

# Traumekartlegging av barn og unge med ADHD i en BUP-populasjon.

**Line Iren Kaspersen og Hanne Storøy**

*Profesjonsstudiet i psykologi, hovedoppgave (PSY-2901) - Mai 2014*





## Forord

Den aktuelle studien har blitt utformet som et ledd i profesjonsutdanningen i psykologi ved Universitetet i Tromsø. Gjennom undervisning og klinisk praksis i studietiden har vi utviklet en interesse for traumepsykologi. Under hovedpraksisperioden kom vi i kontakt med ledelsen ved en BUP-klinikk. Ledelsen ønsket en kvalitetssikring av rutinene i forhold til kartlegging av traumer i ADHD-populasjonen ved klinikken. I samtale med ledelsen utformet vi et kvalitetssikringsprosjekt basert på informasjon fra elektronisk pasientjournaler (EPJ). Det ble ikke søkt til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), da studien er helsetjenesteforskning med kvalitetssikring og unntatt slik godkjenning.

Vi fikk låne bærbar PC med VPN-klient med tilgang på EPJ fra klinikken. I første steg utformet forfatterne en pilotstudie, der vi gjennomgikk seks pasientjournaler som dannet grunnlag for metodedesignet i hovedstudien. Etter gjennomgangen hadde vi et møte med vår hovedveileder, universitetslektor og psykologspesialist Jørgen Sundby, der vi drøftet utforming av metodedesignet.

Videre utformet forfatterne forskningsspørsmål og studiedesign. Datainnsamling med uttrekk av informasjon fra EPJ til statistiske analyser ble i sin helhet gjort av forfatterne. Dette gjelder også for litteratursøk. Statistiske analyser og tolkning av resultater ble gjennomført av oss, med hjelp fra biveileder, professor i psykologi Oddgeir Friborg. Videre har Friborg, bidratt med gjennomlesning og tilbakemeldinger på fremstilling og innhold av metode- og resultatdelen i oppgaven. Hovedveileder Sundby har bidratt i med innspill og drøftning underveis i hele arbeidsprosessen. Han har kommet med faglig, konstruktiv og språklig tilbakemelding på oppgaven i sin helhet.

Begge forfatterne har bidratt i like stor grad, og oppgaven er et resultat av godt samarbeid. Vi vil rette en stor takk til Jørgen Sundby og Oddgeir Friborg for godt samarbeid og veiledning.

## Traumekartlegging av Barn og Unge med ADHD i en BUP- Populasjon.

Line Iren Kaspersen og Hanne Storøy

Hovedveileder: Jørgen Sundby

Biveileder: Oddgeir Friborg

Institutt for psykologi – Det Helsevitenskapelige Fakultet

Spørsmål vedrørende denne studien kan rettes til Line Iren Kaspersen eller Hanne Storøy, ved Institutt for psykologi, Universitet i Tromsø. E-post: [line.kaspersen@gmail.com](mailto:line.kaspersen@gmail.com) / [hannestoroy@gmail.com](mailto:hannestoroy@gmail.com)



### Sammendrag

Mange barn og ungdom i Norge blir utsatt for vold og overgrep. Det foreligger til dels stor diskrepans mellom opplevde og rapporterte traumer innen psykisk helsevesen. Forskning har vist at hvordan behandlere kartlegger for traumehistorikk er avgjørende for hvorvidt pasienten rapporterer traumer. Fokus for denne studien var å undersøke kartleggingsrutiner for traumer i en ADHD-populasjon under utredning og behandling ved en BUP-klinikk. Studien baserer seg på retrospektiv pasientjournalgjennomgang. Utvalget bestod av 24 jenter og 49 gutter (n=73), med et aldersspenn på 4-17 år. Resultatene viser at om lag halvparten av pasientene ble kartlagt for traumehistorikk i behandlingsforløpet. Noen motsvarende forhold ble avdekket: Behandlere benyttet oftest anamnese som kartleggingsmetode, men denne genererte færrest traumerapporteringer fra pasientene. Flest traumetilfeller ble avdekket i samtale mellom pasient og behandler i ordinære behandlingstimer, men en forholdsvis lav andel pasienter ble kartlagt på denne måten. Informasjon om alvorlig sykdom i primærfamilien til pasienten var signifikant assosiert til hvorvidt traumekartlegging ble gjennomført. Funnene tyder på at traumekartleggingen gjennomføres, men ikke i tilstrekkelig grad av alle behandlere. De praktiske implikasjonene av disse funnene drøftes. En sentral anbefaling kan være innføring av tydelige rutiner for hvordan kartlegging av traumer skal gjennomføres ved BUP.

Nøkkelord: Traumekartlegging; forekomst av traumehistorikk; barn- og unge med ADHD; klinisk utvalg



Denne studien har til hensikt å undersøke hvorvidt barn og unge som ble diagnostisert og behandlet for ADHD ved en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) i Norge også ble utredet for traumer. Det foreligger ingen eksakte tall på hvor mange barn og unge som er utsatt for vold og overgrep på landsbasis. I 2014 ble det gjennomført en nasjonal befolkningsstudie som kartla omfanget av vold og overgrep. Rundt 5 % av respondentene oppga å ha vært utsatt for alvorlig vold fra foresatte minst en gang i løpet av oppveksten. Forekomst av seksuelle overgrep ble funnet å være høyere. Omlag 21 % kvinner og 8 % menn hadde opplevd seksuelle overgrep eller seksuelle krenkelser før fylte 18 år (Thoresen & Hjemdal, 2014, s. 15-16; s. 113). Det er derfor rimelig å anta at en slik forekomst også gjenspeiles hos pasientene ved BUP, både i form av henvisningsårsaker og diagnoseprevalens. Slik er det imidlertid ikke. Tall fra Helsedirektoratet viser at kun 1,9 % av barn og unge ble henvist på grunn av ”alvorlige psykiske reaksjoner etter kriser, traumer eller katastrofer” (Helsedirektoratet, 2011, ref. i Ormhaug, Jensen, Hukkelberg, Holt & Egeland, 2012). Estimert ut ifra befolkningsstudien skulle man forvente et langt høyere tall.

### **Klinisk populasjon og traumekartlegging**

Det kan tenkes at det finnes store mørketall i forekomst av traumer hos barn og unge innen psykisk helsevesen. Den kliniske forskningen som foreligger, tyder på at barn og unge som blir henvist til BUP ikke blir kartlagt godt nok for traumatiske hendelser. Årsakene til dette kan være mange. Flere studier foreslår at forklaringen kan ligge i mangelfull informasjon i henvisnings- og behandlingsrutiner ved poliklinikkene (Ormhaug & kollegaer, 2012; Reigstad, Jørgensen & Wichstrøm, 2006). Ormhaug og kollegaer (2012) undersøkte kartleggingsrutiner ved to poliklinikker i Norge, der utvalget bestod av barn og ungdom mellom 10-18 år. Gjennom selvrappoterings oppga om lag 47 % at de hadde vært utsatt for en eller flere traumatiske hendelser. Informasjon om pasientens traumehistorikk var derimot utelatt i 40 % av henvisningene. Det ble antydnet at henvisende instans ofte tolket symptomene til barna som tegn på andre lidelser og da oftest med begrunnelse i mer individuelle årsaker. Tolkningene varierte noe, men antakelse om depresjon, angst eller ADHD gikk igjen som henvisningsgrunn. Også internasjonale studier viser at pasienter i liten grad blir kartlagt for traumehistorikk i psykisk helsevesen (Hedjtjärn, Hultmann & Broberg, 2009; Read & Fraser, 1998; Read, Hammersley & Rudegeair, 2007). En svensk studie undersøkte forekomst av familievold, før og etter kartleggingsrutiner var blitt implementert ved en poliklinikk. Rapportert familievold økte med



15 % etter at det ble innført systematisk kartlegging i inkomstsamtalen (Hedtjærn & kollegaer, 2009).

**Diagnostisering av seksuelle og fysiske overgrep.** I forhold til seksuelle og fysiske overgrep, fant Reigstad og kollegaer (2006) lavt samsvar mellom bruken av diagnoser for slike overgrep (akse 5 diagnoser, i ICD-10) og selvrappoterering av traumer. I sin artikkel legger de fram to studier som omhandler dette. Den første studien indikerer lav forekomst av diagnostiserte seksuelle og fysiske overgrep for barn og ungdom i Norge. Her ble 3,9 % diagnostisert med akse 5 lidelse i ICD-10 tilknyttet dette. I samme tidsperiode ble et representativt utvalg fra en BUP kartlagt for traumeerfaring (studie 2). I denne studien oppga hele 60 % av respondentene å ha opplevd minst ett tilfelle av seksuelt overgrep, fysisk mishandling, eller omsorgssvikt. Forskjell mellom diagnoseprevalens og pasientenes rapporterte traumer kan tyde på at problemene ikke avdekkes og/eller diagnostiseres. Videre antydte resultatene at en ADHD-diagnose reduserte sjansen for å få en diagnose knyttet til seksuelle og fysiske overgrep sammenlignet med andre psykiske lidelser. I artikkelen drøftes ulike forklaringer på dette. En hypotese kan være at barn og unge med ADHD i mindre grad blir utsatt for seksuelle overgrep. En annen forklaring kan være at behandlere sjeldnere undersøker traumeerfaring i møte med denne pasientgruppen (Reigstad & kollegaer, 2006). Dette kan komme av at ADHD tradisjonelt har vært forklart som en nevrobiologisk utviklingsforstyrrelse (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). En slik forståelse av ADHD kan påvirke klinikere i utredning av diagnosen og føre til lavere forekomst av traumekartlegging. Dersom behandlere leter etter støtte for sin utgangshypotese, kan andre forhold rundt barnet bli oversett.

Det å bli utsatt for traumatiske hendelser kan føre til et komplekst symptombilde som kan være vanskelig å avdekke (Van der Kolk, 1987). Symptomene kan inkludere både somatiske og psykiske plager, som for eksempel nedsatt stemningsleie og selvdestruktiv atferd. Videre kan symptomene hos barn være mangefaseterte og gjennomgripende. Barnets atferd kan forstås som et forsøk på å redusere forhøyet aktivering og regulere emosjoner. Av andre vil atferden kunne oppfattes som ”opposisjonell” eller ”antisosial”, og det er derfor sentralt å oppnå forståelse for de bakenforliggende årsaker (Van der Kolk, 2005).

### **Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)**

ADHD er den mest stilte diagnosen innen psykisk helsevern for barn og ungdom i Norge (Idås & Våpenstad, 2009). Det er en antatt nevrobiologisk forstyrrelse, kjennetegnet ved

hyperaktivitet, impulsivitet og konsentrasjonsproblemer (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). De to internasjonale diagnosesystemene, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM- IV) og *The International Statistical Classification of Diseases* (ICD-10) benytter ulike betegnelser for lidelsen (American Psychiatric Association, 2013; Verdens helseorganisasjon, 2010). I ICD-10 som er det offisielle diagnosesystemet i Norge, brukes termen ”Hyperkinetiske forstyrrelser”. Her legges det til grunn at både nedsatt oppmerksomhet og overaktivitet må være til stede. Videre må trekkene være gjennomgående og fremtredende på tvers av situasjoner. Svekket oppmerksomhet og overaktivitet skal kun diagnostiseres hvis trekkene er markant avvikende i forhold til barnets IQ-nivå og alder. Symptomene må ha en tidlig debut (<6 års alder), og lang varighet (> ½ år). Videre er impulsivitet, slik som å handle uten å tenke seg om, og gjennom dette forstyrre og avbryte andres aktiviteter ofte til stede. Annen atferd som ses i tilknytning til diagnosen er vilterhet og uforsiktighet på tvers av situasjoner. Disse atferdstrekkene er verken nødvendige eller tilstrekkelige for å stille diagnosen, men bidrar til å underbygge diagnosen (Verdens helseorganisasjon, 2010).

I DSM- IV blir betegnelsen ”Attention Deficit /Hyperactivity Disorder (AD/HD)” benyttet for å beskrive den samme forstyrrelsen (American Psychiatric Association, 2013). Symptomene som definerer lidelsen er de samme, og forskjellene i kriteriegrunnlag er små (Zeiner, 2004). DSM- IV skiller mellom lidelser som primært domineres av enten oppmerksomhetssvikt eller overaktivitet/impulsivitet. En kombinasjon av disse kan også forekomme (American Psychiatric Association, 2013). DSM- IV har løser definerede kriterier for diagnosen sammenlignet med ICD-10. I epidemiologiske studier gjenspeiles dette ved at forekomsten er høyere når DSM-IV kriteriene anvendes (Zeiner, 2004). I befolkningsundersøkelser basert på ICD-10 kriteriene har det blitt anslått en forekomst på 1-3 %. Når kriteriene for DSM-IV benyttes, er det anslått en befolkningsprevalens på 4-8 % (Remschmidt 2005, ref. i Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Forekomst av ADHD viser klare kjønnsforskjeller hos barn og ungdom. Internasjonalt er det forholdstall gutt versus jente på 4:1 i epidemiologiske utvalg. I kliniske utvalg for barn er forholdet 9:1. ADHD hos barn og unge opptrer ofte sammen med andre vansker og om lag halvparten har en komorbid diagnose (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Videre i denne oppgaven vil betegnelsen ADHD bli benyttet, da dette er blitt ”folkebetegnelsen” på lidelsen i Norge.

### **Definisjon av traume**

Begrepet ”traume” viser til ekstremt skremmende og/eller potensielt livsfarlige situasjoner (Ormhaug & kollegaer, 2012). Diagnosemanualen DSM-IV definerer traume som en situasjon hvor en person opplever eller er vitne til en alvorlig hendelse. Hendelsen innebærer faktisk eller trussel om død og/eller alvorlig skade mot seg selv eller andre. Trussel om skade mot egen og andres fysiske integritet er også inkludert. Videre spesifiseres det at personens reaksjoner inkluderer intens redsel, følelse av hjelpeløshet eller skrekk. Hos barn kan disse reaksjonene opptre i form av desorganisert eller agitert atferd (American Psychiatric Association, 2013). Eksempler på traumer hos barn kan være fysiske- og seksuelle overgrep, livstruende ulykker, dødsfall hos foresatte, og vedvarende omsorgssvikt (Szymanski, Sapanski & Conway, 2011).

Post-traumatisk stress lidelse (PTSD) er en psykisk lidelse som kan oppstå etter å ha opplevd eller vært vitne til en livstruende hendelse. Symptomene på lidelsen kan deles inn i følgende tre hovedtrekk: a) Gjenopplevelse av den traumatiske hendelsen, b) unnvikelse av stimuli som kan assosieres med hendelsen og c) generelt nedsatt responsivitet og forhøyet aktivering (Verdens helseorganisasjon, 2010). Det er bare en liten andel av de som opplever traumatiske hendelser som utvikler en PTSD-tilstand (Van der Kolk, 2005). Forekomsten av diagnosen avhenger i hovedsak av hvordan type traumer pasienten har vært utsatt for, og hvorvidt hendelsene har vært gjentagende. Om lag 8 % menn og 20 % kvinner som er utsatt for traumer utvikler en PTSD-diagnose (Adler, Kunz, Chua, Rotrosen & Resnick, 2004). Det å bli utsatt for gjentagende traumer over tid har også vist seg å være en stor risiko for utvikling av andre psykiske lidelser (Van der Kolk, 2005).

### **Assosiasjon mellom ADHD og traumer**

Relasjonen mellom traumer og ADHD har blitt undersøkt i flere studier og temaet har fått økt oppmerksomhet innen faglitteraturen (Briscoe-Smith & Hinshaw, 2006; Famularo, Fenton, Kinscherff & Augustyn, 1996; Ford & Connor, 2009; Ford & kollegaer, 2000; Szymanski & kollegaer, 2011; Wozniak & kollegaer, 1999). En grunn til den økte oppmerksomheten er at symptomer som kan oppstå etter traumatiske hendelser også overlapper med symptomer på ADHD og/eller forverrer tilstanden. Eksempler på dette er konsentrasjonsproblemer, irritabilitet og økt aktivering (Szymanski & kollegaer, 2011). En rekke studier har undersøkt om barn med atferdsforstyrrelser også har økt risiko for å oppleve traumer (Ford & Connor, 2009; Ford &

kollegaer, 2000; Wozniak & kollegaer, 1999). Det er foreslått at den impulsive atferden assosiert med ADHD kan lede til traumer (Wozniak & kollegaer, 1999). Hvis dette er tilfelle skulle barn med ADHD ha høyere forekomst av traumehistorikk, sammenlignet med barn uten diagnosen.

Forskning innen feltet har imidlertid gitt ulike resultater. Briscoe-Smith og Hinshaw (2006) fant høyere prevalens av overgrepserfaring hos jenter med ADHD (14,3 %), sammenlignet med et annet klinisk utvalg (4,5 %). Det var en høyere forekomst av både atferdsvansker og avvisning fra jevnaldere blant jenter med overgrepserfaring og diagnosen. Den kausale sammenhengen mellom overgrep og ADHD ble imidlertid ikke avdekket i studien. Tilsvarende tendenser ble funnet i en studie som indikerte at barn og voksne med ADHD hadde forhøyet risiko for å bli utsatt for psykologisk traume (Ford & Connor, 2009). Andre studier har imidlertid ikke funnet økt forekomst av traumehistorikk hos barn og unge med ADHD. Wozniak og kollegaer (1999) undersøkte forekomst av traume i en longitudinell studie av barn og unge med og uten ADHD. Studien fant ingen indikasjon på at ADHD var en risikofaktor for å bli utsatt for traume eller å utvikle PTSD. Lignende funn ble avdekket av Ford og kollegaer (1999), det var ingen forskjell i omfanget av traumehistorikk hos barn med og uten ADHD.

**ADHD og PTSD.** De vanligste diagnosene for barn som er utsatt for seksuelle overgrep er ADHD og PTSD. Diagnosene har høy grad av symptomoverlapp og det kan foreligge komorbiditet (Weinstein, Staffelbach & Biaggio, 2000). Famularo og kollegaer (1996) fant i sin studie en signifikant korrelasjon mellom PTSD og ADHD. Studien viste at omlag en tredel av barn diagnostisert med PTSD, innfridde kriteriene for en ADHD-diagnose. Tilsvarende resultater ble funnet i en studie som indikerte at om lag halvparten av barn som hadde vært utsatt for seksuelt overgrep og ble diagnostisert med PTSD, innfridde kriteriene for ADHD (McLEER, Callaghan, Henry & Wallen, 1994).

Komorbiditeten mellom PTSD og ADHD illustrer hvor viktig det er å kartlegge for traumatiske hendelser i møte med pasienter som har symptomer på ADHD. Husain, Allwood og Bell (2008) har påvist at det foreligger en sammenheng mellom traumer, symptomer på PTSD, og oppmerksomhetsvansker. Assosiasjonen mellom traumehistorikk og oppmerksomhetsvansker ble funnet delvis mediert av symptomer på PTSD. Tilsvarende kan økt aktivering som er et symptom på PTSD oppfattes som hyperaktivitet, som er et velkjent trekk ved ADHD (Glod & Teicher, 1996). På bakgrunn av dette anbefales det at alle barn med symptomer på

konsentrasjonsproblemer og hyperaktivitet blir undersøkt for traumehistorikk (Husain & kollegaer, 2008).

På bakgrunn av at ADHD har en høy prevalens i kliniske populasjoner er det antydnet at mange pasienter med ADHD kan ha opplevd traumer, og kan samtidig ha maskerte symptomer på PTSD (Szymanski og kollegaer, 2011). Motsatt argumenterer Ford og kollegaer (2000) for feildiagnostisering av PTSD. De antyder at PTSD kan bli diagnostisert selv om pasienten egentlig har ADHD. De viser til at tilstedeværelsen av symptomer på PTSD etter opplevd traume kan være et uttrykk for ADHD. Dagens diagnostiske kriterier inkluderer ikke PTSD som en differensialdiagnose for ADHD i noen av diagnose-systemene. De diagnostiske likhetene utdypes ei heller i retningslinjene for utredning av sykdommene (American Psychiatric Association, 2013; Verdens helseorganisasjon, 2010). Dette kan være med på å vanskeliggjøre diagnostisering (Ford & Connor, 2009). For å bedre utredning og diagnostisering av pasienter med symptomer på ADHD, er det derfor foreslått å innføre kartlegging av mulige traumatiske opplevelser (Ford & Connor, 2009; Weinstein & kollegaer, 2000).

### **Kartlegging av traumer hos barn og ungdom**

Forskning innen feltet tyder på at det er stor diskrepans mellom rapportert og opplevd traumer i psykisk helsevesen. Flere studier viser at pasientenes rapportering av traumehistorikk øker dersom det foretas systematisk kartlegging i utredningen (Dill, Chu, Grob & Eisen, 1991; Hedtjärn & kollegaer, 2009; Ormhaug & kollegaer, 2012; Read & kollegaer, 2007; Reigstad & kollegaer, 2006). Det er derfor viktig at behandlere undersøker dette eksplisitt. Studier har vist at de fleste pasienter utsatt for traumer ikke har noe i mot å besvare spørsmål fra behandler om slike hendelser (Read & kollegaer, 2007). Dette gjelder også for barn, både fordi behovet for bekreftelse på egne opplevelser, og det å bli hørt av voksne kan være viktig (Ormhaug & kollegaer, 2012).

På den andre siden kan helsepersonell oppleve det utfordrende å utrede pasienter for overgrepshistorikk. Behandlingsinstitusjoner trenger gode prosedyrer og opplæring av personale ved utredning vedrørende traumer. En studie indikerte at barnets opplevelse og vurdering av behandlerens åpenhet om traume(r) var avgjørende for om barnet fortalte om traumehistorikk (Goodman- Brown, Edelstein, Goodman, Jones & Gordon, 2003).

Det anbefales at behandler allerede i første møte med pasienten setter av tid til å kartlegge for traumatiske hendelser, da studier antyder at systematisk kartlegging sjelden gjennomføres

senere i behandlingsforløpet (Read & Fraser, 1998). Det ligger også en forventning hos pasientene om å få spørsmål angående traumehistorikk i første møte med behandler (Read & kollegaer, 2007). Tidlig kartlegging er også viktig i utredning av barn og unge, spesielt i forhold til å få avklart om det er behov for å iverksette tiltak for å trygge barnets situasjon (Ormhaug & kollegaer, 2012).

**Kartlegging av traumer i anamnese.** I et anamneseopptak spørres det typisk om psykososial historie, som også inkluderer opplevelser fra barndommen. Anamnesen administreres gjerne tidlig i behandlingen, slik at behandler får en oversikt over pasientens sykehistorie. Det synes naturlig å kartlegge for traumer i en slik sammenheng (Read & kollegaer, 2007). Enkelte anamnesemanualer har utarbeidet egne seksjoner for kartlegging av traumehistorikk, og studier har vist at dette øker rapporteringsraten for traumer (Agar, Read & Bush, 2002; Read & Fraser, 1998). Behandler administrerer som oftest anamnesen til foresatte i utredning av barn og ungdom med psykiske lidelser.

Faraone, Biederman og Milberger (1995) skriver at foreldrerapportering av barns psykopatologi er en valid og reliabel måte å avdekke slik informasjon på. Imidlertid kan dette være en utfordring i forhold til kartlegging av traumehistorikk fordi foreldrene nødvendigvis ikke vet om barnet har vært utsatt for traumer (Hedtjärn & kollegaer, 2009; Ormhaug & kollegaer, 2012). Videre vet vi at barn også kan bli utsatt for vold, seksuelle overgrep og mishandling av foresatte (Mossige & Steffansen, 2007, s.50-55). I slike tilfeller er det lite sannsynlig at barn og ungdoms traumer blir rapportert fra foresatte (Hedtjärn & kollegaer, 2009). En norsk studie har også vist at foresatte tenderer til å underrapportere barnets symptomer etter traumatiske hendelser (Dyb, Holen, Brønne, Indreavik & Aarseth, 2003).

**Traumekartlegging direkte med barn og unge.** På bakgrunn av overnevnt forskning, kan det være grunn til å spørre barnet om traumer uten foresatte til stede (Røberg, 2011). Barn som har opplevd livsbelastende hendelser tenderer ikke til å lyve eller dikte opp overgrep. Det er enighet om at barn kan huske slike hendelser, også etter lengre tid (Magnussen, 2004, ref. i Borgen & kollegaer, 2011, s. 78). Kartlegging av barns traumer bør være tilpasset alder. Forskning indikerer at barn under seks år har noe lavere sannsynlighet for å fortelle og forstå at de har vært utsatt for overgrep og krenkelser sammenlignet med eldre barn (Campis, Hebden-Curtis & Demaso, 1993; Goodman-Brown & kollegaer, 2003). For eksempel kan yngre barn ha begrenset forståelse av seksualitet, og derfor nødvendigvis ikke forstå at seksuelle



overgrep er ulovlig (Goodman- Brown & kollegaer, 2003). I traumekartlegging av yngre barn (<6 år) er det sentralt å stille spørsmål på en slik måte at barnet forstår. En mer opplevelsesnær uttrykksform som eksempelvis lek, er foreslått for denne gruppen. Barnet får da tilnærme seg hendelsen på en ikke-truende måte, og bygge opp en allianse med behandler. Dette kan i større grad føre til at barnet deler sine erfaringer (Røberg, 2011). Å ta høyde for språkutvikling er viktig, og normalt sett vil barn i 6 års alderen ha kunnskap og forståelse til å fortelle om det de har opplevd. Barn ved 10 års alderen har tilnærmet samme språklige forutsetninger til å fortelle som ungdom og voksne (Borgen & kollegaer, 2011, s.79).

**Traumekartlegging gjennom selvrapporteringskjema.** Selvrapporteringskjemaer som omhandler traumeerfaring er en annen måte å kartlegge barn og unge for slike hendelser. Et slikt skjema kan administreres direkte til barnet. Dill og kollegaer (1991) viste at om lag en tredel av pasientene som rapporterte traumer ved selvrapportering, ikke oppga dette ved direkte spørsmål. Forskjellen forklares med at pasienten oppfattet selvrapporteringskjemaet som tryggere og mer konfidensielt sammenlignet med intervju. Selvrapporteringskjemaet inneholdt også mer spesifikke og konkrete spørsmål, samt beskrivelser av traumehendelser.

Ved administrering av selvrapporteringskjemaer er det viktig å ta hensyn til barnets alder. En studie indikerte høyere reliabilitet i besvarelsene til ungdom (13-15 år), sammenlignet med yngre barn (9-12 år) ved selvrapportering av vold (Varni, Limbers & Burwinkle, 2007). En grunn til lavere reliabilitet av selvrapportering kan komme av manglende språkforståelse hos yngre barn (Cooley, Turner & Beidel, 1995). En studie viser imidlertid en tendens til høyere samsvar mellom yngre barns selvrapportering på somatiske og psykiske symptomer og foreldres rapportering av disse, sammenlignet med samsvaret mellom ungdom og foreldres rapportering (Varni & kollegaer, 2007). Det er anbefalt å benytte selvrapporteringskjemaer med få svaralternativer til barn. Mer spesifikt er det anbefalt for barn under 8 år å benytte et skjema med tre-punkt likert skala fremfor fem-punkt likert skala. Administrering av selvrapporteringskjemaer har generelt en nedre mental aldersgrense på 5 år (Varni & kollegaer, 2007). Det er videre anbefalt å observere barnets reaksjoner under administrering av selvrapporteringskjema. Barnet kan få reaksjoner som både er nyttig og nødvendig for terapeuten å tematisere (Briere, 1997).

**Nytteverdien av standardisert traumekartlegging.** Read og Fraser (1998) fant at måten behandlere kartlegger for traumer påvirker hvorvidt traumeopplevelser avdekkes hos

pasienten. De fant diskrepans i forekomsten av traumeerfaring ut fra hvilket kartleggingsinstrument som ble benyttet. Når en standard anamnesemanual uten egen seksjon for traumehistorikk ble benyttet, oppga 8 % av pasientene traumer. Andelen økte til 82 % da en seksjon med overgrepserfaring ble inkludert i anamnesemanualen. En slik økning viser til nytteverdien av gode og eksplisitte kartleggingsrutiner. Agar og kollegaer (2002) repliserte dette studie og fant lignende forskjeller. Da anamneseopptak med egen seksjon om traumehistorikk og krav til journaldokumentasjon ble implementert som fast rutine ved en klinikk, økte antallet pasienter som rapporterte overgrep. Motsatt var det ingen signifikant økning i rapporterte overgrep når kartleggingen ikke var guidet eller inkluderte krav om dokumentasjon.

**Pasientens perspektiv.** Mange barn som har blitt utsatt for overgrep forteller ofte ikke om hendelsen, og mange snakker først om sine erfaringer i voksen alder (Goodman-Brown & kollegaer, 2003) En studie viste at overgrepsutsatte ventet i gjennomsnitt 9,5 år med å fortelle om overgrepserfaringer fra barndommen (Frenken & Van Stolk, 1990). Tilsvarende fant Read og kollegaer (2007) at 52 % fortalte om seksuelle overgrep i barndommen først 10 år etter hendelsen. Det vises også til at 28 % av kvinnene ikke hadde fortalt om misbruket før de oppga dette i studien. Lignende tendenser ses i en helt fersk undersøkelse i Norge. En betydelig andel av respondentene hadde ikke snakket om sine overgrepserfaringer før de rapporterte dette i undersøkelsen (Thoresen & Hjemdal, 2014, s. 107).

At barn ikke forteller, eller forteller utydelig om overgrep, behøver ikke bety at overgrep ikke har funnet sted (Borgen & kollegaer, 2011). Det kan være flere årsaker til at barn ikke forteller om vonde opplevelser. Det er foreslått at barn holder tilbake informasjon om overgrep fordi de kan være redde for konsekvensene en avdekking kan medføre. Dette gjelder spesielt for barn der familiemedlemmer har utført overgrepene (Goodman- Brown & kollegaer, 2003). En annen årsak kan være frykt for og ikke bli trodd (Agar & kollegaer, 2002). Barn og unge kan også føle at de har delvis ansvar for overgrepene. Dette kan medføre at de ikke ønsker å snakke om hendelsen(e) på grunn av skyldfølelse og skam (Hazzard, Celano, Gould, Lawry & Webb, 1995). Hvorvidt barnet opplever ansvar for overgrep, kan være avgjørende for om de velger å rapportere om hendelsen (Goodman- Brown & kollegaer, 2003).

**Traumebehandling.** Kartlegging av pasienters overgrepshistorikk kan bidra til å forbedre den terapeutiske alliansen. Ved å utrede pasienter for overgrep viser behandler at overgrepshistorier er viktige. En studie viser til at pasienter som har vært overgrepsutsatt ofte

tolker sine problemer i lys av dette. I tillegg oppga pasientene at behandler ikke på samme vis så denne sammenhengen (Read & kollegaer, 2007). Både det å imøtekomme pasienters forklaringsmodell for sykdom og vise forståelse for hvordan overgrep har hatt innvirkning på pasientens nåværende problemer er en sentral del i behandlingsforløpet (Agar & kollegaer, 2002). Dersom terapeuten ikke vet noe om overgrep blir det nødvendigvis ikke noe tema i terapien. I noen tilfeller vil pasienter med traumehistorikk ha behov for mer spesifikk behandling. Det er anbefalt at alle pasienter med PTSD eller posttraumatiske problemer etter alvorlige hendelser bør motta tilbud om spesifikk traumebehandling. Flere traumeterapeutiske metoder har vist seg å ha god effekt hos pasienter som har opplevd ulike traumatiske hendelser (Dyregrov, 2004). Day, Carey og Surgenor (2006) legger frem at selv om traumeterapeutisk behandling har effekt, har brukerperspektivundersøkelser vist seg og ikke være udelte positiv. I en studie med barn som mottok traumebehandling gjennom intervju i fokusgrupper og tegneterapi, oppga flere barn at de syntes behandler stilte ubehagelige og vanskelige spørsmål. Det finnes også studier som indikerer at eksponering med eksempelvis detaljfylte historier om traumer kan ha negative konsekvenser for den mentale helsen (Courtois, 1997; Hokland, 2006). Hokland (2006) viser til at dårlig affektregulering og utrygghet i relasjoner til andre kan være forhold ved pasienten som gjør at traume eksponering kan få negative konsekvenser.

**Behandlers holdninger til kartlegging av traume.** Young, Read, Barker-Collo og Harrison (2001) gjennomførte en spørreundersøkelse om holdninger til traumekartlegging blant psykologer og psykiatere. Undersøkelsen bestod av en rekke utsagn som deltakerne skulle vurdere. Utsagnene som hadde størst gjenkjennelsesrate var at behandlerne hadde viktigere bekymringer rundt pasienten og at pasienten kunne oppleve spørsmål om traumer som forstyrrende. Noen fagfolk oppga også at spørsmål om traumer kunne være ledende og slik indusere falske minner hos pasienten. Sistnevnte utsagn var positivt korrelert med lav sannsynlighet for å kartlegge for traumehistorikk.

Studien til Young og kollegaer (2011) undersøkte også årsakene til hvorfor behandlere ikke kartla for traumehistorikk. Enkelte behandlere oppga at de ikke utredet for slike erfaringer i frykt for å retraumatisere pasienten. En annen grunn som ble oppgitt var manglende opplæring i hvordan slike spørsmål formuleres og hvordan de skulle imøtekomme overgrepshistorier på en god måte. Videre ble en sterk biogenetisk tro på årsakssammenheng knyttet til lidelser oppgitt som en årsak til manglende traumekartlegging.

Studier tyder på at pasienter sjelden snakker om sine traumatiske opplevelser på eget initiativ (Frenken & Van Stolk, 1990; Read & kollegaer, 2007; Read, McGregor, Coggan & Thomas, 2006). Paradoksalt nok oppgir likevel hele 62 % av klinikerne i Young og kollegaers (2001) undersøkelse at det beste tidspunktet å snakke om traumeopplevelser, er når pasienten selv tar opp temaet. Oppsummert viser denne gjennomgangen at det foreligger gode grunner for å innføre bedre opplæring av systematisk traumekartlegging for behandlere i psykisk helsevesen.

### **Vår studie**

Flere studier fremhever behovet for å få traumekartlegging implementert som fast rutine i utredning og behandling av pasienter (Ford & Connor, 2009; Husain & kollegaer, 2008; Ormhaug & kollegaer, 2012). De siste årene har også barn- og ungdoms livsbelastninger fått mer fokus i det offentlige Norge. Departementene har ønsket økt fokus på traumer i det norske helsevesenet (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2012). Det vil derfor være interessant å undersøke hvordan rutinene for kartlegging av traumer foregår i spesialisthelsetjenesten i dag. En rekke internasjonale studier har pekt på hvor viktig det er å kartlegge pasienter med ADHD for traumer under diagnostisering og i behandling av lidelsen (Ford & Connor, 2009; Ford & kollegaer, 2000; Husain & kollegaer, 2008; Weinstein & kollegaer, 2000). Per i dag inkluderes ikke spørsmål om traumehistorikk i de hyppigst anvendte diagnostiske instrumentene for utredning av ADHD (Rucklidge, Brown, Crawford & Kaplan, 2006). Det spesifiseres heller ikke i "Veileder i diagnostikk og behandling av ADHD" (Sosial- og helsedirektoratet, 2007)

I vår studie er kartlegging av traumer undersøkt ved en større BUP i Norge, og da spesielt i forhold til ADHD populasjonen. Den utvalgte klinikken i vår studie hadde innført faste rutiner for utredning og behandling av ADHD. I forhold til pasienters psykososiale historie anbefaler klinikkledelsen at det administreres en standard anamnese. De benytter Barkleys anamnesemanual, hvor det foreligger et spørsmål som omhandler vold og seksuelle overgrep (Barkley, 1991). Spesifikt i forhold til traumekartlegging, anbefaler ledelsen å administrere et selvrapporteringsskjema: "Kartlegging av traumeerfaringer" (KATE) utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS, 2011). Det er viktig å understreke at klinikken har lagt disse føringene som anbefalinger og ikke som påbud. Det foreligger ingen intern dokumentasjon på om dette faktisk blir gjennomført. Vår studie har derfor til hensikt å undersøke hvordan rutinene for kartlegging av traumer gjennomføres ved klinikken. Dette gjøres

ved å undersøke hvordan pasienter som blir diagnostisert med ADHD kartlegges for slik historikk i utredning og behandling av lidelsen. Følgende forskningsspørsmål undersøkes:

1. Hvor stor andel av pasientene ble kartlagt for traumer?
2. Hvilke type kartleggingsmetoder ble benyttet?
3. Hvor stor andel av pasientene som ble kartlagt, har traumehistorikk?
4. Hvilken type kartleggingsmetoder ble benyttet der traumer ble bekreftet?
5. Er det noen forhold ved pasientene som predikerer hvorvidt de ble kartlagt for traumehistorikk?

## Metode

### Utvalg og deltagere

Denne studien baserer seg på data samlet inn via en norsk barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Utvalget bestod av 195 barn/ungdom henvist i perioden 1.1.2012 - 31.12.2013, primært og sekundært for mistanke om F.90 Hyperkinetisk forstyrrelse.

Inklusjonskriterier: Diagnosene F.90.0 Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet, F.90.1 Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse, F.90.8 Andre spesifiserte hyperkinetiske forstyrrelser, eller F.90.9 Uspesifisert hyperkinetisk forstyrrelse. Eksklusjonskriterier: Pasienter som ikke fikk F.90.x diagnoser (n=46), avslag på henvisningen (n=33), uavsluttet behandlingsforløp (n=41), og personlig kjennskap til pasient, eller pårørende (n=2). Dette ekskluderte 122 pasienter.

Pasientutvalget bestod dermed av 73 barn og unge (25 jenter og 48 gutter) med et aldersspenn fra 4 til 17 år ( $M=10,2$  år og  $SD=3,5$  år). Herav hadde 26 pasienter en komorbid diagnose (11 jenter og 15 gutter).

### Studiedesign

Studien baserer seg på retrospektiv helsetjenesteforskning med pasientjournalgjennomgang i det elektroniske pasientjournal (EPJ) systemet DIPS, og betegnes som et kvalitetssikringsprosjekt. EPJ gjennomgangen tok utgangspunkt i hvordan traumer kartlegges hos barn og ungdom.

### Uttrekk fra EPJ

Vi kodet informasjon fra journalene til variabler for bruk i statistiske analyser.

**Kartleggingsmetoder for traumer.** Det ble vurdert om behandler hadde kartlagt for traumer, og hvorvidt deltakerne hadde traumehistorikk på bakgrunn av behandlers skrevne journalnotat. Det var fire kartleggingsmetoder for traumer, operasjonalisert som følger: 1)

Anamneseopptak: Barkleys (1991) Foreldre-Spørreskjema (appendiks 1). Manualen inneholder en rekke spørsmål om psykososial historie, inkludert et spørsmål om seksuelle og fysiske overgrep jmf. spørsmål 50: ”Har barnet ditt vært utsatt for fysiske/seksuelle overgrep?”. 2) Selvrapporteringskjema: ”Kartlegging av traumeerfaringer” (KATE). KATE- B (appendiks 2) administreres til barnet og KATE- F (appendiks 3) til barnets foresatte. KATE-B består av 16 potensielt traumatiserende hendelser som barnet skal besvare om de har opplevd. Det spesifiseres videre at de skal ha følt seg veldig redd, forvirret eller hjelpeløse i situasjonen. Svaralternativene er ja /nei /pass. KATE-F består tilsvarende av 15 potensielt traumatiserende hendelser. Foreldrene skal også besvare hvorvidt barnet har opplevd hendelsene og følte seg veldig redd, forvirret eller hjelpeløse i situasjonen. Svaralternativene er ja /nei /vet ikke (NKVTS, 2011). 3) Kartlegging av traumehistorikk i ordinære behandlingssamtaler med pasient. 4) Kartlegging av traumehistorikk i samtaler, samarbeidsmøter eller telefonkonsultasjoner med foresatte/andre instanser (fastlege, barnevern, skole, og barnehage). De ulike kartleggingsmetodene ble kodet som selvstendige variabler på tre nivåer: 1) Ikke kartlagt for traumer, 2) kartlagt for traumer, avkreftet traumehistorikk, 3) kartlagt for traumer, bekreftet traumehistorikk. Bekreftet traumehistorikk inkluderer tilfellene med ett eller flere positive utslag.

**Traumekartlegging og traumehistorikk.** På bakgrunn av de fire kartleggingsmetodene ble det dannet en felles dikotom variabel for traumekartlegging; kartlagt/ikke kartlagt.

Tilsvarende ble gjort for variabelen traumehistorikk; bekreftet/avkreftet. Beskrivelse av traumer i journal ble kodet i fem kategorier: 1) Alvorlig mobbing, 2) bilulykke, 3) rus hos omsorgsgiver, 4) vold i hjemmet, og 5) seksuelt overgrep.

**Demografiske forhold.** Alder, kjønn og foreldreomsorgen til deltakeren ble kodet. Foreldreomsorg ble kodet på to nivåer: Felles/delt eller aleneomsorg.

**Tilleggsvisker og utfordringer.** Hvorvidt deltakerne hadde en komorbid diagnose (psykiatriske diagnoser fra ICD-10), ble kodet på to nivåer: Ikke komorbid diagnose/komorbid diagnose. Opplysninger om deltakeren hadde søsken eller foresatte med F.90.x diagnoser, ble kodet tilsvarende: Ikke ADHD i primærfamilien/ADHD i primærfamilien. Informasjon om alvorlig sykdom i primærfamilien ble kodet: Ikke sykdom/sykdom. Målet på alvorlig sykdom inkluderte: Alvorlige psykiske lidelser, rusproblematikk og alvorlig somatisk sykdom hos søsken eller foresatte. Opplysninger om psykososiale utfordringer rundt deltakerne ble kodet på fire nivåer: 1) Ingen, 2) lite, 3) moderate, og 4) store utfordringer. Kategorien ”lite” inkluderte



opplysninger om utfordringer som ikke er større enn det man kan forvente av barn med atferdsvansker. Videre viser ”moderat” til beskrivelser av utfordringer som foreldrekonflikt og ustabil bosituasjon. ”Store” utfordringer inkluderte informasjon om høyt konfliktnivå og at andre hjelpeinstanser var koblet inn i saken.

**Oppfølging fra BUP.** Informasjon om oppfølging og behandling mottatt hos BUP ble kodet i tre ulike variabler: 1) Råd- og informasjonstimer angående ADHD problematikk etter satt diagnose, 2) antall timer med individuell psykoterapi knyttet til ADHD, 3) antall timer individuell psykoterapi knyttet til komorbid diagnose. Oppfølgingsvariablene ble kodet på henholdsvis fem nivåer: 1) Ingen timer, 2) 1-2 timer, 3) 3-4 timer, 4) 5-6 timer, og 5) 7 timer eller mer.

### **Etiske retningslinjer og fremgangsmåte**

Systematisering av informasjon som foreligger tilgjengelig i pasientjournal til internkontroll og kvalitetssikring ved BUP, er et ledd av helsetjenesteforskningen. Vår studie er et ledd i kvalitetssikring av arbeidet ved en utvalgt BUP-klinikk i Norge. Det ble ikke søkt til Regional Etisk Forskningskomite om bruk av data, da kvalitetssikring av en tjeneste er unntatt fra slik godkjenning. Dette gjelder så lenge innsamling av data ikke medfører noen tilleggsbelastning for pasienten, og alle data behandles anonymt. Data som brukes i en slik sammenheng må defineres som nødvendig for å sikre kvaliteten på utredning, diagnostikk og behandling. De juridiske rammebetingelsene for studien er jmf. Helsepersonelloven § 26, som gir hjemmel for behandling av taushetsbelagte opplysninger innenfor en virksomhet, når formålet er internkontroll eller kvalitetssikring av tjenesten. Videre innebærer dette at et kvalitetsregister i prinsippet kan defineres som et behandlingsrettet tiltak, og vil derfor bare være meldepliktig og ikke konsesjonspliktig (Helsedirektoratet, 2010). Fra ledelsens ved den aktuelle klinikken, var forutsetningen for bruk av datasettet at personidentifiserbare opplysninger håndtertes i tråd med Helsepersonelloven (1999) § 21 (Hovedregel om taushetsplikt), § 23 ledd 3 (Begrensninger i taushetsplikt), samt Helseforskningsloven (2008), kapittel 2, § 5 (Forsvarlighet). De involverte pasientene i studien ble anonymisert ved bruk av NPR-ID og presentert i listeform for og kunne være søkbar. Journaldokumentene til de inkluderte deltakerne ble gjennomgått og nødvendig informasjon hentet ut. For å sikre inter-rater reliabiliteten av datamaterialet, ble alle journalene systematisk gjennomgått av begge forfatterne, hvor all informasjon i pasientenes journaler er behandlet etisk forsvarlig og alle lovbestemmelser fulgt.

### Statistiske analyser

Alle analyser er gjennomført ved bruk av SPSS versjon 21.

**Forskningsspørsmål 1-4.** Det er benyttet deskriptive statistiske analyser for å besvare forskningsspørsmål 1-4. Kji-kvadrattest for uavhengige variabler ble brukt for å undersøke om det forelå signifikant kjønnsforskjell i variablene; traumekartlegging og traumehistorikk. T-tester ble benyttet for å undersøke aldersforskjell i variablene; traumekartlegging og traumehistorikk.

**Forskningsspørsmål 5.** For å undersøke om enkelte variabler forklarer omfanget av traumekartlegging, ble det gjennomført en logistisk regresjonsanalyse. Dette ble gjennomført da den avhengige variabelen traumekartlegging var dikotom; kartlagt (kodet 1) versus ikke kartlagt (kodet 0). Følgende variabler ble undersøkt som potensielle prediktorer: Kjønn, alder, foreldreomsorg, komorbid diagnose, ADHD i familien, alvorlig sykdom i primærfamilien, rapporterte psykososiale utfordringer, informasjon og rådgivning, psykoterapi ADHD og psykoterapi komorbid diagnose. Regresjonsanalysen angir de enkelte variabelens forklaringssevne til hvorvidt pasienter ble kartlagt for traumer. En baklengs logistisk regresjonsmetode ble benyttet og signifikanskravet ble satt til  $p < .05$ . Dette betyr at variabler som ikke signifikant påvirker den avhengige variabelen, stegvis blir tatt ut av modellen. Logit-baserte beta-vekter konverteres til odds ratio (OR) av tolkingshensyn. OR indikerer sannsynligheten for at noe inntreffer, versus sannsynligheten for at noe ikke inntreffer. En OR-verdi på eksempelvis 1.5 indikerer at sjansen (oddsen) øker med 50% for et positivt utfall når prediktoren øker med en enhet. Motsatt viser en OR-verdi på under 1 at prediktoren øker, samtidig som oddsene for at utfallet inntreffer synker. Hosmer & Lemeshow's test "Goodness of fit" beskriver hvor godt data passer regresjonsmodellen. Testen indikerer god modelltilpasning dersom  $p > .05$ . Klassifikasjonstabellen viser modellens evne til å plassere deltakerne i riktig kategori på den avhengige variabelen. Den beskriver hvor ofte modellen korrekt klassifiserer deltakerne, og hvor ofte modellen klassifiserer feil (falske negative eller falske positive kasus). Summen av dette utgjør modellens totale evne til å klassifisere deltakerne i riktig kategori.

### Resultat

Resultatene presenteres i to deler, først som beskrivende statistikk som viser omfanget av traumekartlegging og traumehistorikk (forskningsspørsmål 1-4). Deretter følger en logistisk

regresjonsanalyse som undersøker om enkelte variabler forklarer omfang av traumekartlegging (forskningsspørsmål 5).

### Beskrivende statistikk

**Omfanget av traumekartlegging.** Som vist i Tabell 1, ble 41 av 73 deltakere kartlagt for traumehistorikk i behandlingsforløpet (56,16 %). Anamneseopptak var den mest anvendte kartleggingsmetoden hvor 29 (39,7 %) deltakere ble kartlagt. Selvrapporteringsverktøy var den minst brukte kartleggingsmetoden, hvor 5 (6,8 %) deltakere ble kartlagt. For frekvenser av de resterende variablene, se Tabell 1.

Tabell 1

*Frekvenstabell av traumekartlegging hos deltakerne.*

	Traumekartlegging (n=73)	
	Ikke kartlagt (%)	Kartlagt (%)
Hele utvalget	32 (43,84)	41(56,16)
Kjønnsfordeling		
Jenter	7	18
Gutter	25	23
Kartleggingsmetode		
Anamnese	44 (60,27)	29 (39,73)
KATE	68 (93,15)	5 (6,85)
Ordinær pasientsamtale	65 (89,04)	8 (10,96)
Samtale med foresatte/andre instanser	67 (91,78)	6 (8,22)
Aldersgjennomsnitt	10,34	10,21

*Merk.* Enkelte pasienter ble kartlagt gjennom flere metoder. Det er derfor ikke samsvar mellom antall deltakere som ble kartlagt og summen av antall kartlagte deltakere i hver av kartleggingsmetodene.

**Forekomst av Traumehistorikk.** Som vist i Tabell 2, bekreftet 16 deltakere traumehistorikk. Dette utgjør en andel på 21,92 % av hele utvalget, og 39,02 % av deltakerne som ble kartlagt for traumer. Samtale mellom pasient og behandler avdekket flest traumetilfeller, med henholdsvis 8 deltakere. Gjennom anamneseopptak og selvrappoteringsverktøy bekreftet færrest deltakere traumehistorikk, med 4 deltakere i hver kategori. For frekvenser av de resterende variabler, se Tabell 2.

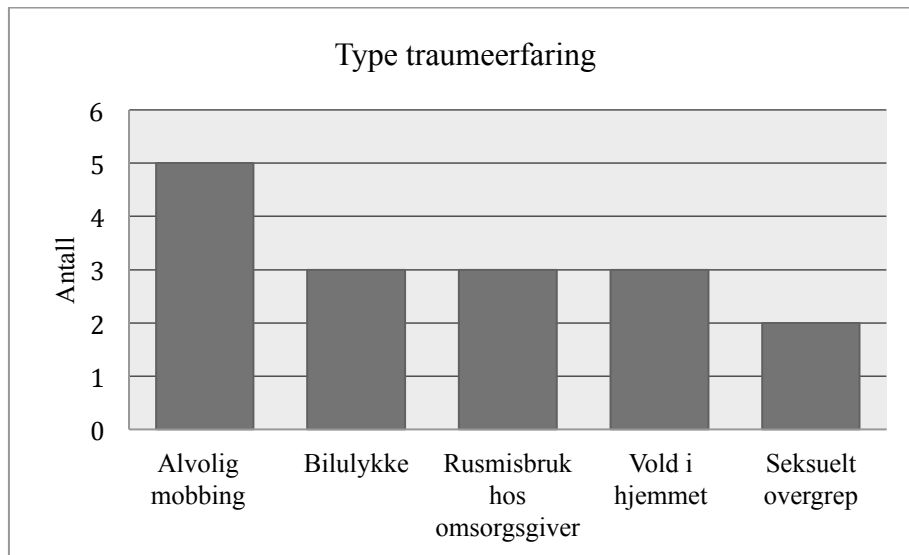
Tabell 2

Frekvenstabell av traumehistorikk hos deltakerne.

	Traumehistorikk			
	Hele utvalget (n=73)		Kartlagte deltakere (n=41)	
	Ikke kjent (%)	Bekreftet (%)	Avkreftet (%)	Bekreftet (%)
Totalt	57 (78,08)	16 (21,92)	25 (60,98)	16 (39,02)
Kjønnsfordeling				
Jenter	15	10	8	10
Gutter	42	6	17	6
Kartleggingsmetode				
Anamnese	69 (94,52)	4 (5,48)	25 (60,98)	4 (9,76)
KATE	69 (94,52)	4 (5,48)	1 (2,44)	4 (9,76)
Ordinær pasientsamtale	65 (89,04)	8 (10,96)	0	8 (19,51)
Samtale med foresatte/andre instanser	69 (91,78)	6 (8,22)	0	6 (14,63)
Aldersgjennomsnitt	9,54	12,75	8,44	12,75

*Merk.* Enkelte deltakere ble kartlagt gjennom flere kartleggingsmetoder. Det er derfor ikke samsvar mellom traumehistorikk totalt og traumehistorikk i de ulike kartleggingsmetodene.

**Type traumehistorikk.** De 16 deltakerne som bekreftet traumehistorikk ble fordelt i følgende kategorier: Mobbing, bilulykke, rus hos omsorgsgiver, vold i hjemmet, og seksuelt overgrep. Oversikt over frekvenser er gjengitt i Figur 1.



Figur 1. Oversikt over type traumehistorikk hos deltakerne.

### Eksplorerende statistikk

**Traumehistorikk.** En uavhengig t-test indikerte en signifikant forskjell,  $t(39) = 4,13, p < .05$ , i gjennomsnittsalder mellom deltakerne som avkreftet/bekreftet traumer. Deltakerne som hadde traumehistorikk var i gjennomsnitt eldre ( $M = 12,75, SD = 6,8$ ) enn de som avkreftet ( $M = 8,44, SD = 2,97$ ). En kji-kvadrattest for uavhengige variabler viste ingen signifikant forskjell mellom kjønn og traumehistorikk ( $p > .05$ ).

**Traumekartlegging.** En uavhengig t-test indikerte ingen signifikant aldersforskjell mellom kartlagte/ikke kartlagte deltakerne ( $p > .05$ ). En kji-kvadrattest viste ingen signifikant assosiasjon mellom kjønn og hvorvidt deltakeren ble kartlagt for traumer ( $p > .05$ ).

**Korrelasjonsanalyse.** Samvariasjon mellom traumekartlegging og de øvrige variablene ble undersøkt ved Spearmans korrelasjonsanalyse. Korrelasjonene indikerte lave til moderate samvariasjoner, som vist i Tabell 3. Kjønn var signifikant relatert til om deltakerne ble kartlagt for traumehistorikk  $r_s = -.230, p < .05$ . Sykdom i primærfamilien var også signifikant relatert til om deltakerne ble kartlagt for traumehistorikk  $r_s = .317, p < .01$ .

Tabell 3

*Korrelasjonsanalyse mellom traumekartlegging og uavhengige variabler.*

	Traumekartlegging (n=73)
Kjønn	<b>-.230*</b>
Alder	-0,03
Foreldreomsorg	0,196
Sykdom	<b>.317**</b>
ADHD i familien	0,22
Komorbid diagnose	-0,15
Rapporterte utfordringer	0,204
Informasjon og rådgiving	0,052
Psykoterapi ADHD	0,183
Psykoterapi komorbid diagnose	0,131

*Merk. \*)  $p < .05$  (2-halet) \*\*)  $p < .01$  (2-halet).*

**Logistisk regresjonsanalyse.** I siste steg gjennomførte vi en logistisk regresjonsanalyse for å undersøke om noen av variablene i Tabell 3 predikerte hvorvidt deltakerne ble kartlagt for traume. Følgende variabler ble undersøkt som potensielle prediktorer: Kjønn, alder, foreldreomsorg, komorbid diagnose, ADHD i familien, alvorlig sykdom i primærfamilien, rapporterte psykososiale utfordringer, informasjon og rådgivning, psykoterapi ADHD, og psykoterapi komorbid diagnose. Resultatene fra den endelige trimmede modellen, viste at data passet modellen (Hosmer & Lemeshow's test "Goodness of fit": ( $\chi^2 = .854$  (2),  $p = .653$ )). Alvorlig sykdom i primærfamilien var eneste variabel som signifikant ( $p < .05$ .) ble assosiert med



kartlegging for traume (OR = 12,93, (1,55 – 107,69),  $\chi^2(1) = 5,60$ ). Oddsen for å bli spurt om traumehistorikk var altså 12,93 ganger høyere for deltakere med sykdom i familien, sammenlignet med deltakerne uten kjent sykdom i familien. Av de 41 deltakerne som ble kartlagt for traume viser klassifikasjonstabellen at modellen klassifiserer 20 av deltakerne korrekt og 21 deltakere feil (48,8 % korrekt klassifikasjon). Av de 32 deltakerne som ikke ble kartlagt, klassifiserer modellen 26 av deltakerne korrekt og 6 deltakere feil (81,3 % korrekt klassifikasjon). Dette indikerer at modellen er bedre til å angi en korrekt klassifikasjon av deltakerne som ikke ble kartlagt sammenlignet med de som ble kartlagt. Til sammen klassifiserte modellen 46 av 73 deltakere korrekt (63 % samlet korrekt klassifikasjon).

### **Diskusjon**

Resultatene fra vår studie viser at om lag halvparten av pasientene ble kartlagt for traumer i behandlingsforløpet (forskningsspørsmål 1). Kartleggingsmetoden som ble benyttet i flest tilfeller var anamnese, hvor over en tredel av pasientene ble kartlagt. Selvrapporteringskjema om traumehistorikk viste seg å være den minst anvendte kartleggingsmetoden (forskningsspørsmål 2). Resultatene indikerer at et forhold ved pasienten er signifikant assosiert til hvorvidt pasienten blir kartlagt for traumer. Pasienter med kjent alvorlig sykdom i familien hadde større sannsynlighet for å bli kartlagt, sammenlignet med pasienter uten kjent sykdom i familien (forskningsspørsmål 5). I forhold til traumehistorikk viser resultatene at over en femtedel av det totale utvalget hadde traumeerfaring. Tar vi kun høyde for pasientene som ble kartlagt for traumer, hadde over en tredel av pasientene i utvalget slike erfaringer (forskningsspørsmål 3). Flest traumetilfeller ble avdekket i ordinære behandlingstimer med pasienten. Dette innebærer at kartlegging av slike hendelser ble tatt opp i samtale mellom pasient og behandler, etter at inkomstsamtale og utredningen var igangsatt. Færrest traumetilfeller ble oppgitt i anamneseopptaket. Anamnesen blir typisk administrert i en behandlingstime med foreldre/foresatte ved oppstart av behandling (forskningsspørsmål 4).

### **Kartleggingsfrekvens for traumer**

Forskning anbefaler nokså entydig at barn og unge med ADHD relaterte problemer også bør kartlegges for traumehistorikk (Szymanski & kollegaer, 2011; Weinsten & kollegaer, 2000). På bakgrunn av dette var det forventet en høy forekomst av traumekartlegging i vår studie. Resultatene våre indikerer imidlertid at traumekartlegging ble gjennomført i mindre grad enn anbefalt. Ved poliklinikken ble 56 % av pasientene kartlagt for traumer i behandlingsforløpet, mens de resterende 44 % ikke ble kartlagt. Funnet kan indikere at

anbefalinger for traumekartlegging ikke er tilstrekkelig implementert i fagmiljøet for at alle opplever dette som en rutine ved klinikken. Dette samsvarer med Ormhaug og kollegaer (2012), som antyder at kartleggingsrutiner for traumer ved norske poliklinikker er mangelfull. Andre nasjonale studier har konkludert tilsvarende (Reigstad & kollegaer, 2006; Røberg, 2011). Innføring av dokumentasjonskrav i journal om traumehistorikk, er påvist å øke forekomst av traumekartlegging (Agar & kollegaer, 2002). En slik implementering kan føre til at poliklinikkene gjennomfører traumekartlegging i større grad.

**Kartlegging av traumer hos pasienter med ADHD.** ADHD har en høy prevalens i kliniske populasjoner, og har tradisjonelt blitt forstått som en nevrobiologisk utviklingsforstyrrelse (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Forskning har på den andre siden vist at barn og unges reaksjoner etter et psykologisk traume kan overlape med symptomer på ADHD (Weinstein & kollegaer, 2000). På bakgrunn av dette er det viktig at behandlere ikke bare benytter seg av en årsaksforklaring når slike symptomer presenteres. Vår studie viser at nesten halvparten av pasientene som ble diagnostisert med ADHD ikke kartlegges for livsbelastende hendelser.

Funnene våre er i samsvar med Reigstad og kollegaer (2006), som postulerer at behandlere i mindre grad undersøker traumeerfaring i møte med pasienter som har ADHD. Flere forskere har antydnet at pasienter med ADHD kan ha opplevd psykologiske traumer som ikke blir avdekket grunnet manglende traumekartlegging (Szymanski & kollegaer, 2001). Mulige forklaringer til at traumekartlegging utelates kan være at det verken foreligger spesifikke anbefalinger om slik kartlegging i de diagnostiske kriteriene i ICD-10 (Verdens helseorganisasjon, 2010) eller i "Veileder i diagnostikk og behandling av ADHD" (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). At dette ikke spesifiseres i de nasjonale retningslinjene kan tyde på at konsentrasjonsproblemer og hyperaktivitet i hovedsak oppfattes som nevrobiologiske symptomer i fagmiljø, og ikke som tegn på andre lidelser. Young og kollegaers studie fra 2001 fant at psykologer og psykiatere ikke kartla for traumer på bakgrunn av en sterk biogenetisk tro til årsaksforklaringer på sykdom. Forskning har vist at kartlegging av traumehistorikk kan være nødvendig for å foreta en korrekt diagnostisering av ADHD (Weinstein & kollegaer, 2000). Det er derfor anbefalt å implementere traumekartlegging som en fast rutine i denne pasientgruppen (Ford & Connor, 2009). Poliklinikken vi har undersøkt hadde anbefalt å inkludere traumekartlegging i utredning og behandling av ADHD. Likevel hadde de antageligvis ikke

investert tilstrekkelig ressurser for å få implementert rutinen. Resultatene våre antyder at den innførte rutinen om traumekartlegging blir fulgt opp av noen, men ennå ikke fulgt opp av alle behandlere ved klinikken.

**Egenskaper ved behandler som kan påvirke traumekartlegging.** Forskning har antydnet at det kan være egenskaper ved den enkelte behandler som avgjør hvorvidt pasienter blir kartlagt for traumehistorikk. En grunn til manglende kartlegging i vårt utvalg kan være begrunnet i behandlerens holdninger til traumekartlegging. Blant annet er det funnet at behandlere ikke kartlegger for traumehistorikk på grunn av manglede opplæring og erfaring. Videre har forskning indikert at behandlere foretrekker at pasienter selv tar initiativ til å snakke om traumer (Young & kollegaer, 2001). Økt kunnskap om kartlegging og behandling av traumer vil kunne være et viktig bidrag for å øke fokus på tema.

En annen faktor som kan påvirke hvorvidt behandlere kartlegger for traumehistorikk er de mulige konsekvenser en slik avdekking kan føre til. I Norge er det lovpålagt å melde fra til barnevern og foresatte om man innehar informasjon om vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt hos barn jmf. Helsepersonelloven (1999), §33 (Opplysninger til barneverntjenesten). Meldeplikt kan oppleves utfordrende og ubehagelig for helsepersonell, da videreformidling av slik informasjon kan føre til konfrontasjoner og tillitsbrudd med foresatte. Det kan ikke utelukkes at den lave forekomsten av traumekartlegging kan komme av slik unnvikelse fra behandlerens side.

**Konsekvenser av manglende traumekartlegging.** Ser vi våre resultater i lys av pasientens perspektiv, kan pasienter inneha forventninger om spørsmål angående traumer i psykologisk behandling (Read & kollegaer, 2007). Om lag halvparten av pasientene ble ikke kartlagt for traumer og forventningene til disse ble kanskje ikke imøtekommet. Overgrep og krenkelser kan være knyttet til skam og skyldfølelse (Agar & kollegaer, 2002). At behandlere ikke tar opp temaet kan gi et signal om at slike hendelser forties. Barnets opplevelse og vurdering av behandlerens åpenhet om traume(r) har vist seg å være avgjørende for om barnet forteller om traumehistorikk (Goodman- Brown & kollegaer, 2003). I ytterste konsekvens kan manglende traumekartlegging underbygge tabu og skamfølelser hos pasienten. Det bør derfor være et mål at kartlegging av traumer blir gjort som en fast rutine i ADHD populasjonen ved BUP, og følgelig gjennomføres oftere enn det vi har funnet i vår studie.

### **Pasienter med traumer**

Antall pasienter i vårt utvalg med traumehistorikk vites ikke med sikkerhet. Resultatene viser at om lag 22 % av hele utvalget hadde opplevd en eller flere traumatiske hendelser. Imidlertid ble 32 pasienter i utvalget ikke kartlagt for slike erfaringer og følgelig foreligger det ingen informasjon om deres historikk. Ser vi kun på de 41 pasientene som ble kartlagt for traumehistorikk er forekomsten av traumer betydelig høyere. Våre resultater viser da at 39 % av pasientene som ble kartlagt bekreftet traumehistorikk.

Resultatet fra vår studie er som forventet ut fra tidligere forskning som viser at en betydelig andel barn og unge opplever en eller flere traumatiske hendelser i oppveksten (Ormhaug & kollegaer, 2012; Reigstad & kollegaer, 2006). Alvorlig mobbing var den traumeerfaringen flest pasienter hadde oppgitt i vår studie. Dette var også forventet fordi mobbing er et frekvent samfunnsproblem både i og utenfor skolesituasjonen. Videre kan mobbing påvirke barn og unges psykiske helse. Gjentakende overgrep og mobbing over tid medfører økt risiko for å utvikle psykiske lidelser (Roland, 2002).

**Traumer i ADHD populasjonen.** Ut ifra vår viten foreligger det ingen norske studier som har undersøkt traumekartlegging spesielt hos pasienter med ADHD ved BUP-klinikkene. Reigstad og kollegaer (2006) fant noe høyere forekomst av traumer i BUP populasjonen generelt (60 %) enn i vår studie (39 %). Da studier har vist at det foreligger en positiv assosiasjon mellom traumehistorikk og ADHD (Briscoe-Smith & Hinshaw, 2006; Ford & Connor 2009), var våre resultater noe uventet. På den andre siden fant ikke Wozniak og kollegaer (1999) indikasjon på at ADHD økte risikoen for å oppleve traumatiske hendelser.

En annen mulig forklaring til de ulike resultatene mellom vår studie og Reigstad med kollegaer (2006), kan være bruk av ulike kartleggingsmetoder. I deres studie ble deltakerne kartlagt for traumehistorikk gjennom selvrapportering. Kun 5 pasienter i vår studie ble kartlagt på denne måten. Dill og kollegaer (1991) viste en økning av rapportert traumehistorikk når selvrapporteringsverktøy ble benyttet. En sannsynlig forklaring på de ulike resultatene kan derfor tilskrives at forskjellige kartleggingsmetoder ble benyttet. Forklaringen støttes også av andre studier som har påvist at kartleggingsmetoden som benyttes påvirker hvorvidt pasienten forteller om traumer (Read & Fraser, 1998). Sammenligning av traumeforekomst i ulike studier kan derfor by på metodiske utfordringer.

Vår studie har undersøkt traumekartlegging og hvordan traumehistorikk avdekkes. Studien har ikke fokusert på hvordan traumer blir håndtert/behandlet ved klinikken, hvordan den påvirker den psykiske helsen, eller mulige effekter av behandlingen. Følgelig vil ikke dette bli diskutert.

### **Hvordan ble traumekartlegging gjennomført ved klinikken?**

**Traumekartlegging i anamnese.** Resultatene fra vår studie tyder på at traumekartlegging ble gjennomført i standardanamnesen hos om lag 40 % av pasientene, og var det mest anvendte metoden. Det foreligger faglige anbefalinger om å kartlegge for traumer i anamnese, da den typisk administreres tidlig i behandlingsforløpet (Read & kollegaer, 2007). Tilsvarende føringer er gitt ved poliklinikken i vår studie. At anamnesen var metoden med høyest forekomst kan tyde på at rutiner for administrering blir fulgt opp i større grad av behandlere, sammenlignet med andre kartleggingsmetoder. Likevel var det uventet at anamnese ikke ble gjennomført, eller at traumespørsmålet i standardanamnesen var utelatt i 60 % av pasientsakene. At en så stor andel pasienter ikke blir kartlagt under opptak av anamnesen kan tyde på at anbefalingene ikke blir fulgt opp rutinemessig av alle. En mulig forklaring kan henge sammen med manglende rutiner for administrering og journalføring av traumekartlegging i anamnesen.

I enkelte tilfeller kan en traumekartlegging i de første møtene være uhensiktsmessig fordi alliansen mellom behandler og pasient ikke er tilstrekkelig etablert. Det kan derfor tenkes at behandlere avventer slik kartlegging til en bedre relasjon er opparbeidet. Hvis dette er tilfellet i vår studie, skal det fremkomme at enkelte pasienter blir kartlagt for traumer senere i behandlingsforløpet. Resultatene våre kan tolkes som en tendens på dette, da 11 av pasientene som ikke ble kartlagt i anamneseopptaket ble kartlagt på et senere tidspunkt. Dette kan tyde på at enkelte behandlere undersøker for traumer noe senere i behandlingsforløpet. I tråd med litteraturen kan det være flere grunner til at også dette kan være god praksis, blant annet ved at tillit og allianse utvikles over tid.

**Avdekket traumer i anamnese.** Våre funn indikerer at anamnese var den mest anvendte kartleggingsmetoden av de involverte behandlere, men samtidig oppga få pasienter traumehistorikk i anamnesen. Av de 29 pasientene som ble kartlagt for traumer i anamneseopptaket bekreftet kun 4 pasienter traumehistorikk. En mulig forklaring til at traumeerfaring ikke blir oppgitt i anamnesen er at den blir administrert til foresatte og ikke

pasienten. Foresatte kan ha manglende informasjon om hendelsene, eller være motvillig til å fortelle om barnets traumer (Hedtjärn & kollegaer, 2009). En annen mulig forklaring er hvordan spørsmålet angående overgrepshistorikk formuleres av behandler i standardanamnesen ved poliklinikken. Barkleys anamnesemanual inneholder kun ett generelt spørsmål om seksuelle og fysiske overgrep (Barkley, 1991). Forskning tyder på at det kan være uhensiktsmessig å stille generelle spørsmål om traumer. Pasienter eller pårørende kjenner seg nødvendigvis ikke igjen i slike beskrivelser av overgrep (Read & kollegaer, 2007), noe som kan føre til en lavere avdekkingsrate. Det er derfor anbefalt å formulere mer spesifikke spørsmål knyttet til ulike traumatiske hendelser (Dill & kollegaer, 1991). At relativt få deltakere i vår studie bekrefter traumehistorikk i anamnesen kan komme av hvordan spørsmålet i Barkleys anamnesemanual har blitt formulert. Det er imidlertid vanskelig å få undersøkt dette da vår studie kun har hatt tilgang på journalnotatene til behandlere. Vi har dermed ingen forutsetning for å antyde om behandlerne har formulert sine spørsmål mer utdypende, noe som heller ikke vil bli diskutert nærmere.

**Traumekartlegging ved KATE.** Klinikken i vår studie har anbefalt og rutinemessig administrere KATE til foresatte og barn for å kartlegge traumehistorikk. Resultatene viser at dette foreløpig ikke gjennomføres, da kun 5 av 73 deltakere fylte ut et slikt skjema. Det antas at intensjonen fra klinikkledelsen er at KATE brukes hyppigere enn dette. En årsak til den lave forekomsten av administrering av skjemaet kan ha sammenheng med pasientenes alder. Yngre barn kan ha vanskeligheter med å forstå spørsmålene og dette kan påvirke hvordan skjema blir utfyllt (Cooley & kollegaer, 1995). Behandlerne ved klinikken kan på bakgrunn av dette ikke ha administrert skjemaet til yngre barn. Imidlertid er KATE et skjema som kan administreres til både barnet (KATE-B) og til foresatte (KATE-F). Studier har vist at det er godt samsvar mellom yngre barns selvrapporing og foreldrenes rapportering av barnets symptomer (Varni & kollegaer, 2007).

En annen mulig årsak til at KATE i liten grad har blitt benyttet er at skjema nylig er innført ved poliklinikken. Nye rutiner må forankres i organisasjonen og innføres som en fast rutine før man kan forvente at det tas i bruk rutinemessig. Forskning har vist at innføring av nye rutiner kan ta lang tid å implementere, ofte flere år (Stirman & kollegaer, 2012). Det foreligger heller ingen klare føringer ved klinikken angående tidspunkt for når administrering av KATE skal gjennomføres. Behandlerne i vår studie kan ha vært i tvil om hvordan skjema skal benyttes og

hvordan håndtere positive utslag. Det kan derfor tenkes at klinikken trenger mer tid og klarere rammer for å få rutinene rundt administrering av KATE på plass.

***Avdekket traumeerfaring gjennom KATE.*** Resultatene viser at 4 av i alt 5 pasienter bekreftet traumeerfaring gjennom KATE-skjema. Studier har vist at selvrapporteringsverktøy oppleves mer konfidensielt, sammenlignet med direkte spørsmål (Dill & kollegaer, 1991). Dette kan være en årsak til at mange av deltakerne oppgir traumehistorikk gjennom selvrapportering i vår studie. Antall pasienter er i vårt tilfelle for lavt til å trekke noen sikker konklusjon på dette spørsmålet.

***Kartlegging av traumer i ordinære behandlingstimer.*** Andelen pasienter som ble kartlagt for traumer i ordinære behandlingstimer med terapeut er forholdsvis lav. Kun 8 av 73 pasienter snakket med behandler om traumer i ordinære samtaletimer. Det kan være nødvendig å foreta kartlegging av traumer direkte med barn og unge, da foresatte kan ha manglende kjennskap til barnets overgrep, og følgelig ikke rapportere dette (Hedtjärn & kollegaer, 2009). Det er derfor uventet at behandlere ikke har gjennomført kartlegging i pasientsamtaler hos en betydelig andel av pasientene i vårt utvalg.

Tilsvarende lav forekomst av traumekartlegging ble funnet i behandlingssamtaler mellom foresatte/andre hjelpeinstanser og behandler. Kun 6 av 73 pasienter ble kartlagt for traumer ved at behandler snakket med pasientens foresatte eller andre instanser under behandlingstimer, samarbeidsmøter eller telefonkonsultasjoner.

De overnevnte resultatene kan tyde på behandlere i vår studie sjelden kartlegger for traumehistorikk utover førstegangssamtale og anamnese. Dette stemmer overens med Read og Frasers (1998) funn om at traumekartlegging sjelden gjennomføres etter de første behandlingstimene. En forklaring kan være at klinikerne allerede har dannet seg hypoteser om type lidelse og årsak, og i mindre grad er åpen for andre mulige hypoteser.

***Avdekking av traumer i behandlingstimer.*** Resultatene fra vår studie viser at traumekartlegging i ordinære pasientsamtaler var metoden hvor flest pasienter bekreftet traumehistorikk. Forskning har vist at direkte spørsmål til pasienten er en reliabel måte å kartlegge for traumer (Read & kollegaer, 2007). Våre resultater samsvarer med dette, da 8 av 8 pasienter rapporterte traumehistorikk i behandlingssamtaler. Forekomsten kan forklares ved at pasienten blir spurt direkte om traumer, og kan på en slik måte overkomme mulig mangelfull informasjon om traumehistorikk fra pårørende. En annen årsak kan være at det med større

sannsynlighet foreligger en terapeutisk allianse når kartlegging gjennomføres senere i behandlingsforløpet.

Traumehistorikk hos pasienten ble også avdekket i samtale mellom behandler og foresatte/andre instanser. Hvor 6 av 6 pasienter bekreftet traumer indirekte i samtale mellom foresatte/andre hjelpeinstanser og behandler. Resultatene viser også her at den kartlagte andelen tilsvarer den andelen som rapporterte traumer.

At alle pasientene som ble kartlagt med disse metodene bekrefter traumehistorikk er nokså uventet. En mulig forklaring er at denne studien er basert på journalinformasjon som skrives etter konsultasjoner. Slike notat er ikke ført etter noen fast mal, og behandlere vurderer selv hva som er nødvendig å journalføre. Det kan dermed være slik at behandler ikke har journalført at traumekartlegging er gjennomført dersom pasienten/foresatte/andre hjelpeinstanser avkrefter traumer. Dette kan man ikke vite sikkert i en retrospektiv studie basert på journaldata, som i utgangspunktet ikke er skrevet i forskningsøyemed.

**Forskjeller i kartleggingsrutiner.** Samlet kan våre resultater tyde på forskjeller i kartleggingsrutiner hos behandlere. Våre funn viser at 41 pasienter blir traumekartlagt. Summerer vi pasientene i hver kartleggingsmetode, er det til sammen 48 kartleggingstilfeller i utvalget. Hvilket betyr at noen pasienter har blitt kartlagt gjennom flere metoder under utredning og behandling. For eksempel kan noen behandlere ha gjennomført kartlegging både med foresatte i anamnesen og i ordinære behandlingssamtaler med pasienten, mens andre kun har gjennomført kartlegging ved å benytte én kartleggingsmetode. På den andre siden viser det seg også at en stor andel ikke blir kartlagt på noe tidspunkt i behandlingsforløpet. En slik forskjell kan vise til at behandler har ulike rutiner for traumekartlegging.

En annen forklaring til rutinemessige forskjeller i traumekartlegging kan ligge i behandleres faglige vurderinger. Ved gjentagende traumekartlegging kan det antas at behandlere har vurdert dette som nødvendig fordi det foreligger mistanke om traumehistorikk hos pasienten, men som kanskje ikke ble avdekket ved første kartlegging.

### **Forskjell i traumekartlegging og traumehistorikk hos pasientene**

**Aldersforskjell i traumekartlegging.** Resultatene indikerte ingen signifikant aldersforskjell blant pasientene som ble kartlagt for traumer, sammenlignet med de som ikke ble kartlagt. Barn fra 10 års alderen har antatt bedre forutsetninger enn yngre barn til å gjøre rede for



vonde opplevelser (Borgen & kollegaer, 2011). Det var derfor forventet at eldre pasienter i større grad ble kartlagt for traumehistorikk. Våre resultater tyder ikke på dette. En mulig årsak kan være at kun 8 pasienter ble kartlagt for traumer i samtaletimer med behandler, som utgjør et fåtall av pasientene i vår studie. Det kunne tenkes at alder ville hatt større betydning ved traumekartlegging i ordinær behandlingssamtaler. På den andre siden har en skandinavisk studie påvist at mødre til yngre barn oftere ble spurt om traumehistorikk ved BUP, sammenlignet med mødre til eldre barn (Hedtjärn & kollegaer, 2009). I og med at en hovedandel av pasientene i vår studie ble kartlagt i anamnesen som administreres til foresatte, forventet vi tilsvarende resultater. Våre resultater fant ingen slik sammenheng.

**Aldersforskjell i traumehistorikk.** Resultatene fra vår studie viser at pasienter som bekrefter en eller flere traumatiske hendelser er signifikant eldre enn pasienter som avkreftet slik historikk. Dette indikerer at eldre barn og unge ved BUP oftere rapporterer om traumatiske hendelser. Funnet er i tråd med forskningen som har påvist en høyere forekomst av rapportert traumeerfaring hos eldre pasienter (Ormhaug & kollegaer, 2012). Den mest innlysende årsaken er at eldre pasienter har levd lengre, og dermed større sannsynlighet for å ha opplevd traumer. Det kan også være slik at pasienter utsatt for traumer bruker tid til å fortelle om dette. Følgelig vil de da være eldre når slike hendelser rapporteres. Dette er i samsvar med forskning innen feltet (Frenken & Van Stolk, 1990; Read & kollegaer, 2006). En annen forklaring kan være at eldre barn har større språklige forutsetninger for verbalt å gjøre rede for slik historikk, sammenlignet med yngre barn (Borgen & kollegaer, 2011).

**Kjønnforskjeller i traumekartlegging og i traumehistorikk.** Resultatene våre indikerer ingen signifikant kjønnforskjell i traumekartlegging, noe som tyder på at begge kjønn i like stor eller liten grad ble kartlagt for traumer. Videre viser resultatene heller ingen kjønnforskjell når det gjelder rapportering av traumehistorikk. Flere studier har vist at jenter har en høyere forekomst av traumatiske erfaringer (Ormhaug & kollegaer, 2012; Reigstad & kollegaer, 2006). På bakgrunn av høyere forekomst av traumer hos jenter kunne det vært forventet at behandlere oftere kartla jenter for slik historikk. Resultatene våre viser en tendens mot at jenter noe oftere blir kartlagt, men uten signifikant sammenheng. Vi forventet en høyere forekomst av traumehistorikk hos jenter. For eksempel viste en studie at jenter hadde en høyere risiko for å bli voldtatt i barn- og ungdomstiden enn gutter (Thoresen & Hjemdal, 2014, s. 111). En slik sammenheng fant ikke vi. En viktig forklaring kan være at vår studie har et lavt

antall pasienter med traumehistorikk (n=16). En annen forklaring kan være at det anvendes ulike operasjonaliseringer av traumbegrepet i ulike studier.

### **Er det forhold ved pasienten som påvirker traumekartlegging?**

Det var tenkt at enkelte forhold ved pasienten kunne avgjøre hvorvidt pasienten ble kartlagt for traumer. Derfor ble det gjennomført en analyse for å undersøke om demografiske forhold, tilleggsvansker og spesielle trekk ved pasienten påvirket hvorvidt pasienten ble kartlagt for traumer. Det ble også undersøkt om mengden kontakt med klinikken påvirket dette.

**Alvorlig sykdom i familien til pasienten.** Hvorvidt pasientene ble kartlagt for traume var signifikant assosiert med om pasienten hadde kjent alvorlig sykdom i familien. Pasienter som hadde kjent sykdom i familien hadde større sannsynlighet for å bli kartlagt for traumer, sammenlignet med pasienter uten kjent sykdom i familien. En forklaring kan være at behandlere får økt bevissthet om barnets livssituasjon når det er alvorlig sykdom i familien. Behandlere kan for eksempel vurdere at sykdom i familien i seg selv vil kunne være et traume for barnet, og følgelig undersøke dette nærmere. En annen hypotese er at det foreligger individuelle forskjeller hos behandlere. Dette innebærer at enkelte behandlere generelt undersøker flere forhold rundt pasienten og da både sykdom i familien og traumehistorikk. Motsatt kan det bety at behandlere som ikke kartlegger for traumehistorikk, heller ikke kartlegger for sykdom i familien.

**Ikke-signifikante sammenhenger.** Resultantene våre viser at det kun var sykdom i familien som var signifikant assosiert med traumekartlegging. Vi hadde forventet at også andre forhold kunne hatt en signifikant assosiasjon, slik som eksempelvis høyt nivå av psykososiale utfordringer i familien. Det var tenkt at behandlere gjennomførte grundigere kartlegging av pasientene i de tilfeller der flere psykososiale belastninger rundt barnet eller ungdommen var kjent. Våre resultater tyder ikke på dette, da ingen signifikant assosiasjon fremkom. I de tilfeller med journalopplysninger om høyt konfliktnivå i familien, var også andre hjelpeinstanser koblet inn. En mulig forklaring til at disse pasientene ikke hadde større sannsynlighet for å bli kartlagt for traumer, kan være at behandler antok at traumekartlegging ble gjennomført av andre hjelpeinstanser.

Andre forhold som var tenkt å påvirke hvorvidt pasientene ble kartlagt var demografiske forhold, komorbid diagnose hos pasienten, ADHD i primær familien til pasienten og mengde oppfølging gitt ved BUP. Vår studie fant heller ikke støtte for at noen av de overnevnte forholdene ved pasienten var assosiert til hvorvidt pasienten ble kartlagt for traumer.

På bakgrunn av nevnte resultater virker det ikke som om det foreligger noe klart mønster for om pasientene ved poliklinikken blir kartlagt eller ikke. Funnene våre kan tyde på at det var egenskaper hos den enkelte behandler og rutinene ved klinikken, fremfor egenskaper ved pasienten, som avgjorde hvorvidt pasientene ble kartlagt for traume.

### **Begrensninger ved studien**

Antall pasienter i denne studien er noe lavt, og dette kan ha ført til et mindre representativt utvalg. Ved tolkning av resultatene våre må dette tas i betraktning. Videre baserer studien vår seg på helsetjenesteforskning med retrospektiv EPJ gjennomgang. Slike studiedesign har kjente begrensninger. Denne studien har hentet ut data retrospektivt fra journal registret fortløpende som en del av den kliniske rutinen, og følgelig ikke gjennom standardrutiner som er mer vanlig i forskningsprosjekter. Journalopplysningene reflekterer nødvendigvis ikke all utredning og behandling som er gjennomført i pasientutvalget. Klinikere legger ulik vekt på journalføring og det kan ha forekommet uriktige opplysninger og utelatelser som vi ikke kan kontrollere for. Følgelig kan dette medføre at pasientene i studien kan ha blitt kartlagt for traumer uten at dette er journalført. At dette ikke kan kontrolleres for er en vesentlig begrensning ved en retrospektiv analyse basert på journaldata. I henhold til Forskrift om pasientjournal (2000), §8, bokstav e) og f), tydeliggjøres det imidlertid hvilke pasientopplysninger som skal journalføres. Det spesifiseres at beskrivelse av pasientens tilstand, undersøkelser, behandling og annen oppfølging som iverksettes, samt resultatet av tiltakene skal journalføres (Helsepersonelloven, 1999). Om ikke traumekartlegging ble journalført i vår studie kan dette i seg selv antyde mulig avvik i henhold til Forskrift om pasientjournal (2000). Vi antar derfor at registrering av journaldokumentasjon gir et helhetlig bilde av pasientens behandlingsforløp, selv om enkelte opplysninger skulle være udokumentert.

En annen mulig begrensning er at operasjonalisering av traumer er basert på den enkelte pasients og behandlers vurdering. Dette betyr at begrepet "traume" kan ha blitt tolket ulikt av de forskjellige behandlerne og pasientene ved poliklinikken. Vi har derfor ikke kunnet foreta annet enn grove vurderinger av traumenes art og alvorlighetsgrad, slik dette fremkommer i journal.

**Videre forskning: Fra teori til klinikk.** I vår studie har vi undersøkt hvordan pasienter med ADHD blir kartlagt for traumehistorikk. Det kan tenkes at pasienter med ADHD i mindre grad enn andre diagnosegrupper ved BUP blir kartlagt for slike erfaringer. Dette kan komme av at diagnosen primært oppfattes som en nevrobiologisk atferdsforstyrrelse, og det som oftest

foretas en nevropsykiatrisk orientert utredning med testing og individuell symptomkartlegging. I vår studie blir det ikke undersøkt i hvilken grad pasienter med ADHD blir kartlagt for traume, sammenlignet med andre pasientgrupper ved BUP. Det er likevel funnet støtte for at pasienter med ADHD har en forhøyet risiko for å oppleve psykologisk traume (Ford & Connor, 2009). Hvis dette er tilfelle er det især viktig å undersøke nettopp denne pasientgruppen for traumer.

### **Implikasjoner for klinisk praksis**

Til tross for nevnte begrensninger er resultatene fra vår studie i samsvar med annen forskning innen fagfeltet (Ormhaug & kollegaer, 2012; Reigstad & kollegaer, 2006). Vår studie indikerer at poliklinikken vi har undersøkt kartlegger for traumehistorikk, men sannsynligvis ikke i stor nok grad. Funnene tyder på at kartleggingsrutinene ved klinikken er noe mangelfull, og det har ført til at mange pasienter med ADHD ikke kartlegges for traumer. På bakgrunn av dette anbefales det at bedre og tydeligere rutiner innføres i kartlegging av traumehistorikk for denne pasientgruppen. En anbefaling kan være at selvrapporteringsskjemaet KATE i større grad benyttes rutinemessig ved poliklinikken. For å gjennomføre dette kreves det antagelig tydelige retningslinjer for når og hvordan skjema skal administreres. Videre må behandlere få kunnskap om hvordan traumehistorikk hos pasienter skal håndteres i oppfølging og behandling.

Av resultatene våre fremkommer det at flere pasienter ikke blir kartlagt for traumer i anamnesen. En mulighet for å bedre praksis vil kunne være å stille tydelige dokumentasjonskrav til dette temaet i journal. En annen anbefaling er å gjennomføre rutinemessig kartlegging av traumer direkte i møte med barnet og ungdommen, og ikke indirekte ved å spørre foreldre og foresatte. Ut fra resultatene våre tolker vi at dette skjer i liten grad. Mange barn og unge opplever at omsorgspersoner utøver vold og overgrep. Mobbing av barn på skolen og i fritiden vil også kunne være ukjent for foresatte. Nødvendigvis vil ikke slike hendelser avdekkes godt nok i traumekartlegging med foresatte. Det er derfor viktig at spesialisthelsetjenesten undersøker slike forhold gjennom samtaler og eventuelt spørreskjema direkte i møte med barn og ungdom.

### **Konklusjon**

I denne kvalitetssikringsstudien ble journalene til 73 barn og unge diagnostisert med ADHD ved en BUP-klinikk, systematisk gjennomgått i forhold til kartlegging av traumer i utredning og behandling. Resultatene viser at 44 % av pasientene ved den undersøkte klinikken, ikke blir kartlagt for traumer i behandlingsforløpet. Andelen pasienter som ikke ble kartlagt for

traumer var høyere enn forventet med tanke på den høye traumeforekomsten i befolkningen. Funnene tyder på at traumekartleggingen gjennomføres i noe grad, men ikke som en systematisk rutine ved klinikken. Det er derfor viktig å implementere systematiske kartleggingsrutiner for traumer i utredning av ADHD. Vi anbefaler derfor å innføre dokumentasjonskrav av traumehistorikk i journal, samt tydelige rutiner for hvordan kartlegging skal gjennomføres hos barn og unge med ADHD. Opplæring om hvordan traumer hos denne pasientgruppen skal håndteres i utredning og behandling vil også være sentralt. Antakeligvis vil disse anbefalingene også være gjeldende i utredning og behandling av andre psykiske lidelser ved BUP-klinikker.

### Referanser

- Adler, L., Kunz, M., Chua, H., Rotrosen, J., & Resnick, S. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): is ADHD a vulnerability factor? *Journal of Attention Disorders*, 8(1), 11-16.
- Agar, K., Read, J., & Bush, J-M. (2002). Identification of abuse histories in a community mental health center. *Journal of Mental Health*, 11, 533-543. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5 utg.). Arlington, VA: American psychiatric Association.
- Barkley, R. A. (1991). *Clinical interview form for child and adolescent ADHD Patients*. I R. A. Barkley, *Attention-deficit hyperactivity disorder*. A clinical workbook. New York/London: The Guildford Press. Oversettelse: Nils-Johan Olsen.
- Barn-, Likestillings- og Inkluderingsdepartementet. (2012). *Bedre beskyttelse av barns utvikling*. (NOU 2012:5). Oslo: Departementet.
- Borgen, G., Dyb, G., Haftstad, G., Jensen, T., Langballe, Å., Myhre, M.,...Øverlien, C. (2011). *Seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge*. (Kunnskapsstatus revidert 2011). Oslo: NKVTS.
- Briere, J. (1997). *Psychological assessment of adult posttraumatic states*. American Psychological Association.
- Briscoe-Smith, A. M., & Hinshaw, S. P. (2006). Linkages between child abuse and attention-deficit/hyperactivity disorder in girls: behavioral and social correlates. *Child Abuse & Neglect*, 30(11), 1239-1255.
- Campis, L. B., Hebden-Curtis, J., & Demaso, D. R. (1993). Developmental differences in detection and disclosure of sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(5), 920-924.
- Cooley, M. R., Turner, S. M., & Beidel, D. C. (1995). Assessing community violence: The children's report of exposure to violence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(2), 201-208.
- Courtois, C. A. (1997). Healing the incest wound: a treatment update with attention to recovered-memory issues. *American Journal of Psychotherapy*, 51, 1464-494.

- Day, C., Carey, M., & Surgenor, T. (2006). Children's key concerns: piloting a qualitative approach to understanding their experience of mental health care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 11*, 139-155.
- Dill, D. L., Chu, J. A., Grob, M. C., & Eisen, S. V. (1991). The reliability of abuse history reports: a comparison of two inquiry formats. *Comprehensive Psychiatry, 32*(2), 166-169.
- Dyb, G., Holen, A., Brønne, K., Indredavik, M. S., & Aarseth, J. (2003). Parent-child discrepancy in reporting children's post-traumatic stress reactions after a traffic accident. *Nordic Journal of Psychiatry, 57*(5), 339-344.
- Dyregrov, A. (2004). Hjelper terapi for traumatiserte mennesker? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 41*, 787-794.
- Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R., & Augustyn, M. (1996). Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder. *Child abuse & neglect, 20*(10), 953-961.
- Faraone, S. V., Biederman, J., & Milberger, S. (1995). How reliable are maternal reports of their children's psychopathology? One-year recall of psychiatric diagnoses of ADHD children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*(8), 1001-1008.
- Ford, J. D., & Connor, D. F. (2009). ADHD and posttraumatic stress disorder. *Current Attention Disorders Reports, 1*(2), 60-66.
- Ford, J. D., Racusin, R., Daviss, W. B., Ellis, C. G., Thomas, J., Rogers, K., . . . Sengupta, A. (1999). Trauma exposure among children with oppositional defiant disorder and attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(5), 786.
- Ford, J. D., Racusin, R., Ellis, C. G., Daviss, W. B., Reiser, J., Fleischer, A., & Thomas, J. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreatment, 5*(3), 205-217.
- Frenken, J., & Van Stolk, B. (1990). Incest victims' inadequate help by professionals. *Journal of Child Abuse and Neglect, 14*, 253-263.

- Glod, C. A., & Teicher, M. H. (1996). Relationship between early abuse, posttraumatic stress disorder, and activity levels in prepubertal children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*(10), 1384-1393.
- Goodman-Brown, T. B., Edelstein, R. S., Goodman, G. S., Jones, D. P., & Gordon, D. S. (2003). Why children tell: A model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 27*(5), 525-540.
- Hazzard, A., Celano, M., Gould, J., Lawry, S., & Webb, C. (1995). Predicting symptomatology and self-blame among child sex abuse victims. *Child Abuse & Neglect, 19*(6), 707-714.
- Hedtjärn, G., Hultmann, O., & Broberg, A. (2009). Var femte mamma til barn i BUP-vård hade utsatts för våld. *Klinik och Vetenskap, 106*, 3242-3247.
- Helsedirektoratet. (2010). Rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten Primærspesialisthelsetjenesten (Bestillingsnummer: IS-1878). Oslo:Helsedirektoratet.
- Helseforskningsloven, LOV-2008-06-20-44 §5 (2008). Hentet fra <http://lovdata.no>
- Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64 §21, §23 (1999). Hentet fra <http://lovdata.no>
- Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. §33 (1999). Hentet fra <http://lovdata.no>
- Hokland, M. (2006). Kan noen pasienter ta skade av eksponering for minner om traumer? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 43*, 1150-1158.
- Husain, S. A., Allwood, M. A., & Bell, D. J. (2008). The relationship between PTSD symptoms and attention problems in children exposed to the Bosnian war. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 16*(1), 52-62.
- Idås, E., & Våpenstad, E. (2009). Er vi best i klassen, eller skaper vi en tragedie? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 46*(9), 878-881.
- McLEER, S. V., Callaghan, M., Henry, D., & Wallen, J. (1994). Psychiatric disorders in sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 33*(3), 313-319.
- Mossige, S., & Stefansen, K. (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrapporderingsstudie blant avgangselever i videregående skole.* (NOVA Rapport 20:07) Oslo: NOVA.
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKTVS). (2011). Kartleggingsinstrumenter. Hentet fra <http://www.nkvts.no/fu/Sider/Kartleggingsinstrumenter.aspx>



- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Hukkelberg, S. S., Holt, T., & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn – blir de gjemt eller glemte? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43(3), 234-240.
- Read, J., & Fraser, A. (1998). Abuse histories of psychiatric inpatients. To ask or not to ask? *Psychiatric Services*, 49, 355-359.
- Read, J., Hammersley, P., & Rudegeair, T. (2007). Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 101-110.
- Read, J., McCregor, K., Coggan, C., & Thomas, D. R. (2006). Mental health services and sexual abuse. The need for staff training. *Journal of Trauma and Dissociation*, 7, 33 - 50.
- Reigstad, B., Jørgensen, K., & Wichstrøm, L. (2006). Diagnosed and self-reported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: Prevalences and correlates. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(1), 58-66.
- Roland, E. (2002). Bullying, depressive symptoms and suicidal thoughts. *Educational Research*, 44, 55-67.
- Rucklidge, J. J., Brown, D. L., Crawford, S., & Kaplan, B. J. (2006). Retrospective reports of childhood trauma in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 9(4), 631-641.
- Røberg, L. (2011). Hvordan kan vold avdekkes i psykisk helsevern? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 538-543.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD. Diagnostikk og behandling av hyperkinetisk forstyrrelse/attention deficit hyperactivity disorder (AD/HD) hos barn og ungdom og voksne*. (Bestillingsnummer: IS-1244). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Stirman, S. W., Kimberly, J., Cook, N., Calloway, A., Castro, F., & Charns, M. (2012). The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implement Sci*, 7, 17.
- Szymanski, K., Sapanski, L., & Conway, F. (2011). Trauma and adhd–association or diagnostic confusion? A clinical perspective. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10(1), 51-59.

- Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2014). *Vold og Voldtekt i Norge. En nasjonal forekomstudie av vold i et livsløpsperspektiv*. (NKVTS Rapport 1:14). Oslo: NKVTS.
- Van der Kolk, B. A. (1987). The drug treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 13(2), 203-213.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- Varni, J. W., Limbers, C. A., & Burwinkle, T. M. (2007). How young can children reliably and validly self-report their health-related quality of life?: An analysis of 8,591 children across age subgroups with the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales. *Health and quality of life outcomes*, 5(1), 1.
- Verdens helseorganisasjon. (2010). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Weinstein, D., Staffelbach, D., & Biaggio, M. (2000). Attention-deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder: Differential diagnosis in childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 20(3), 359-378.
- Wozniak, J., Crawford, M. H., Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Taylor, A., & Blier, H. K. (1999). Antecedents and complications of trauma in boys with ADHD: Findings from a longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(1), 48-55.
- Young, M., Read, J., Barker-Collo, S., & Harrison, R. (2001). Evaluating and overcoming barriers to taking abuse histories. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 407-414.
- Zeiner, P. (2004). ADHD- en oversikt. I Zeiner, P. (Red), *Barn og unge med ADHD*. (s. 18-71). Vollen: Tell Forlag.

# Foreldre-spørreskjema (anamnese)

Oversatt fra Barkley, R.A.(1991): Clinical Interview Form for Child and Adolescent ADHD Patients. I R.A. Barkley, Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Clinical Workbook. New York/London: The Guilford Press. Oversettelse: Nils-Johan Olsen

I.	Utviklingsfaktorer	side 2
II.	Medisinsk historie	side 5
III.	Behandlingshistorie	side 8
IV.	Skolehistorie	side 8
V.	Sosial historie	side 9
VI.	Nåværende adferdsproblemer	side 10
VII.	Diagnostiske kriterier (DSM-III-R):	side 11
	ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder	side 11
	ODD: Oppositional Defiant Disorder	side 11
	CD: Conduct Disorder	side 11
	SAD: Separation Anxiety Disorder	side 12
	OD: Overanxious Disorder	side 12
	MDE: Major Depressive Episode	side 13
	D: Dysthymia (Depressive Neurosis)	side 13
VIII.	Andre spesielle ting ved barnet som foreldrene er bekymret over	side 13
IX.	Familie-historie	side 15

# ADHD KLINISK FORELDREINTERVJU

Barnets navn: \_\_\_\_\_, født \_\_\_\_\_

Mor: \_\_\_\_\_

Far: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Intervjuer: \_\_\_\_\_

Intervjudato: \_\_\_\_\_

Henvisningsgrunn: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# I. Utviklingsfaktorer

## A. Prenatal historie (før fødselen)

1. Hvordan var din helse under svangerskapet?

- God \_\_\_\_\_ (1)  
Nokså bra \_\_\_\_\_ (3)  
Dårlig \_\_\_\_\_ (5)  
Vet ikke \_\_\_\_\_

2. Hvor gammel var du da barnet ble født?

- Under 20 \_\_\_\_\_ (1)  
20-24 \_\_\_\_\_ (2)  
25-29 \_\_\_\_\_ (3)  
30-34 \_\_\_\_\_ (4)  
35-39 \_\_\_\_\_ (5)  
40-44 \_\_\_\_\_ (6)  
Over 44 \_\_\_\_\_ (7)

Brukte du noen av følgende stoffer eller medisiner under svangerskapet?

3. Øl eller vin

- \_\_\_\_\_ (1) Aldri  
\_\_\_\_\_ (2) 1-2 ganger  
\_\_\_\_\_ (3) 3-9 ganger  
\_\_\_\_\_ (4) 10-19 ganger  
\_\_\_\_\_ (5) 20-39 ganger  
\_\_\_\_\_ (6) 40 + ganger

4. Brennevin eller andre sterkt alkoholholdige drikker

- \_\_\_\_\_ (1) Aldri  
\_\_\_\_\_ (2) 1-2 ganger  
\_\_\_\_\_ (3) 3-9 ganger  
\_\_\_\_\_ (4) 10-19 ganger  
\_\_\_\_\_ (5) 20-39 ganger  
\_\_\_\_\_ (6) 40 + ganger

5. Kaffe/koffein, f.eks.koffeintabl./Cola Sammenlagt, hvor mange ganger?

- \_\_\_\_\_ (1) Aldri  
\_\_\_\_\_ (2) 1-2 ganger  
\_\_\_\_\_ (3) 3-9 ganger  
\_\_\_\_\_ (4) 10-19 ganger  
\_\_\_\_\_ (5) 20-39 ganger  
\_\_\_\_\_ (6) 40 + ganger

6. Sigaretter

- \_\_\_\_\_ (1) Aldri  
\_\_\_\_\_ (2) 1-2 ganger  
\_\_\_\_\_ (3) 3-9 ganger  
\_\_\_\_\_ (4) 10-19 ganger  
\_\_\_\_\_ (5) 20-39 ganger  
\_\_\_\_\_ (6) 40 + ganger

7. Brukte du noen av fig. medisiner?

- \_\_\_\_\_ Beroligende midler:  
\_\_\_\_\_ Midler mot epileptiske anfall  
\_\_\_\_\_ Medisiner for diabetes  
\_\_\_\_\_ Antibiotika (mot infeksjoner)  
\_\_\_\_\_ Sovemedisiner  
\_\_\_\_\_ Andre medisiner:

- spesifiser: \_\_\_\_\_  
spesifiser: \_\_\_\_\_  
spesifiser: \_\_\_\_\_  
spesifiser: \_\_\_\_\_  
spesifiser: \_\_\_\_\_  
spesifiser: \_\_\_\_\_

## B. Perinatal historie (under fødselen)

8. Hadde du svangerskapsforgiftning, fødselskramper eller barselkramper

- Nei \_\_\_\_\_ (0)  
Ja \_\_\_\_\_ (1)  
Vet ikke \_\_\_\_\_

9. Var det uoverensstemmelse mellom din og barnets rhesusfaktor (blodtyper)

- Nei \_\_\_\_\_ (0)  
Ja \_\_\_\_\_ (1)  
Vet ikke \_\_\_\_\_

10. Ble barnet født til termin?

- 8 mnd. eller tidligere \_\_\_\_\_ (1)  
Termin 8-10 mnd. \_\_\_\_\_ (2)  
10 mnd \_\_\_\_\_ (3)  
Vet ikke \_\_\_\_\_

11. Hvor lenge varte fødselen?

- Under 6 timer \_\_\_\_\_ (1)  
7-12 timer \_\_\_\_\_ (2)  
13-18 timer \_\_\_\_\_ (3)  
19-24 timer \_\_\_\_\_ (4)  
over 24 timer \_\_\_\_\_ (5)  
Vet ikke \_\_\_\_\_

12. Fikk du smertestillende medisiner under fødselen?  
 Navn: \_\_\_\_\_

Nei \_\_\_\_\_ (0)  
 Ja \_\_\_\_\_ (1)  
 Vet ikke \_\_\_\_\_

13. Tegn på at barnet ble utsatt for unormalt store påkjenninger under svangerskap/fødsel?

Nei \_\_\_\_\_ (0)  
 Ja \_\_\_\_\_ (1)  
 Vet ikke \_\_\_\_\_

14. Var fødselen

Normal? Nei \_\_\_\_\_ (0)  
 Ja \_\_\_\_\_ (1)

Setefødsel? Nei \_\_\_\_\_ (0)  
 Ja \_\_\_\_\_ (1)

Keisersnitt? Nei \_\_\_\_\_ (0)  
 Ja \_\_\_\_\_ (1)

Tangfødsel? Nei \_\_\_\_\_ (0)  
 Ja \_\_\_\_\_ (1)

"Kunstig" igangsatt? Nei \_\_\_\_\_ (0)  
 Ja \_\_\_\_\_ (1)

15. Hva var barnets fødselsvekt

900 - 1800 gram \_\_\_\_\_ (1)  
 1800 - 2700 gram \_\_\_\_\_ (2)  
 2700 - 3600 gram \_\_\_\_\_ (3)  
 3600 - 4500 gram \_\_\_\_\_ (4)  
 4500 - 5400 gram \_\_\_\_\_ (5)  
 Vet ikke \_\_\_\_\_

16. Helsemessige komplikasjoner hos barnet etter fødselen?  
 Hvis ja, spesifiser: \_\_\_\_\_

Nei \_\_\_\_\_ (0)  
 Ja \_\_\_\_\_ (1)

### C. Postnatal periode og spebarnsalder (etter fødselen)

17. Hadde barnet problemer med å ta til seg næring i nyfødt-/spebarnsperioden?

Nei \_\_\_\_\_ (0)  
 Ja \_\_\_\_\_ (1)

18. Hadde barnet kolikk i nyfødt-/spebarnsperioden?

Nei \_\_\_\_\_ (0)  
 Ja \_\_\_\_\_ (1)

19. Hadde barnet noen søvnproblemer i nyfødt-/spebarnsperioden  
 Hvis ja, spesifiser: \_\_\_\_\_

Nei \_\_\_\_\_ (0)  
 Ja \_\_\_\_\_ (1)

20. Viste barnet problemer med reaksjonsevne (responsivitet) i nyfødt-/spebarnsalder

Nei \_\_\_\_\_ (0)  
 Ja \_\_\_\_\_ (1)

21. Helseproblemer hos barnet i nyfødt-/spebarnsalder?

Nei \_\_\_\_\_ (0)  
 Ja \_\_\_\_\_ (1)

22. Hadde barnet medfødte problemer?

Nei \_\_\_\_\_ (0)  
 Ja \_\_\_\_\_ (1)

23. Var barnet en "lettvint baby". Med det mener jeg: gråt barnet mye? - lot det seg lett tilpasse en timeplan/døgnrytme?

Svært lettvint \_\_\_\_\_ (1)  
 Lettvint \_\_\_\_\_ (2)  
 Gjennomsnittlig \_\_\_\_\_ (3)  
 Vanskelig \_\_\_\_\_ (4)  
 Svært vanskelig \_\_\_\_\_ (5)

24. Hvordan oppførte babyen seg mot andre mennesker?

Mer sosial enn gjennomsnittet \_\_\_\_\_ (1)  
 Gjennomsnittlig sosial \_\_\_\_\_ (2)

25. Når han/hun ønsket noe, hvor sterkt insisterte han/hun på å få viljen sin? Særdeles sterkt \_\_\_\_\_ (1)  
 Ganske sterkt \_\_\_\_\_ (2)  
 Gjennomsnittlig \_\_\_\_\_ (3)  
 Ikke særlig sterkt \_\_\_\_\_ (4)  
 Insisterte ikke i det hele tatt \_\_\_\_\_ (5)

26. Hvordan vil du beskrive barnets aktivitetsnivå i nyfødt-/spebamsperioden? Veldig aktiv \_\_\_\_\_ (1)  
 Aktiv \_\_\_\_\_ (2)  
 Gjennomsnittlig \_\_\_\_\_ (3)  
 Lite aktiv \_\_\_\_\_ (4)  
 Ikke aktiv \_\_\_\_\_ (5)

#### D. Utviklingsmessige milepæler

27. Når klarte barnet å sitte uten støtte? 3-6 mnd. \_\_\_\_\_ (1)  
 7-12 mnd. \_\_\_\_\_ (2)  
 Over 12 mnd. \_\_\_\_\_ (3)  
 Vet ikke \_\_\_\_\_

28. Når begynte barnet å krabbe? 6-12 mnd \_\_\_\_\_ (1)  
 13-18 mnd \_\_\_\_\_ (2)  
 Over 18 mnd \_\_\_\_\_ (3)  
 Vet ikke \_\_\_\_\_

29. Når begynte barnet å gå? Under 1 år \_\_\_\_\_ (1)  
 1-2 år \_\_\_\_\_ (2)  
 2-3 år \_\_\_\_\_ (3)  
 Vet ikke \_\_\_\_\_

30. Når begynte barnet å si enkeltord (utenom "mamma" eller "pappa")? 9-13 mnd \_\_\_\_\_ (1)  
 14-18 mnd \_\_\_\_\_ (2)  
 19-24 mnd \_\_\_\_\_ (3)  
 25-36 mnd \_\_\_\_\_ (4)  
 37-48 mnd \_\_\_\_\_ (5)  
 Vet ikke \_\_\_\_\_

31. Når begynte barnet å knytte to eller flere ord sammen? 9-13 mnd \_\_\_\_\_ (1)  
 14-18 mnd \_\_\_\_\_ (2)  
 19-24 mnd \_\_\_\_\_ (3)  
 25-36 mnd \_\_\_\_\_ (4)  
 37-48 mnd \_\_\_\_\_ (5)  
 Vet ikke \_\_\_\_\_

32. Når mestret barnet å tisse på do/potte (blærekontroll) Under 1 år \_\_\_\_\_ (1)  
 1-2 år \_\_\_\_\_ (2)  
 2-3 år \_\_\_\_\_ (3)  
 3-4 år \_\_\_\_\_ (4)  
 Vet ikke \_\_\_\_\_

33. Når mestret barnet å bæsje i do/potte (tarmkontroll) Under 1 år \_\_\_\_\_ (1)  
 1-2 år \_\_\_\_\_ (2)  
 2-3 år \_\_\_\_\_ (3)  
 3-4 år \_\_\_\_\_ (4)  
 Vet ikke \_\_\_\_\_

34. Hvor lang tid tok det (omtrent) fra toalett-treningen startet til barnet oppnådde kontroll?

Mindre enn 1 mnd \_\_\_\_\_ (1)  
1-2 mnd \_\_\_\_\_ (2)  
2-3 mnd \_\_\_\_\_ (3)  
Mer enn 3 mnd \_\_\_\_\_ (4)

## II. Medisinsk historie

35. Hvordan vil du beskrive hans/hennes helse?

Svært god \_\_\_\_\_ (1)  
God \_\_\_\_\_ (2)  
Ikke så verst \_\_\_\_\_ (3)  
Dårlig \_\_\_\_\_ (4)  
Svært dårlig \_\_\_\_\_ (5)

36. Hvordan er hans/hennes hørelse?

God \_\_\_\_\_ (1)  
Ikke så verst \_\_\_\_\_ (2)  
Dårlig \_\_\_\_\_ (3)

37. Hvordan er hans/hennes syn?

Godt \_\_\_\_\_ (1)  
Ikke så verst \_\_\_\_\_ (2)  
Dårlig \_\_\_\_\_ (3)

38. Hvordan er hans/hennes grovmotoriske koordinasjon, dvs. evne til å koordinere større muskelbevegelser (f.eks. med armer og bein)

God \_\_\_\_\_ (1)  
Ikke så verst \_\_\_\_\_ (2)  
Dårlig \_\_\_\_\_ (3)

39. Hvordan er hans/hennes finmotoriske koordinasjon, dvs evne til å koordinere finere muskelbevegelser (f.eks. med hånd/fingre)

God \_\_\_\_\_ (1)  
Ikke så verst \_\_\_\_\_ (2)  
Dårlig \_\_\_\_\_ (3)

40. Hvordan er hans/hennes språkkuttale?

God \_\_\_\_\_ (1)  
Ikke så verst \_\_\_\_\_ (2)  
Dårlig \_\_\_\_\_ (3)

41. Har han/hun hatt noen kroniske helseproblemer (f.eks. astma, diabetes, hjertefeil)?

Nei \_\_\_\_\_ (0)  
Ja \_\_\_\_\_ (1)

Hvis ja, spesifiser: \_\_\_\_\_

42. Hvis svaret på spørsmål 41 er ja, når begynte den kroniske sykdommen?

Ved fødselen \_\_\_\_\_ (1)  
0-1 år \_\_\_\_\_ (2)  
1-2 år \_\_\_\_\_ (3)  
2-3 år \_\_\_\_\_ (4)  
3-4 år \_\_\_\_\_ (5)  
Over 4 år \_\_\_\_\_

43. Hvilken av disse sykdommene har barnet hatt (for det fig. gjelder: 0=Nei, 1=Ja)

Kusma \_\_\_\_\_  
Vannkopper \_\_\_\_\_  
Meslinger \_\_\_\_\_  
Kikhoste \_\_\_\_\_  
Skarlagensfeber \_\_\_\_\_  
Lungebetennelse \_\_\_\_\_  
Hjemehinnebetennelse \_\_\_\_\_  
Ørebetennelse \_\_\_\_\_  
Epileptiske kramper/anfall \_\_\_\_\_

Andre sykdommer (spesifiser): \_\_\_\_\_



44. Har barnet vært utsatt for ulykker/uhell som har resultert i fig.(0 = nei; 1 = ja):

Brekte bein \_\_\_\_\_  
 Omfattende sår/riiter \_\_\_\_\_  
 Hodeskade \_\_\_\_\_  
 Kraftige blåmerker \_\_\_\_\_  
 Pumping av mageinnhold \_\_\_\_\_  
 Øyeskader \_\_\_\_\_  
 Knuste tenner \_\_\_\_\_  
 Kirurgisk syng \_\_\_\_\_

Annet (spesifisér): \_\_\_\_\_

45. Hvor mange ulykker/uhell?

1 \_\_\_\_\_ (1)  
 2-3 \_\_\_\_\_ (2)  
 4-7 \_\_\_\_\_ (3)  
 8-12 \_\_\_\_\_ (4)  
 Over 12 \_\_\_\_\_ (5)

46. Har han/hun noen gang blitt operert for følgende? (0 = nei, 1 = ja)

Mandelbetennelse \_\_\_\_\_  
 Nesepolypper \_\_\_\_\_  
 Brokk \_\_\_\_\_  
 Blindtarmbetennelse \_\_\_\_\_  
 Øye/øre/nese/hals \_\_\_\_\_  
 Fordøyelsesproblemer \_\_\_\_\_  
 Urinveier \_\_\_\_\_  
 Armer eller bein \_\_\_\_\_  
 Brannskader \_\_\_\_\_  
 Annet \_\_\_\_\_

47. Hvor mange ganger?

En gang \_\_\_\_\_ (1)  
 To ganger \_\_\_\_\_ (2)  
 3-5 ganger \_\_\_\_\_ (3)  
 6-8 ganger \_\_\_\_\_ (4)  
 Over 8 ganger \_\_\_\_\_ (5)

48. Hvis ja på spørsmål 46: varighet av sykehusopphold?

En dag \_\_\_\_\_ (1)  
 En dag + natt \_\_\_\_\_ (2)  
 2-3 dager \_\_\_\_\_ (3)  
 4-6 dager \_\_\_\_\_ (4)  
 1-4 uker \_\_\_\_\_ (5)  
 1-2 måneder \_\_\_\_\_ (6)  
 Over 2 mnd. \_\_\_\_\_ (7)

49. Er det noen mistanke om alkohol- eller stoffmisbruk?

Nei \_\_\_\_\_ (0)  
 Ja \_\_\_\_\_ (1)  
 Vet ikke \_\_\_\_\_

50. Har barnet vært utsatt for fysiske/sekssuelle overgrep?

Nei \_\_\_\_\_ (0)  
 Ja \_\_\_\_\_ (1)  
 Vet ikke \_\_\_\_\_

51. Har barnet problemer med søvnen?

Ingen søvnproblemer \_\_\_\_\_ (0)  
 Vansker med å falle i søvn \_\_\_\_\_ (1)  
 Vansker med å sove sammenhengende uten oppvåkninger \_\_\_\_\_ (2)  
 Våkner for tidlig om morgenen \_\_\_\_\_ (3)

52. Er barnet urolig når det sover?

Nei \_\_\_\_\_ (0)  
 Ja \_\_\_\_\_ (1)  
 Vet ikke \_\_\_\_\_

53. Har barnet problemer med å holde på urinen om natta? Nei \_\_\_\_\_ (0)  
Ja \_\_\_\_\_ (1)

Hvis ja, hvor ofte? \_\_\_\_\_

Hvis ja, har han/hun tidligere hatt kontroll over urinen om natta? \_\_\_\_\_

.....om dagen? Nei \_\_\_\_\_ (0)  
Ja \_\_\_\_\_ (1)

54. Har barnet problemer med å holde på avføringen om natta? Nei \_\_\_\_\_ (0)  
Ja \_\_\_\_\_ (1)

Hvis ja, hvor ofte? \_\_\_\_\_

Hvis ja, har han/hun tidligere hatt kontroll over avføringen om natta? \_\_\_\_\_

.....om dagen? Nei \_\_\_\_\_ (0)  
Ja \_\_\_\_\_ (1)

55. Har barnet noen problemer ifht. spising? Spiser for mye \_\_\_\_\_ (0)  
Spiser passe \_\_\_\_\_ (1)  
Spiser for lite \_\_\_\_\_ (3)

Plass for kommentarer:

### III. Behandlingshistorie

56. Har barnet noen gang stått på følgende medisiner? Kryss av hvis svaret er ja (0 = nei, 1 = ja)

Ritalin  
Hvor lenge? \_\_\_\_\_ mnd

Dexamin (daxedrin)  
Hvor lenge? \_\_\_\_\_ mnd

Cylert (pemolin)  
Hvor lenge? \_\_\_\_\_

Beroligende midler (ataraxica)  
Hvor lenge? \_\_\_\_\_ mnd

Medisiner mot epileptiske anfall  
Hvor lenge? \_\_\_\_\_ mnd

Medisiner mot allergi/astma (antihistaminer)  
Hvor lenge? \_\_\_\_\_ mnd

Andre lege-foreskrevne medisiner?  
Hvor lenge? \_\_\_\_\_ mnd

Spesifiser: \_\_\_\_\_

57. Har barnet fått noen av disse formene for psykologisk behandling?

Hvis ja, hvor lenge pågikk denne behandlingen? Kryss = ja

Individuell psykoterapi  
Hvor lenge? \_\_\_\_\_ år/ \_\_\_\_\_ mnd

Innlagt på sykehus/institusjon  
for utredning  
Hvor lenge? \_\_\_\_\_ år/ \_\_\_\_\_ mnd

Gruppe-psykoterapi  
(sammen med andre barn)  
Hvor lenge? \_\_\_\_\_ år/ \_\_\_\_\_ mnd

Behandling i institusjon  
der barnet bodde  
Hvor lenge? \_\_\_\_\_ år/ \_\_\_\_\_ mnd

Familieterapi (sammen med  
andre familiemedlemmer)  
Hvor lenge? \_\_\_\_\_ år/ \_\_\_\_\_ mnd

### IV. Skolehistorie

Beskriv barnets framgang/progresjon, f.eks. (skole)faglig og sosialt på hvert av disse alders-/klassetrinnene:

Barnehage:

Førskole:

1 - 3 klasse:

4 - 6 klasse:

7 - 9 klasse

58. Har barnet hatt noen form for spesialundervisning - og i tilfelle hvor lenge? Kryss = ja.

Spesialklasse pga. lærevansker  
Hvor lenge? \_\_\_\_\_ år/ \_\_\_\_\_ mnd

Ekstraundervisning pga. dårlig språk-  
uttale eller andre språkproblemer  
Hvor lenge? \_\_\_\_\_ år/ \_\_\_\_\_ mnd

Spesialklasse pga. adferdsvansker  
eller følelsesmessige vansker  
Hvor lenge? \_\_\_\_\_ år/ \_\_\_\_\_ mnd

Andre typer spesialundervisning?  
Hvor lenge? \_\_\_\_\_ år/ \_\_\_\_\_ mnd  
Spesifiser: \_\_\_\_\_

59. Har barnet:

Hatt avbrudd i skolegangen?	_____
Antall avbrudd	_____
Blitt utvist fra skolen?	_____
Antall utvisninger	_____
Gått om igjen ett klassetrinn?	_____
Hvor mange ganger?	_____

60. Har noen ekstratiltak  
vært forsøkt på skolen?

Ingen ekstratiltak	_____ (0)
Tiltak for å endre barnets adferd	_____ (1)
Rapporteringskort, meldébok eller lignende, for daglig/ukentlig kontakt mellom hjem og skole	_____ (2)

## V. Sosial historie

61. Hvordan fungerer barnet sammen  
med sine brødre/søstre?

Har ingen	_____ (0)
Bedre enn vanlig	_____ (1)
Vanlig	_____ (2)
Dårligere enn vanlig	_____ (3)

62. Hvor lett skaffer barnet seg venner?

Lettere enn vanlig	_____ (0)
Vanlig	_____ (1)
Vanskeligere enn vanlig	_____ (3)
Vet ikke	_____ (4)

63. Hvor lenge (gjennomsnittlig) varer vennskapene?

Mindre enn 6 mnd	_____ (0)
6 mnd - 1 år	_____ (1)
Mer enn 1 år	_____ (2)
Vet ikke	_____

Plass for kommentarer:

## VI. Nåværende adferdsproblemer

Hovedproblem/hovedbekymring: \_\_\_\_\_

Andre problemer: \_\_\_\_\_

64. Hva har blitt gjort for å minske/motvirke disse problemene?  
Sett en V ved vellykkede tiltak (tiltak som har nyttet)

Irettesettelser \_\_\_\_\_ (1)  
Barnet plassert alene (f.eks. i annet rom) \_\_\_\_\_ (2)  
Nekte barnet goder det ellers ville fått \_\_\_\_\_ (3)  
Belønning (f.eks. ros, godteri, leker osv.) \_\_\_\_\_ (4)  
Kroppslig straff \_\_\_\_\_ (5)  
Føye barnet \_\_\_\_\_ (6)  
Unngå/holde seg vekk fra barnet \_\_\_\_\_ (7)

65. Lydighet: Hvor mye av tiden dere er sammen er barnet lydig, dvs. gjør som det får beskjed om etter å ha fått beskjed om det bare én gang?

ca. 0-20% \_\_\_\_\_ (1)  
ca. 20-40% \_\_\_\_\_ (2)  
ca. 40-60% \_\_\_\_\_ (3)  
ca. 60-80% \_\_\_\_\_ (4)  
ca. 80-100% \_\_\_\_\_ (5)

66. Lydighet: Hvor mye av tiden gjør barnet det det får beskjed om etter å ha fått beskjed om det flere enn én gang?

ca. 0-20% \_\_\_\_\_ (1)  
ca. 20-40% \_\_\_\_\_ (2)  
ca. 40-60% \_\_\_\_\_ (3)  
ca. 60-80% \_\_\_\_\_ (4)  
ca. 80-100% \_\_\_\_\_ (5)

67. I hvilken grad er du og din samlivspartner enig om oppdragelsesmetoder?

Oftest enig \_\_\_\_\_ (1)  
Noen ganger enig \_\_\_\_\_ (2)  
Aldri, eller nesten aldri enig \_\_\_\_\_ (3)

68. Har barnet opplevd noe av følgende i de siste 12 månedene?

Foreldre skilt eller separert \_\_\_\_\_ (1)  
Ulykker eller sykdommer i familien \_\_\_\_\_ (2)  
Familiemedlemmer som har dødd \_\_\_\_\_ (3)  
Foreldre skiftet jobb \_\_\_\_\_ (4)  
Barnet selv skiftet skole \_\_\_\_\_ (5)  
Familien og barnet har flyttet \_\_\_\_\_ (6)  
Økonomiske problemer i familien \_\_\_\_\_ (7)  
Annet: Spesifisér: \_\_\_\_\_ (8)

## VII. Diagnostiske kriterier

69. Hvilke av følgende kjennetegn anser du å være et betydelig problem hos barnet på det nåværende tidspunkt?  
(0 = Nei; 1 = Ja)

- Rastløshet, f.eks. flikler med ting, eller snor seg på stolsetet \_\_\_\_\_
- Har vansker med å sitte i ro når det kreves \_\_\_\_\_
- Bliir lett distraheret av ytre stimuli \_\_\_\_\_
- Har vansker med å vente på tur i lek og gruppesituasjoner \_\_\_\_\_
- Buser ofte ut med svar på spørsmål før de er ferdigstillet \_\_\_\_\_
- Har vansker med å følge instruksjon fra andre \_\_\_\_\_  
(uten at det skyldes opposisjonell/trassig adferd eller manglende forståelse), f.eks. klarer ikke å fullføre påbegynt(e) arbeid/oppgaver
- Har vansker med vedvarende oppmerksomhet \_\_\_\_\_  
(under oppgaver eller i lek)
- Skifter ofte fra en (uferdig) aktivitet til en annen \_\_\_\_\_
- Har vansker med å leke stille \_\_\_\_\_
- Snakker vel mye \_\_\_\_\_
- Forstyrrer ofte andre eller avbryter, f.eks. dulter bort i andres lek \_\_\_\_\_
- Synes ofte ikke å lytte til hva som blir sagt til ham/henne \_\_\_\_\_
- Mister ofte ting som trengs i forbindelse med aktiviteter på skolen og hjemme (f.eks. leker, blyanter, bøker, lekseark) \_\_\_\_\_
- Deltar ofte i fysisk farlige aktiviteter uten hensyn til mulige konsekvenser (ikke bare p.g.a. søken etter spenning og iver etter å utforske nye ting, men det virker som barnet ikke er det minste redd i fremmede situasjoner). Løper f.eks. ut i gater uten å se seg for \_\_\_\_\_

TOTAL FOR ADHD: \_\_\_\_\_ (8 eller flere)

70. Når begynte disse problemene? (spesifiser alder): \_\_\_\_\_

71. Hvilke av følgende kjennetegn anser du å være et betydelig problem hos barnet på det nåværende tidspunkt?  
(0 = Nei; 1 = Ja)

- Har ofte raserianfall \_\_\_\_\_
- Krangler/argumenterer ofte med voksne \_\_\_\_\_
- Er ofte trassig, eller nekter å gjøre det voksne ber om eller bestemmer (f.eks. nekter å følge regler) \_\_\_\_\_
- Foretar seg ofte handlinger (med vilje) som er til plage/bry for andre \_\_\_\_\_
- Gir ofte andre skylden for egne feil/tabber \_\_\_\_\_
- Det skal veldig lite til før barnet opplever at andre plager ham/henne (blir lett "brydd", tåler lite av andre) \_\_\_\_\_
- Er ofte sint eller fortømet/opphisset \_\_\_\_\_
- Virker ofte ondskapsfull/skadefro eller hevngjerrig \_\_\_\_\_
- Ofte: banner eller bruker obscønt språk ("stygghord") \_\_\_\_\_

TOTAL FOR ODD: \_\_\_\_\_ (5 eller flere)

72. Når begynte disse problemene? (spesifiser alder) \_\_\_\_\_

73. Hvilke av følgende kjennetegn anser du å være et betydelig problem hos barnet på det nåværende tidspunkt?  
(0 = Nei; 1 = Ja)

- Har stjålet uten at den han/hun stjal fra var tilstede (gjelder også innbrudd) \_\_\_\_\_
- Har rømt hjemmefra og vært borte over natta minst to ganger \_\_\_\_\_
- Lytter ofte \_\_\_\_\_
- Med vilje satt fyr på ting/eiendeler (brannstiftning) \_\_\_\_\_
- Skulker ofte skolen (for eldre person: ofte fraværende fra jobb) \_\_\_\_\_
- Har brutt seg inn i andres bolig, bygninger eller bil \_\_\_\_\_

- Har med vilje ødelagt andres eiendeler (unntak: brannstifting) \_\_\_\_\_
- Har behandlet dyr på en grusom måte \_\_\_\_\_
- Har tvunget andre til seksuell aktivitet \_\_\_\_\_
- Brukt våpen i kamp mer enn én gang \_\_\_\_\_
- Setter ofte igang slåsskamper \_\_\_\_\_
- Har stjålet mens den han/hun stjal fra var tilstede (f.eks. overfall, lommetyveri, utpressing, væpnet ran) \_\_\_\_\_
- Har behandlet mennesker på en grusom måte \_\_\_\_\_

TOTAL FOR CD: \_\_\_\_\_ (3 eller flere)

74. Når begynte disse problemene? (spesifiser alder) \_\_\_\_\_

75. Hvilke av følgende kjennetegn anser du å være et betydelig problem hos barnet på det nåværende tidspunkt? (0 = Nei; 1 = Ja)

- Urealistisk og vedvarende bekymring for at noen noen i nær familie (f.eks. foreldre/søsken) skal komme til skade \_\_\_\_\_
- Urealistisk og vedvarende bekymring for at en katastrofal hendelse kan komme til å skille barnet fra nære tilknytningspersoner \_\_\_\_\_
- Nekter å gå på skolen (vedvarende nekting) \_\_\_\_\_
- Nekter å sove alene (vedvarende) \_\_\_\_\_
- Nekter å være alene (vedvarende) \_\_\_\_\_
- Gjentatte mareritt der tema er at barnet blir skilt fra nære tilknytningspersoner \_\_\_\_\_
- Klager over kroppslige problemer (f.eks. hodepine, magesmerter, kvalme evt. brekninger) \_\_\_\_\_
- Sterke stressreaksjoner når barnet vet (forventer) at det (i kort eller lang tid) skal adskilles fra nære tilknytningspersoner. Slike reaksjoner kan f.eks. være raserianfall, gråt, eller at barnet bønnfaller foreldrene om å ikke forlate det. \_\_\_\_\_
- Sterke stressreaksjoner når barnet er adskilt fra hjemmet eller nære tilknytningspersoner. Slike reaksjoner kan f.eks. være at barnet sterkt ønsker å ringe til foreldrene når det er borte, eller at det ønsker å dra hjem eller ringe foreldrene når det er hjemmefra. \_\_\_\_\_

TOTAL FOR SAD: \_\_\_\_\_ (3 el. flere)

76. Når begynte disse problemene? (spesifiser alder) \_\_\_\_\_

77. Hvilke av følgende kjennetegn anser du å være et betydelig problem hos barnet på det nåværende tidspunkt? (0 = Nei; 1 = Ja)

- Urealistisk bekymring for framtidige hendelser \_\_\_\_\_
- Barnet altfor opptatt av om handlinger det har foretatt seg var riktige eller gale \_\_\_\_\_
- Overdreven eller urealistisk bekymring hos barnet for at det mangler ferdigheter/kompetanse innen ett eller flere områder (f.eks. idrett/gymnastikk, teoretiske skolefag eller sosialt) \_\_\_\_\_
- Klager over kroppslige problemer (f.eks. hodepine, magesmerter, kortpustethet, kvalme, svimmelhet), men der det ikke kan påvises noen fysisk årsak til disse problemene \_\_\_\_\_
- Markert selv-bevissthet, barnet nærmest "overvåker" seg selv \_\_\_\_\_
- Overdrevet behov for bekreitelser/forsikringer \_\_\_\_\_
- Høy grad av anspenthet eller markert mangel på evne til å slappe av \_\_\_\_\_

TOTAL FOR OD: \_\_\_\_\_ (4 eller flere)

78. Når begynte disse problemene? (spesifiser alder) \_\_\_\_\_

79. Hvilke av følgende kjennetegn anser du å være et betydelig problem hos barnet på det nåværende tidspunkt? (0 = Nei; 1 = Ja)

- Er deprimert eller irritabel mesteparten av dagen, nesten hver dag \_\_\_\_\_
- Markert nedsatt glede/lyst/interesse m.h.t. alle eller nesten alle daglige aktiviteter \_\_\_\_\_
- Betydelig vekttap eller vektøkning (f.eks 5 % av kroppsvekt i løpet av én måned) uten at barnet står på diett, eventuelt overdreven eller nedsatt appetitt nesten hver dag \_\_\_\_\_
- Søvnvansker nesten daglig. Enten vansker med å få sove (insomnia) eller at barnet sover for mye/for lenge (hypersomnia) \_\_\_\_\_
- Rastløshet/overaktivitet (psykomotorisk agitasjon) eller nedsatt aktivitet (psykomotorisk retardasjon) nesten hver dag (må være merkbart/synlig for andre enn barnet selv) \_\_\_\_\_
- Trøtthet eller mangel på overskudd/energi nesten hver dag \_\_\_\_\_
- Følelse av å være verdiløs/betydningsløs eller overdreven/urealistisk skyldfølelse \_\_\_\_\_
- Nedsatt evne til å konsentrere seg \_\_\_\_\_
- Planer om eller forsøk på selvmord \_\_\_\_\_

TOTAL FOR MDE: \_\_\_\_\_ (5 eller flere: min. ett fra item 1 eller 2)

80. Når begynte disse problemene? (spesifiser alder) \_\_\_\_\_

81. Hvilke av følgende kjennetegn anser du å være et betydelig problem hos barnet på det nåværende tidspunkt? (0 = Nei; 1 = Ja)

- Deprimert eller irritabel mesteparten av dagen de fleste dager i de siste 12 måneder \_\_\_\_\_
- Dårlig matlyst eller overdreven matlyst \_\_\_\_\_
- Søvnvansker. Enten vansker med å få sove (insomnia), eller at barnet sover for mye/for lenge (hypersomnia) \_\_\_\_\_
- Trøtthet eller for lite energi/overskudd \_\_\_\_\_
- Lav selvtiltro \_\_\_\_\_
- Dårlig konsentrasjonsevne eller problemer med å foreta valg \_\_\_\_\_
- Barnet føler/opplever håpløshet \_\_\_\_\_
- Aldri uten symptomer i mer enn 2 måneder over en 1-års periode \_\_\_\_\_

TOTAL FOR D: \_\_\_\_\_ (Item 1/ + 2 eller flere fra item 2-7)

82. Når begynte disse problemene? (spesifiser alder) \_\_\_\_\_

### VIII. Andre spesielle ting ved barnet som foreldrene er bekymret over

83. Har barnet vist noen av følgende symptomer? (0 = nei; 1 = ja)

- Stadig repetering av visse adferdssekvenser (mannerismer) \_\_\_\_\_
- Merkelige/påfallende kroppsstillinger \_\_\_\_\_
- For sterke reaksjoner på lyder eller manglende reaksjon på sterke lyder \_\_\_\_\_
- For sterk reaksjon når noen kommer borti barnet \_\_\_\_\_
- Tvangshandlinger: ritualer barnet insisterer på å gjennomføre \_\_\_\_\_
- Motoriske tics (ukontrollerte muskelbevegelser) \_\_\_\_\_
- Vokale tics (ukontrollert tale) \_\_\_\_\_

TOTAL: \_\_\_\_\_



Merk: De gjenstående spørsmål i denne delen (pkt. VIII) er valgfrie

84. Har barnet vist noen av følgende symptomer på tankeforstyrrelser (0 = nei; 1 = ja):
- Usammenhengende tenkning (f.eks. flyktige, usammenhengende ideer, tilfeldig tale) \_\_\_\_\_
  - Snodige (bizarre) ideer (f.eks. sære interesser, vrangforestillinger, hallusinasjoner) \_\_\_\_\_
  - Stirrer med tomt, forvirret blikk (men synes ikke å ha blikket festet på noe spesifikt) \_\_\_\_\_
  - Uklar/uforståelig tale (f.eks. mumling eller sjargong) \_\_\_\_\_
- TOTAL: \_\_\_\_\_

85. Har barnet vist noen av følgende symptomer på følelsesmessige forstyrrelser (0 = nei; 1 = ja):
- Store følelsessvingninger (labilitet) uten at dette kan knyttes til forhold rundt barnet (miljø) \_\_\_\_\_
  - Minimal provokasjon utløser raserianfall \_\_\_\_\_
  - Overdreven klenging på, tilknytning til, eller avhengighet av voksne \_\_\_\_\_
  - Unormal redsel/frykt \_\_\_\_\_
  - Merkverdige aversjoner: barnet unngår/misliker situasjoner/ting det ikke er vanlig at barn har motvilje mot \_\_\_\_\_
  - Panikkanfall \_\_\_\_\_
  - Påfallende hemmede eller blandete følelser \_\_\_\_\_
  - Følelser som er i uoverensstemmelse med situasjonen barnet er oppe i \_\_\_\_\_
- TOTAL: \_\_\_\_\_

86. Har barnet vist noen av følgende symptomer på sosiale problemer eller adferdsproblemer? (0 = nei; 1 = ja)
- Liten eller ingen interesse for jevnaldrende \_\_\_\_\_
  - Kommer med frekke/sårende bemerkninger \_\_\_\_\_
  - Setter igang eller avslutter samhandling med andre på en upassende/unormal måte \_\_\_\_\_
  - Forholder seg til andre mennesker på en (kvalitativt) unormal måte \_\_\_\_\_
  - Overdreven reaksjon hvis rutiner forandres \_\_\_\_\_
  - Noe unormalt ved barnets tale \_\_\_\_\_
  - Selvskading \_\_\_\_\_
- TOTAL: \_\_\_\_\_

Plass for notater:

## IX. Familiehistorie

87. Hvor lenge har du og barnets far (mor) vært gift (notér om barnet ble unnfanget i 1., 2. osv. ekteskap)

Har aldri vært gift

Separert fra barnets far (mor)

Skilt fra barnets far (mor) nå

Enke/enkemann

Gift i \_\_\_\_ år

Samboende i \_\_\_\_ år

\_\_\_\_ (0)

\_\_\_\_ (1)

\_\_\_\_ (2)

\_\_\_\_ (3)

\_\_\_\_ (4)

\_\_\_\_

88. Hvor stabilt er deres nåværende ekteskap/samboerforhold:

Stabilt \_\_\_\_ (1)

Ustabilt \_\_\_\_ (2)

Plass for notater:

FARS SLEKT (0 = stemmer ikke; 1 = stemmer)

	Selv	Mor	Far	Søsken				Totalt Totalt
				Bro	Bro	Søs	Søs	
Problemer med aggresivitet, trass og opposisjonell adferd som barn								
Problemer med oppmerksomhet, aktivitet & impuls kontroll som barn								
Lærevansker								
Klarte ikke å fullføre påbegynte videregående studier								
Mental retardasjon								
Psykose eller schizofreni								
Depresjon som varte mer enn 2 uker								
Angstforstyrrelse som medførte tilpasningsvansker								
Tics eller Tourette's								
Alkoholmisbruk								
Stoffmisbruk (gjelder også tablett)								
Antisosial adferd (f.eks. overfall, tyveri)								
Arrestert								
Begått fysiske overgrep								
Begått seksuelle overgrep								

MORS SLEKT (0 = stemmer ikke: 1 = stemmer)

	Selv	Mor	Far	Søsken			Total
				Bro	Bro	Søs	
Problemer med aggresivitet, trass og opposisjonell adferd som barn							
Problemer med oppmerksomhet, aktivitet & impuls kontroll som barn							
Lærevansker							
Klarte ikke å fullføre påbegynte videregående studier							
Mental retardasjon							
Psykose eller schizofreni							
Depresjon som varte mer enn 2 uker							
Angstforstyrrelse som medførte tilpasningsvansker							
Tics eller Tourette's							
Alkoholmisbruk							
Stoffmisbruk (gjelder også tablett)							
Antisosial adferd (f.eks. overfall, tyveri)							
Arrestert							
Begått fysiske overgrep							
Begått seksuelle overgrep							

SØSKEN (0 = stemmer ikke; 1 = stemmer)

	Bror	Bror	Bror	Søster	Søster	Søster	Total
Problemer med aggresivitet, trass og opposisjonell adferd som barn							
Problemer med oppmerksomhet, aktivitet & impuls kontroll som barn							
Lærevansker							
Klarte ikke å fullføre påbegynte videregående studier							
Mental retardasjon							
Psykose eller schizofreni							
Depresjon som varte mer enn 2 uker							
Angstforstyrrelse som medførte tilpasningsvansker							
Tics eller Tourette's							
Alkoholmisbruk							
Stoffmisbruk (gjelder også tabletter)							
Antisosial adferd (f.eks. overfall, tyveri)							
Arrestert							
Begått fysiske overgrep							
Begått seksuelle overgrep							



## Appendiks 2

Nasjonalt kunnskapssenter  
om vold og traumatisk stress

### KATE-B: Kartlegging av traumeerfaringer – Barn

For å kunne hjelpe deg best mulig, er det nyttig for oss å vite litt om ting du kan ha opplevd. Nedenfor finner du noen spørsmål om ting som noen ganger hender barn og ungdom. Dersom noe av dette har skjedd med deg, og du følte deg **redd, forvirret eller hjelpelos** så kryss av for JA. Hvis det er et spørsmål du ikke vil svare på, kan du krysse av for "PASS".

	JA	NEI	PASS
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			

## Appendiks 3

### KATE-F: Kartlegging av traumeerfaringer – Foreldre

Nedenfor finner du noen spørsmål om ting som noen ganger hender barn og ungdom. Dersom barnet ditt har opplevd noen av hendelsene, og samtidig følte seg veldig redd, forvirret eller hjelpeløs, krysser du av for JA. Vi stiller disse spørsmålene for at vi kan kunne hjelpe ditt barn best mulig.

	JA	NEI	VET IKKE
1 Har barnet ditt noen gang vært utsatt for eller sett en alvorlig ulykke som for eksempel en bil ulykke, et fall eller en brann?			
2 Har barnet ditt noen gang vært utsatt for en naturkatastrofe? (for eksempel kraftig storm, oversvømmelse, tsunami, snøstorm, lynnedslag?)			
3 Har barnet ditt vært utsatt for terror- eller krigshandlinger?			
4 Har barnet ditt noen gang hatt skremmende opplevelser hos lege eller tannlege eller når de har vært på sykehus?			
5 Har noen som barnet ditt har vært glad i blitt hardt skadet, alvorlig syk eller dødd plutselig?			
6 Har barnet ditt noen gang blitt mobbet eller truet via internett, på mobil, facebook eller lignende?			
7 Har barnet ditt noen ganger blitt bortført eller kidnappet?			
8 Har noen noen gang forsøkt å tvinge barnet ditt inn i en bil?			
9 Har barnet ditt noen gang blitt angrepet, overfalt, ranet, skadet eller opplevd å bli truet av noen utenfor familien?			
10 Har barnet ditt noen gang sett andre utenfor familien slåss eller angripe hverandre?			
11 Har barnet ditt blitt slått, sparket eller lugget av noen voksne på skolen?			
12 Har barnet ditt blitt slått, sparket eller lugget av noen hjemme?			
13 Har barnet ditt noen gang sett noen i familien slåss eller angripe hverandre?			
14 Har barnet ditt noen gang blitt berørt på kjønnsorganer eller på noen måte blitt utsatt for seksuelle overgrep?			
15 Har barnet ditt opplevd andre ting som kan ha gjort at det ble fryktelig redd eller skremt? <i>I så fall hva?</i>			