spesifikt fokuserer oppgaven på rapportering av utvalgte koder innenfor akse 5, en akse som koder avvikende psykososiale forhold. I tillegg undersøkes det hvorvidt det er en sammenheng mellom implementering av kartleggingen og diagnostisering av posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og tilpasningsforstyrrelser. Hovedfokus er lagt på PTSD da denne lidelsen i større grad er knyttet til implementeringsprosjektet "Behandling av traumatiserte barn og unge, TF-CBT implementering" ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), som denne oppgaven er basert på.

Å ha opplevd en eller flere potensielt traumatiserende erfaringer er en forutsetning for å sette en diagnose for PTSD. Likevel finnes det utfordringer knyttet til både kartlegging og

diagnostisering når man møter barn og unge som har opplevd potensielt traumatiserende erfaringer. Begrepene ekvifinalitet og multifinalitet, som ofte tilknyttet til en utviklingspsykopatologisk forståelsesmodell, trekkes frem i denne oppgaven da de kan være nyttige for å forstå hvorfor det kan være utfordrende å identifisere barn og unge med PTSS. Begrepene viser til at en ikke kan slutte vansker til årsak, og omvendt (Cicchetti & Rogosch, 1996).

Denne oppgaven tar utgangspunkt i et datamateriale hentet inn i forbindelse med implementeringsprosjektet ”Behandling av traumatiserte barn og unge, TF-CBT implementering”, gjennomført ved NKVTS. Prosjektet ble satt i gang etter at NKVTS, på oppdrag fra Helsedirektoratet, gjennomførte en randomisert kontrollert studie (RCT) for å undersøke effekten av traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT). Studien viste at TF-CBT førte til større reduksjon i PTSS, depresjon og generelle psykiske vansker enn ved terapi som vanlig (TAU) (Jensen et al., 2014). Samtidig ble det avdekket at mange barn ikke blir henvist for behandling av potensielt traumatiserende erfaringer, men for andre tilstandsbilder, og at BUPene ikke har gode rutiner for å identifisere traumeutsatte barn og unge (Ormhaug et al., 2012). Det ble derfor gitt midler for å implementere TF-CBT i alle landets BUPer, og som et ledd i dette implementeringsarbeidet ble det innført en rutinemessig kartlegging av potensielt traumatiserende erfaringer ved inntak. Det ble utviklet et kartleggingskjema som ble anbefalt brukt ved inntak (KATE – ”Kartlegging av traumatiske erfaringer”) (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2017). Senere er dette skjemaet tatt inn ved flere BUPer i forbindelse med Helsedirektoratet sine pakkeforløp for utredning. Samtidig er det foreløpig ikke et gjennomført krav at kartlegging for potensielt traumatiserende erfaringer skal gjennomføres, men det overlates til terapeutens egen vurdering om slik kartlegging er aktuelt for den enkelte klienten (Helsedirektoratet, 2019).

Målene med implementeringsprosjektet ved NKVTS er å bedre tilbudet til barn og unge henvist til BUP ved å: 1) øke kunnskapen om potensielt traumatiserende erfaringer, 2) bedre rutinene for å oppdage barn og unge utsatt for potensielt traumatiserende erfaringer, og 3) implementere en evidensbasert metode (TF-CBT) som kan benyttes ved behandling av posttraumatisk stress (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2017).

For å besvare problemstillingen i denne oppgaven, som er knyttet til sammenhengen mellom implementering av rutinemessig kartlegging og identifiseringen av barn og unge med PTSS, er det innhentet data fra Norsk pasientregister (NPR). Analyser av dette datamaterialet

vil kunne belyse hvorvidt implementering av rutinemessig kartlegging av traumatiserende erfaringer påvirker praksisen rundt diagnosesetting.

Traumeforståelse

Når noe beskrives som ”et traume” er det ofte synonymt med å ha opplevd hendelser som kan utløse PTSD (Nordanger, Mjaaland, & Lie, 2006). I denne oppgaven benyttes formuleringen ”potensielt traumatiserende erfaringer”, heretter forkortet til PTE (Potentially Traumatic Events), for å beskrive en type erfaringer og hendelser som kan føre til psykiske plager hos den berørte i etterkant av hendelsen(e). Disse erfaringene kjennetegnes ofte av at de er av en usedvanlig truende eller katastrofal art, enten de er kortvarige eller langvarige. I tillegg vil erfaringene fremkalle et sterkt ubehag hos de aller fleste, og vekke følelser av hjelpeløshet og redsel (World Health Organization, 1999). Erfaringene kan ofte utgjøre en trussel mot eget liv, føre til alvorlige skader, og/eller ramme andre slik at en blir vitne til at andre skader seg eller dør. Det er naturlig å ha sterke reaksjoner i etterkant av slike erfaringer, men for mange vil reaksjonene avta etter en stund. For andre kan reaksjonene vedvare og medføre psykiske helseplager (Bonanno & Diminich, 2013). Her skilles det mellom en normalreaksjon og en vedvarende reaksjon. Reaksjonene kan også komme tilbake etter en stund, og symptomene vil ofte uttrykke seg ulikt i ulike aldersgrupper (Scheeringa, Zeanah, & Cohen, 2011).

Innenfor traumefeltet har man tidligere hatt et stort fokus på å klassifisere ulike typer traumatiserende erfaringer. Det er blant annet gjort et skille mellom to kategorier av PTE: kortvarige hendelser (type-1), og langvarige eller gjentatte hendelser (type-2) (Kira, 2001; Terr, 1991). Et annet ofte brukt skille har vært mellom menneskeskapte og ikke-menneskeskapte traumer (Iglebæk & Jensen, 2008), og mellom relasjonelle og ikke-relasjonelle traumer. Eksempler på traumer som er menneskeskapte kan være fysisk og psykisk vold, og seksuelt misbruk, mens ikke-menneskeskapte traumer vil inkludere eksempler som naturkatastrofer og trafikkulykker. Likeledes kan fysisk og psykisk vold, og seksuelt misbruk være eksempler på relasjonelle traumer, mens naturkatastrofer og trafikkulykker kan være eksempler på ikke-relasjonelle traumer. Gjentatte, menneskeskapte erfaringer kan også bli omtalt som komplekse traumer eller utviklingstraumer, og er former for hendelser som ofte blir utført av nære omsorgspersoner (Braarud & Nordanger, 2011; Courtois, 2004).

Inndelingen i de ulike kategoriseringene oppleves ikke alltid som hensiktsmessige. Blant annet er det vanskelig å skille mellom relasjonelle og ikke-relasjonelle traumer da barns erfaringer alltid kan sies å ha relasjonelle konsekvenser. Som et eksempel vil et barn som opplever en naturkatastrofe i like stor grad kunne spørre seg ”hvorfors beskyttet ikke mamma meg?”, som et barn som opplever seksuelle overgrep kan gjøre. Likevel viser de ulike kategoriseringene til kompleksiteten av PTE, og at traumatiserende erfaringer kan være av ulik karakter (Damian, Knieling, & Ioan, 2011). Studier har også vist at de psykologiske konsekvensene kan være ulike avhengig av type traume, og at interpersonlige traumer som skjer i tidlig barndom ofte har mer alvorlige konsekvenser enn enkelthendelser (Trickey, Siddaway, Meiser-Stedman, Serpell, & Field, 2012). Uavhengig av type klassifisering er man nå mindre opptatt av å klassifisere traumer og mer opptatt av å undersøke konsekvensene av hendelsene, og hvilket uttrykk erfaringen(e) har fått hos barnet/ungdommen (Brewin & Holmes, 2003). For den nye kompleks PTSD-diagnosen i ICD-11 er for eksempel stressorkriterier formulert likt som for PTSD, selv om vedvarende og interpersonlige traumer er oppført som en risiko for kompleks PTSD. Dette er fordi studier har vist at man kan utvikle kompleks PTSD også etter enkelthendelser (Cloitre, Garvert, Brewin, Bryant, & Maercker, 2013). Også for behandling er skillet mellom ulike typer traumer ikke lengre ansett som så nyttige da behandling ikke rettes inn mot erfaringen(e) men mot dens konsekvenser (Brewin & Holmes, 2003).

For å oppsummere inkluderer PTE et vidt spenn av ulike typer erfaringer, fra enkeltstående hendelser, til langvarige og vedvarende hendelser. Uavhengig av om erfaringene er enkeltstående eller langvarige og vedvarende, vil de kunne påvirke individer i ulik grad. Det er likevel ikke bare selve erfaringen(e) som kan påvirke hvordan et individ reagerer i etterkant av noe traumatiserende, men også kulturen individet lever i. Ulike kulturer vil kunne påvirke hva som tolkes som PTE, og dermed påvirke forventninger knyttet til responsen et barn skal ha etter eksponering. Som et eksempel vil det innenfor enkelte kulturer være uenighet knyttet til hva som kan kalles fysisk mishandling. Foreldre kan ha vansker med å identifisere seg som mishandlere, men likevel slå barnet sitt i den oppfatningen av at det er god barneoppdragelse (Terao, Jr. Borrego, & Arquiza, 2001). Dette kan videre skape forventninger hos barnet om at volden er noe ”jeg må håndtere”, og at fysisk misbruk er normalt, noe som kan gjøre identifisering av traumeutsatte barn utfordrende.

Hvor utbredt er det å oppleve potensielt traumatiserende erfaringer?

Nordanger et al. (2006) foreslår i sin artikkel at man kan konkludere med at PTSD forekommer over hele verden, og indikerer videre at dette viser til en universell sårbarhet hos mennesker ved opplevelse av sterkt stressende hendelser. Men hvor utbredt er opplevelsen av PTE blant barn og unge? En landsdekkende undersøkelse fra Hafstad og Augusti (2019), kjent som UEVO-studien (ungdoms erfaring med vold og overgrep), viser at mange barn og unge i Norge opplever vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt i barne- og ungdomsårene. Dette er ofte hendelser som foregår i private rom, og kan derfor være vanskelige å fange opp. I deres undersøkelse, utført blant barn og unge i alderen 12-16 år, viser resultatene at voldshendelsene sjeldent skjer isolert. Det vil si at de fleste som har opplevd en type vold (for eksempel fysisk vold), ofte også opplever andre former for vold (for eksempel psykisk vold) (Hafstad & Augusti, 2019).

Resultatene fra studien viser videre at det blant unge er 1 av 20 som har opplevd alvorlig fysisk vold, 1 av 5 som har opplevd psykisk vold, og 1 av 20 som har opplevd seksuelle overgrep. Ungdommene rapporterte videre at det ofte var foreldrene eller andre nære omsorgspersoner som utførte den fysiske og/eller den psykiske volden. For seksuelle overgrep ble det i rundt 25 prosent av tilfellene rapportert at overgrepet ble utført av en av foreldrene. Om lag halvparten av ungdommene som hadde vært utsatt for fysisk vold i hjemmet hadde ikke fortalt dette til noen, og kun 1 av 5 ungdommer utsatt for vold eller overgrep hadde vært i kontakt med hjelpepersonell i forbindelse med disse hendelsene (Hafstad & Augusti, 2019). I tillegg til at mange barn og unge opplever seksuelt misbruk i hjemmet, har antallet seksuelle overgrep over internettet også økt. Seksuelle overgrep over internett ekskluderer fysisk kontakt mellom overgriper og offer, men inneholder ofte alvorlige trusler (Kripos, 2019).

Også internasjonale studier viser at opplevelsen av PTE er utbredt. En kohortstudie gjennomført av Lewis et al. (2019) undersøkte prevalensen av opplevde PTE blant barn og unge i England og Wales. Med utgangspunkt i DSM-5-kriteriene for PTSD, intervjuet de ungdom etter at deltakerne hadde fylt 18 år for å undersøke om de hadde opplevd PTE. I tillegg undersøkte de om deltakerne tilfredsstilte eller tidligere hadde tilfredsstillt kriteriene for PTSD. Resultatene viste at prevalensen for opplevde PTE innen fylte 18 år var på 31,1 prosent, mens prevalensen for PTSD var på 7,8 prosent. Likevel hadde bare 20,6 prosent av de som fikk diagnosen PTSD mottatt hjelp fra helsetjenesten (Lewis et al., 2019). Overordnet

viser resultater fra både nasjonal og internasjonal forskning at mange barn og unge kan oppleve PTE, at disse erfaringene ikke alltid blir fortalt om, og at de ofte ikke får hjelp.

Flere barn og unge kan oppleve andre former for PTE enn vold og overgrep. Barn kan blant annet oppleve at de selv eller andre nære i familien skader seg i trafikkulykker, naturkatastrofer eller brann, og de kan oppleve andre skremmende situasjoner som overfall, innbrudd eller mobbing. At barn opplever ulike former for PTE samsvarer med resultatene fra Skar, Ormhaug og Jensen (2019) som viste at det i 60 prosent av tilfellene ble rapportert om ikke-relasjonelle traumer. En annen studie gjennomført av Norges tekniske-naturvitenskapelige universitet (NTNU) analyserer resultatene fra Elevundersøkelsen, som omhandler mobbing i skolen, og viser at rundt seks prosent av elevene opplever å bli mobbet enten av medelever, av voksne på skolen, eller over internett (Wendelborg, 2018). Fagermoen, Østensjø, Skagemo, Moen, og Husebø (2017) viser lignende funn, som etter å ha lyttet til opptak og kodet rundt 600 traumesaker i forbindelse med implementeringsprosjektet ved NKVTS, fant at det i 12 prosent av tilfellene var mobbing som var hovedtraume. Ulykker og PTE forbundet med sykehusopphold ble rapportert som hovedtraume i fem prosent av tilfellene.

Til tross for viktigheten av å kartlegge PTE og å identifisere barn og unge med PTSS er det få studier som har undersøkt effekten av å implementere rutinemessig kartlegging. For meg bekjent er det ingen studier som har undersøkt effekten av å implementere rutinemessig kartlegging av PTE i BUP-systemet. Likevel er det enkelte internasjonale studier som har undersøkt effekten av en rutinemessig kartlegging blant barn og unge tilknyttet barnevernet. Lang et al. (2017) har samlet resultater fra fem studier gjennomført i ulike stater i USA, hvor alle undersøker implementering av traumekartlegging i helsetjenesten. Resultatene viser ulik grad av implementeringseffekt, og prosjektene varierte i tid og mulighet til implementering, samt i antall barn som ble kartlagt. Likevel viser resultatene at rutinemessig kartlegging av PTE førte til at flere barn og unge med PTSS ble identifisert, noe som videre førte til at flere fikk nødvendig hjelp fra riktige instanser. I tillegg indikerte resultatene at prosjekter som hadde krav om rutinemessig kartlegging kartla et større antall barn enn prosjekter uten krav om kartlegging (Lang et al., 2017).

Klient- og terapeutfaktorer knyttet til kartlegging av potensielt traumatiserende erfaringer

At mange barn og unge som opplever PTE ikke blir identifisert av terapeuter kan ha ulike forklaringer. En forklaring er at mange klienter trenger lang tid før de forteller om hva de har opplevd. I en undersøkelse gjennomført av Steine et al. (2016) fant de blant personer som hadde opplevd seksuelle overgrep at det tar ca. 17 år før man forteller om overgrepene til noen. Nær relasjon til overgriper er blant faktorene som påvirker tiden det tar før man forteller om det man har opplevd (Goodman-Brown, Edelstein, Goodman, Jones, & Gordon, 2003; Priebe & Svedin, 2008). Andre identifiserte faktorer som bidrar til at man ikke forteller, er skyldfølelse, skam, frykt for å ikke bli trodd, og at det generelt er et vanskelig tema å snakke om (Jensen, Gulbrandsen, Mossige, Reichelt, & Tjersland, 2005). I en studie fra 2017, også gjennomført av Steine og kolleger, ble de samme deltakerne benyttet for å undersøke deres grunner til hvorfor de ikke hadde fortalt noen om de seksuelle overgrepene. Da de fikk spørsmål om hvorfor de ikke hadde fortalt om overgrepene tidligere, var frykten for å ikke bli trodd den hyppigste rapporterte årsaken (66 prosent). Andre årsaker var manglende språk for å kunne fortelle (53 prosent), uvisshet om hvordan man skulle fremstille det som hadde skjedd (45 prosent), usikkerhet knyttet til hvem man skulle fortelle det til (38 prosent), og tanker om at det som hadde skjedd var normalt (19 prosent). I tillegg rapporterte rundt 30 prosent av deltakerne at de hadde forsøkt å fortelle om overgrepet/overgrepene til noen, men at dette ikke førte til noe. Resultatene fra studien viser at det kan være mange ulike årsaker til at klienter ikke sier fra til andre, både terapeuter og familie/venner, om hva som har skjedd, og at disse årsakene ofte er sammensatte (Steine et al., 2017). Det er færre studier som undersøker hvorfor barn ikke forteller om andre ting som alvorlig mobbing og vold, men en antagelse er at de samme mekanismene knyttet til skam og redsel for å ikke bli trodd også vil gjøre seg gjeldende for disse formene for PTE.

En annen årsak til at barn og unge med PTSS ikke identifiseres av hjelpesystemet kan være barrierer hos terapeuter. Ulike studier har undersøkt hvordan det er for terapeuter å skulle kartlegge for PTE hos barn og unge. I følge Hultmann, Möller, Ormhaug, og Broberg (2014), som undersøkte partnervold, kan enkelte terapeuter være motvillige til å innføre rutinemessig kartlegging av vold, begrunnet i at en slik rutine også vil gjelde i saker hvor det ikke er indikasjoner på at det utøves vold. Blant annet ble relasjonen til klienten tematisert, hvor terapeuter var redde for at det å skulle spørre om opplevd vold kunne virke ødeleggende for relasjonen (Hultmann et al., 2014). Lignende resultater viser at terapeuter kan føle seg

utilstrekkelige, og være redde for å skade barnet ytterligere hvis de avdekker noe som er blitt skjult. I tillegg kan terapeuter selv kjenne på personlig ubehag, sinne, eller frustrasjon hvis de avdekker noe alvorlig, som for eksempel seksuelt misbruk (Albaek, Kinn, & Milde, 2018). En annen barriere knyttet til å kartlegge for PTE er bekymringen for retraumatisering. Det vil si bekymring om at det å snakke om minner fra tidligere traumatiserende hendelser vil aktivere sterke emosjonelle reaksjoner hos en klient uten at klienten selv har metoder for å regulere disse (Hokland, 2006). Andre studier tyder på at terapeuter også kan oppleve ulike barrierer knyttet til kartlegging av PTE i møte med voksne klienter (Albaek et al., 2018; Sprague et al., 2012). I tillegg til at terapeuter kan ha barrierer knyttet til selve kartleggingen, kan negative følelser og ambivalens knyttet til å innføre rutinemessig kartlegging av PTE føre til at selve implementeringsprosessen blir mer langvarig enn den ville ha vært uten negative følelser og ambivalens (Hultmann et al., 2014). Basert på barrierer hos klienter og barrierer hos terapeuter kan en anta at det finnes store mørketall i forhold til hvor utbredt det er å oppleve PTE, og at det faktiske antallet kan være vesentlig høyere enn det som rapporteres.

Samtidig som terapeuter kan kjenne på ulike barrierer knyttet til kartlegging, kan det se ut til at barrierene blir mindre om man får en økt forståelse for hvordan man kan kartlegge for PTE og identifisere PTSS. I sin masteroppgave undersøkte Fedøy (2018) om terapeuter, som hadde deltatt i implementeringen av TF-CBT og som fikk opplæring i behandlingsmetoden, opplevde ubehag ved kartlegging av PTE. Resultatene viste at majoriteten av TF-CBT-terapeutene var komfortable med å kartlegge for PTE, noe som blant annet ble begrunnet i at opplæringen kunne føre til at barrierer knyttet til manglende kunnskap om PTE og PTSS ble mindre. Gode rammer, tilvenning til rutinemessig kartlegging, og muligheten til å kunne tilby evidensbasert behandling (TF-CBT) var andre mulige årsaker til lave nivåer av ubehag blant TF-CBT terapeutene (Fedøy, 2018).

Hvorfor er det viktig å identifisere barn og unge med posttraumatiske stress-symptomer?

En traumatiserende erfaring vil kunne vekke responser som i ulik grad kan påvirke barnets emosjonelle, atferdsmessige og kognitive funksjonsnivå (McLaughlin et al., 2012). Når erfaringer og responser ikke oppdages, kan det få langvarige konsekvenser for et individ. Blant annet vil opplevelsen av fare kunne øke barnets sensitivitet knyttet til å identifisere potensielle trusler i miljøet, noe som kan føre til både adaptive og maladaptive utfall. En økt

sensitivitet vil kunne føre til større grad av opplevd trygghet i skremmende situasjoner, samtidig som en slik forsterkning vil kunne øke andre emosjonelle responser. Emosjonelle responser knyttet til identifisering av fare er det, som i følge McLaughlin og Lambert (2017), knytter PTE sammen med utviklingen av internalisert og eksternalisert psykopatologi. Forskning viser videre at barn og unge som har opplevd traumatiserende erfaringer ofte har en økt forekomst av andre psykiske lidelser som depressive lidelser, angstlidelser, somatiske helseplager, i tillegg til vansker relatert til rus, sosiale relasjoner og skole (Dube, Felitti, Dong, Giles, & Anda, 2003; McLaughlin et al., 2012). Emosjonelle, atferdsmessige og kognitive responser vil videre kunne være vanskelige å forstå for andre hvis de ikke sees i lys av tidligere traumatiserende opplevelser. Det er derfor viktig at barn og unge som har opplevd PTE identifiseres, slik at nødvendig hjelp kan tilbys. Avdekking kan føre til at man unngår en mulig forverring av vanskene.

Likevel viser forskning nasjonalt og internasjonalt til utfordringer når det kommer til å fange opp PTE blant barn og unge som er i kontakt med hjelpesystemene (Ormhaug et al., 2012; Zanville & Cattaneo, 2009). For å forstå mer om på hvilke måter hjelpesystemene svikter når det gjelder å avdekke blant annet vold og overgrep i Norge ble Barnevoldsutvalget oppnevnt i 2015. Dette utvalgets mandat var å gjennomgå alvorlige saker hvor barn og ungdom har blitt utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt. Utvalgets hovedoppgave er å avdekke på hvilken måte og i hvilken grad det forekommer svikt i det offentlige tjenestesystemets håndtering av saker hvor vold, overgrep og omsorgssvikt har vært en del av tilstandsbildet. Det vil si at de også undersøkte om slike forhold kunne ha vært forebygget eller avdekket av hjelpesystemet på et tidligere tidspunkt. (NOU 2017:12, s. 15). I deres utredning fra 2017 beskriver utvalget fravær av utforskende samtaler med barn som opplever vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt. Dette fraværet gjaldt blant annet i BUPene. Blant mulige årsaker til at traumatiserende erfaringer ikke fanges opp, trekker utvalget frem manglende kompetanse og rutiner for kartlegging, utrygghet hos fagpersoner knyttet til avdekking, og at atferdsvansker hos et barn ikke blir forstått som et uttrykk for stressbelastninger. Utredningen viste at ADHD var den diagnosen som gikk igjen i saker hvor barn hadde blitt utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt (NOU 2017:12, s. 51).

Samtidig som det er utfordringer knyttet til å identifisere barn og unge med PTSS er det et økende fokus på å gi kunnskapsbasert behandling, og anbefalte retningslinjer oppdateres jevnlig. I 2018 kom National Institute for Health and Care Excellence (NICE) og International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) ut med sine anbefalinger ved

behandling av PTSD. De behandlingsmetodene som får sterkest anbefalinger for barn er TF-CBT og Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (ISTSS, 2018; NICE, 2018). Det eksisterer dermed gode behandlingsmetoder for når en klient har opplevd traumatiserende hendelser. Men hva hjelper gode retningslinjer hvis disse erfaringene ikke fanges opp og en PTSD-diagnose ikke kan stilles?

For å oppsummere er det hovedsakelig to utfordringer knyttet til å diagnostisere barn og unge med PTSD. Den første er knyttet til utfordringer med å identifisere PTE (også kalt stressorer) som et barn eller en ungdom har opplevd. PTE må identifiseres for at en klient skal kunne diagnostiseres med PTSD. Det betyr at terapeuter og annet hjelpepersonell må være gode nok til å undersøke om klienter de møter har opplevd noe som kan være traumatiserende. Den andre utfordringen omhandler vurderinger knyttet til hvordan symptombildet kan forstås. Selv når en terapeut sitter med informasjon om at en klient har opplevd noe potensielt traumatiserende, kan riktig diagnose være vanskelig å stille. For å belyse spørsmålene knyttet til disse to utfordringene er det nyttig å se på hvordan PTE kodes i BUP-systemet, samt se på symptomoverlapp og komorbiditet mellom ulike psykiske lidelser.

Hvordan klassifiseres potensielt traumatiserende erfaringer innenfor psykisk helsevern for barn og unge?

Nøyaktig kartlegging og diagnostisering er, som nevnt, noen av utfordringene terapeuter kan støte på i møte med barn og unge som har opplevd PTE. For bedre å forstå hvorfor dette kan være utfordrende, er det sentralt å trekke fram klassifikasjonssystemet som benyttes i BUP. Det multiaksiale klassifikasjonssystemet som benyttes i BUPene blir overgangen mellom kartleggingen av PTE og kodingen av klientens faktiske opplevde hendelser. Det vil si at når kartleggingen avdekker PTE, så skal disse kodes inn i systemet, og dermed bli en del av klientens journal. Kun tilstander som har blitt vurdert/utredet eller behandlet skal registreres i journalen (Helsedirektoratet, 2016).

Diagnosesystemet BUP baserer seg på er en multiaksial klassifisering med seks ulike akser: (1) klinisk psykiatrisk syndrom, (2) spesifikke utviklingsforstyrrelser, (3) psykisk utviklingshemming, (4) somatiske tilstander, (5) avvikende psykososiale forhold, og (6) global vurdering av funksjonsnivå (CGAS) (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Klassifiseringen innebærer at alle klientene på BUP skal kodes innenfor de seks ulike aksene. Dette skal gjøres for å gi et bredere bilde av klientens tilstand, og for å tilby en systematisk

formulering av kritiske elementer i en psykisk tilstand, som kan være spesielt viktig ved komplekse tilstandsbilder (Mezzich, 1988). Viktigheten av å benytte aksesystemet vises ved at alle aksene kodes for å få et best mulig og helhetlig bilde av alle de ulike faktorene som kan være tilknyttet et barns og en families vansker (Moe & Mothander, 2009).

Enhver kode som settes i den multiaksiale klassifiseringen hører hjemme på kun en av de seks aksene, og alle aksene skal ha en hovedtilstand. Samtidig kan akse 1, 2, 3, 4 og 5 ha flere koder om det er nødvendig for en enda bredere forståelse av tilstandsbildet (Direktoratet for e-helse, 2018). I tillegg til at alle klientene i BUP skal kodes gjennom dette klassifikasjonssystemet, skal kodene som settes rapporteres til NPR. Med denne rapporteringen kan NPR blant annet lage statistikk slik at helsesystemene kan få kunnskap om hvem som oppsøker helsetjenesten og hvilket tilbud de trenger, noe som bidrar til en kvalitetssikring av spesialisthelsetjenesten (Norsk Pasientregisterforskrift, 2007, § 1-2). I *Norsk Pasientregisterforskrift* står det videre, under *Avsenders plikter til kvalitetskontroll*, at ”Avsender skal kontrollere at data som rapporteres er komplette og kvalitetssikret i henhold til gjeldende krav til rapportering” (Norsk Pasientregisterforskrift, 2007, § 2-3) noe som i utgangspunktet viser til det ansvaret terapeuter har for å sette en eller flere koder innenfor alle de seks ulike aksene. Samtidig har retningslinjene for koding blitt mindre strenge de siste årene, hvor det viktigste nå er at klienten har en meningsbærende kode på minst en av de seks aksene, inntil kartlegging og utredning er gjennomført og dette kan settes på alle aksene (Direktoratet for e-helse, 2018). Til tross for at det etter endt utredningsforløp skal settes en kode på akse 5, er det her en stor underrapportering. Akse 5 hadde en manglende koding på 41 prosent i 2011, og 32 prosent i 2018 (Indergård, Fuglset, Krogh, & Urfjell, 2019). Dette gir likevel indikasjon på at akse 5 i større grad benyttes nå enn tidligere.

Hver av de seks aksene har ulik struktur og enkelte av aksene har flere underkategorier enn andre akser. Denne oppgaven vil kun fokusere på akse 5 som omhandler avvikende psykososiale forhold. Akse 5 antas å være knyttet opp til kartlegging og diagnostisering av PTSD da disse hendelsene ofte kan kodes som avvikende psykososiale forhold rundt barnet.

Akse 5: avvikende psykososiale forhold

Akse 5 er et hjelpemiddel for koding av betydelige avvikende sider ved et barns psykososiale situasjon. Aksen består av ni underliggende kategorier med tilhørende koder. De ni kategoriene er (1) avvikende relasjoner innen familien, (2) psykisk forstyrrelse, avvik eller

funksjonshemming i barnets nærmeste familie, (3) inadekvat eller forstyrret kommunikasjon innen familien, (4) avvikende sider ved oppdragelsen, (5) avvikende nærmiljø, (6) akutte livshendelser, (7) samfunnsmessige belastningsfaktorer, (8) kronisk mellommenneskelig belastning i forbindelse med skole/arbeid, og (9) belastende hendelser/forhold som er et resultat av barnets egen forstyrrelse/funksjonshemming. Kodene i disse underkategoriene inkluderer utvalgte situasjoner i barnets miljø, og formålet er å kartlegge forhold som har en betydelig risikofaktor for barn og unges psykiske helse (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

I tillegg til å kode under kategoriene nevnt ovenfor, inneholder akse 5 en kode for ”ingen påvist tilstand” (kode 5000), og en kode for ”manglende informasjon” (kode 5999). Koden for ”manglende informasjon” benyttes kun i begynnelsen/underveis i en kartlegging, og terapeuten skal sette en kode når nødvendig informasjon er hentet inn. Det er enkelte koder innenfor akse 5 som antas å være relevante ved kartlegging av PTE. De utvalgte kodene som benyttes i denne studien er *fysisk barnemishandling* (5.1.3), *seksuelle overgrep innen familien* (5.1.4), *seksuelle overgrep utenfor familien* (5.6.4), *skremmende personlige erfaringer* (5.6.5), og *andre akutte livshendelser* (5.6.8). Kodene *fysisk barnemishandling* (5.1.3) og *seksuelle overgrep innen familien* (5.1.4) ligger under kategorien (1) Avvikende relasjoner innen familien, som handler om negative former for samhandling og relasjoner innen en familie. Til forskjell ligger kodene *seksuelle overgrep utenfor familien* (5.6.4), *skremmende personlige erfaringer* (5.6.5) og *andre akutte livshendelser* (5.6.8) under kategorien (6) Akutte livshendelser, som inneholder hendelser forbundet med ubehag som enten forårsaker langvarig negativ endring i tilværelsen, eller fører til at barnet/ungdommen får et svekket selvbilde. Begge kategoriene inneholder hendelser som med stor sannsynlighet vil kunne forårsake en vesentlig psykiatrisk risiko (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Videre i oppgaven presenteres en beskrivelse av de fem utvalgte kodene.

Koder innenfor akse 5

Koden *fysisk barnemishandling* (5.1.3) inkluderer alle eksempler på hendelser hvor barnet har blitt skadet av hvilken som helst voksen i hjemmet, i så stor grad at det er av medisinsk betydning, eller at det medfører former for vold som avviker fra det normale i subkulturen. Fysisk mishandling kan ha funnet sted når en straff blir så voldsom at den resulterer i bruddskader, når straffen innebærer at barnet har blitt slått med skarpe eller harde gjenstander, når straffen er et klart uttrykk for kontrollbrist hos utøver, eller når straffen fører

til fysiske traumer. Koden for *fysisk barnemishandling* ekskluderer vold fra personer utenfor husstanden (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Koden *seksuelle overgrep innen familien* (5.1.4) koder seksuelle forhold som incest, men også forhold som ikke er incestuøse. Koden inkluderer overgrep begått av biologiske foreldre, adoptivforeldre, steforeldre, eldre søsken, andre slektninger i husstanden, leieboere, eller nære venner av familien. Episoder anses som seksuelle overgrep når det har vært genital kontakt mellom overgriper og barnet, eller overgriper har berørt barnets bryster eller genitalier utover det som er kulturelt akseptert, eller dersom barnet har blitt overtalt til å berøre overgriperes bryster eller genitalier, eller overgriper har utsatt barnet for bevisst blotting av overgriperes bryster eller genitalier ved andre anledninger enn tilfeldig påkledning eller bading/dusjing, og når det har vært en annen form for fysisk kontakt eller blotting mellom barnet og overgriper som har ført til at en av partene har blitt seksuelt opphisset (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Koden *seksuelle overgrep utenfor familien* (5.6.4) inkluderer seksuelle episoder hvor overgriper er vesentlig eldre enn barnet, og/eller den seksuelle episoden oppsto på grunn av overgriperes stilling eller status (for eksempel at overgriper er barnets lærer eller lege). Seksuelle episoder regnes også som overgrep hvis barnet motvillig var med på handlingen. For å benytte koden må overgrepet inneholde berøring eller forsøk på berøring av enten barnets eller overgriperes bryster eller genitalier, eller at overgriper viser frem kjønnsorganene sine med forsøk på enten beføling eller nærkontakt med barnet. Blotting på avstand og blotting som ikke er direkte rettet mot barnet, kodes ikke her. Hvis overgriper forsøker å kle av barnet/får barnet til å kle av seg under omstendigheter hvor dette er sosialt uakseptabelt, eller hvis overgriper lokker barnet inn under omstendigheter hvor dette innebærer en psykologisk trussel, benyttes denne koden (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Koden *skremmende personlige erfaringer* (5.6.5) viser til korte, skremmende erfaringer som kan være en direkte eller indirekte trussel for barnets fremtidige trivsel eller helse. Koden inkluderer hendelser med stor usikkerhet om hvorvidt barnet vil overleve uten varige men (for eksempel kidnapping), hendelser med en alvorlig indirekte livstruende situasjon (for eksempel naturkatastrofer hvor nære omsorgspersoner dør eller blir alvorlig skadet, men barnet blir ikke skadet), hendelser som innebærer alvorlige trusler for barnets selvbilde eller trygghet (for eksempel arr eller personlig involvering i ulykker som medfører større skader på mennesker eller eiendom), hendelser som gir langvarige smerter (for alvorlige brannskader), hendelser hvor barnet er vitne til noe overlagt eller tilfeldig, men

alvorlig skjer med medlemmer av barnets nærmeste familie (for eksempel voldtekt, overfall eller en alvorlig trafikkulykke), hendelser som personlig berører og går ut over egne eiendeler/egen eiendom eller inneholder personlige trusler (for eksempel innbrudd), og hendelser som med stor sannsynlighet kan gjenta seg (for eksempel alvorlig mobbing). Samtidig ekskluderer koden naturkatastrofer som ikke berører barnet direkte men resulterer i at noen nær barnet dør, katastrofer som kan være en mulig trussel for barnet men som barnet selv ikke har opplevd direkte, uro i samfunnet, og livshendelser som innvirker på familiemedlemmer men som ikke berører barnet direkte (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Den siste koden som trekkes frem er *andre akutte livshendelser* (5.6.8). Koden inkluderer enhver annen akutt livshendelse som ikke blir dekket av kodene *tap av følelsesmessig relasjon* (5.6.0), eller *skremmende personlige erfaringer* (5.6.5). I tillegg må disse akutte livshendelsene tilfredsstillende generelle kriterier for hendelser som kan innebære en vesentlig langvarig trussel enten psykologisk eller fysisk (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Koden *tap av følelsesmessig relasjon* (5.6.0) ble vurdert å inkluderes i disse analysene da koden inkluderer tap av nære relasjoner som familie og venner, samt mobbing (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Samtidig omfatter koden flere faktorer som ikke ansees som relevante for en PTSD-diagnose. Koden ble vurdert som for bred, noe som ville kunne påvirke resultatene i negativ forstand, og ble derfor ikke inkludert i analysene. De ulike kodene innenfor akse 5 viser at det kan være flere avvikende psykososiale forhold i barnets miljø. Samtidig vil samme avvikende forhold kunne føre til ulike utfall, noe som kan skape utfordringer for terapeuter når de skal vurdere et tilstandsbilde.

Når vansker skal knyttes til årsak, og omvendt

Mangfold i prosess og utfall er et av de viktigste kjennetegnene innenfor utviklingspsykopatologi, og terapeuter jobber med forventninger om at det kan finnes flere bidrag i utviklingen av adaptive og maladaptive utfall hos et individ. Det betyr at ulike faktorer vil kunne bidra i ulik grad til utviklingen av ulike utfall hos en gruppe klienter (Carr, 2015). Dette kan forklare utfordringer knyttet til både kartlegging og diagnostisering når man møter barn og unge som har opplevd PTE. Mennesker og deres miljø er ulike, og bidragene i utviklingen av psykiske lidelser vil derfor variere fra individ til individ. Begrepene ekvifinalitet og multifinalitet viser hvordan ulike utviklingsveier kan føre til samme utviklingsresultat, og hvordan like utviklingsveier kan føre til ulike utviklingsresultat.

Begrepene viser til en heterogenitet blant individer som utvikler en spesifikk lidelse, og blir ofte sett i sammenheng med utviklingspsykopatologi (Cicchetti & Rogosch, 1996).

Ekvifinalitet er et begrep som viser at samme symptom/lidelse kan ha mange ulike årsaker (Cicchetti & Rogosch, 1999). Begrepet ble først benyttet i forbindelse med utviklingen av et embryo og viste til at utviklingen av en organisme kunne oppstå fra ulike reproduktive celler: en hel celle, en halv celle, eller to celler (Cicchetti & Rogosch, 1996). Ulik etiologi (årsak) vil kunne gi samme symptom/lidelse. For PTSD vil dette innebære at ulike traumatiserende erfaringer kan føre til samme utfall (PTSD) (Flouri, 2005). Til forskjell viser begrepet multifinalitet til at ulike utfall kan komme fra det samme opprinnelige startpunktet (Cicchetti & Rogosch, 1999). Lik etiologi (årsak) kan gi ulike lidelse. Prinsippet for multifinalitet er at hver komponent kan ha ulik funksjon avhengig av organiseringen av systemet komponenten fungerer i (Cicchetti & Rogosch, 1996). For PTSD vil multifinalitet vise til at samme type erfaring kan føre til ulike utfall (diagnoser) (Flouri, 2005). Eksponering for PTE er også assosiert med økt risiko for å utvikle andre psykiske lidelser enn PTSD, slik som blant annet depresjon og angst (Overstreet, Berenz, Kendler, Dick, & Amstadter, 2017). Det vil si at en voldtekt vil kunne føre til depresjon hos ett individ, og til PTSD hos ett annet individ. En utfordring knyttet til multifinalitet er at man risikerer å gi feil hjelp og feil behandling fordi man har gitt en klient feil diagnose, noe som kan være en følge av at man ikke har undersøkt hva som har frembrakt symptomet/symptomene.

Ekvifinalitet og multifinalitet viser hvor utfordrende det kan være å sette en diagnose når en klient har opplevd PTE, da flere ulike erfaringer vil kunne føre til at kriteriene for PTSD oppfylles. Samtidig vil samme erfaring ikke alltid oppleves som traumatiserende og en annen diagnose enn PTSD-diagnose kan bli riktigere å stille. Tidligere har prinsippene for ekvifinalitet og multifinalitet blitt knyttet til blant annet rusmisbruk og ADHD. Ekvifinalitet i forbindelse med rusmisbruk viser hvordan individer kan utvikle misbruk av rusmidler med bakgrunn i ulike utgangspunkt. Til forskjell vil multifinalitet forklare hvordan barn av rusmisbrukere kan arve en sårbarhet for selv å utvikle et rusmisbruk, men likevel ikke alltid utvikle et misbruk (Cicchetti & Rogosch, 1999). ADHD har ofte komorbiditet med andre psykiske lidelser, noe som er i samsvar med tanken om at samme utgangspunkt kan føre til flere utfall, altså multifinalitet (Steinberg & Drabick, 2015). I denne studien kan begrepene vise til utfordringer når man forsøker å knytte vansker til årsak, og årsaker til vansker. PTSD og tilpasningsforstyrrelse er de diagnosene som spesifikt er knyttet til opplevelsen av en belastende episode, og de psykiske lidelsene som undersøkes i denne studien. Oppgaven vil

derfor gå inn på diagnosekriteriene for PTSD og kompleks PTSD, før disse benyttes for å forklare hvordan PTSD kan forveksles med tilpasningsforstyrrelser.

Posttraumatisk stresslidelse og kompleks posttraumatisk stresslidelse

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er den psykiske lidelsen som i sterkest grad er assosiert med PTE (Alisic et al., 2014), og er derfor en sentral diagnose å trekke inn i forbindelse med traumekartlegging. I ICD-10 (som ble brukt da disse dataene ble samlet inn) beskrives lidelsen som å ”oppstå som en forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende hendelse eller situasjon av usedvanlig truende eller katastrofal art” (World Health Organization, 1999, s. 85). Symptomer som ofte er tilstede ved PTSD er påtrengende minner (flashbacks), drømmer, mareritt, nummenhet og følelsesmessig avflatning, distansering fra andre, nedsatte reaksjoner på omgivelsene, anhedoni, og unngåelse av aktiviteter og/eller situasjoner som kan minne om den traumatiserende hendelsen. I tillegg kan symptomene inkludere akutte utbrudd av frykt, panikk eller aggresjon, samt hyperaktivitet, lettskremthet, søvnløshet, og årvåkenhet (World Health Organization, 1999). Interpersonlige traumatiserende hendelser som overgrep og krig, fører oftere til PTSD enn tilfeldige traumatiserende hendelser som ulykker og naturkatastrofer, og vold og seksuelle overgrep er assosiert med høyere nivåer av PTSS enn andre traumatiserende hendelser (Trickey et al., 2012). Likevel kan både enkelthendelser og gjentatte hendelser føre til utviklingen av PTSD. Symptomdebut kan oppstå få uker eller flere måneder etter den traumatiserende hendelsen, men sjeldent etter mer enn seks måneder (World Health Organization, 1999).

PTSD-diagnosen har fått kritikk for å ikke fange opp kompleksiteten i symptombildet hos mennesker som har opplevd vedvarende og alvorlige traumatiserende hendelser. For å ivareta det komplekse symptombildet har ICD-11 definert to separate diagnoser. Disse er PTSD og kompleks PTSD. Selv om at diagnosene er separate, er de relaterte til hverandre. For å oppfylle diagnosekriteriene for kompleks PTSD må klienten ha vansker med affektregulering, et negativt selvilde, og interpersonlige vansker (Cloitre et al., 2013). I tillegg må alle diagnosekriteriene for PTSD også være oppfylt. Langvarige og gjentatte traumatiserende hendelser antas å være en risikofaktor for kompleks PTSD, men ikke en forutsetning for å stille diagnosen (World Health Organization, 2018).

Posttraumatiske stress-symptomer og tilpasningsforstyrrelser

Posttraumatiske stress-symptomer kan forveksles med symptomer på diagnosen tilpasningsforstyrrelser (F43.2), noe som viser til differensialdiagnostiske utfordringer når en skal forstå symptombildet til en klient. Både PTSD og tilpasningsforstyrrelser er i ICD-10 kategorisert under "F43. Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning". Symptomene på tilpasningsforstyrrelser inkluderer nedtrykthet, angst, bekymring, følelse av maktesløshet, manglende evne til planlegging, og vansker med å gjennomføre daglige rutiner. En av de diagnostiske retningslinjene for å få diagnosen tilpasningsforstyrrelser er at klienten må ha opplevd en belastende hendelse, situasjon eller livskrise. Det må i tillegg være tydelige holdepunkter for at lidelsen ikke ville ha oppstått uten denne belastende hendelsen, situasjonen eller livskrisen (World Health Organization, 1999). En stressor er altså nødvendig for å kunne oppfylle diagnosekriteriene for både tilpasningsforstyrrelser og for PTSD, noe som vil si at det mellom disse to diagnosene ikke bare er symptomoverlapp som kan forklare eventuell feildiagnostisering. Det som skiller PTSD-diagnosen fra tilpasningsforstyrrelser når det gjelder opplevelsen av en stressor, er grad av alvorlighet hendelse(n)e medbringer (Mahat-Shamir et al., 2017). Det betyr at stressoren vil kunne variere fra negative hendelser innen det normale spekteret av opplevelser, til traumatiske hendelser av svært alvorlig karakter (Maercker et al., 2013). Lignende symptomer og kriteriet om en opplevd belastende hendelse, situasjon eller livskrise stiller store krav til terapeuter i utredningsprosessen. Det blir derfor viktig å forstå hele omfanget av en hendelse, samt kartlegge for et bredt spekter av symptomer.

Utfordringer knyttet til traumesymptomer som overlappende symptomer

Traumesymptomer samsvarer ofte, men ikke alltid, med symptomene på PTSD, og kan i tillegg være forbundet med symptomer på andre psykiske lidelser som blant annet depresjon og angst (Se Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2018 for en oversikt). Dette kan skape utfordringer for terapeuter når vansker skal forstås og en diagnose skal vurderes. Videre i denne oppgaven presenteres en gjennomgang av ulike traumesymptomer, da det er sentralt å ha forståelse for hvordan opplevde traumer kan komme til uttrykk hos barn og unge. Samtidig blir traumesymptomene knyttet til symptomer på ADHD, depresjon og angst for å forklare symptomoverlapp og komorbiditet med andre psykiske lidelser som er høyprevalente i BUP.

Traumesymptomer

I følge Cohen et al. (2018) refererer begrepet ”traumesymptomer” til emosjonelle, atferdsmessige, kognitive, fysiske, og/eller mellommenneskelige vansker som er spesifikt knyttet til opplevelsen av traumatiserende hendelser. De deler derfor traumesymptomer inn i kategoriene (1) affektive, (2) atferdsmessige, (3) kognitive, (4) mellommenneskelige/interpersonlige, og (5) biologiske symptomer. Alle kategoriene av traumesymptomer vil i ulike grad inneholde uttrykk som kan forveksles med symptomer på andre psykiske lidelser enn PTSD, noe som bidrar til vansker med å identifisere barn og unge som har opplevd traumatiserende hendelser.

Affektive traumesymptomer inkluderer frykt, tristhet, depressive symptomer, sinne, og/eller alvorlig affektiv dysregulering. Den alvorlige affektive dysreguleringen kan innebære hyppige humørsvingninger og/eller vansker med å takle negative affektive tilstander (McLean & Foa, 2017). Ved eksponering for traumepåminnere vil enkelte barn kunne oppleve den samme fysiologiske og psykologiske fryktreaksjonen som de opplevde ved den traumatiserende erfaringen. I tillegg til opplevelsen av frykt, vil det som følge av den traumatiserende erfaringen kunne utvikle seg en form for angst. Denne angsten kan gjøre at barnet kjenner på større grad av utrygghet og årvåkenhet, som i sin tur vil kunne påvirke barnets atferd (Cohen et al., 2018). Angsten som kan utvikles i etterkant av en opplevd traumatiserende erfaring kan forveksles med andre angstlidelser som også inneholder symptomer som blant annet frykt (World Health Organization, 1999). Affektive traumesymptomer vil videre kunne ligne på symptomer på depressive lidelser som også har et tilstandsbilde som inkluderer tristhet og depressive symptomer. Angst og depresjon er de psykiske lidelsene som oftest er komorbid med PTSD (Stander, Thomsen, & Highfill-McRoy, 2014), noe som kan gjøre det vanskelig å skille diagnosene fra hverandre. Det som likevel skiller PTSD fra angst og depresjon er blant annet påtrengende minner (flashbacks) fra opplevde traumatiserende erfaringer, sammen med en assosiert fysiologisk reaktivitet (Damian et al., 2011). Affektiv dysregulering er også et symptom som overlapper med ADHD, og som et eksempel vil sinne kunne komme til uttrykk både ved PTSD og ved ADHD (Shaw, Stringaris, Nigg, & Leibenluft, 2014).

Atferdsmessige traumesymptomer refererer til former for atferd som er blitt utviklet i et forsøk på å unngå vonde og vanskelige følelser. Unngåelse er en slik form for atferd (Orcutt, Reffi, & Ellis, 2020), og unngåelse av traumepåminnere er et kjennetegn ved PTSD. Unngåelse innebærer å unngå tanker, steder, mennesker eller situasjoner som kan utløse

minner om det traumatiske som har hendt. En konsekvens av unngåelsen kan være begrensninger i utviklingsmessige aktiviteter som å sove alene eller skolevegring. Også de atferdsmessige traumesymptomene vil kunne overlape med andre psykiske lidelser. For eksempel vil unngåelse kunne være en stor del av symptombildet ved ulike angstlidelser som sosial angst, samt ved depressive lidelser (World Health Organization, 1999). Unngåelsen vil ikke alltid være en hensiktsmessig og vellykket mestringsstrategi, spesielt hvis barnet ofte møter traumepåminnere i hverdagen. Barnet kan da utvikle emosjonell nummenhet, det vil si at barnet ikke kjenner på følelser, eller dissosiasjon for å beskytte seg mot overveldende følelser. Barn kan også utvikle traumerelatert atferd som en konsekvens av modellering eller traumatisk identifikasjon. Ved modellering lærer barnet maladaptiv atferd som for eksempel at sinne og vold er aksepterte måter å håndtere ubehagelige følelser på. Traumatisk identifikasjon handler om å identifisere seg med den som utøver den traumatiserende handlingen. For å takle vanskelige følelser knyttet til utøver/overgriper, kan barnet identifisere seg med og ta holdninger, synspunkter og atferd fra vedkommende. Andre former for atferdsmessige traumesymptomer er selvskadning og risikoatferd (for eksempel rusbruk) (Cohen et al., 2018). Mange av de atferdsmessige traumesymptomene vil kunne overlape med symptomer på ADHD, og resultater fra psykoterapiforskning viser at barn med ADHD ofte har symptomer som ligner på reaksjoner etter opplevelsen av PTE (Daud & Rydelius, 2009). ADHD kan, i henhold til ICD-10 (World Health Organization, 1999), komme til uttrykk gjennom overaktivitet, manglende utholdenhet i aktiviteter, økt impulsivitet, og gjennom vedvarende atferdsmønstre av dyssosial, aggressiv eller utfordrende art. Barn som har opplevd traumatiserende erfaringer kan utvikle ulike måter å forstå og reagere på. Disse måtene kan ofte være maladaptive og kan ligne på symptomer på ADHD. For eksempel kan symptomet årvåkenhet ligne på hyperaktivitet og impulsivitet, mens unnvikende atferd kan ligne på uoppmerksomhet (Spitzer, Schrage, Imagawa, & Vanderbilt, 2017). En gjennomgang av symptomene på ADHD og atferdsmessige traumesymptomer viser derfor stor grad av overlapp, noe som indikerer at PTSS kan forveksles med symptomer på ADHD.

Kognitive traumesymptomer viser til endringer i kognisjoner (tanker) om seg selv, om andre mennesker, og om verden. Barnet kan utvikle feilaktige og irrasjonelle antagelser når det leter etter forklaringer på hva som har hendt og hvorfor det har hendt. En vanlig kognisjon er å skylde på seg selv, enten ved å ta ansvar for hendelsen eller ved å ta ansvar for å ikke ha klart å avverge en hendelse. Dette kan videreutvikle seg til tanker om at en selv er et dårlig menneske, eller at en burde skamme seg for det som har hendt. Negative tanker om seg selv

kan være en sentralt del av et tilstandsbilde ved depressive lidelser, hvor klienten ofte har nedsatt selvfølelse og selvtillit. I tillegg vil depressive lidelser kunne inkludere stor grad av bekymring og grubling, noe som gjør at de kognitive traumesymptomene kan misforstås (World Health Organization, 1999). Barn som er utsatt for langvarige menneskeskapt traumatiserende hendelser som barnemishandling, omsorgssvikt eller vold, fremstår å være spesielt sårbare for å utvikle slike kognisjoner. Kognitive traumesymptomer kan også innebære endringer i tanker når det gjelder relasjoner til andre, som at ingen er til å stole på. Å miste troen på at verden er et rettferdig sted, er et eksempel på endring av tanker om omverdenen (Cohen et al., 2018). Utviklingen av negative kognisjoner om seg selv, andre, og verden etter opplevelsen av PTE henger ofte sammen med utviklingen av PTSD (Ali, Dunmore, Clark, & Ehlers, 2002).

Mellommenneskelige traumesymptomer, også kalt interpersonlige traumesymptomer, refererer til endringer i mellommenneskelige relasjoner. Her handler det ikke om endring i tanker rundt relasjoner, som ved kognitive traumesymptomer, men om endringer i relasjoner barnet har til andre. Kategorien inkluderer symptomer som tilbaketrekning fra sosial interaksjon eller fra aktiviteter barnet tidligere har gledet seg over, noe som overlapper med symptomer på depresjon og angst (World Health Organization, 1999). Mellommenneskelige traumesymptomer kan også innebære at man slutter å dele egne følelser med andre, spesielt med andre som du tidligere har delt følelser med. Barn og unge med mellommenneskelige traumesymptomer kan ofte oppleve utfordringer med å etablere og opprettholde nye relasjoner (Cohen et al., 2018; Klain & White, 2013).

Som siste kategori av traumesymptomer handler biologiske traumesymptomer om endringer i hjernens fungering som følge av opplevelsen av traumatiserende hendelser. Et gjennomgående funn er at vold, overgrep og omsorgssvikt i barndommen skaper overfølsomhet i HPA-aksen. Denne aksen er sentral for kroppens stressreaksjoner, og en overfølsomhet vil kunne føre til økt utskillelse av stresshormoner som adrenalin og kortisol. Høy utskillelse av disse hormonene vil derfor kunne føre til en økt sensitivitet i kroppens alarmsystem (Petersen, Joseph, & Feit, 2014). Nevrobiologiske endringer kan derfor forsterke vanskene med blant annet affektregulering (De Bellis et al., 1999), og når endringene i hjernen varer over lengre tid kan de bidra til opprettholdelsen av affektive, atferdsmessige, kognitive og interpersonlige traumesymptomer (Cohen et al., 2018). En økt sensitivitet i kroppens stressreaksjon kan blant annet føre til atferd som er preget av hyperaktivering, noe som kan komme til uttrykk gjennom urolighet, lite konsentrasjon og emosjonell

dysregulering. Disse uttrykkene kan også være til stede ved ADHD, og innhenting av informasjon om PTE vil derfor være en viktig forutsetning for å kunne skille mellom PTSD og ADHD. Grunnet symptomoverlapp mellom ADHD og PTSD, og en sterk økning i henvisninger med mistanke om ADHD de siste tiårene, har Reigstad og Kvernmo (2015) foretatt en undersøkelse for å se på sammenhengen mellom symptomer på ADHD og opplevelsen av belastende livshendelser blant 10.-klassinger i Nord-Norge. Resultatene fra undersøkelsen viste at belastende livshendelser forekommer mer enn dobbelt så hyppig blant unge som skårer over klinisk grense for ADHD, sammenlignet med unge som ikke skårer over klinisk grense for ADHD. Den høye forekomsten av belastende livshendelser viste seg å gjelde for alle typer traumatiserende erfaringer (Reigstad & Kvernmo, 2015).

Kategoriene ovenfor rommer et bredt spekter av ulike symptomer, og disse er ofte til stede når en klient har opplevd en eller flere traumatiserende hendelser. Samtidig kan også disse symptomene være til stede ved flere andre psykiske lidelser, og mange av traumesymptomene overlapper med andre tilstandsbilder. Overlappende symptomer kan derfor være en forklaring på hvorfor det kan være utfordrende å vurdere et tilstandsbilde, og stille riktig diagnose. ADHD, depresjon, og angst har alle symptomer som overlapper med de ulike traumesymptomene, og vil derfor kunne være alternative diagnoser til PTSD, noe som innebærer at alternative tilstandsbilder kan bli vurdert. Dette indikerer at innhenting av informasjon om PTE vil være en viktig forutsetning for god differensialdiagnostikk. I tillegg vil ADHD, depresjon og angst kunne være psykiske lidelser som er komorbide med PTSD, altså at flere lidelser er til stede samtidig. Andre psykiske lidelser, som prodromalfasen ved psykose, autismespekterforstyrrelser, spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser (for eksempel borderline), vil også kunne ha overlappende symptomer, men trekkes ikke inn i denne oppgaven da jeg velger å fokusere på de lidelsene som er høyfrekvente i BUP og som har høyere komorbiditet med PTSD (Folkehelseinstituttet, 2018).

Viktigheten av differensialdiagnostikk

De ulike symptomkategoriene ovenfor viser hvordan traumatiserende erfaringer kan komme til uttrykk på varierende måter, noe som gjør at symptomene kan misforstås. I tillegg viser PTSS og PTSD høy grad av komorbiditet med en rekke andre psykiske lidelser (Copeland, Keeler, Angold, & Costello, 2007; Lewis et al., 2019), noe som øker kravet knyttet til differensialdiagnostikk. Mange barn og unge som opplever traumatiserende

hendelser vil kunne ha symptomer som ikke tolkes som alvorlige nok til å tilfredsstillere kriteriene for en PTSD-diagnose. Samtidig, hvis symptomene ikke forstås i riktig lys og derfor ikke behandles, kan eksponeringen for traumatiserende hendelser føre til både kortvarige og langvarige konsekvenser, både utviklingsmessig, psykologisk og atferdsmessig (Conradi, Wherry, & Kisiel, 2011). Det er derfor viktig at terapeuter er gode på differensialdiagnostikk, og at de har forståelse for at traumesymptomer kan komme til uttrykk gjennom symptomer som ligner på andre psykiske lidelser.

Metode

Formål, problemstilling og hypoteser

Formålet med denne studien er å oppnå en bedre forståelse av hva som skal til for å identifisere flere barn og unge med PTSS, slik at de kan få riktig og tilpasset hjelp. Globalt viser forskning at mange barn og unge opplever PTE, og at disse hendelsene ikke alltid blir avdekket i hjelpesystemene. Derfor er det viktig å undersøke hva som kan være til hjelp for terapeuter i denne identifiseringsprosessen. I denne studien ønsker jeg å undersøke hvordan implementering av rutinemessig kartlegging av PTE har sammenheng med identifisering av barn og unge med PTSS. Problemstillingen i denne studien er: ”Har implementering av rutinemessig kartlegging av potensielt traumatiserende erfaringer i psykisk helsevern for barn og unge sammenheng med antall rapporteringer av”:

- Utvalgte koder innenfor akse 5 (avvikende psykososiale forhold); *fysisk barnemishandling* (kode 5.1.3), *seksuelle overgrep innen familien* (kode 5.1.4), *seksuelle overgrep utenfor familien* (kode 5.6.4), *skremmende personlige erfaringer* (kode 5.6.5), og *andre akutte livshendelser* (kode 5.6.8)
- Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (F43.1)
- Tilpasningsforstyrrelser (F43.2)

Denne studien har tre hypoteser knyttet til problemstillingen ovenfor:

1. Implementering av rutinemessig kartlegging av PTE vil føre til et økt antall rapporteringer av *fysisk barnemishandling*, *seksuelle overgrep innen familien*, *seksuelle overgrep utenfor familien*, *skremmende personlige erfaringer*, *andre*

- akutte livshendelser*, og PTSD fra ett år før implementering til to år etter implementeringen.
2. Antallet rapporteringer av *fysisk barnemishandling, seksuelle overgrep innen familien, seksuelle overgrep utenfor familien, skremmende personlige erfaringer, andre akutte livshendelser*, og PTSD vil fortsette å øke fra to år til tre år etter implementeringen.
 3. Implementering av rutinemessig kartlegging av PTE vil føre til en nedgang i antall rapporteringer av tilpasningsforstyrrelser.

Design

Denne studien baserer seg på kvantitative analyser med data fra BUPer i hele Norge som deltok i implementeringsprosjektet ”Behandling av traumatiserte barn og unge, TF-CBT implementering” i perioden 2012-2017. Studien er en ikke-eksperimentell undersøkelse da analysene tar utgangspunkt i registerdata. Analysene er en pre-post-undersøkelse med tre ulike tidspunkt; T1) ett år før oppstart av implementering av TF-CBT og innføring av rutinemessig traumekartlegging, T2) to år etter oppstart av implementeringen, og T3) tre år etter oppstart av implementeringen. Samtidig som analysene er en pre-post-undersøkelse er det viktig å påpeke at implementeringsprosessen er en langvarig prosess. Det betyr at enkelte av BUPene fortsatt kan være i implementeringsprosessen flere år etter implementeringsstart. Ved å bruke datagrunnlag fra før og etter oppstart av implementeringsprosjektet vil jeg kunne undersøke en eventuell sammenheng mellom implementering av et kartleggingsverktøy og endring i rapportering og diagnostisering. Datamaterialet som blir benyttet er hentet fra NPR og inneholder data fra 2011 til og med 2017.

Implementering av rutinemessig kartlegging

I implementeringsprosjektet ved NKVTS ble det benyttet ulike implementeringsstrategier. Det ble gitt veiledning og opplæring til terapeuter i behandlingsmetoden TF-CBT. Samtidig ble rutinemessige verktøy for å kartlegge PTE og posttraumatisk stress innført. KATE (Kartlegging av traumeerfaringer) ble benyttet for å kartlegge PTE (se Vedlegg 1), mens CPSS (Child PTSD Symptom Scale) og CATS (Child

Adolescent Trauma Screen)¹ ble benyttet for å kartlegge posttraumatisk stress (se Vedlegg 2 og Vedlegg 3). Det ble gitt opplæring til alle terapeutene i de deltakende klinikkene i bruken av disse kartleggingsverktøyene.

Målet i implementeringsprosjektet var å implementere TF-CBT og en rutinemessig kartlegging av PTE i de fleste BUPene i Norge, men i 2015 ble det satt en inntaksstopp grunnet kapasitet. Totalt 43 BUPer var med i hele implementeringsperioden fra 2012-2017, et antall som representerer rundt 50 prosent av hele landets BUPer. I implementeringsprosjektet var målene for full implementering: 1) at klinikken hadde etablert gode rutiner for å kartlegge PTE barnet kan ha opplevd og vurdere PTSS, 2) at kapasiteten på TF-CBT-tilbudet var tilstrekkelig til å kunne tilby alle klienter i behov for traumebehandling TF-CBT, 3) at alle TF-CBT terapeutene ved klinikken hadde fullført opplæringen av TF-CBT, og 4) at det ved klinikken hadde blitt etablert en veilederfunksjon for å sikre vedlikehold av tilbudet over tid (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2017).

Deltakere

Deltakerne i dette utvalget er barn og unge i alderen 6-18 år henvist til BUP. Inklusjonskriteriene for analysene er at BUPene har deltatt i implementeringsprosjektet ”Behandling av barn og unge med traumer, TF-CBT implementering” i løpet av perioden 2012-2017. Da analysene belager seg på to sammenligninger (T1-T2 og T2-T3) er også et inklusjonskriterium at BUPene som benyttes har registrerte data fra enten en eller begge sammenligningene. Dette kriteriet sikrer at analysene kun benytter BUPer med data fra minst to sammenlignbare tidspunkt (enten T1-T2, eller T2-T3). Det vil si at de samme BUPene sammenlignes med hverandre, enten ved T1-T2 eller ved T2-T3. Av totalt 43 implementerings-BUPer blir det i disse analysene benyttet data fra 27 BUPer. De resterende BUPene (n=17) mangler data fra minst ett tidspunkt og kunne derfor ikke benyttes i noen av sammenligningene. BUPer som gjennom årene har falt ut av implementeringsprosessen (n=10) benyttes ikke i disse analysene.

¹ CPSS ble benyttet for å måle PTSS i henhold til DSM-IV fram til 2015. Da DSM-5 ble innført ble CPSS byttet ut med CATS slik at man kunne måle symptomer i henhold til den nye manualen.

Prosedyre

Datafilen som er grunnlaget for denne studien var allerede innhentet av forsker Ane-Marthe Solheim Skar. Da datafilen ble mottatt inneholdt den grupperinger for alder og kjønn. I tillegg inneholdt datafilen grupperingene institusjon, diagnoser, og koder innenfor akse 5. Datafilen ble mottatt som en SPSS-fil, og ble sortert i IBM SPSS, versjon 25. Sorteringen i SPSS innebar blant annet koding for starttidspunktet (år) for implementeringen av rutinemessig kartlegging av PTE. For å kunne gjennomføre analyser, ble datafilen konvertert til statistikkprogrammet R. For å undersøke om konverteringen fra SPSS til R førte til feil eller missing i datamaterialet, ble det gjennomført kontroller for hvert av årene datafilen inneholdt datamateriale, det vil si fra 2011 og til og med 2017. Disse kontrollene ble gjennomført ved å undersøke om tallene representert i SPSS samsvarte med tallene representert i R. Kontrollene viste samsvar mellom programmene.

Datamaterialet inneholdt en rekke manglende rapporteringer som etter klargjøring med NPR ble satt til verdien 0. Grunnen til dette er at rapportering av de utvalgte kodene innenfor akse 5, PTSD og tilpasningsforstyrrelser, kun gjøres dersom avvikende psykososiale forhold eller diagnose er tilstede, og ikke dersom forhold eller diagnose ikke forekommer. Som et eksempel vil fysisk barnemishandling kun rapporteres under koden *fysisk barnemishandling* om fysisk mishandling har forekommet/forekommer. Likeledes vil en diagnose for PTSD eller tilpasningsforstyrrelser kun rapporteres om diagnosen er til stede.

I den mottatte datafilen var n lavere enn 5 ($n= 1-4$) kodet med tallet 3 for å beholde anonymiteten til klientene. Det betyr at hver gang det ble rapportert 1-4 tilfeller av en diagnose eller kode innenfor akse 5 i en enkelt BUP, vises dette med tallet 3 i datamaterialet. En antagelse er at det etter implementering vil være flere 3-tall som representerer en høyere verdi på grunn av økt bevissthet rundt PTE (se diskusjon). I sorteringen ble tallet 3 valgt til å ha en faktisk verdi på 2. Før analysene ble satt i gang ble det gjennomført kontroll av verdiendringen av tallet 3. Kontrollen undersøkte om kommandoen $3=2$ gav store utslag. Dette ble gjort ved å sette verdien tilbake til 3, samt til verdien 1,5. Ingen av kontrollene gav vesentlige utslag og verdiendringen $3=2$ ble benyttet i analysene.

Analyser

Analysene ble gjort under veiledning av statistiker Tore Wentzel-Larsen ved NKVTS. Analysene ble hovedsakelig gjennomført ved å benytte Bootstrap. Bootstrap er en metode som brukes for å undersøke usikkerhet i et estimat (Efron & Tibshirani, 1986). Ved bruk av Bootstrap vil nye datasett simuleres med utgangspunkt i det opprinnelige datasettet. Dette gjøres ved gjentatte tilfeldige uttrekk med tilbakelegging av data (Haugen, 2012). Bootstrap ble her benyttet for å finne 95%-konfidensintervall.

Analyseprosessen besto av to deler, det vil si to sammenligninger. I den første analysen, som sammenlignet data fra T1 med T2, ble data fra 25 BUPer benyttet. I den andre analysen, som sammenlignet data fra T2 med T3, ble data fra 22 BUPer benyttet. Selve analysene ble gjennomført ved å se på gjennomsnittet av ulike forholdstall ved T1, T2 og T3, for deretter å regne ut en differanse mellom forholdstallene ved de to valgte tidspunktene (enten T1 og T2, eller T2 og T3). I statistikkprogrammet R ble disse analysene gjennomført ved at jeg først fant et forholdstall for hver enkelt BUP, noe som ble gjort for å undersøke hvor stor andel barn, innenfor en spesifikk BUP i et gitt år, som fikk en kode på akse 5, PTSD eller tilpasningsforstyrrelse. Det vil si forholdet mellom antall barn med kode på akse 5, PTSD eller tilpasningsforstyrrelse i en BUP og det totale antallet barn i den samme BUPen. For å kunne undersøke hvor stor andel barn av det totale antallet barn i en BUP, hvor terapeuten rapporterte en kode innenfor akse 5, PTSD eller tilpasningsforstyrrelse, ble gjennomsnittet av antall rapporteringer delt på gjennomsnittet av variabelen "alle diagnoser", som viser til alle diagnosene satt ved en BUP i løpet av ett år. Grunnet manglende data på det eksakte antallet barn som hadde vært til behandling ved en BUP i løpet av det gitte året, ble "alle diagnoser" benyttet som estimat for antall barn. For å finne dette forholdstallet laget jeg en funksjon som delte antall rapporteringer av utvalgte koder innenfor akse 5, PTSD eller tilpasningsforstyrrelse i en spesifikk BUP, på "alle diagnoser" rapportert innenfor samme BUP. Dette gav meg et forholdstall for hver BUP ved alle de tre valgte tidspunktene, som vist her:

$$\frac{\text{Antall rapporteringer av kode innenfor akse 5, PTSD eller tilpasningsforstyrrelse i en BUP}}{\text{Alle diagnoser" i samme BUP}} = \text{Forholdstall}$$

Etter å ha regnet ut alle forholdstallene, ble funksjonen videre benyttet for å finne gjennomsnittet av alle forholdstallene ved et gitt tidspunkt. Det vil si at alle forholdstallene for alle BUPene ved et gitt tidspunkt ble slått sammen for deretter å regne ut gjennomsnittet av disse forholdstallene. Dette gav muligheten til å sammenligne et gjennomsnitt for ett gitt år med et annet gjennomsnitt for et annet gitt år. Til slutt ble gjennomsnittene benyttet for å finne en differanse mellom tidspunkter ved at et gjennomsnitt ble trukket fra et annet. Disse analysene ble gjennomført for rapportering av kodene for *fysisk barnemishandling, seksuelle overgrep innen familien, seksuelle overgrep utenfor familien, skremmende personlige erfaringer, og andre akutte livshendelser*. Analysene ble også gjennomført for rapportering av PTSD og tilpasningsforstyrrelse.

Bootstrap-metoden ble benyttet med 10.000 tilfeldige uttrekk fra datamaterialet. Resultatene omfattet grafiske sjekker, og ingen vesentlige problemer ble avdekket. Siste steg i analysene var å beregne konfidensintervall, her gjennom BCa (bias-corrected and accelerated) Bootstrap. BCa-metoden er anerkjent som en god framgangsmåte innenfor Bootstrap. Konfidensintervall ble beregnet for alle fem kodene innenfor akse 5 og for PTSD og tilpasningsforstyrrelser.

Det ble også undersøkt om akse 5 sammenslått hadde en tendens til å øke etter implementering av rutinemessig kartlegging av PTE. Dette ble undersøkt ved å slå sammen alle rapporteringene av alle kodene innenfor hele akse 5, for deretter å lage en deskriptiv fremstilling av samlet sum av antall rapporteringer innenfor akse 5 opp mot ”alle diagnoser” satt i en BUP for et gitt år.

Etiske implikasjoner

Datamaterialet som ble benyttet i denne studien inneholder sammenslåtte data som er gruppert slik at ingen enkeltpersoner vil kunne identifiseres. Det er data om BUPer, ikke data om enkeltpersoner. Når antall barn som får en diagnose eller en kode innenfor akse 5 er lavere enn 5 ($n= 1-4$), rapporteres data med en pregenerert verdi for å opprettholde og sikre konfidensialitet. Tilgjengeliggjøring av data skjedde med hjemmel i Norsk Pasientregisterforskrift §3-5 (Norsk Pasientregisterforskrift, 2007, § 3-5).

Resultater

Resultatene viser endring i prosent, 95%-konfidensintervall og p-verdi ved både første sammenligning (ett år før implementering (T1) og to år etter implementering (T2)) og ved andre sammenligning (to år etter implementering (T2) til tre år etter implementering (T3)). Endring i prosent viser til en økning eller nedgang i antall barn, av det totale antallet barn på en enkelt BUP et enkelt år, som har fått en av de utvalgte kodene på akse 5, PTSD eller tilpasningsforstyrrelse. Videre viser konfidensintervallet med sin nedre og øvre grense at endringen i antall rapporteringer av en kode eller en diagnose kan ha stor usikkerhet. Et smalere konfidensintervall vil kunne tyde på mindre usikkerhet, mens et bredere konfidensintervall vil kunne tyde på større usikkerhet. Konfidensintervallet gir også noe informasjon om statistisk signifikans og benyttes her for å tolke om p-verdien er over eller under 0.05. Som en grov indikasjon på evidens for endring vil det derfor i det følgende legges vekt på om 95%-konfidensintervallet inneholder 0, eller ikke. Når konfidensintervallets øvre og nedre grense holder seg på samme side av 0, kan dette vise til en p-verdi på under 0.05 og gir evidens for en signifikant endring (grunnet begrensninger med datamaterialet oppgis ikke en mer eksakt p-verdi; se diskusjonsdelen). I tilfeller hvor konfidensintervallet krysser 0 vil p-verdien være over 0.05, og en kan ikke si at endringen er signifikant.

Tabell 1 viser resultatene for endring i antall rapporteringer av *fysisk barnemishandling, seksuelle overgrep innen familien, seksuelle overgrep utenfor familien, skremmende personlige erfaringer, og andre akutte livshendelser* fra T1 til T2. Tabellen viser en generell økning av antall rapporteringer av de utvalgte kodene innenfor akse 5. Med en p-verdi på under 0.05 vises en signifikant økning i antall rapporteringer av *fysisk barnemishandling, seksuelle overgrep utenfor familien, og skremmende personlige erfaringer*. For antall rapporteringer av *seksuelle overgrep innen familien og andre akutte livshendelser* viser resultatene en økning i prosent, men med en p-verdi på over 0.05 (og dermed et konfidensintervall som omfatter 0) er ikke disse endringene signifikant. Tabell 1 viser ved enkelte koder et stort spenn i den øvre og den nedre grensen av 95%-konfidensintervallet, og et bredt konfidensintervall kan tyde på stor usikkerhet knyttet til endringen.

Tabell 1.

Endring i prosent, 95%-konfidensintervall og p-verdi for utvalgte koder under akse 5, T1-T2*

Koder akse 5	Endring i prosent	Konfidensintervall 95%		p-verdi*
		Nedre grense	Øvre grense	
<i>Fysisk barnemishandling</i> (5.1.3)	3,3	1,3	9,8	<0.05
<i>Seksuelle overgrep innen familien</i> (5.1.4)	0,7	-0,3	2,5	>0.05
<i>Seksuelle overgrep utenfor familien</i> (5.6.4)	0,6	0,1	1,6	<0.05
<i>Skremmende personlige erfaringer</i> (5.6.5)	3,7	2,2	5,5	<0.05
<i>Andre akutte livshendelser</i> (5.6.8)	0,7	-0,3	2,6	>0.05

* Eksakt p-verdi rapporteres ikke grunnet begrensninger med datamaterialet (se diskusjon)

Tabell 2, som sammenligner T2 og T3, viser resultatene for endring i antall rapporteringer av *fysisk barnemishandling*, *seksuelle overgrep innen familien*, *seksuelle overgrep utenfor familien*, *skremmende personlige erfaringer*, og *andre akutte livshendelser*. Til forskjell fra Tabell 1 viser Tabell 2 en nedgang i antall rapporteringer innenfor alle kodene utenom koden for *skremmende personlige erfaringer*. Samtidig er det kun nedgangen i antall rapporteringer av *seksuelle overgrep innen familien* der begge konfidensgrensene er på samme side av 0, noe som kan vise til p-verdi på under 0.05 og til en signifikant endring. Dette betyr at endringen i antall rapporteringer av *fysisk barnemishandling*, *seksuelle overgrep utenfor familien*, *skremmende personlige erfaringer*, og *andre akutte livshendelser* er mer usikre og dermed ikke signifikante. I likhet med Tabell 1 viser Tabell 2 ved enkelte koder et stort spenn i den øvre og den nedre grensen av 95%-konfidensintervallet.

Tabell 2.

Endring i prosent, 95%-konfidensintervall og p-verdi for utvalgte koder under akse 5, T2-T3*

Koder akse 5	Endring i prosent	Konfidensintervall 95%		p-verdi*
		Nedre grense	Øvre grense	
<i>Fysisk barnemishandling (5.1.3)</i>	-1,8	-7,7	0,4	>0.05
<i>Seksuelle overgrep innen familien (5.1.4)</i>	-1,5	-4,3	-0,1	<0.05
<i>Seksuelle overgrep utenfor familien (5.6.4)</i>	-0,3	-1,4	0,01	>0.05
<i>Skremmende personlige erfaringer (5.6.5)</i>	0,6	-0,6	2,2	>0.05
<i>Andre akutte livshendelser (5.6.8)</i>	-1,2	-3,7	0,1	>0.05

* Eksakt p-verdi rapporteres ikke grunnet begrensninger med datamaterialet (se diskusjon)

Tabell 3 viser endring i antall rapporteringer av PTSD, både ved første sammenligning (T1-T2), og ved andre sammenligning (T2-T3). Samme tendens som ble sett for antall rapporteringer av de utvalgte kodene innenfor akse 5 kan også sees ved antall rapporteringer av PTSD. Tabell 3 viser en økning av prosent når ett år før implementering sammenlignes med to år etter implementering. Med en p-verdi på under 0.05 viser dette til en signifikant økning. Når to år etter implementering sammenlignes med tre år etter implementering vises en nedgang i prosent, men med en p-verdi på over 0.05 viser ikke denne nedgangen til en signifikant endring. Konfidensintervallets øvre og nedre grense, både ved T1-T2 og ved T2-T3, viser til moderat usikkerhet.

Tabell 3.

Endring i prosent, 95%-konfidensintervall og p-verdi for posttraumatisk stresslidelse (PTSD), T1-T2 og T2-T3*

	Endring i prosent	Konfidensintervall 95%		p-verdi*
		Nedre grense	Øvre grense	
PTSD: 1 år før til 2 år etter implementering	1,3	0,6	2,2	<0.05
PTSD: 2 år etter til 3 år etter implementering	-0,1	-0,8	0,9	>0.05

* Eksakt p-verdi rapporteres ikke grunnet begrensninger med datamaterialet (se diskusjon)

Tabell 4 viser endring i antall rapporteringer av tilpasningsforstyrrelser ved T1-T2, og ved T2-T3. Resultatene for tilpasningsforstyrrelser viser også samme tendens som for de utvalgte kodene innenfor akse 5 og for PTSD. Først vises det en økning i antall rapporteringer fra ett år før implementering til to år etter implementering, før resultatene viser en nedgang i antall rapporteringer fra to år etter implementering til tre år etter implementering. Likevel kan jeg ikke si at økning fra ett år før implementering til to år etter implementering er signifikant da endringen har en p-verdi på over 0.05. For nedgangen fra to år etter implementering til tre år etter implementering er begge konfidensgrensene på samme side av 0, noe som indikerer en p-verdi på under 0.05 og som viser til en signifikant endring. Konfidensintervallet for tilpasningsforstyrrelser viser en moderat spredning, noe som indikerer at det er en del usikkerhet knyttet til endringen.

Tabell 4.

Endring i prosent, 95%-konfidensintervall og p-verdi for tilpasningsforstyrrelser, T1-T2 og T2-T3*

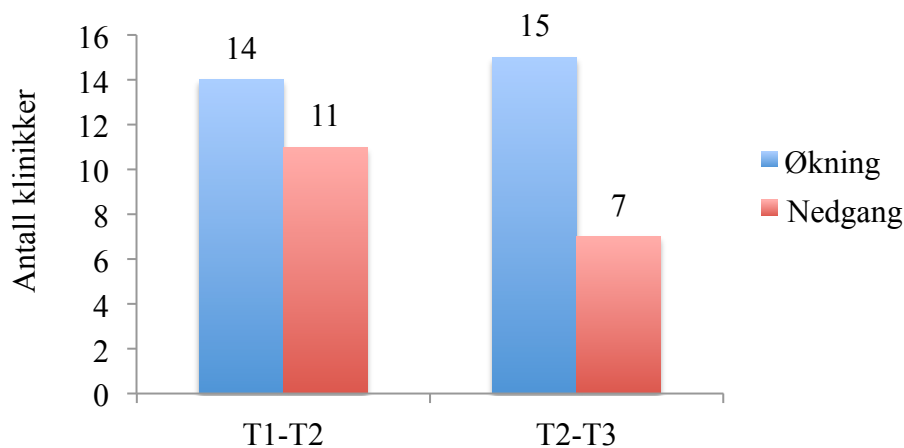
	Endring i prosent	Konfidensintervall 95%		p-verdi*
		Nedre grense	Øvre grense	
Tilpasningsforstyrrelser: 1 år før til 2 år etter implementering	0,4	-0,7	2,2	>0.05
Tilpasningsforstyrrelser: 2 år etter til 3 år etter implementering	-1	-2,8	-0,3	<0.05

* Eksakt p-verdi rapporteres ikke grunnet begrensninger med datamaterialet (se diskusjon)

Resultatene for sammenslåingen av akse 5 viser at de fleste BUPene økte antall rapporteringer av koder innenfor akse 5 etter implementering av rutinemessig kartlegging av PTE. Samtidig hadde enkelte BUPer en nedgang i antall rapporteringer. Som vist i Figur 1 hadde 14 av totalt 25 BUPer en økning i antall rapporteringer ved T1-T2, og 15 av totalt 22 BUPer en økning i antall rapporteringer ved T2-T3.

Figur 1.

Antall klinikker økning vs. nedgang i antall rapporteringer innenfor hele akse 5 etter implementering av en rutinemessig kartlegging for PTE, T1-T2 og T2-T3



Diskusjon

I denne studien ønsket jeg å undersøke om det er en sammenheng mellom implementering av rutinemessig kartlegging av PTE og rapportering av avvikende psykososiale forhold (akse 5), og diagnostisering av PTSD og tilpasningsforstyrrelser innen psykisk helsevern for barn og unge. Resultatene viser en signifikant økning i antall rapporteringer av kodene for *fysisk barnemishandling*, *seksuelle overgrep utenfor familien*, *skremmende personlige erfaringer*, og for PTSD to år etter implementeringen. Samtidig viser resultatene en nedgang i antall rapporteringer av *seksuelle overgrep innen familien* og i antall rapporteringer av tilpasningsforstyrrelser fra to år etter implementering til tre år etter implementering. Øvrige resultater er ikke signifikante, men viser en tendens til økning to år etter implementering og nedgang tre år etter implementering.

Fordi flere studier viser at mange barn og unge opplever PTE (Hafstad & Augusti, 2019; Lewis et al., 2019), er det viktig at BUPene har gode rutiner for hvordan man kan identifisere disse barna. Det er viktig å identifisere traumeutsatte barn for å kunne stille rett diagnose og for å kunne sikre en evidensbasert behandling. Derfor anbefales det å innføre rutiner for kartlegging av PTE. Med bakgrunn i tidligere undersøkelser som viser at om lag halvparten av alle barn utsatt for vold ikke forteller om dette (Hafstad & Augusti, 2019), er det grunn til å tro at det er mange som ikke blir identifisert selv om resultatene fra denne studien viser en økning i antall rapporteringer. Resultatene viser videre at innføring av en rutinemessig kartlegging av PTE til en viss grad er hjelpsomt, men at det over tid ser ut til at ytterligere tiltak bør vurderes.

Flere barn og unge med posttraumatiske stress-symptomer blir identifisert

Resultatene fra denne studien, som viser at antall rapporteringer av *fysisk barnemishandling*, *seksuelle overgrep utenfor familien*, *skremmende personlige erfaringer* og PTSD øker to år etter implementeringen av rutinemessige kartlegging, er en indikasjon på at flere barn og unge med PTSS identifiseres. Dette viser at rutinemessig kartlegging kan ha en positiv effekt, noe som vil si at det hjelper å spørre barn om tidligere erfaringer. En positiv effekt av rutinemessig kartlegging samsvarer med resultater fra andre studier som undersøker avdekking av seksuelle overgrep, og forskning på dette feltet viser at barn og unge ofte ikke forteller om seksuelle overgrep om de ikke blir spurt (Flåm & Haugstvedt, 2013; Malloy, Brubacher, & Lamb, 2013). Det kan se ut til at noe så enkelt som å spørre om tidligere

hendelser/erfaringer kan få frem vold og overgrep. Ved å implementere en rutinemessig kartlegging som identifiserer PTE vil også utfordringen med ekvifinalitet, det at samme lidelse kan oppstå fra ulike årsaker, bli lettere. Dette samsvarer med resultatene som viser at endringen i antall rapporteringer av koder innenfor akse 5 skjer i takt med endringen i antall rapporteringer av PTSD. Det vil si at når antall rapporteringer innenfor akse 5 øker, så øker også antall rapporteringer av PTSD. Dette indikerer at en identifisert stressor kan bidra til at terapeuter får en bedre forståelse av hva symptomene til en klient er uttrykk for.

Resultatene i denne studien kan videre tyde på at implementering av rutinemessig kartlegging kan hjelpe terapeuter til å gjennomføre bedre differensialdiagnostiske vurderinger. To år etter implementering vises en signifikant økning i antall rapporteringer av PTSD, mens det tre år etter implementering vises en signifikant nedgang i antall rapporteringer av tilpasningsforstyrrelser. Kan økningen i antall rapporteringer av PTSD og nedgangen i antall rapporteringer av tilpasningsforstyrrelser reflektere en økende forståelse til å skille mellom ulike psykiske lidelser, og da spesifikt mellom disse to diagnosene? Innledningsvis ble det trukket frem at for å oppfylle kriteriene for enten PTSD (F43.1) eller tilpasningsforstyrrelser (F43.2) må en klient, i henhold til ICD-10, oppfylle kriteriet som innebærer opplevelsen av en belastende hendelse, situasjon eller livskrise (World Health Organization, 1999). Samtidig er reaksjonene i etterkant av hendelse(n) en av flere faktorer som skiller diagnosene fra hverandre (Mahat-Shamir et al., 2017). En antagelse etter implementering er derfor at terapeuter ikke bare blir bedre på å identifisere traumatiserende hendelser, men at de også får en bedre forståelse for at disse hendelsene vil kunne gi så alvorlige og vedvarende reaksjoner i etterkant at det påvirker klientens funksjonsnivå i den grad at kriteriene for en PTSD-diagnose oppfylles. Hvis dette er tilfellet, vil det kunne føre til økt forståelse hos terapeuter for å skille mellom hva som er symptomer på PTSD og hva som er symptomer på tilpasningsforstyrrelser. Det vil også kunne føre til at hendelser som tidligere har blitt ansett som stressende og belastende, i større grad ved slutten av implementeringsperioden enn ved implementeringsstart, også blir ansett som potensielt traumatiserende.

Hvorfor blir ikke enda flere barn og unge med posttraumatiske stress-symptomer identifisert?

En økning i antall rapporteringer av *fysisk barnemishandling, seksuelle overgrep utenfor familien, skremmende personlige erfaringer*, og PTSD tyder på at rutinemessig kartlegging øker antall barn og unge med PTSS som identifiseres. Samtidig viser resultatene en ikke-signifikant nedgang i antall rapporteringer av *fysisk barnemishandling, seksuelle overgrep utenfor familien, andre akutte livshendelser*, og PTSD tre år etter implementering. Denne ikke-signifikante nedgangen trenger ikke nødvendigvis å bety at terapeuter blir dårligere til å identifisere traumeutsatte barn, og det kan tenkes at nedgangen kan tolkes som en indikasjon på at antall rapporteringer stabiliserer seg over tid. Samtidig vekker dette spørsmål knyttet til om stabiliseringen ender opp på riktig nivå, som vil si et nivå hvor alle traumeutsatte barn og unge som er henvist til BUP identifiseres. Skar et al. (2019) viser at opp mot 80 prosent av alle barn og unge rapporterer at de har opplevd en eller flere PTE når det kartlegges for slike hendelser. Dette indikere at det i etterkant av implementeringen vil kunne forventes en høy økning i antall rapporteringer av PTE. Samtidig kan en ikke forvente at alle forteller om tidligere PTE, selv når de blir spurt, og det kan fortsatt være en underrapportering av PTSD. Med bakgrunn i prevalenstillene, både at mange opplever PTE (Skar et al., 2019) og at mange ikke forteller om det (Hafstad & Augusti, 2019), er en antagelse at stabiliseringen ikke flater ut på riktig nivå og at det fortsatt er mange barn og unge med PTSS som ikke identifiseres. I følgende diskusjon vil denne studien derfor trekke frem tre temaer som kan være mulige forklaringer på hvorfor resultatene i denne studien ikke viser en fortsettende økning i antall rapporteringer to år etter implementering. Temaene som trekkes inn er: 1) Motstand og barrierer knyttet til kartlegging, 2) Å gjøre riktige vurderinger, og 3) Implementeringsprosessen er utilstrekkelig. 1) ”Motstand og barrierer knyttet til kartlegging” trekkes frem i lys av utfordringen knyttet til å identifisere PTE, mens tema 2) ”Å gjøre riktige vurderinger” knyttes til utfordringen med å vurdere et symptom-bilde. Til slutt vil tema 3) ”Implementeringsprosessen er utilstrekkelig” knyttes til fokus på kartlegging, og løfte opp utfordringer i implementeringsprosessen på klinikknivå. Disse temaene er antagelser som må undersøkes nærmere da analysene i denne studien ikke undersøker årsaker til endring i antall rapporteringer.

Motstand og barrierer knyttet til kartlegging av potensielt traumatiserende erfaringer

Kunnskapen om at mange barn og unge opplever PTE (Hafstad & Augusti, 2019; Lewis et al., 2019; Skar et al., 2019; NOU 2017:12) indikerer at BUPer bør ha gode rutiner for traumekartlegging ved inntak og/eller i utredningsprosessen. Det kan tenkes at stabiliteten i antall rapporteringer som fremkommer i denne studien handler om at terapeuter faktisk kartlegger mindre. I så fall kan dette blant annet skyldes barrierer hos terapeuter. Flere studier viser at terapeuter kan vegre seg for å spørre om opplevde PTE og at de derfor ikke følger rutinene for kartlegging. Blant annet kan frykten for å gjøre klienten opprørt være en av årsakene til manglende kartlegging (Hultmann et al., 2014; Read, Hammersley, & Rudegear, 2007). Brudd i relasjonen (Hultmann et al., 2014) og frykten for retraumatisering (Hokland, 2006) er andre nevnte årsaker. Samtidig viser resultater fra andre studier at de fleste traumeutsatte barn og unge ikke opplever kartleggingsprosessen som negativ eller belastende (Finkelhor, Vanderminden, Turner, Hamby, & Shattuck, 2014; Skar et al., 2019). Likevel kan også klientene ha ulike barrierer knyttet til å fortelle om PTE, som frykt for å ikke bli trodd, uvisshet om hvordan man skal fortelle, hvem man skal fortelle til, og tanker om at det som har skjedd er normalt (Steine et al., 2017). Barrierer og motstand hos klienten kan føre til at terapeuter som forholder seg til rutinemessig kartlegging likevel ikke klarer å identifisere barn og unge med PTSS.

Som en annen forklaring på hvorfor identifiseringsprosessen kan være utfordrende, selv når terapeuter forholder seg til rutinemessig kartlegging, vil diskusjonen videre trekke frem hvordan variasjoner i bruksmåten av et kartleggingsverktøy kan påvirke om et barn forteller om PTE eller ikke. KATE ("Kartlegging av traumatiske erfaringer"), som ble innført i dette implementeringsprosjektet, kan benyttes som en sjekkliste, som et selvutfyllingsskjema, og som et samtaleverktøy. Bruksmåte er avhengig av hva terapeuten vurderer som mest hensiktsmessig i møte med den enkelte klienten. Med utgangspunkt i forskning som viser at det kan være vanskelig å fortelle om opplevde traumatiserende hendelser (Jensen et al., 2005; Steine et al., 2017), kan det tenkes at en klient ikke føler seg trygg nok og ikke forteller om tidligere erfaringer når KATE blir benyttet som en sjekkliste eller som et selvutfyllingsskjema. Til forskjell vil det i denne antagelsen antas at PTE i større grad avdekkes når KATE benyttes som et samtaleverktøy, da en samtale kan skape tillit og rom for å fortelle. Hvis dette er tilfellet, vil det si at flere barn og unge kan svare "nei" i kartleggingskjemaet, og at terapeuter, som kan ha en opplevelse av at traumekartlegging vil

vekke ubehag (Hultmann et al., 2014; Read et al., 2007), velger å godta dette svaret, noe som videre kan føre til at fokuset på PTE flyttes til andre alternative tilstandsbilder. Det kan likevel være en risiko for at klienten ikke forteller om vonde opplevelser uavhengig av hvordan et kartleggingsverktøy benyttes. At mange barn behøver tid før de forteller om PTE støttes av barnevernsproffene i forandringsfabrikken som i sin bok trekker frem viktigheten av å bruke god tid slik at klienten kan føle seg trygg nok i relasjonen til å kunne fortelle om vonde opplevelser (Grande, 2019). Ulike kartleggingsverktøy kan samtidig være gode hjelpemidler når terapeuter møter barn og unge som har opplevd PTE, da verktøyene kan hjelpe terapeuten til å sette fokus på viktige hendelser og erfaringer som kan ha betydning for klientens psykiske helse. Likeledes kan det å få direkte spørsmål gjennom en sjekkliste eller ved å fylle ut et selvutfyllingsskjema, være akkurat det en klient behøver for å kunne fortelle om sine opplevelser. Likevel kan balansen mellom å benytte KATE som en sjekkliste, som et selvutfyllingsskjema og som et samtaleverktøy være viktig å tenke over, da det i møte med noen klienter kan være avgjørende for om PTE avdekkes eller ikke. Samtaler og diagnostiske intervjuer i etterkant av sjekklister blir ofte sett på som en gullstandard innenfor vurdering av traumehistorikk (Elhai et al., 2011). Likeledes er screening tenkt som et første steg, og som bør følges opp med en klinisk samtale. I tilfeller hvor terapeuten mistenker at et barn er utsatt for traumatiserende erfaringer, men hvor barnet ikke rapporterer om opplevde hendelser, bør mistanken følges opp videre, da forskning viser at ikke alle PTE avdekkes og at det å fortelle om tidligere erfaringer kan være en lang prosess.

Rapportering av seksuelle overgrep innen familien

Det er sentralt å belyse at resultatene i denne studien viser at antall rapporteringer av *seksuelle overgrep innen familien* har en signifikant nedgang fra to år etter til tre år etter implementeringen av en rutinemessig kartlegging av PTE. Hvordan kan man forstå at antall rapporteringer av seksuelle overgrep innen familien går ned, mens antall rapporteringer av seksuelle overgrep utenfor familien går opp? UEVO-studien viser at det i omtrent 25 prosent av tilfellene av seksuelle overgrep er en av foreldrene som er overgriper (Hafstad & Augusti, 2019). Lignende funn fremkommer i en rapport fra Kripos (2019) som viser at de fleste barn som er utsatt for seksuelle overgrep kjenner overgriper godt, enten gjennom en familierelasjon eller en annen kjent nær relasjon. Av alle anmeldte voldtekter av barn under 14 år var det, i 2018, i 34 prosent av tilfellene en familierelasjon mellom den anmeldte og

barnet (Kripos, 2019). Samtidig er det kun et mindretall av det faktiske antallet seksuelle overgrep som anmeldes, noe som indikerer at terapeuter må legge til rette for å få barn til å fortelle om slike opplevde hendelser. Det er kjent at nær relasjon til overgriper kan gjøre det enda vanskeligere å fortelle om det man har opplevd (Goodman-Brown et al., 2003; Priebe & Svedin, 2008; Steine et al., 2017).

Forskning viser at det er viktig at terapeuten tematiserer seksuelle overgrep da dette gir barnet mulighet til å fortelle om egne opplevelser (Jensen et al., 2005). Likevel kan barn oppleve ulike hindringer som fører til at avdekkingsprosessen blir utfordrende, og barrierer knyttet til å skulle snakke om det en har opplevd har tidligere blitt trukket frem. En annen hindring kan være at mange barn møter ved BUP sammen med en eller begge av foreldrene sine. Dette krever gode rutiner for kartlegging, blant annet ved at barnet får muligheten til å snakke uten at foreldrene er til stede. Avdekking av seksuelle overgrep innen familien kan føre til store konsekvenser, som separasjon fra foreldrene eller andre nære familiemedlemmer. En antagelse er at slike alvorlige saker krever enda høyere fokus og støtte, både for terapeuten og for klienten. Bedre rutiner for kartlegging og for prosessen etter avdekking kan føre til at færre barn og unge fortsetter å leve i risikofylte hjem.

Å gjøre riktige vurderinger

Aktivitetsdata for barn og unge i 2018 viser et psykisk helsevern som er preget av en liten overvekt av gutter; hvorav 53 prosent av klientene var gutter, mens 47 prosent var jenter. ADHD var den diagnosen som var hyppigst registrert som hovedtilstand på akse 1 (klinisk psykiatrisk syndrom) med en andel på 29 prosent av alle diagnosene satt i 2018. Til forskjell var andelen PTSD-diagnoser i 2018 på 6 prosent. I tillegg til at ADHD var hyppigst registrert som hovedtilstand, var den også hyppigst registrert som henvisningsgrunn (Indergård et al., 2019). En høyere andel barn og unge henvist med mistanke om ADHD kan samsvare med en antagelse om at henvisningsgrunn kan føre til at terapeuter enkelte ganger utelukker å kartlegge PTE. Hvis ett barn henvises med mistanke om ADHD og vanskene kommer til uttrykk gjennom sinne, lite konsentrasjon, og uro, vil terapeuter lettere kunne fokusere på at tilstandsbildet skyldes ADHD, enn vurdere om tilstandsbildet skyldes andre psykiske lidelser som PTSD? Dette er noe som må undersøkes nærmere og som jeg ikke kan si om stemmer eller ikke, men en slik antagelse kan være med på å forklare hvorfor antall rapporteringer av koder innenfor akse 5 og PTSD ikke er enda høyere. Tidligere forskning viser videre at PTSD

har symptomoverlapp og komorbiditet med en rekke andre psykiske lidelser som tilpasningsforstyrrelser (World Health Organization, 1999), ADHD (Daud & Rydelius, 2009; Reigstad & Kvernmo, 2015; Shaw et al., 2014), depresjon (Franklin & Zimmerman, 2001; Gros, Simms, & Acierno, 2010; Stander et al., 2014) og angst (Spinhoven, Penninx, van Hemert, de Rooij, & Elzinga, 2014; World Health Organization, 1999), noe som kan føre til at symptomer tolkes til å samsvare med andre diagnoser og at terapeuter derfor ikke vektlegger å kartlegge for PTE. Prinsippet for multifinalitet, at samme årsak kan gi ulik lidelse, kan på denne måten være med på å forklare en eventuell underrapportering av PTSD ved at symptomer tolkes som uttrykk for andre psykiske lidelser.

Til tross for at fokuset på traumatiserende erfaringer og konsekvensene av å ha opplevd traumatiserende hendelser har blitt høyere de siste tiårene (jf. etablering av nasjonale og regionale kunnskapssenter om vold og traumatisk stress) og at det multiaksiale klassifikasjonssystemet BUP benytter har vært en grunnleggende del av kartlegging innenfor psykisk helse en stund, har betydningen av psykososiale faktorer ikke alltid blitt ansett som like viktig. I en medisinsk modell vil diagnoser vise til forskjeller mellom det som er normalt og det som er abnormt (sykdom) (Nøvik & Lea, 2019). Modellen tar i mindre grad hensyn til miljøet rundt barnet enn det den biopsykososiale modellen, som fokuserer på biologiske, psykologiske og sosiale faktorer, gjør (Engel, 1977). I psykisk helsevern for barn og unge vil det være vanskeligere å skille mellom normalitet og abnormalitet da både karakteristikker ved barnet og miljøet må tas med i en vurdering, noe som viser til det viktige samspillet mellom individuelle og samfunnsmessige faktorer (Nøvik & Lea, 2019). Likevel vil det være uenighet rundt viktigheten av en grundig kartlegging av psykososiale forhold. Ved enkelte tilfeller kan det være riktig at vanskene til en klient i større grad er knyttet til individuelle faktorer enn til samfunnsmessige faktorer. Samtidig er det viktig å kartlegge psykososiale forhold for å få et helhetlig tilstandsbilde av en klient, og for å kunne forebygge og avdekke forhold i miljøet som kan være skadelig for klienten (NOU 2017:12, s.15).

Rapporten for aktivitetsdata for barn og unge i 2018 viser videre en gradvis økning i antall rapporteringer innenfor akse 5, i den forstand at manglende rapportering er mindre i 2018 (32 prosent) enn det var i 2011 (41 prosent) (Indergård et al., 2019). En økning i antall rapporteringer innenfor akse 5 samsvarer med resultatene fra denne studien. Samtidig kan jeg ikke si om økningen resultatene i denne studien viser skyldes implementeringen eller andre faktorer som påtrykk fra ledelse. Likeledes er det uvisst om den manglende rapporteringen på 32 prosent i 2018 skyldes at det ikke er noe å rapportere om eller mangelfull rapportering fra

BUPer. En manglende rapportering indikerer likevel at rundt 1 av 3 klienter ikke får en kode på akse 5. Dette leder til spørsmål rundt praksisen med tanke på det multiaksiale klassifikasjonssystemet, og kan indikere skjevheter i hvem som rapporterer innenfor akse 5 og hva som rapporteres. Bruker terapeuter akse 5 som et verktøy for å forstå hele tilstandsbildet? Og hvor mange prioriterer å sette en kode under akse 5 når det viktigste er at minst en av aksene er registrert med en meningsbærende kode (Direktoratet for e-helse, 2018)? Videre viser rapporter at det er stor pågang i spesialisthelsetjenesten, og en stor andel av klientene har et høyt symptomtrykk (Folkehelseinstituttet, 2018). Kan manglende rapportering være knyttet til at terapeuter ikke har god nok tid til å gjøre en grundig nok kartlegging?

Implementeringsprosessen er utilstrekkelig

Antagelsen om at stabiliseringen av antall rapporteringer handler om mindre kartlegging i BUPene kan også skyldes mindre fokus på å kartlegge PTE. Noe av bakgrunnen for oppstart av implementeringsprosjektet ”Behandling av barn og unge med traumer, TF-CBT implementering” var mangelfulle rutiner for å identifisere barn og unge med PTSS (Ormhaug et al., 2012). Som et ledd i implementeringen ble BUPene derfor gitt veiledning og opplæring i å kartlegge for PTE og PTSS, med lederen ved hver BUP som overordnet ansvarlig. Det vil si at lederen ved hver BUP fikk overordnet ansvar for å holde fokus på og opprettholde rutinemessig kartlegging av PTE. Men hva skjer om lederen ikke holder på dette ansvaret? Kan det føre til at fokuset i BUP flyttes over til andre klientgrupper, slik at det blir en nedgang i fokuset de ansatte har på å kartlegge for PTE? Hvis jeg følger denne tankegangen videre, dukker et viktig implementeringsspørsmål opp. Behøver BUPene en enda tettere oppfølging i etterkant av den aktive implementeringsfasen?

Implementeringen av rutinemessig kartlegging av PTE vil ha konsekvenser på BUP-nivå. Det er derfor sentralt å trekke inn høy turnover i BUP som en mulig årsak til hvorfor BUPene kan være i behov for enda tettere oppfølging i etterkant av den aktive implementeringsfasen. Høy turnover av ansatte krever at nye terapeuter også får opplæring og har samme fokus på traumekartlegging som de ansatte som har vært med siden utforsknings- og forberedelsesfasen i implementeringsprosessen har fått (Moullin, Dickson, Stadnick, Rabin, & Aarons, 2019). En av grunnene til at antall rapporteringer av *fysisk barnemishandling, seksuelle overgrep innen familien, seksuelle overgrep utenfor familien, og andre akutte livshendelser* ikke fortsetter å øke tre år etter implementeringen, kan tenkes å

være at BUPene har skiftet ut flere av sine ansatte. I tillegg kan også ledere være skiftet ut, noe som betyr at nye ansatte må inn og opprettholde fokuset på traumekartlegging som tidligere ledere og terapeuter har hatt. Å holde på fokuset på traumekartlegging som nyansatt kan by på flere utfordringer. Blant annet kan det reise spørsmål knyttet til hvem som er ansvarlig, hvem som skal gjøre hva i kartleggingsprosessen, og hvilke strategier som skal benyttes for å opprettholde fokuset. Erfaringer forskere ved NKVTS gjorde seg i implementeringsprosjektet var at enkelte av BUPene som hadde oppnådd full implementering måtte begynne implementeringsprosessen på nytt grunnet store utskiftninger i personalet (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2017). Utskiftning av personale kan derfor skape behov for repetisjon og oppdatering av kursing. Implementeringsprosessen er en prosess som tar tid, vanligvis 2-4 år, noe som indikerer variasjoner på BUP-nivå i forhold til hvor lang tid det tar før de oppnår full implementering (Fixsen, Blase, Naoom, & Wallace, 2009).

Kan implementering av rutinemessig kartlegging likevel være løsningen?

Det fremkommer meg bekjent ingen studier i Norge som har undersøkt effekten av å implementere en rutinemessig kartlegging av PTE i psykisk helsevern for barn og unge. Samtidig samsvarer resultater fra denne studien med internasjonale studier som har undersøkt effekten av å implementere traumekartlegging i ulike hjelpesystemer for barn og unge (Lang et al., 2017). Resultater viser at implementering av rutinemessig kartlegging av PTE fører til at flere traumeutsatte barn og unge identifiseres. Selv med barrierer knyttet til det å kartlegge for PTE, har implementering flere fordeler. Blant annet vil implementering av rutinemessig kartlegging kunne rette et større fokus på at barn og unge opplever PTE. Conradi et al. (2011) påpeker at terapeuter som kartlegger for PTE får en større forståelse av de ulike formene for traumatiserende erfaringer et barn kan ha opplevd, og kan derfor lettere identifisere fremtidige situasjoner og hendelser som kan opptre som triggere, som er nyttig informasjon for foreldre og hjelpesystemet. Lignende resultater fra Lang et al. (2017) viser at klinikere som gjennomførte kartlegging av PTE etter hvert fikk en økt forståelse av barnets behov. I tillegg til at implementeringen retter større fokus på barn og unge med PTSS, vil rutinemessig kartlegging kunne lage gode innledninger og samtaler rundt det å oppleve traumatiserende hendelser (Elhai et al., 2011).

At rutinemessig kartlegging i seg selv har en positiv effekt, gjennom at flere traumeutsatte barn og unge identifiseres, viser til potensialet en implementeringsprosess kan ha. Implementering av rutinemessig kartlegging kan skape gode og trygge rammer slik at terapeuter kan føle seg mer forberedte når de skal kartlegge for PTE. Likeledes kan implementering bidra til økte ressurser i kartleggingsprosessen, og konkret i dette implementeringsprosjektet tilbud om en evidensbasert behandling (TF-CBT) (Fedøy, 2018). Med en økt forståelse knyttet til viktigheten av å kartlegge for PTE, vil man kunne motvirke barrierer hos terapeuter, noe som i sin tur vil kunne ha effekt på antallet barn som får spørsmål om tidligere opplevelser, spørsmål som fagfeltet viser er svært viktige å stille. Implementering av rutinemessig kartlegging vil også kunne bidra til å øke traumesensitiviteten innenfor henvisende instanser (Conradi et al., 2011), som er en sensitivitet som med fordel kan økes slik at ulike fagområder kan skape en felles forståelse av utbredelsen og konsekvensene av å ha opplevd PTE. En økt traumesensitivitet vil kunne hjelpe barn som lever i risikofylte hjem, og avverge pågående traumatiserende hendelser som vold og overgrep.

Styrker og svakheter ved studien

Effekten av å implementere rutinemessig kartlegging av PTE i BUPer har tidligere ikke blitt studert, og resultatene fra denne studien viser at en rutinemessig kartlegging fører til at flere barn og unge med PTSS identifiseres. Samtidig må disse resultatene tolkes i lys av visse styrker og svakheter. Da analysene skulle gjennomføres ble det tatt et valg om å sammenligne de samme BUPene med hverandre. Dette betyr at det totale antallet BUPer ved første sammenligning (T1-T2) er 25 stykker, og det totale antallet BUPer ved andre sammenligning (T2-T3) er 22 stykker. Opprinnelig inneholdt datamaterialet data fra totalt 43 BUPer, som vil si at det kun er i overkant av halvparten av dataene i datamaterialet som blir benyttet i disse analysene. Likevel representerer disse dataene data fra rundt 30 prosent av BUPene i Norge, noe som gjør dette materialet unikt da det inneholder data fra svært mange barn over en periode på syv år (2011-2017). Data fra 1/3 av BUPene i Norge gav muligheten til å si noe om tendens til endring generelt i psykisk helsevern for barn og unge, og ikke bare om en enkelt BUP hadde en økning eller nedgang i antall rapporteringer.

Avgjørelsen om å endre tallet 3, som ble benyttet for å opprettholde anonymitet der $n < 5$, til en faktisk verdi på 2 kan være en annen styrke ved studien. Dette er grunnet en

antagelse om at antall rapporterte tilfeller av *fysisk barnemishandling, seksuelle overgrep innen familien, seksuelle overgrep utenfor familien, skremmende personlige erfaringer, andre akutte livshendelser*, og PTSD vil være høyere etter implementeringen av rutinemessig kartlegging enn før implementering. Verdiendringen vil derfor kunne føre til at verdien 2 er lavere enn det faktiske antallet rapporterte tilfeller, og på den måten gjenspeile en underrapportering heller enn en overrapportering.

Til tross for at analysene tar utgangspunkt i data fra rundt 30 prosent av BUPene i Norge, inneholder datamaterialet få analyse-enheter, og en del missing. Missing ble kodet til 0 etter klargjøring med NPR, men jeg har ikke mulighet til å sjekke om manglende data faktisk refererer til at en klient ikke har opplevd PTE, eller om det gjenspeiler manglende rapportering. Valg av analysemetode ble påvirket av disse begrensningene. Dette førte blant annet til at analysene ikke ga muligheten til å oppgi eksakt p-verdi, som noen forskere vil tenke er en begrensning, mens andre vil tenke er en styrke da p-verdi ikke alltid blir sett på som et godt mål for vitenskapelige konklusjoner (Greenland, 2017). I denne studien oppgis p-verdien, med bakgrunn i konfidensintervallet, som enten over eller under 0.05, noe som betyr at resultatene utover dette ikke kan si noe mer om endringene som er funnet. Likevel gir en p-verdi på over eller under null muligheten til å tolke om en endring kan antas å være til stede eller ikke, altså om en endring er signifikant eller ikke.

Ved å benytte "alle diagnoser" som estimat for antall barn i en BUP i løpet av et gitt år, har jeg ikke mulighet til å si eksakt hvor mange barn som har blitt kartlagt for PTE. Konsekvensen av dette kan være at "alle diagnoser" er et høyere tall enn det faktiske antallet barn, da et barn kan få flere diagnoser. Samtidig kan bruken av "alle diagnoser" gi en antagelse om at man hadde funnet enda større forskjeller dersom man hadde hatt data på individnivå, da estimatet med stor sikkerhet kan antas å være høyere enn det faktiske antallet barn, og ikke lavere, nettopp på grunn av at et barn kan få flere enn en diagnose. At estimatet "alle diagnoser" kan være høyere enn det faktiske antallet barn kan føre til at endringen i antall rapporteringer er større enn resultatene viser, da forholdstallet ved en BUP vil bli høyere hvis antall barn er lavere.

I analysene er kun utvalgte koder innenfor akse 5 inkludert, da enkelte koder antas å ha mindre relevans knyttet til PTSS og PTSD. Jeg kan ikke være sikker på om kodene jeg har valgt å benytte brukes av terapeuter for å dokumentere PTE, da jeg ikke har kontroll på hvordan terapeutene benytter kodesystemet. Likevel kunne flere koder blitt valgt, for eksempel koden for "ingen tilstand påvist" som kunne gitt en indikasjon på om flere eller

færre barn får en kode på akse 5. Samme begrensning gjelder i forhold til hvilke diagnoser som undersøkes, da det her er kun PTSD og tilpasningsforstyrrelser som inkluderes i analysene. Ved bredere analyser kunne flere diagnoser blitt inkludert og gjennom dette kunne man undersøkt endring i antall rapporteringer også innenfor andre diagnoser enn PTSD og tilpasningsforstyrrelser. Dette kunne videre gitt tydeligere indikasjoner på om det er en generell økning i antall rapporteringer av alle diagnosene, eller om det kun er en større økning i antall rapporterte tilfeller av PTSD. I tillegg tar ikke analysene hensyn til verken kjønn eller alder, selv om at datamaterialet opprinnelig inneholdt disse variablene. Videre forskning basert på datamaterialet som denne studien er knyttet til planlegger å ta hensyn til noen av disse betraktningene.

Til slutt er det sentralt å trekke frem at resultatene ikke sier noe om endringen i prosent er liten eller høy i forhold til opprinnelig prosent – kun om endringen antas å være signifikant eller ikke. Det vil si at hvis antall rapporteringer av koden *fysisk barnemishandling* opprinnelig var på 1 prosent og øker med 3,3 prosent 2 år etter implementering, er dette en større økning av prosentandelen enn hvis rapporteringen opprinnelig var på 40 prosent og økte med 3,3 prosent. For å vise dette på en annen måte vil en økning i antall rapporteringer på 3,3 prosent være et høyere antall tilfeller med PTSS hvis det opprinnelig antallet klienter med PTSS var 1000 klienter, enn hvis det opprinnelig antallet klienter med PTSS var 100 klienter. Samtidig som denne studien ikke kan gi konkret svar på om endringene direkte skyldes implementering eller andre forhold, kan analysene benyttes for å undersøke om det har skjedd en endring i antall rapporteringer av utvalgte koder innenfor akse 5, PTSD og tilpasningsforstyrrelser etter implementering av rutinemessig kartlegging.

Implikasjoner for videre forskning og praksis

Resultatene fra denne studien gir indikasjon på at implementering av rutinemessig kartlegging av PTE og økt fokus på PTSS er hensiktsmessig, ved at det ser ut til å øke bevisstheten om viktigheten av å kartlegge barnets tidligere erfaringer. Samtidig går antall rapporteringer ned tre år etter implementering, noe som kan tenkes å skyldes at implementeringsprosessen krever opprettholdelse av fokus over tid (Moullin et al., 2019), og som dermed indikerer at ytterligere tiltak er nødvendig for å kunne identifisere flere traumeutsatte barn og unge. For å bedre kunne forstå tendensen resultatene viser, vil videre

forskning sammenligne implementeringsklinikkene med de klinikkene som ikke har deltatt i prosjektet.

For samfunnet og individets del er det viktig med en forståelse knyttet til opplevelsen av traumatiserende hendelser. Derfor er det viktig å øke kunnskapen om traumatisering og PTSS. Et steg i riktig retning mot økt forståelse for viktigheten av å avdekke barn og unge med traumeproblematikk, har vært implementeringen av en rutinemessig kartlegging. Implementeringen av et treffsikkert screeningverktøy kan være til nytte for terapeuter i identifiseringsprosessen, og kan på den måten bidra til at hjelpesystemene blir bedre på å avdekke PTE. Samtidig som terapeuter har et ansvar for å avdekke PTE, må forståelsen knyttet til å identifisere barn og unge med PTSS også økes i førstelinjen, som hos fastlegen. Fastleger og andre henvisende instanser kan legge føringer for utredningsforløp allerede når de henviser med mistanke om spesifikk lidelse, noe som indikerer at det er nødvendig med en økt traumesensitivitet også i andre deler av helsetjenesten. Å kartlegge for PTE hos barn og unge i førstelinjetjenestene kan derfor tenkes å være et viktig ledd i å skape traumesensitive tjenester. Enda tydeligere retningslinjer fra Helsedirektoratet kan være et annet tiltak for å øke traumesensitivitet i helsetjenesten. Kanskje vil det å gjøre kartlegging av PTE til et krav ved utredning i helsetjenesten, og til et krav i alle pakkeforløp, bidra til å øke andelen barn og unge med PTSS som blir identifisert. Med et økt fokus på kunnskap om at barn og unge opplever traumatiserende hendelser, og økt innsikt i hvordan disse hendelsene kommer til uttrykk, vil en i enda større grad kunne identifisere traumeutsatte barn og unge og gi en mer treffsikker behandling.

Konklusjon

Denne studien har tatt utgangspunkt i registerdata fra Norsk pasientregister og har undersøkt sammenhengen mellom implementering av rutinemessig kartlegging av potensielt traumatiserende erfaringer (PTE) og rapporteringen av avvikende psykososiale forhold, samt rapporteringen av PTSD i BUP. I tillegg har studien undersøkt sammenhengen mellom implementering av rutinemessig kartlegging av PTE og rapporteringen av diagnosen tilpasningsforstyrrelser, da både PTSD og tilpasningsforstyrrelse, i henhold til ICD-10, inneholder et kriterium som dekker opplevelsen av en belastende hendelse, situasjon eller livskrise. To år etter implementeringen av rutinemessig kartlegging for traumeeksponering og posttraumatisk stress viser resultatene en signifikant økning i antall rapporteringer av *fysisk*

barnemishandling, seksuelle overgrep utenfor familien, skremmende personlige erfaringer, og PTSD. Antall rapporteringer av seksuelle overgrep innen familien, og antall rapporteringer av tilpasningsforstyrrelser har en signifikant nedgang fra to år til tre år etter implementeringen. Resultatene som viser en økning to år etter implementeringen indikerer en sammenheng mellom implementeringsprosjektet og antall rapporterte tilfeller. I tillegg indikerer denne økningen at en bedre forståelse knyttet til viktigheten av å kartlegge PTE gjør at terapeuter blir bedre på å identifisere barn og unge med PTSS, noe som indikerer at implementering av rutinemessig kartlegging fører til praksisendring. Samtidig kan nedgang over tid tyde på at implementering er en prosess som må vedlikeholdes og følges opp i større grad enn tidligere antatt, noe som framtidige studier bør undersøke nærmere. Vi må bli enda bedre på å identifisere barn som lever i risikofylte situasjoner, både for å stoppe pågående vold og overgrep, men også for å kunne gi en mer treffsikker behandling for alle traumeutsatte. Ytterligere tiltak kan derfor være nødvendig for å opprettholde et kontinuerlig fokus på implementering, og for å sikre at barn og unge får riktig og nødvendig hjelp.

Litteraturliste

- Albaek, A. U., Kinn, L. G., & Milde, A. M. (2018). Walking Children Through a Minefield: How Professionals Experience Exploring Adverse Childhood Experiences. *Qualitative Health Research, 28*(2), 231–244. <https://doi.org/10.1177/1049732317734828>
- Ali, T., Dunmore, E., Clark, D., & Ehlers, A. (2002). The role of negative beliefs in posttraumatic stress disorder: A comparison of assault victims and non victims. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 30*(3), 249–257. <https://doi.org/10.1017/S1352465802003016>
- Alisic, E., Zalta, A. K., Van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 204*(5), 335–340. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227>
- Bonanno, G. A., & Diminich, E. D. (2013). Annual research review: Positive adjustment to adversity - Trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 54*(4), 378–401. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12021>
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 23*(3), 339–376. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00033-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00033-3)
- Braarud, H. C., & Nordanger, D. Ø. (2011). Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 48*(10), 968–972.
- Carr, A. (2015). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach*. Routledge.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 8*(4), 597–600. <https://doi.org/10.1017/S0954579400007318>
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1999). Psychopathology as Risk for Adolescent Substance Use Disorders: A Developmental Psychopathology Perspective. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 28*(3), 355–365. <https://doi.org/10.1207/S15374424jccp280308>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European*

- Journal of Psychotraumatology*, 4(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2018). *Behandling av traumer og traumatisk sorg hos barn og ungdom*. Universitetsforlaget.
- Conradi, L., Wherry, J., & Kisiel, C. (2011). Linking child welfare and mental health using trauma-informed screening and assessment practices. *Child Welfare*, 90(6), 129–147.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577–584. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577>
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy*, 41(4), 412–425. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.412>
- Damian, S. I., Knieling, A., & Ioan, B. G. (2011). Post-traumatic stress disorder in children. Overview and case study. *Romanian Journal of Legal Medicine*, 19(2), 135–140. <https://doi.org/10.4323/rjlm.2011.135>
- Daud, A., & Rydelius, P.-A. (2009). Comorbidity/Overlapping Between ADHD and PTSD in Relation to IQ Among Children of Traumatized/Non-Traumatized Parents. *Journal of Attention Disorders*, 13(2), 188–196. <https://doi.org/10.1177/1087054708326271>
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B. J., Giedd, J. N., Boring, A. M., ... Ryan, N. D. (1999). Developmental traumatology part II: Brain development. *Biological Psychiatry*, 45, 1271–1284.
- Direktoratet for e-helse. (2018). *Retningslinjer for koding. Multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU). Versjon 2.0 - 2018*. Hentet fra <https://ehelse.no/kodeverk/multiaksial-klassifikasjon-i-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-phbu>
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems: Evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine*, 37(3), 268–277. [https://doi.org/10.1016/S0091-7435\(03\)00123-3](https://doi.org/10.1016/S0091-7435(03)00123-3)
- Efron, B., & Tibshirani, R. (1986). Bootstrap methods for standard errors, confidence intervals, and other measures of statistical accuracy. *Statistical Science*, 1(1), 54–75. <https://doi.org/10.1214/ss/1177013815>
- Elhai, J. D., de Francisco Carvalho, L., Miguel, F. K., Palmieri, P. A., Primi, R., & Christopher Frueh, B. (2011). Testing whether posttraumatic stress disorder and major depressive disorder are similar or unique constructs. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(3),

- 404–410. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.003>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, *196*(4286), 129–136. Hentet fra <https://science.sciencemag.org/content/196/4286/129>
- Fagermoen, E. M., Østensjø, T., Skagemo, C. U., Moen, G. M., & Husebø, G. K. (2017). Traumefokusert kognitiv atferdsterapi og komplekse traumer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *55*(10), 978–989.
- Fedøy, B. H. F. (2018). *Kartlegging av barn og ungdom for traumer og traumesymptomer Hvilke faktorer henger sammen med opplevd ubehag ved kartlegging i Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)?* Universitetet i Oslo.
- Finkelhor, D., Vanderminden, J., Turner, H., Hamby, S., & Shattuck, A. (2014). Upset among youth in response to questions about exposure to violence, sexual assault and family maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, *38*(2), 217–223. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.07.021>
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research on Social Work Practice*, *19*(5), 531–540. <https://doi.org/10.1177/1049731509335549>
- Flouri, E. (2005). Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): What we have learned and what we still have not found out. *Journal of Interpersonal Violence*, *20*(4), 373–379. <https://doi.org/10.1177/0886260504267549>
- Flåm, A. M., & Haugstvedt, E. (2013). Test balloons? Small signs of big events: A qualitative study on circumstances facilitating adults' awareness of children's first signs of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, *37*(9), 633–642. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.06.007>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykisk helse i Norge* (Vol. 18). Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Franklin, C. L., & Zimmerman, M. (2001). Posttraumatic stress disorder and major depressive disorder: Investigating the role of overlapping symptoms in diagnostic comorbidity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *189*(8), 548–551. <https://doi.org/10.1097/00005053-200108000-00008>
- Goodman-Brown, T. B., Edelstein, R. S., Goodman, G. S., Jones, D. P. H., & Gordon, D. S. (2003). Why children tell: A model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, *27*(5), 525–540. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(03\)00037-1](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(03)00037-1)

- Grande, H. B. (2019). *Psykisk helsevern fra oss som kjenner det. Unge deler erfaringer og gir råd*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Greenland, S. (2017). Invited Commentary: The Need for Cognitive Science in Methodology. *American Journal of Epidemiology*, 186(6), 639–645.
<https://doi.org/10.1093/aje/kwx259>
- Gros, D. F., Simms, L. J., & Acierno, R. (2010). Specificity of posttraumatic stress disorder symptoms: An investigation of comorbidity between posttraumatic stress disorder symptoms and depression in treatment-seeking veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(12), 885–890. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181fe7410>
- Hafstad, G. S., & Augusti, E. (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten. En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år*. Hentet fra https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport_4_19_UEVO.pdf
- Haugen, T. B. (2012). Bootstrapping – kjær metode uten norsk navn. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 132(12–13), 1497. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.0550>
- Helsedirektoratet. (2016). Veileder for rapportering av aktivitetsdata i psykisk helsevern. Innrapportering til Norsk pasientregister (NPR). Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-aktivitetsdata-i-psykisk-helsevern/Registrering av aktivitetsdata i psykisk helsevern – Veileder.pdf/_/attachment/inline/203e364f-c9b3-4fd2-bd06-4aa241ef7f38:91e26d9af56c5de4905b9641a48a3febf210c23c/Registrering av aktivitetsdata i psykisk helsevern – Veileder.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-aktivitetsdata-i-psykisk-helsevern/Registrering%20av%20aktivitetsdata%20i%20psykisk%20helsevern%20-%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/203e364f-c9b3-4fd2-bd06-4aa241ef7f38:91e26d9af56c5de4905b9641a48a3febf210c23c/Registrering%20av%20aktivitetsdata%20i%20psykisk%20helsevern%20-%20Veileder.pdf)
- Helsedirektoratet. (2019). Kartlegging og utredning - psykiske lidelser, pakkeforløp barn og unge. Hentet 23.mars, 2020, fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge/kartlegging-og-utredning-psykiske-lidelser-pakkeforlop-barn-og-unge>
- Hokland, M. (2006). Kan noen traumatiserte pasienter ta skade av eksponering for minner om traumer? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43(11), 1150–1158.
- Hultmann, O., Möller, J., Ormhaug, S. M., & Broberg, A. (2014). Asking Routinely About Intimate Partner Violence in a Child and Adolescent Psychiatric Clinic: A Qualitative Study. *Journal of Family Violence*, 29(1), 67–78. <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9554-5>
- Iglebæk, T., & Jensen, T. K. (2008). Barns meningsdannelse under flodbølgekatastrofen i Sørøst-Asia. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(12), 1488–1497.

- Indergård, P. J., Fuglset, A. S., Krogh, F., & Urfjell, B. (2019). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2018*. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2018.pdf/_/attachment/inline/bf73b736-d1ac-43a6-bf68-0c8f40bb6a6e:307eecbde8fd7521be5f830adb921846d813e0b5/Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2018.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%202018.pdf/_/attachment/inline/bf73b736-d1ac-43a6-bf68-0c8f40bb6a6e:307eecbde8fd7521be5f830adb921846d813e0b5/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%202018.pdf)
- ISTSS. (2018). Posttraumatic Stress Disorder. Prevention and Treatment Guidelines. Methodology and Recommendations. Hentet fra <https://istss.org/clinical-resources/treating-trauma/new-istss-prevention-and-treatment-guidelines>
- Jensen, T. K., Gulbrandsen, W., Mossige, S., Reichelt, S., & Tjersland, O. A. (2005). Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child Abuse and Neglect*, 29(12), 1395–1413. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.07.004>
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., ... Wentzel-Larsen, T. (2014). A Randomized Effectiveness Study Comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy With Therapy as Usual for Youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43(3), 356–369. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.822307>
- Kira, I. A. (2001). Taxonomy of Trauma and Trauma Assessment. *Traumatology*, 7(2), 73–86. Hentet fra <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/153476560100700202>
- Klain, E. J., & White, A. R. (2013). Implementing trauma-informed practices in child welfare. ABA Center on Children and the Law.
- Kripos. (2019). *Voldtektssituasjonen i Norge 2018*. Hentet fra <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/voldtekt-og-seksuallovbrudd/voldtektssituasjonen-i-norge-2018.pdf>
- Lang, J. M., Ake, G., Barto, B., Caringi, J., Little, C., Baldwin, M. J., ... Connell, C. M. (2017). Trauma Screening in Child Welfare: Lessons Learned from Five States. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 10(4), 405–416. <https://doi.org/10.1007/s40653-017-0155-y>
- Larsen, S. K. (2013a, 6.februar). Det som skjedde da Christoffer døde. *Nettavisen*. Hentet fra <https://www.nettavisen.no/nyheter/det-som-skjedde-da-christoffer-dode/3565708.html>

- Larsen, S. K. (2013b, 7.februar). Christoffer-saken: Faren brøt sammen i gråt. *VG*. Hentet fra <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/KoEjG/christoffer-saken-faren-broet-sammen-i-graat>
- Lewis, S. J., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H. L., Matthews, T., Moffitt, T. E., ... Danese, A. (2019). The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 247–256. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30031-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30031-8)
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Van Ommeren, M., Jones, L. M., ... Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198–206. <https://doi.org/10.1002/wps.20057>
- Mahat-Shamir, M., Ring, L., Hamama-Raz, Y., Ben-Ezra, M., Picho-Prelorentzos, S., David, U. Y., ... Lavenda, O. (2017). Do previous experience and geographic proximity matter? Possible predictors for diagnosing Adjustment disorder vs. PTSD. *Psychiatry Research*, 258(August), 438–443. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.085>
- Malloy, L. C., Brubacher, S. P., & Lamb, M. E. (2013). “Because She’s One Who Listens”: Children Discuss Disclosure Recipients in Forensic Interviews. *Child Maltreatment*, 18(4), 245–251. <https://doi.org/10.1177/1077559513497250>
- McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2012). Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 69(11), 1151–1160. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2277>
- McLaughlin, K. A., & Lambert, H. K. (2017). Child trauma exposure and psychopathology: mechanisms of risk and resilience. *Current Opinion in Psychology*, 14, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.10.004>
- McLean, C. P., & Foa, E. B. (2017). Emotions and emotion regulation in posttraumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychology*, 14, 72–77. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.10.006>
- Mezzich, J. E. (1988). On developing a psychiatric multi-axial schema for ICD-10. *British Journal of Psychiatry*, 152(1), 38–43. <https://doi.org/10.1192/s0007125000295603>
- Moe, R. G., & Mothander, P. R. (2009). Kartlegging av vansker hos sped- og småbarn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(8), 749.

- Mollin, J. C., Dickson, K. S., Stadnick, N. A., Rabin, B., & Aarons, G. A. (2019). Systematic review of the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework. *Implementation Science, 14*(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0842-6>
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2017). Implementering av TF-CBT i klinikk - Oppsummering av tiltaket og forslag til videreføring. Intern rapport Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
- NICE. (2018). NICE clinical guideline on post-traumatic stress disorder. Hentet 9. februar, 2020, fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg137>
- Nordanger, D., Mjaaland, T., & Lie, G. T. (2006). PTSD og konfrontering av traumer i et kulturelt perspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 43*(12), 1292–1299.
- Norsk Pasientregisterforskrift (2007). Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk Pasientregister (FOR-2007-12-07-1389). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2007-12-07-1389>
- NOU 2017: 12. (2017). *Svikt og svikt. Gjennomgang av saker hvor barn og unge har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-12/id2558211/>
- Nøvik, T., & Lea, R. A. (2019). Kategorier og dimensjoner. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-1-diagnostikk-og-utredning/diagnostikk-i-barne-og-ungdomspsykiatri/kategorier-og-dimensjoner/>
- Orcutt, H. K., Reffi, A. N., & Ellis, R. A. (2020). *Experiential avoidance and PTSD. Emotion in Posttraumatic Stress Disorder*. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-816022-0.00015-6>
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Hukkelberg, S. S., Holt, T., & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn – blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 49*(3), 234–240.
- Overstreet, C., Berenz, E. C., Kendler, K. S., Dick, D. M., & Amstadter, A. B. (2017). Predictors and mental health outcomes of potentially traumatic event exposure. *Psychiatry Research, 247*, 296–304. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.047>
- Petersen, A. C., Joseph, J., & Feit, M. (2014). *New directions in child abuse and neglect research*. Washington DC: The National Academies Press.

- Priebe, G., & Svedin, C. G. (2008). Child sexual abuse is largely hidden from the adult society. An epidemiological study of adolescents' disclosures. *Child Abuse and Neglect*, 32(12), 1095–1108. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.04.001>
- Read, J., Hammersley, P., & Rudegeair, T. (2007). Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(2), 101–110. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.106.002840>
- Reigstad, B., & Kvernmo, S. (2015). Belastende livshendelser hos unge med ADHD-symptomer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 52(4), 302–311.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., & Cohen, J. A. (2011). PTSD in children and adolescents: Toward an empirically based algorithm a. *Depression and Anxiety*, 28(9), 770–782. <https://doi.org/10.1002/da.20736>
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276–293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
- Skar, A. M. S., Ormhaug, S. M., & Jensen, T. K. (2019). Reported Levels of Upset in Youth After Routine Trauma Screening at Mental Health Clinics. *JAMA Network Open*, 2(5). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.4003>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Multiaksial klassifisering i psykisk helsevern for barn og unge (BUP)*. Akse 5. Sosial- og helsedirektoratet. Hentet fra <https://ehelse.no/kodeverk/multiaksial-klassifisering-i-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-phbu>
- Spinhoven, P., Penninx, B. W., van Hemert, A. M., de Rooij, M., & Elzinga, B. M. (2014). Comorbidity of PTSD in anxiety and depressive disorders: Prevalence and shared risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 38(8), 1320–1330. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.01.017>
- Spitzer, J., Schragger, S. M., Imagawa, K. K., & Vanderbilt, D. L. (2017). Clinician disparities in anxiety and trauma screening among children with ADHD: A pilot study. *Children's Health Care*, 46(4), 344–355. <https://doi.org/10.1080/02739615.2016.1193809>
- Sprague, S., Madden, K., Simunovic, N., Godin, K., Pham, N. K., Bhandari, M., & Goslings, J. C. (2012). Barriers to Screening for Intimate Partner Violence. *Women and Health*, 52(6), 587–605. <https://doi.org/10.1080/03630242.2012.690840>
- Stander, V. A., Thomsen, C. J., & Highfill-McRoy, R. M. (2014). Etiology of depression comorbidity in combat-related PTSD: A review of the literature. *Clinical Psychology*

- Review*, 34(2), 87–98. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.12.002>
- Steinberg, E. A., & Drabick, D. A. G. (2015). A Developmental Psychopathology Perspective on ADHD and Comorbid Conditions: The Role of Emotion Regulation. *Child Psychiatry and Human Development*, 46(6), 951–966. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0534-2>
- Steine, I. M., Winje, D., Nordhus, I. H., Milde, A. M., Bjorvatn, B., Grønli, J., & Pallesen, S. (2016). Langvarig taushet om seksuelle overgrep: Prediktorer og korrelater hos voksne som opplevde seksuelle overgrep som barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 53(11), 889–899.
- Steine, I. M., Winje, D., Nordhus, I. H., Milde, A. M., Bjorvatn, B., Grønli, J., & Pallesen, S. (2017). Hvorfor tar det så lang tid å fortelle om seksuelle overgrep? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 55(2), 204–208.
- Terao, S. Y., Jr. Borrego, J., & Arquiza, A. J. (2001). A Reporting and Response Model for Culture and Child Maltreatment. *Child Maltreatment*, 6(2), 158–168.
- Terr, L. C. (1991). Childhood Traumas: An Outline and Overview. *Am J Psychiatry*, 148, 10–20. <https://doi.org/10.1201/9781315381763>
- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 32(2), 122–138. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.12.001>
- Wendelborg, C. (2018). *Mobbing og arbeidsro i skolen 2019. Analyse av Elevundersøkelsen skoleåret 2019/20. NTNU Samfunnsforskning*. Hentet fra https://www.udir.no/globalassets/filer/tall-og-forskning/rapporter/2018/mobbing-og-arbeidsro-i-skolen-2017_18.pdf
- World Health Organization. (1999). *ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget.
- World Health Organization. (2018). ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision. Hentet fra <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/2070699808>
- Zanville, H. A., & Cattaneo, L. B. (2009). Underdiagnosing and Nontreatment of Posttraumatic Stress Disorder in Community Mental Health: A Case Study. *Psychological Services*, 6(1), 32–42. <https://doi.org/10.1037/a0014410>

Vedlegg

Vedlegg 1. Kartlegging av traumatiske erfaringer (KATES del 1)


NASJONALT KUNNSKAPSSENTER
OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS

KATES del 1 – Kartlegging av traumatiske erfaringer, selvrapporing 6-18 år NKVTS 2018

Navn: _____ Alder: _____ Dato: _____

Det hender man opplever stressende eller skremmende ting. Nedenfor er en liste over noen slike stressende og skremmende hendelser.

Kryss av JA hvis dette har skjedd deg. Kryss av NEI hvis det ikke har skjedd deg. Kryss av PASS hvis du ikke vil svare på dette akkurat nå.

- | | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| 1. Alvorlig naturkatastrofe, som flom, tornado, orkan, jordskjelv eller brann. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |
| 2. Alvorlig ulykke eller skade, som bil/sykkelykke, hundebitt eller idrettsskade. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |
| 3. Truet, slått eller hardt skadet av noen i familien min. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |
| 4. Truet, slått eller hardt skadet av noen på skolen eller i nærmiljøet. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |
| 5. Angrepet, knivstukket, skutt på eller ranet. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |
| 6. Sett noen i familien min bli truet, slått eller hardt skadet. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |
| 7. Sett noen på skolen eller i nærmiljøet bli truet, slått eller hardt skadet. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |
| 8. Noen har gjort seksuelle ting med meg (som tatt meg på tissen, rumpa, puppene) eller fått meg til å gjøre seksuelle ting med dem når jeg ikke kunne si nei. Eller jeg var tvunget eller presset. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |
| 9. Noen har bedt om eller presset meg til å gjøre seksuelle ting på nettet eller i sosiale medier – som å ta eller sende bilder. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |
| 10. Noen har mobbet meg ansikt til ansikt. Sagt veldig stygge ting som skremmer meg. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |
| 11. Noen har mobbet meg på internett. Sagt veldig stygge ting som skremmer meg. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |
| 12. Noen jeg er glad i har dødd plutselig eller på en brutal måte. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |
| 13. Jeg har hatt en stressende eller skremmende medisinsk behandling. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |
| 14. Opplevd eller vært i nærheten av krig. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |
| 15. Andre stressende eller skremmende hendelser? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Pass <input type="checkbox"/> |

Beskriv hva som skjedde uten å si noens navn eller steder: _____

KATES skal kun brukes i samarbeid med helsepersonell.

Oversatt CATS del 1 versjon 2.0. Tine K. Jensen - tine.jensen@nkvt.no 2018.

Vedlegg 2. Child PTSD Symptom Scale (CPSS)

CPSS 1 - PTSD symptomskala for barn

Dato: _____ CPSS skåre: _____

0	1	2	3
Ikke i det hele tatt	En gang i uken el. mindre / en gang i blant	2 til 4 ganger i uken / halvparten av tiden	5 eller flere ganger i uken/ nesten hele tiden

Nedenfor finner du en liste med problemer som barn og unge noen ganger opplever etter at de har opplevd en alvorlig hendelse. Les hvert av dem nøye og sett en sirkel rundt det tallet (0 – 3) som best beskriver hvor ofte problemet har plaget deg **de to siste ukene**.

- (1) 0 1 2 3 Oppskakende/skremmende tanker el. bilder av hendelsen(e) har dukket opp i hodet ditt når du ikke ville det.
- (2) 0 1 2 3 Har hatt vonde drømmer eller mareritt.
- (3) 0 1 2 3 Handlet eller følt som om hendelsen(e) skjedde igjen (hørt noe eller sett et bilde av det og følt det som om jeg var der igjen).
- (4) 0 1 2 3 Følt deg oppskaket når du tenker på, eller hører om, hendelsen(e) (for eksempel følt deg redd, sint, trist eller skyldig osv.).
- (5) 0 1 2 3 Har hatt kroppslige reaksjoner når du tenker på, eller hører om, hendelsen(e), (for eksempel begynt å svette, fått hjertebank).
- (6) 0 1 2 3 Prøvd å ikke tenke på, snakke om eller ha følelser om hendelsen(e).
- (7) 0 1 2 3 Prøvd å unngå aktiviteter, mennesker eller steder som minner deg om den traumatiske hendelsen(e).
- (8) 0 1 2 3 Ikke klart å huske viktige deler av den oppskakende/skremmende hendelsen(e).
- (9) 0 1 2 3 Har vært mye mindre interessert i, eller ikke gjort, de tingene du pleide å gjøre.
- (10) 0 1 2 3 Ikke følt deg nær menneskene rundt deg.
- (11) 0 1 2 3 Ikke klart å ha sterke følelser (for eksempel ikke klart å gråte, eller ikke klart å være veldig glad).
- (12) 0 1 2 3 Følt at dine planer eller håp for fremtiden ikke kommer til å skje (for eksempel at du ikke vil få jobb eller bli gift eller få barn).
- (13) 0 1 2 3 Har hatt problemer med å sovne eller sove gjennom natten.
- (14) 0 1 2 3 Følt deg irritabel eller hatt raseriutbrudd.
- (15) 0 1 2 3 Har hatt problemer med å konsentrere deg (for eksempel mistet tråden i en film på TV, glemt hva du har lest, ikke greid å følge med på skolen).
- (16) 0 1 2 3 Har vært overdrevent forsiktig (for eksempel sjekket hvem eller hva som er rundt deg).
- (17) 0 1 2 3 Har vært nervøs eller lettskremt (for eksempel når noen kommer gående bak deg).

Har noen av problemene over påvirket disse områdene i livet ditt de **2** siste ukene. Lag en sirkel rundt **J** for Ja og **N** for Nei.

- (18) J N Morsomme aktiviteter og hobbyer
- (19) J N Forhold til venner
- (20) J N Skolearbeid

- (21) J N Forhold til familien din
- (22) J N Plikter og oppgaver hjemme
- (23) J N Generelt hvor fornøyd du er med livet

Tilbys TF-CBT? J N I tilfelle nei, hvorfor ikke? _____

Vedlegg 3. Child and Adolescent Trauma Screen (CATS)

CATS (Child and Adolescent Trauma Screen) – Kartlegging av posttraumatisk stress NKVTS 2015

KUN TF-CBT terapeuter som skal fylle ut.	Hvor i løpet: <input type="checkbox"/> Oppstart av TF-CBT behandling	Type løp: <input type="checkbox"/> Opplæringssak med veiledning
	<input type="checkbox"/> Midtveis (ca. 6 time)	<input type="checkbox"/> Opplæringssak på egenhånd
	<input type="checkbox"/> Avslutning	<input type="checkbox"/> Sertifisert

Sett en ring rundt 0, 1, 2 eller 3 for å beskrive hvor ofte det som står i listen under har vært plagsomt for deg **de siste to ukene**:

0 = Aldri, 1 = En gang i blant, 2 = Halvparten av tiden, 3 = Nesten hele tiden

Hvor ofte har du:

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Hatt opprørende (skremmende/ veldig ubehagelige) tanker eller bilder av det som skjedde som plutselig har dukket opp i hodet ditt. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Hatt vonde drømmer som minnet deg om det som skjedde. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Følt det som om det som skjedde, skjer om igjen. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Blitt veldig ute av deg, redd eller trist når du har blitt minnet om det som skjedde. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Hatt sterke følelser i kroppen når du har blitt minnet om det som skjedde (som svetting, hjertebank, urolig mage). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Prøvd å la være å tenke på, eller ikke ha følelser om det som skjedde. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Holdt deg unna alt som har minnet deg om det som skjedde (personer, steder, ting, situasjoner eller å snakke om det). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Ikke klart å huske deler av det som skjedde. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Hatt negative tanker om deg selv eller andre. Tanker om at jeg ikke kommer til å få et godt liv, jeg kan ikke stole på noen, eller at hele verden er utrygg. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Skyldt på deg selv for det som skjedde. Eller skyldt på noen andre når det ikke var deres feil. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Hatt mye vonde følelser (som å føle seg redd, sint, skyldig eller skamfull). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Ikke hatt lyst til å gjøre ting du pleide å gjøre. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Ikke kjent nærhet til andre mennesker (som å føle seg alene selv om man er sammen med andre). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Ikke klart å ha gode eller glade følelser. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Følt deg veldig sint, hatt raseriutbrudd, eller latt sinnet gå utover andre. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Gjort farlige eller utrygge ting (som kunne ha skadet deg). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Vært mer forsiktig enn vanlig (som å ha sjekket hvem som er rundt deg). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Vært skvetten. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Hatt problemer med å konsentrere deg. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Hatt problemer med å sovne eller sove gjennom hele natten. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Har de problemene du nå har fortalt om, gjort noe med:

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Hvordan du har det sammen med andre mennesker | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| 2. Fritidsaktiviteter/ ha det gøy | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| 3. Skole eller arbeid | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| 4. Hvordan du har det sammen med andre i familien din | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| 5. Hvor fornøyd du er med livet ditt nå | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |

Skåre: _____

Tilbys TF-CBT? Ja Nei

Hvis nei, hvorfor? _____

CATS skal kun brukes i samarbeid med helsepersonell. Oversatt CATS del 2 versjon 1.0. Tine K. Jensen - tine.jensen@nkvts.no 2018.