

Kartlegging av barn og ungdom for traumer og traumesymptomer

Hvilke faktorer henger sammen med opplevd ubehag ved kartlegging i Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)?

Barbro H. F. Fedøy



Masteroppgave i
Psykososialt arbeid – selvmord, rus, vold og traumer
Institutt for klinisk medisin
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2018

Kartlegging av barn og ungdom for traumer og traumesymptomer: Hvilke faktorer henger sammen med opplevd ubehag ved kartlegging i Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)?

© Barbro H. F. Fedøy

2018

Kartlegging av barn og ungdom for traumer og traumesymptomer: Hvilke faktorer henger sammen med opplevd ubehag ved kartlegging i Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)?

Barbro H. F. Fedøy

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

Sammendrag

Forfatter: Barbro H.F. Fedøy

Tittel: Kartlegging av barn og ungdom for traumer og traumesymptomer: Hvilke faktorer henger sammen med opplevd ubehag ved kartlegging i Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)?

Hovedveileder: Marianne Skogbrott Birkeland. Biveileder: Ane-Marthe Solheim Skar

Bakgrunn: Et stort omfang av barn og unge utsettes for potensielt traumatiserende hendelser og forhold. Disse erfaringene kan føre til alvorlige senskader, som posttraumatisk stress lidelse (PTSD) og andre psykiske lidelser. Senskader etter traumer kan gi mulige livsløpsimplikasjoner for den traumeutsatte selv, og totalt sett utgjør det et stort folkehelseproblem. Det er derfor svært viktig at traumer avdekkes, slik at traumatiserende forhold kan stoppes og barnet kan få rett og tilpasset behandling. Vi vet at barn ikke alltid forteller om slike opplevelser av seg selv, og vi vet også at traumer ofte ikke blir beskrevet i henvisningen til Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Videre vet vi at barn kan bli spurt om traumer og traumesymptomer uten å bli emosjonelt opprørte eller retraumatiserte. Derfor er det essensielt med rutinemessig kartlegging av alle barn ved inntak på BUP. På tross av denne kunnskapen er det likevel en del behandlere som ikke kartlegger barn og unge for traumeerfaringer. Hovedmålet med denne oppgaven er for det første å undersøke om behandlere i BUP opplever det ubehagelig å kartlegge barn og ungdom for traumer og traumesymptomer. For det andre er det å undersøke i hvilken grad ulike barrierer relatert til personlige egenskaper, ressurser, holdninger og oppfatninger henger sammen med opplevd ubehag ved å kartlegge i BUP.

Metode: Denne kvantitative studien baserer seg på innhentede data fra prosjektet *Implementering av TF-CBT i Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i Norge* gjennomført av Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Utvalget består av 139 terapeuter fordelt på omtrent halvparten av alle landets BUP-er, som alle var deltagere i implementeringsprosjektet og ble opplært i behandlingsmetoden Traumefokusert kognitiv adferdsterapi (TF-CBT). Det ble foretatt statistiske analyser som undersøkte sammenhengen mellom utvalgte faktorer og opplevd ubehag.

Resultater: Det tydeligste funnet var at TF-CBT terapeuter på BUP opplevde generelt lite ubehag ved å kartlegge barn og ungdom for traumer og traumesymptomer. Ved opplevd

ubehag hadde lav alder på terapeuten en sammenheng med høyere grad av ubehag. Det samme gjaldt jo mer terapeuten arbeidet med TF-CBT. Videre funn var at veileder- eller lederrolle i klinikken og erfaring med positiv effekt av TF-CBT hadde sammenheng med lavere grad av opplevd ubehag. Andre faktorer som kjønn, fagbakgrunn, arbeidserfaring, drøfting av kartleggingsresultater, nok opplæring i TF-CBT, rutinemessig kartlegging og frivillig valg om å jobbe med TF-CBT, hadde ikke effekt på opplevd ubehag.

Konklusjon: Majoriteten av TF-CBT terapeuter er komfortable med å kartlegge barn og ungdom for traumer og traumesymptomer i BUP, i motsetning til funn i en del andre studier. Det kan ha sammenheng med forhåndskunnskaper om traumer som er ervervet gjennom deltagelsen i TF-CBT prosjektet. Resultatene fra studien indikerer videre at eldre behandlere, behandlere med veileder- eller lederansvar og behandlere som har erfart at TF-CBT hjelper, opplever lavere grad av ubehag ved kartlegging. Resultatene indikerer i tillegg at ledere bør være oppmerksom på hvor mye tid som benyttes til traumesaker per behandler, da mer tid avsatt til å praktisere traumebehandling kan se ut til å øke sannsynligheten for å oppleve ubehag. Det å være trygg og ha erfaring og kunnskap ser ut til å være viktig for at helsepersonell kartlegger barn som kan ha vært utsatt for traumer. Det kan samtidig være viktig med ivaretagelse av den enkelte behandler som arbeider med traumebehandling, slik at de fortsetter å kartlegge.

Abstract

Author: Barbro H.F. Fedøy

Title: Screening children and adolescents for trauma and trauma symptoms: What factors are associated with therapist's perceived discomfort during evaluation at child and adolescent psychiatric clinics in Norway (BUP)?

Supervisor: Marianne Skogbrott Birkeland. Co-supervisor: Ane-Marthe Solheim Skar

Background: A large number of children and young people are exposed to potentially traumatizing events and conditions. These experiences can lead to severe later-life injuries such as posttraumatic stress disorder (PTSD) and other mental disorders. These post-trauma, later-life injuries carry implications throughout the lifespan and, overall, constitute a major public health problem. It is therefore important that trauma is detected as early as possible so that the development of traumatic conditions can be prevented, and appropriate treatment can be provided. However, we know that children do not always share such experiences on their own accord. In addition, trauma is often not described in the child's referral to the Child and Adolescent Psychiatric Clinic (BUP). However, routine assessment of traumatic experiences is essential for all children when they start receiving services at BUP. Conducting a thorough trauma assessment gives assessors the opportunity to explore topics in tandem with the child. While some may hesitate, it is certainly possible to ask children about their previous traumas and trauma symptoms in a professional manner without emotionally upsetting or retraumatizing them. Despite this understanding however, some therapists do not screen children and adolescents for traumatic experiences. Therefore, the main objective of this project was to investigate whether BUP therapists experience screening children and adolescents for trauma and trauma symptoms as unpleasant. Secondly, this project's aim was to investigate the extent to which different therapist barriers such as personal characteristics, resources, attitudes, and perceptions were associated with perceived discomfort during trauma screening at BUP.

Method: This quantitative study is based on data obtained from the project Implementation of TF-CBT in Child and Adolescent Psychiatric Clinics in Norway conducted by The Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress (NKVTS). The sample consisted of 139 therapists spread throughout half of all the BUPs in the country. In addition, all were participants in the implementation project and trained in Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-

CBT). Statistical analyses were performed to examine the relationship between selected factors and experienced discomfort.

Results: The main finding of this project was that TF-CBT therapists at BUP generally experienced no discomfort while screening children and adolescents for trauma and trauma symptoms. In the instances where discomfort was reported, two separate trends emerged: 1) The therapist was younger in age, and 2) the therapist spent more time working with trauma cases. In addition, both supervisors, or those with leadership roles in the clinic, and those who experienced positive TF-CBT effects reported a lower degree of perceived discomfort. Other factors such as gender, professional background, work experience, discussion of screening results, sufficient TF-CBT training, routine screening, and voluntary working as TF-CBT therapist did not affect experienced discomfort.

Conclusion: As opposed to findings in other studies, the majority of TF-CBT therapists in this study were comfortable with screening children and adolescents for trauma and trauma symptoms in BUP. This may be related to prior knowledge of trauma acquired through participation in the TF-CBT implementation project. The results from the study further indicate that older therapists, supervisors or leaders, and therapists who have experienced TF-CBT as an effective mode of treatment report lower levels of discomfort when they screen children who receive BUP services. The results also indicate that leaders of BUP should be aware of the amount of time each therapist spends on trauma cases as more time spent practicing trauma treatment may increase the likelihood of discomfort. Security and having experience and knowledge seem to be important deterrents for health professionals who screen children exposed to trauma. At the same time, it may be important to carefully monitor the individual caseworker who works directly with trauma treatment, so that screening is not hindered by the therapist's discomfort.

Forord

Dette har vært en lærerik og krevende prosess som har bydd på både faglige og personlige muligheter og utfordringer. I forbindelse med studiet og skriveprosessen er det mange som fortjener en stor takk. Aller først ønsker jeg å takke mine veiledere, Marianne Skogbrott Birkeland og Ane-Marthe Solheim Skar. En særlig takk til deg, Marianne, for din kunnskap, ditt engasjement, din ro og trygghet og din optimisme på mine vegne. Uten deg tror jeg ikke denne oppgaven hadde sett dagens lys. Jeg vil også takke deg, Ane-Marthe, for dine konkrete og konstruktive tilbakemeldinger, verdifull kunnskap og informasjon om implementeringsprosjektet. En stor takk rettes også til NKVTS som har gitt meg mulighet til å bruke datamaterialet de har samlet inn.

Videre ønsker jeg også å rette en stor takk til RBUP, og da i særdeleshet min seksjonsleder Anne Andersen, som ikke bare var den første til å oppmuntre meg til å starte på masterstudiet, men som også har sørget både for tid og rom til å gjennomføre studiet og fullføre masteroppgaven.

Takk også til mine fantastiske venner og familie for tålmodig lytting, oppmuntrende støtte og ukuelig tro på at dette vil jeg klare. Dere vet hvem dere er. Til sist vil jeg takke min kjære Dag og våre to sønner, Filip og Jona, for kjærligheten, omsorgen og tålmodigheten dere viser, og har vist spesielt i denne krevende prosessen. Det kommer nå en tid for oss.

02.05.2018

Barbro Helene Fagermoen Fedøy

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Introduksjon.....	1
1.2	Barrierer for kartlegging av traumer og traumesymptomer.....	5
1.2.1	Personlige barrierer	6
1.2.2	Ressursrelaterte barrierer.....	8
1.2.3	Holdninger og oppfatninger som barrierer	12
1.3	Problemstillinger	13
2	Metode.....	16
2.1	Formål og kontekst	16
2.2	Utvalg	17
2.3	Prosedyre	17
2.4	Måleinstrumenter	18
2.4.1	Opplevd ubehag ved kartlegging (avhengig variabel)	18
2.4.2	Faktorer som henger sammen med opplevd ubehag ved kartlegging	19
2.5	Statistiske analyser	21
3	Resultater.....	23
3.1	Deskriptive analyser	23
3.2	Karakteristika ved avhengig variabel; opplevd ubehag ved å kartlegge	25
3.3	Faktorer assosiert med opplevde ubehag ved kartlegging.....	27
4	Diskusjon.....	30
4.1	Generelt lite ubehag ved kartlegging.....	30
4.1.1	Mulige forklaringer og årsaker.....	30
4.1.2	Holdninger og oppfatninger til andre	33
4.2	Hvilke faktorer henger sammen med opplevd ubehag ved kartlegging i BUP?	34
4.2.1	Aldersforskjeller.....	34
4.2.2	Rolle i klinikken	35
4.2.3	Tid avsatt til å praktisere TF-CBT	36
4.2.4	Erfaring med positiv effekt av TF-CBT – klientene ble bedre etter behandling	37
4.3	Kartlegging av barn og unge for traumer og traumesymptomer	38
4.4	Styrker og svakheter ved studien.....	40
4.5	Implikasjoner	42

5	Konklusjon	44
	Litteraturliste	45
	Vedlegg – Spørreskjema om implementering av TF-CBT	52

1 Innledning

1.1 Introduksjon

Et betydelig antall barn og unge utsettes for traumer. I en nasjonal omfangsstudie av vold og overgrep mot barn og unge fremkom det at i alt 21 prosent av ungdommene oppga å ha opplevd fysisk vold fra minst en forelder i løpet av oppveksten, mens 23 prosent oppga at de hadde opplevd minst én form for seksuell krenkelse i løpet av oppveksten (Mossige & Stefansen, 2016). Omfangstudien fant også at så mange som en av ti jenter kan være utsatt for voldtekt, mens tilsvarende tall for gutter er to prosent. En annen nasjonal forekomststudie, hvor man har spurt voksne, fant at omtrent halvparten av kvinnene som rapporterte om voldtekt hadde opplevd voldtekten før fylte 18 år, og at blant respondentene hadde omkring ti prosent av kvinnene og over tre prosent av mennene opplevd seksuell kontakt før fylte 13 år med en minst fem år eldre person (Thoresen & Hjemdal, 2014). I denne studien ble det også funnet betydelig forekomst av vold fra foresatte i barndommen, at både mødre og fedre utøvde vold mot barn, og at fysisk vold fra foresatte forekom oftest første gang i barnehage- eller småskolealder. Når det gjelder for eksempel overgrep mot barn på nettet er mørketallene store. Det er det anslått at mer enn en million bilder av barn utsatt for seksuelt misbruk og utnyttelse er online, og ifølge FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC) blir det lagt til 50.000 nye overgrepshendelser av barn hvert år verden over, inkludert Norge (BLD, 2013). I tillegg til vold og overgrep kan barn og unge oppleve eller utsettes for andre potensielt traumatiserende hendelser, som krig, terror og flukt, naturkatastrofer, alvorlige ulykker, sykdommer og brå død, kidnapping, overfall, ran, skade eller trusler, psykisk vold og alvorlig mobbing; inkludert digital trakassering og digital mobbing, omsorgssvikt og neglekt. Barn som først opplever vold eller overgrep opplever dessuten ofte flere typer overgrep i løpet av oppveksten (Thoresen & Hjemdal, 2014).

Det er som nevnt noen norske omfangsundersøkelser som har sett på vold og seksuelle krenkelser, men det finnes ingen som direkte omhandler for eksempel psykisk vold eller som gjelder spesifikt omsorgssvikt. Det er også grunn til å tro at det finnes mørketall så lenge yngre barn ikke inngår som primærkilde i forskning (BLD, 2013). Det er dessuten vanskelig å sammenligne resultatene fra forekomststudier, andre undersøkelser og statistiske registre da ulike forskere definerer vold forskjellig, noe som også gir sprikende omfangstall. Det er altså

vanskelig å anslå entydige omfangstall av barn og unge i Norge som utsettes for ulike typer og ulik grad av traumer, men det er ingen tvil om at det er en betydelig andel.

Traumatiske hendelser kan føre til utvikling av alvorlige psykiske senreaksjoner som posttraumatisk stresslidelse (PTSD) eller andre psykiske lidelser (Trickey, Siddaway, Meiser-Stedman, Serpell & Field, 2011). En metastudie viser at i gjennomsnitt utvikler omkring 16 prosent av barn og unge PTSD og vil ha behov for behandling etter å ha vært eksponert for traumer, selv om mange også klarer seg bra (Alisic et al., 2014). Flere studier tyder på at traumatiske hendelser også kan føre til økt forekomst av angstlidelser, depressive lidelser, spiseforstyrrelser, somatiske helseplager, vansker relatert til skole og sosiale relasjoner og rus- og annen problematisk adferd (Dube, Felitti, Dong, Giles & Anda, 2003; Dyb & Stensland, 2016; Pynoos, Steinberg & Piacentini, 1999). Senskader handler ikke bare om fysiske eller psykiske helseskader i barndommen, men kan medføre konsekvenser langt inn i voksenlivet og kanskje til og med hele livet (BLD, 2014). Oppmerksomhet og fokus på livsløpskonsekvensene ved å bli utsatt for traumer i barndom ble enda tydeligere i etterkant av i The Adverse Childhood Experiences Study hvor det ble funnet at barndomstraumer innvirker på helseproblemer i voksenlivet, som for eksempel hjerte- og karlidelser, kreft, diabetes og andre både fysiske, men også psykiske helseutfordringer (Dube et al., 2003; Edwards, Holden, Felitti & Anda, 2003). Ifølge en ny norsk studie tilsvarer antall *voksne* med PTSD omkring 50.000 (Lassemo, Sandanger, Nyga & Sørgaard, 2016). Studien fant at man over tid har fått en opphopning av PTSD-rammede i Norge, både fordi det er et stort etterslep av dem som har utviklet PTSD tidligere uten å bli kvitt plagene, samt at nye personer opplever traumer og utvikler PTSD hvert år. Det er derfor ingen tvil om at senskader etter traumer utgjør et betydelig samfunnsproblem og et stort folkehelseproblem.

Barn og unge med psykiske helseplager har behov for riktig og tilpasset behandling. I de senere årene har kunnskap om traumer og traumereaksjoner blitt mer systematisert, og man vet mer i dag hva som anses som viktig og nødvendig for å kunne for å tilby utsatte barn og unge den hjelpen de trenger (Hauge, Schultz & Øverlien, 2016). Det er funnet god effekt av flere typer traumespesifikke behandlinger. Metastudier konkluderer med at traumefokusert behandlinger, som traumefokusert kognitiv adferdsterapi (TF-CBT) og eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), er effektive behandlingsmetoder for PTSD, og at behandling for PTSD er mer effektiv enn naturlig tilfriskning (de Arellano et al., 2014; Ehlers et al., 2010; Ehring et al., 2014). Bare i Norge er det flere behandlingsstudier som tyder på at barn med PTSD har nytte av traumespesifikk behandling, og hvor disse studiene til sammen

ser ut til å vise at TF-CBT gir reduksjon i posttraumatiske stress-symptomer, depresjon, angst, skam og atferdsproblemer hos barn sammenlignet med kontrollgrupper (Jensen et al., 2014; Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), 2018). Vi vet altså at traumespesifikk behandling virker, og at barn og unge som har opplevd traumatiske hendelser og som opplever ettervirkninger av dette har behov for oppfølging og behandling i spesialisthelsetjenesten.

På tross av dette fremkommer traumer og traumereaksjoner sjelden i henvisningene til Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Flere studier tyder på at det er stor diskrepans mellom opplevde og oppdagede traumer i behandlingssystemet (Ormhaug, Jensen, Hukkelberg, Holt og Egeland, 2012). I sin studie anslår Ormhaug og kolleger at omtrent halvparten av alle barn og unge henvist til BUP har vært utsatt for potensielt traumatiske hendelser, mens i omtrent 38 prosent av henvisningene var ikke den traumatiske hendelsen nevnt. Videre fant de at barnas traumesymptomer som regel ble forstått som tegn på andre psykiske lidelser som depresjon, angst eller ADHD, og at beskrivelser som kunne ha knyttet barna symptomer til traumeerfaringer ofte var utelatt (Ormhaug et al., 2012). Siden traumatiske hendelser sjeldent fremkommer i henvisningen til BUP er det derfor en risiko for at potensielt traumatiserende opplevelser og de påfølgende psykiske reaksjoner ikke blir oppdaget i BUP, med mindre terapeuten spør eller kartlegger for traumeerfaring. Dermed er det en fare for at barn og unge blir feildiagnostisert, ikke får tilpasset behandling, og i verste fall kan vanskene og symptomene forverres.

Barn og unge forteller ikke alltid om sine traumatiske erfaringer på eget initiativ. I en rapport om utfordringer ved avdekking av seksuelle overgrep mot barn i minoritetsfamilier konkluderte Redd Barna med at hvis behandlere ikke spør, vil barna ikke klare å fortelle om overgrepene (Berggrav, 2015). Det er flere grunner til at mange barn ikke forteller uoppfordret om traumatiske hendelser. For det første kan mange barn med traumesymptomer være preget av unnvikelse, som bidra til at barn ikke forteller noe til en voksen (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006). Videre kan barnets kjønn, alder, relasjon til overgriper, frykt og bekymringer for konsekvensene av å fortelle, trusler fra overgriper, skyld og skamfølelse og frykt for ikke å bli trodd, bidra til å hindre barnet i å fortelle om traumatiske opplevelser (Jensen, Gulbrandsen, Mossige, Reichelt og Tjersland, 2005; Kolstad & Smith, 2015; McElvaney, Greene & Hogan, 2014; Ullman, 2007; Ullman, Foyne & Tang, 2010). I en nokså ny studie ble det funnet at det gikk i gjennomsnitt omlag sytten år før respondentene første gang fortalte om seksuelle overgrep de hadde blitt utsatt for i barndommen (Steine et

al., 2016). De fant også at jo lavere alder ved overgrepet jo lengre latenstid for å fortelle. Det kan altså ofte ta mange år før traumer i barndommen kommer for en dag. Avdekking av seksuelle overgrep bør derfor ikke overlates til barna selv (Steine et al., 2016). Denne kunnskapen har blant annet ført til at det i internasjonale retningslinjer anbefales at alle barn henvist for behandling skal bli spurt om traumeopplevelser som en del av inntaksvurderingene (NICE Guidelines, 2005). Dette indikerer at det derfor er svært viktig med systematiske tiltak for å fange opp personer utsatt for traumer.

Det har vært usikkerhet og bekymring for om barn og unge blir emosjonelt opprørte og kanskje retraumatiserte av å bli spurt om traumer og traumesymptomer. Det er derfor gjennomført flere studier som har undersøkt i hvilken grad barn tåler å bli spurt om traumer og traumesymptomer, både som deltagere i forskningsprosjekter og når de blir spurt i kliniske settinger. Disse har alle funnet at barn tåler dette godt (Dos Santos, 2015; Finkelhor, Vanderminden, Turner, Hamby & Shattuck, 2014; Jensen, 2012; Kassam-Adams & Newman, 2005). Dos Santos (2015) undersøkte hvordan 99 barn og ungdom med PTS-symptomer i alderen 10-18 år henvist til åtte BUP-er i landet opplevde å bli spurt om sine traumeopplevelser. Hun fant at det var få barn (5 prosent) som opplevde kartleggingen veldig opprørende, mens de fleste opplevde kartleggingen som lite vanskelig og noe kjedelig. Videre indikerte hennes studie at PTS-symptomene best predikerte hvor vanskelig og emosjonelt opprørte barna opplevde kartleggingen. Det var ingen sammenheng mellom hvor vanskelig de opplevde kartleggingen og type traumer, antall traumer, alder eller kjønn. Bekymring for å kartlegge barn og unge for traumeerfaringer kan i tillegg være en bekymring for retraumatisering (Jensen, 2012). Faren for retraumatisering er til stede først når barnet direkte eksponeres for en traumatisk hendelse, enten den samme som tidligere eller en som vekker lignende emosjonelle reaksjoner (Collogan, Tuma, Dolan-Sewell, Borja & Fleischman, 2004). Slike potensielt traumatiserende hendelser skiller seg fra det å få spørsmål og ha samtaler om traumer der barn og unge er sammen med terapeuten i trygge og kontrollerte omgivelser (Dos Santos, 2015).

Til tross for at vi har kunnskap om nødvendigheten og viktigheten av å kartlegge for traumer og traumesymptomer, og det er innført systematisk kartlegging for traumer og traumesymptomer, ser det ut til at ikke alle behandlere og andre helsearbeidere kartlegger (Albaek, Kinn & Milde, 2017; Hedtjärn, Hultmann & Broberg, 2009; Hultmann, Möller, Ormhaug & Broberg, 2014; Read, Hammersley & Redegear, 2007; Sprague et al., 2012). Det betyr at det kan se ut til at det finnes barrierer som bidrar til at behandlere ikke spør eller

kartlegger barn og unge for potensielt traumatiserende hendelser eller forhold. Dette er det viktig å undersøke empirisk slik at man innen helsetjenester for barn og unge kan ta forskningsbaserte avgjørelser om tiltak som kan bidra at flere behandlere kartlegger. Denne oppgaven tar sikte på å belyse dette spørsmålet: I hvilken grad opplever TF-CBT behandlere på BUP det ubehagelige å kartlegge, og hvilke faktorer henger sammen med opplevd ubehag ved kartlegging av barn og unge for traumer og traumesymptomer?

1.2 Barrierer for kartlegging av traumer og traumesymptomer

En rekke studier tyder på at mange behandlere kan oppleve barrierer for, være ambivalente til og eller føle det ukomfortabelt å kartlegge for potensielt traumatiserende hendelser og forhold. (Albaek et.al, 2017; Alshammari, McGarry & Higginbottom, 2018; Dowd, Kennedy, Knapp & Stallbaumer-Rouyer, 2002; Hultmann et.al, 2014; Parish et al., 2018; Read et al., 2007; Sprague et al., 2012). Barrierer eller ambivalens for å spørre om traumer og traumesymptomer finner vi både i forskningssammenheng (Finkelhor et al., 2014; Kassam-Adams & Newman, 2005; Legerski & Bunnell, 2010), i skolesammenheng (Fløtterud, 2017), i helsevesenet (Dos Santos, 2015; Jensen, 2012; Read et al., 2007; Sprague et al., 2012) og i barnevernet (Langballe, Gamst & Jacobsen, 2010). utfordringer med å kartlegge for traumer og traumesymptomer ser ut til å være et tema som forskningen har vært opptatt av i alle verdensdeler og er således kanskje ikke et kulturspesifikt problem. Inkluderte studier i metaanalysene og andre refererte enkeltstudier i denne oppgaven representerer nesten alle verdensdeler; Nord- og Mellom-Amerika (Canada, Texas og USA), Europa (Nederland, Norge, Storbritannia, Sverige og Tyrkia), Afrika (Nigeria), Asia (Jordan, Pakistan og Sør-Korea) og Oseania (Australia og New Zealand) (Albaek et al., 2017; Alshammari, McGarry & Higginbottom, 2018; Legerski & Bunnell, 2010; Read et al., 2007; Saberi et al., 2017; Sprague et al., 2012).

De fleste studiene som har undersøkt hvilke barrierer behandlere opplever ved kartlegging av traumatiserende hendelser er relatert til voksenfeltet (Alshammari et al., 2018; Bækkelund, Bergerud-Wichstrøm, Mørch, Endsjø & Areskjold, 2017; Mauri, Nespoli, Persico & Zoppi, 2015; Read et al. 2007; Rose et al., 2010; Saberi et al., 2017; Sprague et al., 2012; Young, Read, Barker-Collo & Harrison, 2001), men noen studier har også sett på barrierer knyttet til å spørre foresatte om vold i nære relasjoner innen barne- og ungdomsfeltet

(Erickson, Hill & Siegel, 2001; Hedtjärn et al., 2009; Hultmann et al., 2014; Sprague et al., 2012), og noen færre studier har sett på barrierer for å spørre barn og unge direkte om traumeerfaringer (Albaek et al., 2017). I en nasjonal kartleggingsundersøkelse er enhetsledere og avdelingsledere ved flere hundre behandlingssenheter i Norge spurt om hvilke barrierer de mener deres behandlere har for å kartlegge barn og unge for vold og overgrep (Holt, Nilsen, Moen & Askeland, 2016). De fant at halvparten av lederne hadde inntrykk av at på deres institusjon er terapeutene komfortable med å kartlegge barn og unge om utsatthet for vold og overgrep, og kun litt over en prosent oppga at deres terapeuter ikke er komfortable. Det er hittil ingen norske studier som har undersøkt hvilke faktorer som henger sammen med behandleres opplevde ubehag ved å kartlegge barn og unge for traumer og traumesymptomer.

Sprague og kolleger gjennomførte i 2012 en systematisk kunnskapsoversikt hvor de inkluderte 22 studier som alle hadde sett på barrierer for kartlegging av vold i nære relasjoner blant helsepersonell. Forfatterne laget en liste over alle nevnte barrierer i disse studiene og deretter ble barrierene gruppert i ulike kategorier. Denne oppgaven vil ta utgangspunkt i deres gruppering og se på tre kategorier; personlige barrierer, ressursrelaterte barrierer og barrierer relatert til holdning og oppfatning. Disse vil bli brukt som rammeverk for å forsøke å forstå hva som kan bidra til at behandlere opplever det ubehagelig å kartlegge barn og unge for traumer og traumesymptomer.

1.2.1 Personlige barrierer

En av årsakene til at noen behandlere kan oppleve det ubehagelig å kartlegge, kan være relatert til egenskaper hos behandlerne. Ifølge Sprague og kolleger (2012) oppga helsepersonell i mer enn halvparten av de inkluderte studiene personlig ubehag knyttet til det å snakke om vold i nære relasjoner, som en barriere. Det personlige ubehaget kan være relatert til flere forhold. For det første kan personlig ubehag være knyttet til usikkerhet på egen kompetanse på vold, overgrep eller andre traumatiserende hendelser eller forhold (Albaek et al., 2017; Alshammari et al., 2018; Rose et al., 2010; Saberi et al., 2017).

Utdanning og kunnskap om traumer er helt grunnleggende for, og en kjernekomponent som kan bidra til, at helsepersonell integrerer systematisk kartlegging i praksisfeltet (Alshammari et al., 2018). Lite eller manglende kunnskap om traumer kan derfor kanskje bidra til at man ikke kartlegger eller at det oppleves ubehagelig å kartlegge. For det andre kan personlig ubehag være knyttet til bruk av kartleggingsskjema. Det kan være usikkerhet både med tanke på hvordan benytte kartleggingsskjema (Hultmann et al., 2014; Mauri et al., 2015; Read et al.,

2007, Sprague et al., 2012) og bekymring for konsekvensene av å bruke disse (Sprague et al., 2012). Her handler det blant annet om usikkerhet knyttet til om kartleggingen bør foregå muntlig som en i fri dialog, være formet mer som et semistrukturert intervju eller via skriftlig utfylling av kartleggingsskjema (Hultmann et al., 2014). Det kan også omhandle usikkerhet omkring hvordan best introdusere kartlegging og hvordan bringe tema på banen. Frykt for negative konsekvenser av kartlegging kan handle om bekymring for at kartleggingen skal gjøre vondt verre, eller at barnet skal bli retraumatisert (Albæk & Milde, 2017; Dos Santos, 2015; Hultmann et al., 2014; Read et al., 2007; Saberi et al., 2017). Behandlere kan også være redd for å invadere pasientens privatliv og for å fornærme pasienter som ikke har vært utsatt for traumer når de kartlegger (Alshammari et al., 2018; Read et al., 2007; Sprague et al., 2012; Young et al., 2001). Videre kan det dreie seg om bekymring for at kartlegging ødelegger for den terapeutiske alliansen eller at pasienten skulle slutte å komme i behandling (Hultmann et al., 2014; Ormhaug, Shirk & Wentzel-Larsen, 2015; Sprague et al., 2012). Frykt og bekymring for negative konsekvenser av kartlegging kan også være knyttet til bekymring for å måtte involvere barnevernet eller politi, dersom for eksempel voldsproblematikk avdekkes (Rose et al., 2010). Det kan videre være knyttet til bekymring eller engstelighet for å svikte barna eller skape tilleggsbelastninger for dem etter avdekking, hvis de ikke klarer å hjelpe eller bedre situasjonen (Albæk et al., 2017). For det fjerde kan personlig ubehag være usikkerhet knyttet til hvor man bør henvise den traumeutsatte eller hva en skal gi av oppfølging og behandling dersom noen svarer bekræftende på spørsmål om traumer (Albæk et al., 2017; Parish et al., 2018; Paterno & Draughon, 2017, Sprague et al., 2012). Det å ikke ha kjennskap til eller rutiner for hvilke instanser som finnes og som kan gi hjelp til for eksempel volds- eller overgrepsofsatte, bidrar til mindre kartlegging (Parish et al., 2018) og kanskje også dermed høyere grad av ubehag ved å kartlegge. Videre kan personlig ubehag handle om hvordan håndtere egne negative sterke følelser for det som avdekkes (Albæk & Milde, 2017; Hultmann et al., 2014; Jensen, 2012; Kraft, Rahm & Eriksson, 2017;). Behandlere kan oppleve en indre motstand mot å forholde seg til vold og overgrep (Kraft et al., 2017). Den indre motstanden kan redusere behandleres evne til å avdekke traumer (Albæk og Milde, 2017). Noen behandlere har egne overgrep- eller traumehistorier som kan medføre negative sterke følelser knyttet til å kartlegge lignende opplevelser hos andre (Sprague et al., 2012). Det kan også tenkes at personer som selv aldri har opplevd traumer synes spørsmål om traumer er ukomfortabelt (Becker-Blease & Freyd, 2006). Til sist nevnes bekymring for egen sikkerhet som en mulig barriere for å kartlegge og for å oppleve personlig ubehag ved å skulle

spørre om for eksempel vold i nære relasjoner (Hultmann et al., 2014; Sprague et al., 2012). I kunnskapsoversikten til Sprague et al. (2012) er bekymring for egen sikkerhet nevnt som en barriere for litt over 20 prosent av de inkluderte studiene.

Det er flere forhold relatert til personlig ubehag ved kartlegging for traumatiserende hendelser, og noen av disse personlige barrierene kan altså være knyttet til usikkerhet på egen kompetanse, hvordan kartlegge, negative konsekvenser av kartleggingen, hva man kan tilby av hjelp og hvordan håndtere egne følelser. Basert på dette kan en tenke seg at yngre behandlere kan oppleve mer usikkerhet og ubehag ved kartlegging, da de har mindre arbeidserfaring enn eldre behandlere. Det er få studier som har sett på arbeidserfaring i sammenheng med opplevd ubehag ved kartlegging og det er få studier som har undersøkt sammenheng mellom alder på behandler og opplevd ubehag. Det ser også ut til å være svært få studier som har sett på kjønnsforskjeller ved kartlegging av traumer og opplevd ubehag ved å kartlegge. Psykologiske, klinisk og nevrobiologiske funn tyder på at empatiske evner kan være mer utviklet hos kvinner enn hos menn (Norscia, Demuru & Papagi, 2016). En kan da tenke seg at kvinner opplever mer ubehag ved kartlegging fordi de kanskje er mer empatiske enn menn. Andre personlige egenskaper som kan ha betydning for opplevd ubehag i tillegg til arbeidserfaring, alder og kjønn, er fagbakgrunn. Ulik fagbakgrunn kan ha betydning for hvordan det oppleves å kartlegge for traumer og traumesymptomer. Tradisjonelt vil et psykologfaglig studieløp ha mer fokus på psykologiske traumer og voldstematikk, og dermed er psykologer kanskje mer komfortable med å kartlegge for traumer enn for eksempel en med medisinfaglig utdanning. I tråd med dette konkluderte en rapport fra NKVTS med at barnevernspedagoger, grunnskolelærere og barnehagelærere opplever at de kan for lite om vold og overgrep (Øverlien & Moen, 2016). Dette er studieløp som kan tenkes å ha mindre fokus på traumefeltet i grunnutdanningen enn psykologfaglig utdanning, men trolig mer enn medisinfaglige utdanninger. Sprague et al. (2012) fant ingen forskjeller i profesjoner knyttet til opplevde barrierer for kartlegging for vold i nære relasjoner. På bakgrunn av dette vil jeg undersøke i hvilken grad kjønn, alder, arbeidserfaring og egen fagbakgrunn kan henge sammen med opplevd ubehag ved å kartlegge for traumer og traumesymptomer hos barn og unge i BUP.

1.2.2 Ressursrelaterte barrierer

I tillegg til personlige barrierer, kan det også være ressursrelaterte barrierer som bidrar til at behandlere kan oppleve det vanskelige å kartlegge for traumer og traumesymptomer. En

gjennomgang av litteraturen tyder på at behandlere kan oppleve flere former for barrierer knyttet til mangel på nødvendige ressurser. Noen av barrierene handler om knapphet på eller mangel på ressurser som forhindrer kartleggingen direkte, som for eksempel ikke nok tid eller egnet sted for kartlegging, mens andre handler om ressursmangel som bidrar til at det kan oppleves ubehagelig å kartlegge. Sprague og kolleger (2012) fant at tidspress er nevnt som barriere i over 80 prosent av de inkluderte studiene. Tidspress kan bidra til at behandlere forhindres i å kartlegge slik intensjonen var eller slik det er besluttet av ledelsen. Enten det er mangel på tid på grunn av generell stor arbeidsmengde, svært komplekse saker eller akutte situasjoner, kan kartlegging bli bortprioritert eller glemt (Albæk & Milde, 2017; Holt et al., 2016; Hultmann et al., 2014; Mauri et al., 2015; Rose et al., 2010; Young et al., 2001). Sprague et al. (2012) fant også at dårlig egnede lokaler for kartlegging var en barriere som forhindret helsepersonell fra å kartlegge.

Andre ressursrelaterte barrierer som kan føre til at det oppleves ubehagelig for behandleren å kartlegge, kan være mangel på kunnskap, utdanning, trening eller støtte. For det første blir mangelfull kunnskap om traumer i flere studier fremhevet som en barriere for å kartlegge (Alshammari et al., 2018; Erickson et al., 2001; Read et al., 2007; Sprague et al., 2012; Sundborg, Saleh-Stattin, Wändell & Törnkvist, 2012). Dette kommer i tillegg til terapeutens usikkerhet knyttet til egen kompetanse, nevnt under personlige barrierer. Her er det snakk om faktisk manglende kunnskap. Enkelte behandlere kan oppfatte det som lite hensiktsmessig å spørre om traumer, enten fordi de har liten kunnskap om traumer, eller fordi de har en forestilling om at traumer forekommer i liten grad (Goldsmith, Barlow & Freyd, 2004). Økt kunnskap om traumer og forekomst vil kunne bidra til økt kartlegging. Dette er i tråd med en studie av Erickson, Hill & Siegel (2001), der de som hadde fått opplæring om vold (domestic violence) var nesten elleve ganger mer tilbøyelig til å kartlegge for vold enn de uten samme opplæring. For det andre blir også manglende kunnskap om reaksjoner på traumer trukket frem som en barriere for å kartlegge og som dermed bidrar til opplevd ubehag. Det holder nødvendigvis ikke å vite at en bør kartlegge, men behandleren må også ha kunnskap om at traumer spiller en rolle i pasientens symptombylle. For eksempel kan det være nyttig å vite om en pasient har opplevd traumer ved psykoseproblematikk (Toner, Daiches & Larkin, 2013). Manglende kunnskap om konsekvensene av å være utsatt for traumer kan gi feil symptomforståelse, og i verste fall føre til feilbehandling (Goldsmith et al., 2004).

En tredje ressursrelatert barriere for kartlegging er mangel på utdanning og trening i å bruke kartleggingsverktøy, noe som kan bidra til opplevd ubehag ved kartlegging. Flere studier peker på behov for både å ha kartleggingsverktøy og for opplæring og trening i å bruke disse (Alshammari, 2018; Hultmann et al., 2014; Mauri et al., 2015; Paterno & Draughon, 2017; Saberi et al., 2017). Blant helsepersonell på 76 legevakter i Australia fant forskerne at 88,7 prosent følte seg usikre på om de hadde nok trening og kompetanse for å kartlegge for voldserfaringer (Saberi et al., 2017). Det å bruke kartleggingsverktøy rutinemessig kan ikke bare bidra til å avdekke traumatiserende hendelser eller forhold, men også bidra til at det blir mindre ubehagelig å ta opp slike sensitive tema (Hultmann et al., 2014). Til sist kan mangel på støtte for terapeuten, når traumatiserende hendelser eller forhold avdekkes, også være en ressursrelatert barriere som kan bidra til opplevd ubehag ved kartlegging. Dette kan være støtte enten i form av tilgang på effektive behandlingstilbud for pasientene, etablerte eksterne samarbeidsstrukturer eller gode interne støttesystemer (Albæk et al., 2017; Paterno og Draughon, 2017). I Sprague et al. (2012) nevnes dette som en barriere i nesten 70 prosent av de inkluderte studiene. Det å ikke ha noe å tilby eller ikke vite hvordan en skal gi rett behandling når barn eller unge forteller om traumer, kan altså bidra til at behandler opplever det ubehagelig å skulle kartlegge for slike erfaringer. Det samme gjelder utilfredsstillende samarbeid med andre instanser som barnevern, politi og rettsvesen (Albæk & Milde, 2017; Rose et al., 2010; Sprague et al., 2012). En nasjonalt representativ undersøkelse blant tannleger i USA tyder på at økt kunnskap om hvor de kan henvise var positivt assosiert med oftere kartlegging og mer positiv holdning til at tannleger også bør avdekke vold i nære relasjoner (Parish et al., 2018). Det er ikke utenkelig at godt tverretattlig samarbeid vil kunne redusere ubehaget ved kartlegging. Mangel på hjelp kan også handle om manglende støtte internt på arbeidsplassen. Flere fagpersoner som jobber innen psykisk helsevern for barn og unge er utrygge på organisasjonskulturen de arbeider i, samt at de opplever utilstrekkelige retningslinjer, uklare rolle- og ansvarsfordelinger og mangelfull sosial støtte internt (Albæk et al., 2017). Dette kan bidra til at kartlegging oppleves ubehagelig. Det er altså flere typer ressursrelaterte barrierer som kan være årsak til opplevd ubehag ved kartlegging. Noen av disse er manglende kunnskap om traumer, senreaksjoner etter traumer og hvordan kartlegge, samt mangel på mulige hjelpe- og støttetiltak enten for den traumeutsatte eller for den som kartlegger.

Basert på dette kan en tenke seg at behandlere i BUP som har mottatt opplæring om traumer, PTS-symptomer og traumebehandling, opplever mindre ubehag når de kartlegger.

Slik opplæring kan for eksempel være kursing gjennom Trygge Traumeterapeuter eller opplæring i mer spesifikke metoder som TF-CBT og EMDR. Bækkelund med flere (2017) fant at de fleste terapeuter ikke opplevde det ubehagelig å kartlegge *voksne* pasienter i spesialisthelsetjenesten for traumer og traumesymptomer. Terapeutene i deres prosjekt hadde gjennomgående stor forhåndskunnskap om traumer. En kan tenke seg at det i alle fall for enkelte er mer belastende å kartlegge barn. Det er en naturlig respons å ville beskytte barn, slik at når en hører barn fortelle om overgrep vil det kunne gjøre ett større inntrykk enn om voksne forteller om det samme. Det er også mulig å tenke seg at det kanskje ikke er så stor forskjell mellom kartlegging av voksne og kartlegging av barn eller ungdom. Det vil uansett være utfordrende å kartlegge for traumer og traumeerfaringer. Det vil i så fall kunne peke i retning av at TF-CBT terapeuter i BUP også vil oppleve mindre ubehag siden de har fått økt kunnskap om traumer og traumebehandling sammenlignet med behandlere på BUP uten slik opplæring eller traumespesifikk kursing. En kan også tenke seg at dersom det avsettes tid til å praktisere traumebehandling og det er rom for å drøfte saker hvor det fremkommer traumeerfaringer på kartleggingen, så kan det bidra til å redusere ubehaget. Videre kan det tenkes at hvilken rolle en har i klinikken har betydning for opplevd ubehag. Å være leder eller veileder kan innebære en tydeligere definert rolle enn det å være terapeut. Ledere og veiledere har kanskje også ofte mer erfaring. En kan tenke at begge deler kan bidra til at veiledere og ledere i mindre grad opplever ubehag ved kartlegging. Det foreligger så langt jeg vet ingen studier som har sett på sammenhengen mellom opplevd ubehag ved kartlegging av barn og ungdom for traumer og traumesymptomer og interne støttesystemer som nok opplæring, drøftingsmuligheter for aktuelle traumesaker og avsatt tid til å behandle traumeutsatte barn og ungdom. En studie har sett på rollens betydning for ansatte i BUP relatert til holdninger til evidensbasert praksis (Kaur & Naseem, 2017), men ikke rollens betydning sett i forhold til opplevd ubehag ved kartlegging. Til sist kan det tenkes at innføring av systematisk kartlegging for traumer og traumesymptomer for alle kanskje kan redusere ubehaget ved kartlegging (Hultmann et al., 2014).

På bakgrunn av dette vil jeg undersøke i hvilken grad TF-CBT terapeuter opplever det ubehagelig å kartlegge barn og unge for traumer. Jeg vil i tillegg undersøke i hvilken grad rolle i klinikken, mulighet for å bruke tid på traumesaker, mulighetene for å drøfte kartleggingsresultater, rutinemessig bruk av kartleggingsskjema for traumer og om behandlerne opplever å ha fått den opplæringen de trenger for å praktisere TF-CBT, har en

sammenheng med opplevd ubehag ved kartlegging av barn og unge for traumer og traumesymptomer.

1.2.3 Holdninger og oppfatninger som barrierer

Holdninger og oppfatninger kan også bidra til å forklare hvorfor noen behandlere kan oppleve det ubehagelig å kartlegge for traumer og traumesymptomer. Det kan være feilaktige eller unyanserte oppfatninger av eller holdninger til traumer eller den traumeutsatte. Det kan også være holdninger og oppfatninger knyttet til ansvarsområde eller generelt til det å bruke kartleggingsskjema rutinemessig. Negative oppfatninger av den traumeutsatte, som for eksempel at den traumeutsatte kan takke seg selv eller de ikke egentlig ønsker hjelp, kan være en barriere for å kartlegge (Sprague et al., 2012). Flere studier peker dessuten på at feilaktig kunnskap om forekomst fører til mindre kartlegging og avdekking av potensielt traumatiserende hendelser og forhold (Lab, Feigenbaum & De Silvia, 2000, Mauri et al., 2015; Parish et al., 2018; Slep, Heyman & Foran, 2015). Becker-Blease og Frey (2006) trakk frem at behandlere kanskje har en «don't ask, don't tell»-holdning. De påpeker at det samme holdningen kanskje også gjelder for forskere innen helseforskning. De spekulerer i om denne holdningen kan være en form for behandleres og forskeres unngåelse av det ubehagelige ved å måtte forholde seg til traumehistoriene. Ifølge forfatterne kan denne holdningen henge sammen med et ønske om å skåne den traumeutsatte. Det er en misforstått hensyntaken som kan bidra til at man sender uheldige signaler til den traumeutsatte om at opplevelsene ikke er viktige, eller at traumehistoriene ikke er tålbare (Becker-Blease og Frey, 2006; Gleaves, Rucklidge & Follette, 2007; Newman, Risch & Kassam-Adams, 2006). Det kan også tenkes at det sender signaler om at hendelsene er den traumeutsattes egen skyld, eller at dette må de håndtere selv. En forestilling om at en ikke bør spørre stemmer dårlig overens med at folk som oppsøker psykisk helsehjelp svært ofte tenker at det er en sammenheng mellom overgrep og deres mentale helse, og at de dermed ønsker at de blir spurt om sine livserfaringer (Read, 2007).

For det tredje kan holdninger og oppfatninger som kan bidra til at kartlegging oppleves ubehagelig være knyttet til holdninger til offer, utøver og voldens psykologi. Det kan oppleves ubehagelig å kartlegge dersom en frykter at kartlegging av vold i hjemmet fører til eskalering av volden. Det ser ikke ut til å være studier som dokumenterer eskalering av volden som følge av at tema ble brakt på banen under et besøk i en helsetjeneste, men det er viktig å ta noen forhåndsregler knyttet til sikkerheten for familien hvor det er indikasjoner på

at overgriper har en tendens til farlig voldsutøvelse (Hultmann et al., 2014) Det kan derfor være nyttig å ha rutiner på BUP for at foresatte fyller ut kartleggings skjemaer på hvert sitt sted. Det er en vanlig oppfatning at menn oftest er utøver og kvinner oftest er offer i voldssaker. En nasjonal forekomststudie i Norge viser at dette stemmer når en ser på utøvelse av alvorlig vold, alvorlig partnervold og seksuelle overgrep, mens studien fant at like mange menn som kvinner opplever mindre alvorlig partnervold (Thorsen & Hjemdal, 2014). En annen holdning som kan bidra til at det er ubehagelig å kartlegge, er oppfatningen om at kartlegging ikke er en del av det ansvarsområde en har som helsepersonell (Erickson et al., 2001; Parish et al., 2018). Negative holdninger til bruk av kartleggingsverktøy kan også bidra til at det oppleves ubehagelig å kartlegge for traumer og traumesymptomer (Hultmann et al., 2014). Det samme gjelder negative holdninger til evidensbasert praksis spesielt, som for eksempel TF-CBT (Kaur & Naseem, 2017).

Årsaker til opplevd ubehag ved å kartlegge kan altså være relatert til helsepersonells negative eller feilaktige holdninger og oppfatninger av traumeutsatte, kartlegging generelt eller til yrkesrollens ansvar for kartlegging og avdekking. Negative, unyanserte eller feilaktige holdninger og oppfatninger kan dermed bidra til at behandlere opplever det ubehagelig å kartlegge for traumer og traumesymptomer. Basert på dette kan det tenkes at positive holdninger eller oppfatninger til for eksempel TF-CBT kan bidra til mindre ubehag ved kartlegging. På bakgrunn av dette vil jeg undersøke i hvilken grad erfaring knyttet til positiv behandlingseffekt av TF-CBT og i hvilken grad frivillig valg om å jobbe med TF-CBT, henger sammen med opplevd ubehag ved kartlegging for traumer og traumesymptomer.

1.3 Problemstillinger

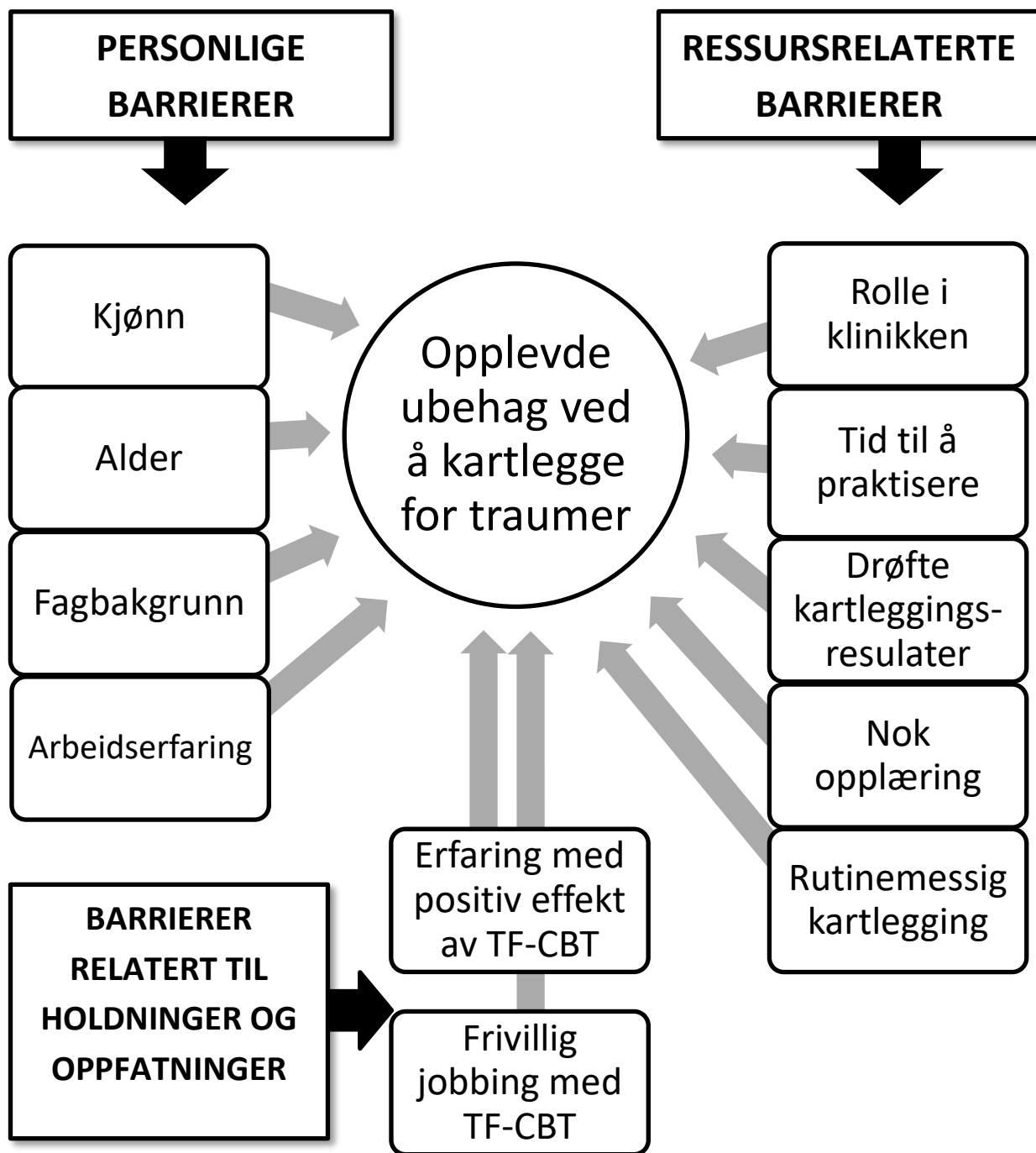
Hovedmålet med oppgaven er å undersøke om terapeuter opplever det ubehagelig å kartlegge barn henvist til BUP for traumer og traumesymptomer. Deretter har oppgaven som mål å undersøke hva som kan predikere terapeutenes opplevde ubehag (se figur 1).

Jeg skal undersøke følgende spørsmål:

1. Opplever terapeuter det ubehagelig å kartlegge henviste barn og unge i BUP for traumer og traumesymptomer?
2. I hvilken grad henger personlige faktorer sammen med terapeutens opplevde ubehag ved å spørre barn og unge om traumer og traumesymptomer? Jeg vil undersøke om det er

effekter av kjønn og alder på opplevd ubehag. Jeg vil også undersøke om det er en sammenheng mellom fagbakgrunn og opplevd ubehag. I tillegg vil jeg undersøke i hvilken grad erfaring henger sammen med ubehag ved kartlegging, målt med antall traumersaker siste seks måneder og antall år på nåværende klinikk.

3. I hvilken grad henger ressursrelaterte faktorer sammen med terapeutenes opplevde ubehag ved å spørre henviste barn og unge til BUP om traumer og traumesymptomer? Herunder vil jeg undersøke i hvilken grad det er en sammenheng med å ha mottatt nok opplæring og opplevd ubehag ved kartlegging. Videre vil jeg undersøke i hvilken grad drøfting av kartleggingsresultater, i hvilken grad avsatt tid til å praktisere traumebehandling (TF-CBT) og i hvilken grad det å ha en leder- eller veilederrolle i klinikken, bidrar til å redusere ubehag ved kartlegging.
4. I hvilken grad henger faktorer relatert til holdninger og oppfatninger sammen med terapeutenes opplevde ubehag ved å kartlegge for traumer i en BUP-sammenheng? Herunder vil jeg undersøke i hvilken grad det er en sammenheng mellom rutinemessig kartlegging, målt ved bruk av KATE-Barn-skjemaene, og opplevd ubehag. Jeg vil også undersøke i hvilken grad det er en sammenheng mellom positiv holdning til TF-CBT, målt ved erfaring med at klientene har blitt bedre etter behandling, og opplevd ubehag. I tillegg vil jeg undersøke i hvilken grad det er en sammenheng mellom positiv holdning til å praktisere TF-CBT, målt med grad av frivillighet for å jobbe med TF-CBT, og ubehag ved kartlegging for traumer.



Figur 1: Modell over barrierer som kan ha sammenheng med opplevd ubehag ved å kartlegge for traumer; personlige barrierer, ressursbaserte barrierer og barrierer relatert til holdninger og oppfatninger.

2 Metode

2.1 Formål og kontekst

Denne oppgaven bygger på allerede innsamlede data fra prosjektet *Implementering av TF-CBT i Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i Norge*. På oppdrag fra Helsedirektoratet (Hdir) har Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatiske stress (NKVTS) hatt ansvar for implementering av TF-CBT i perioden 2012-2017, hvor omtrent halvparten av alle landets BUP-er deltok. Helsedirektoratet finansierte implementering av TF-CBT i perioden 2012-2017, og nye bevilgninger er også gitt for 2018 gjennom «Opptappingsplanen mot vold og overgrep 2017-2021» (BLD, 2016). TF-CBT som behandlingsmetode blir ikke presentert i denne studien (se Cohen et al., 2006 for en detaljert beskrivelse av TF-CBT). Hovedmålet med implementeringsprosjektet er å gi ansatte ved ulike BUP-er over hele landet opplæring og veiledning i TF-CBT for å øke kunnskap om traumer og traumebehandling hos behandlere. Videre er det et mål at prosjektet skal bidra til at barn og unge med posttraumatiske stressplager oppdages og blir tilbudt evidensbasert behandling (NKVTS, 2018). Alle ansatte som deltok i prosjektet i prosjektperioden 2012-2017 fylte ut *Spørreskjema om implementering av TF-CBT* omkring ett år etter at implementeringen startet opp ved den respektive BUP-en. Formålet med spørreskjemaet var blant annet å måle hvor godt TF-CBT var implementert ut fra identifiserte implementeringskomponenter (Fixsen, Blasé, Naoom & Wallace, 2009). I denne studien er enkeltspørsmål fra spørreskjemaet valgt ut for å undersøke om TF-CBT terapeuter opplever det ubehagelig å kartlegge for traumer hos barn og ungdom, samt å undersøke hvilke faktorer som henger sammen med opplevd ubehag.

NKVTS var ansvarlig for datainnsamlingen og dataene ble kvalitetssikret av prosjektledelsen. Dataene inneholder ingen sensitive helsedata og det er derfor ikke søkt godkjenning hos Regional komité for forskningsetikk (REK), men prosjektet er meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Problemstillingen i denne oppgaven er ikke belyst i annet publisert materiale.

2.2 Utvalg

Spørreskjemaet ble sendt til alle deltakere i implementeringsprosjektet. Antall respondenter varierte mellom 1 – 9 per BUP. Endelig svarprosent er ikke avklart ennå, men vil sannsynligvis ligge et sted mellom femti og seksti prosent (A. M. S. Skar, personlig kommunikasjon, 13. april 2018). I denne studien er alle respondenter som ikke har besvart spørsmålet «*Jeg opplever det ubehagelig å kartlegge barn og unge for traumer og traumesymptomer*» ved T1 utelatt, da dette spørsmålet er utfallsmålet. Det gir N= 139. Det er ingen grunnlag for å anta at noen har unngått dette spørsmålet spesielt, da ingen av respondentene har utelatt kun dette spørsmålet. Det er dermed liten grunn til å anta at det å oppleve ubehag kan ha bidratt til missing data på dette spesifikke spørsmålet.

2.3 Prosedyre

TF-CBT terapeuter i implementeringsprosjektet ble valgt ut av BUP-ledere på den enkelte poliklinikken i samarbeid med NKVTS. Klinikkene ble rådet til å velge en gruppe fast ansatte som ønsket å lære metoden. Alle som var kvalifisert for å jobbe som terapeut ved BUP kunne få opplæring. Deltakerne som ble plukket ut deltok på et to dagers grunnkurs i traumeforståelse og innføring i TF-CBT. De fulgte deretter et web-kurs, måtte lese manualen og fikk videre ukentlig telefonveiledning gjennom to terapiforløp. Etter omtrent ett år fikk alle deltagerne to dagers fordypningskurs i metoden. Én deltager fra enkelte klinikker deltok i tillegg på veilederkurs, og mottok veiledning på egen veiledningen gjennom 6-8 måneder. Veiledningen ble altså også gitt lokalt på de enkelte BUP-ene. Alle BUP-lederne mottok i større eller mindre grad støtte til implementering i egen organisasjon og fikk hjelp til å opprettholde fokuset internt gjennom jevnlig telefonmøter med NKVTS. BUP-lederne forpliktet seg til å gi terapeutene tid og mulighet til å fordype seg og til å lære metoden. De skulle også sørge for at veiledningen fortsatte og at tilbudet vedlikeholdes over tid. Spørreskjemaene ble sendt ut via post og lenke (ett år etter at BUP-en tok del i prosjektet) til merkantile og ledere som videresendte til TF-CBT terapeutene. Det var opp til BUP-ene selv å lage systemer for utfylling og innsamling av skjemaene, men ofte var det merkantile som tok denne oppgaven. Da spørreskjemaene ankom NKVTS ble dataene lagt inn i SPSS av forskningsassistenter.

2.4 Måleinstrumenter

Spørreskjemaet er oversatt og validert av NKVTS fra det engelske spørreskjemaet «Implementation Component Questionnaire (ICQ)» utviklet av Fixsen, Panzano, Naoom & Blasé i 2008. Den norske utgaven er godkjent av Fixsen og justert til bruk i implementeringsprosjektet. Spørreskjemaet har gode psykometriske egenskaper og god indre konsistens (Ogden et al., 2012). Skjemaet består av ni deler, hvor del en stiller spørsmål om kjønn, alder, rolle i klinikken, utdanning, når en ble ferdig utdannet, antall år i nåværende jobb, antall kolleger på arbeidsplassen, annen opplæring i andre evidensbaserte program (EBP) og hvor mange av kollegene jobber med andre EBP. Del to til sju og del ni innebefatter spørsmål knyttet til identifiserte implementeringskomponenter (Fixsen et al., 2009); rekruttering av terapeuter, bruk av kartleggingsverktøy, administrativ tilrettelegging på arbeidsplassen, endringer i retningslinjer i eksterne, administrative og operative systemer, hvordan ledelse utøves på arbeidsplassen, implementeringsklima og veiledning og evaluering. Del åtte er spørsmål til TF-CBT terapeutene, og er lagt til i den norske utgaven. Subskalaene i ICQ er ment å måle implementeringsfaktorer, hvor disse faktorene predikerer om man får implementert en metode i hele organisasjonen (Fixsen et al., 2008). Jeg har ett smalere fokus i min studie da jeg ønsker å undersøke hva som predikerer TF-CBT terapeutenes opplevde ubehag ved kartlegging, og ikke hva som predikerer hvor godt TF-CBT er implementert. Subskalaene blir således for overordnede faktorer for mitt utfallsmål, og jeg har derfor valgt å heller benytte demografiske variabler og enkeltspørsmål for å besvare mine problemstillinger. Disse blir utdypet nærmere nedenfor.

2.4.1 Opplevd ubehag ved kartlegging (avhengig variabel)

Avhengig variabel er enkeltspørsmålet: *Jeg opplever det som ubehagelig å kartlegge barn og ungdom for traumer og traumesymptomer.* Dette besvares på en skala med 7 punkter fra *Helt uenig* (1) til *Helt enig* (7), samt at respondenten også kunne velge å svare *Vet ikke* og *Ikke relevant*. Verken skewness-verdien (-1,65), kurtosis-verdien (1.65) eller Kolmogorov-Smirnov statistikken ($p < 0,001$) indikerer en normalfordeling på svarene på spørsmålet om ubehag knyttet til kartlegging. Siden utfallsvariabelen ikke er en kontinuerlig variabel og ikke normalt fordelt, kan jeg ikke bruke vanlige lineære regresjonsanalyser. Siden jeg ønsket å undersøke hva som bidrar til at behandlere opplever noe ubehag versus å ikke oppleve ubehag, ble denne variabelen gjort om til en dikotom variabel. Én kategori for dem som

oppgå at de i en eller annen grad opplever det ubehagelig å kartlegge; fra *Noe uenig* til *Helt enig* (2-7 på skalaen). Denne kategorien kalles «I noen grad». Den andre kategorien kalles «Nei». Den omfatter de som sier at de er *Helt uenig* i at de opplever det ubehagelig å kartlegge. Svaralternativet *Verken enig eller uenig* ble definert som et svar midt i skalaen og ble plassert inn kategorien «I noen grad». Svaralternativene *Vet ikke* og *Ikke relevant* ble kodet som missing. Alle analyser ble gjennomført med dikotom utfallsvariabel. Svarfordelingen fra enkeltspørsmålet om opplevd ubehag ble sammenlignet med svarfordeling på enkeltspørsmålet: *Jeg har inntrykk av at andre på min arbeidsplass synes det er ubehagelige å kartlegge barn og ungdom for traumer og traumesymptomer*. Dette spørsmålet kunne også besvares ved samme type 7 punktskala fra *Helt uenig* (1) til *Helt enig* (7), og med mulighet for å velge svarene *Vet ikke* eller *Ikke relevant* som ble kodet som missing.

2.4.2 Faktorer som henger sammen med opplevd ubehag ved kartlegging

Personlige barrierer

Det ble undersøkt i hvilken grad de personlige egenskapene; kjønn, alder, fagbakgrunn og arbeidserfaring hadde sammenheng med opplevd ubehag ved å kartlegge for traumer. Spørsmål om kjønn hadde to svaralternativer: *Mann* og *Kvinne*. Svarene på alder og utdanning (fagbakgrunn) kunne skrives inn i et tekstfelt. Ingen svaralternativer var gjort tilgjengelig. Det var få representanter per alder og utvalget ble derfor delt inn i fire aldersgrupper: 20-29 år, 30-39 år, 40-49 år og de over 50 år. I den eldste gruppen ble også fire representanter over 59 år inkludert. Fagbakgrunn ble også på grunn av lavt antall i enkelte profesjoner delt i fire utdanningskategorier basert på fagtradisjoner; psykologfaglig bakgrunn (psykologer, psykologspesialister og respondenter med hovedfag i psykologi), sosial- eller barnevernsfaglig bakgrunn (sosionom og barnevernspedagoger med og uten tilleggsutdanning), pedagogisk fagbakgrunn (førskolelærere, pedagoger, spesialist i klinisk pedagogikk og spesialpedagoger) og medisinfaglig bakgrunn (leger, legespesialister, psykiatere og sykepleiere). Profesjonene sosionom og barnevernspedagog er valgt slått sammen da de tilhører relativt lik fagtradisjon og begge representerer grunnutdanning på bachelornivå. Det ble laget dummy variabler for hver av de fire kategoriene med fagbakgrunn ved å omkode slik at hver fagbakgrunn ble hovedkategori i en ny variabel, for eksempel ble

psykologfaglig bakgrunn satt til = 1 og de tre andre kategorier ble satt til = 0. Dette ble gjentatt slik at alle fagbakgrunnskategoriene fikk sin dummy variabel. Enkeltspørsmålet *Antall år i nåværende jobb* ble inkludert som mål på arbeidserfaring generelt. Svarene kunne skrives inn i et tekstfelt, og ingen svaralternativer var gjort tilgjengelig. Denne variabelen ble delt i fire kategorier; >1 år, 2-4 år, 5-10 år og <10 år på bakgrunn av lavt antall respondenter per år. Enkeltspørsmålet *Hvor mange igangsatte TF-CBT saker har du hatt de siste 6 månedene?* ble valgt som mål på arbeidserfaring med traumesaker spesielt. Svarene kunne skrives inn i et tekstfelt uten noen svaralternativer. Respondenter som hadde 0, 1, 2, 3 og 4 igangsatte saker siste halvår ble brukt slik de var, mens respondenter med 5 eller flere igangsatte saker ble slått sammen til en kategori. Bakgrunnen for dette var at tre eller færre respondenter som hadde enten 5, 6, 7 eller 8 igangsatte saker.

Ressursrelaterte barrierer

Deretter ble det undersøkt i hvilken grad ressursrelaterte barrierer som rolle i klinikken, tidsbruk, kollegastøtte, opplæring og rutinemessig kartlegging hadde sammenheng med opplevd ubehag ved å kartlegge for traumer. Spørsmål om hvilken rolle respondenten hadde i klinikken hadde tre svaralternativer: *Terapeut, TF-CBT veileder* og *Leder*. Denne variabelen ble delt inn i to kategorier; TF-CBT terapeuter og TF-CBT terapeuter med veilednings- eller lederansvar. Enkeltspørsmålet *Hvor mye tid har du til å praktisere som TF-CBT terapeut? (% av hel stilling)* ble inkludert som mål på tidsbruk. Dette spørsmålet hadde fem svaralternativer: 0-20 %, 21-40 %, 41-60 %, 61-80 % og 81-100 %. Ingen hadde krysset for de to siste kategoriene og kun to respondenter krysset for 41-60 %. Variabelen ble derfor omkodet til en dikotom variabel; 0-20 % og 21-60 %. Enkeltspørsmålet *Resultater fra kartlegging drøftes på teammøter eller andre møter* ble tatt med som mål på kollegastøtte. Enkeltspørsmålet *Personalet har fått den opplæringen de trenger for å bruke TF-CBT* ble tatt med som mål å ha fått tilstrekkelig opplæring. Enkeltspørsmålet *Arbeidsplassen min bruker rutinemessig KATE-Barn¹ skjemaer* ble tatt med som mål på rutinemessig kartlegging. Disse tre spørsmålene kunne besvares med sjupunktsskalaen fra *Helt uenig* (1) til *Helt enig* (7) som tidligere beskrevet, og med mulighet for å velge svarene *Vet ikke* eller *Ikke relevant* som ble kodet som missing.

¹ KATE-Barn: Kartlegging av traumeerfaringer. Barneversjon. NKVTS 2015.

Holdninger og oppfatninger som barrierer

Videre ble det undersøkt i hvilken grad holdninger og oppfatninger hadde sammenheng med opplevd ubehag ved å kartlegge for traumer. Enkeltspørsmålet *Klientene (barn, unge, familier) har blitt bedre som følge av at TF-CBT er tatt i bruk* ble tatt med som mål på holdninger til TF-CBT. Enkeltspørsmålet *Jeg valgte frivillig å jobbe med TF-CBT* ble inkludert for å undersøke om det er en sammenheng med selvvalgt jobbing med TF-CBT og opplevd ubehag ved å kartlegge barn og unge for traumer og traumesymptomer. Selvvalgt jobbing indikerer en positiv holdning til TF-CBT. Begge spørsmålene kunne besvares på sjupunktsskalaen fra *Helt uenig* (1) til *Helt enig* (7), og med mulighet for å velge svarene *Vet ikke* eller *Ikke relevant* som ble kodet som missing.

2.5 Statistiske analyser

Det ble benyttet two-tailed signifikanstester, hvor p-verdi under eller lik 0,05 ble ansett å indikere statistisk signifikante funn. I forkant av de statistiske analysene har utvalg, avhengig variabel og uavhengige variabler blitt beskrevet. Alle variabler er undersøkt deskriptivt og med frekvensanalyser. Kjikvadrat-test ble brukt for å teste assosiasjoner mellom opplevd ubehag ved kartlegging og ulike roller i klinikken. Antagelsen om at laveste forventede frekvens i hver celle bør være 5 eller mer var oppfylt (Pallant, 2013). For å undersøke sammenhenger mellom prediktorer (både individuelle, ressursrelaterte og holdningsvariabler) og opplevd ubehag ble logistiske regresjonsanalyser (odds ratio med 95 prosent konfidensintervall) brukt. Jeg undersøkt først effekten av enkeltvariabler relatert til personlige egenskaper, deretter de ressursrelaterte variablene, og så variablene relatert til holdning og oppfatning hver for seg.

Det ville vært interessant å justere for mulige konfunderende variabler (confounders) eller se på mine variabler sammen og justere dem for hverandre, men multivariat logistisk regresjonsanalyse kunne ikke bli gjennomført siden antall respondenter i denne studien er for lavt (Harrell, 2015). Ved studier med binær utfallvariabel må en ta utgangspunkt i det minste antallet i de to kategoriene, som for min studie er $n=45$ (*I noen grad*-kategorien). Det er anbefalt å dividere antallet med minimum 10 og maksimum 20, men en generell god anbefaling er å dividere med 15 (Harrell, 2015). Det gir formelen $p < \frac{m}{15}$ (hvor m = minimumsantallet i den binære avhengige variabelen). Det gir $\frac{45}{15} = 3$. Jeg kunne altså undersøkt 3-4 prediktorer av utfallet samtidig, og studert hvordan de hang sammen med

opplevd ubehag når de ble justert for hverandre. I slike situasjoner bruker noen forskere forward stepwise variable selection, der de først screener og tar de signifikante variablene med videre i en felles analyse. Dette er imidlertid en statistisk lite holdbar metode for utvelgelse av variabler (Harrell, 2015). I stedet bør en bruke teori for å peke ut hvilke faktorer som ville være spesielt viktige. Fordi feltet er bredt og uten en overordnet teori er det vanskelig å peke på hvilke av mine faktorer som da skulle justeres for hverandre. Jeg valgte derfor kun å se på sammenhenger mellom enkeltfaktorer og opplevd ubehag. Alle analyser er gjort i IBM SPSS, versjon 25, og gjennomført av forfatteren av denne oppgaven.

3 Resultater

3.1 Deskriptive analyser

I utvalget var det en majoritet av kvinner, og med en spredt alderssammensetning. I aldergruppen 20-29 år var det kun kvinner, mens 60 prosent av mennene ($n = 9$) befant seg i den øverste aldersgruppen. Lederne befant seg i de eldste aldersgruppene, og ingen leder i aldersgruppen 20-29 år. Omtrent fire femtedeler av utvalget bestod av terapeuter. Det var flertall av kvinner både blant lederne (73,7 %) og blant terapeutene (90,7 %). Utvalget representerte seks ulike grunnprofesjoner hvor nesten halvparten var psykologer (48,9 %) mens resten fordelte seg på sosionomer (18 %), pedagoger (12,2 %), leger (7,2 %), barnevernspedagoger (5 %) og til sist sykepleiere (2,9 %). I tillegg bestod utvalget av respondenter med hovedfag i psykologi (2,9 %), som ikke er en egen profesjon. Disse ble, som tidligere nevnt, lagt til i gruppen for de med psykologfaglig bakgrunn.

Majoriteten brukte omtrent en arbeidsdag i uken eller mindre på TF-CBT saker og over halvparten av respondentene hadde igangsatt behandling av to nye traumesaker det siste halvåret. Av i alt 24 ledere har kun sju oppgitt at de har igangsatt TF-CBT saker de siste seks månedene, ingen av dem har igangsatt over fire saker. Veilederne hadde det høyeste gjennomsnitt med 3,6 igangsatte saker, mens TF-CBT terapeuter uten veileder- eller lederansvar har et gjennomsnitt på 2,4 igangsatte saker det siste halvåret.

Gjennomsnittlig lå majoriteten i svarresponsen i den øvre delen av skalaen på spørsmål om kollegastøtte (kartleggingsresultater drøftes), om de har fått nok opplæring i TF-CBT, om arbeidsplassen kartla med KATE-Barn rutinemessig og om de hadde en positiv holdning til både opplæring i og effekten av TF-CBT. Beskrivelser av utvalget og de deskriptive data for alle de uavhengige variablene er presentert i tabell 1.

Tabell 1: Beskrivelse av utvalget og deskriptive data for variabler som predikerer utfall

	N (%)	M (SD)	min – max
Menn	16 (11,5)		
Kvinner	123 (88,5)		
Alder	134	42,3 (9,67)	23 – 65 år
20-29 år	15 (10,8)		
30-39 år	42 (30,2)		
40-49 år	41 (29,5)		
50-59 år	36 (25,9)		
Ikke oppgitt	5 (3,6)		
Psykologfaglig bakgrunn	72 (51,8)		
Sosial- eller barnevernsfaglig bakgrunn	32 (23,0)		
Medisinfaglig bakgrunn	14 (10,1)		
Pedagogisk fagbakgrunn	17 (12,2)		
Ikke oppgitt	4 (2,9)		
Generell arbeidserfaring (nåværende arbeidsplass)	137	6 (4,78)	0 – 20 år
<1 år	21 (15,19)		
2-4 år	47 (33,8)		
5-10 år	46 (33,1)		
> 10 år	23 (16,5)		
Ikke oppgitt	2 (1,4)		
Spesiell arbeidserfaring (igangsatte TF-CBT saker siste 6 mnd.)	121	2,5 (1,68)	0 – 8 saker
0 saker	9 (6,5)		
1 sak	25 (18,0)		
2 saker	28 (27,3)		
3 saker	25 (18,0)		
4 saker	10 (7,2)		
5-8 saker	14 (10,0)		
Ikke oppgitt	18 (12,9)		
Rolle i klinikk	139	1,40 (0,77)	1 – 3
Terapeut (1)	108 (77,7)		
Veileder (2)	7 (5,0)		
Leder (3)	24 (17,3)		
Tid til å praktisere TF-CBT	118	1,13 (0,36)	1 – 2
0-20 % (1)	103 (74,1)		
21-61 % (2)	15 (10,8)		
Ikke oppgitt	21 (15,1)		
Kartleggingsresultater drøftes på klinikken	137	5,05 (1,88)	1 – 7
Nok opplæring i TF-CBT	133	6,06 (1,37)	2 – 7
Rutinemessig kartlegging (KATE-Barn)	139	6,32 (1,129)	1 – 7
Positiv effekt av TF-CBT behandling	128	6,39 (0,83)	4 – 7
Frivillig jobbing med TF-CBT	122	6,71 (0,88)	2 – 7

Merknader: De sist fem radene; 1 = Helt uenig, 2 = Noe uenig, 3 = Litt Uenig, 4 = Verken uenig/enig, 5 = Litt enig, 6 = Noe enig, 7 = Helt enig

3.2 Karakteristika ved avhengig variabel; opplevd ubehag ved å kartlegge

Tabell 2 presenterer svarfordelingen på spørsmålet om opplevd ubehag ved å kartlegge barn og ungdom for traumer og traumesymptomer. Som vi ser svarte de fleste at de ikke opplever ubehag.

Tabell 2: Svarfordeling på spørsmål om opplevd ubehag ved kartlegging for traumer hos barn og ungdom

	%	N
Helt uenig	67,4	93
Noe uenig	12,3	17
Litt uenig	4,3	6
Verken uenig eller enig	3,6	5
Litt enig	8,0	11
Noe enig	3,6	5
Helt enig	0,7	1
Total	100,0	138

En oversikt over svarfordeling av opplevd ubehag når fordelingen er kategorisert til en dikotom variabel er presentert i tabell 3.

Tabell 3: Svarfordeling på opplevd ubehag ved delt på to kategorier

	%	N
Nei	67,4	93
I noen grad	32,6	45
Total	100,0	138

Omtrent to tredjedeler opplevde ikke ubehag ved kartlegging av traumer hos barn og unge, mens omkring en tredjedel opplevde en eller annen grad av ubehag. Jeg undersøkte videre om TF-CBT terapeutene tenkte at andre på arbeidsplassen opplevde det ubehagelige å kartlegge. Andre på arbeidsplassen inkluderte da både andre terapeuter uten TF-CBT opplæring og andre TF-CBT terapeuter på samme poliklinikk. Svarfordelingen er presentert i tabell 4.

Tabell 4: Svarfordeling på spørsmål om TF-CBT terapeutene hadde inntrykk av at andre på arbeidsplassen syntes det var ubehagelige å kartlegge barn og ungdom for traumer og traumesymptomer

	%	N
Helt uenig	17,7	23
Noe uenig	16,2	21
Litt uenig	4,6	6
Verken/eller	8,5	11
Litt enig	33,1	43
Noe enig	20,0	26
Helt enig	0,0	0
Total	100,0	130

Denne variabelen ble også omkodet til en dikotom variabel. Svarfordelingen er presentert i tabell 5.

Tabell 5: Svarfordeling på spørsmål om respondentene trodde at andre opplevde ubehag ved delt på to kategorier.

	%	N
Nei	17,7	23
I noen grad	82,3	107
Total	100,0	130

Generelt sett ga respondentenes svar inntrykk av at de trodde at andre behandlere på samme arbeidsplass opplevde det mer ubehagelig å kartlegge enn det de selv oppga. Svarfordelingen var nesten motsatt av svarfordelingen på opplevd eget ubehag.

3.3 Faktorer assosiert med opplevde ubehag ved kartlegging

Individuelle variabler

Ujusterte sammenhenger mellom opplevd ubehag og kjønn, alder, arbeidserfaring og fagbakgrunn er presentert i tabell 6. Resultatene fra analysene av variablene relatert til personlige egenskaper tyder på at alder har signifikant effekt på opplevd ubehag. Derimot viste analysene ingen signifikant effekt av kjønn, arbeidserfaring, verken generell arbeidserfaring eller traumespesifikk erfaring, eller fagbakgrunn. Den signifikante effekten av alder og opplevd ubehag tyder på at jo eldre respondentene er, jo lavere sannsynlighet har de for å oppleve ubehag ved å kartlegge for traumer (OR = 0.54). En odds ratio på 0,54 betyr at sannsynligheten for at respondenter i den neste aldersgruppen skal rapportere om ubehag i en eller annen grad endres med 0,54. Oddsen for å rapportere ubehag er 56 prosent i aldersgruppa 20-29 år. Dersom en multipliserer 56 % med 0,54 finner en estimert sannsynlighet for å rapportere ubehag i neste kategori (30-39). Det gir $56 \times 0,54 \approx 30\%$. Videre gir dette at oddsen for å rapportere om opplevd ubehag i den eldste aldersgruppen er omkring 11 prosent.

Tabell 6: *Ujusterte sammenheng mellom uavhengige individuelle variabler og opplevd ubehag ved å kartlegge barn og unge for traumer og traumesymptomer*

	OR	95 % CI	<i>p</i>
Kjønn (kvinne versus mann)	3.81	0.83 – 17.55	.086
Alder (fordelt i 4 grupper)	0.54*	0.36 – 0.80	.002
Psykologfaglig bakgrunn (versus annen bakgrunn)	1.36	0.65 – 2.84	.412
Medisinfaglig bakgrunn (versus annen bakgrunn)	1.20	0.38 – 3.82	.759
Sosial- og barnevernfaglig bakgrunn (versus annen bakgrunn)	0.68	0.27 – 1.67	.394
Pedagogfaglig bakgrunn (versus annen bakgrunn)	0.79	0.26 – 2.38	.674
Generell arbeidserfaring (antall år på nåværende klinikk fordelt i 4 grupper)	0.71	0.48 – 1.07	.081
Spesiell arbeidserfaring (antall TF-CBT saker siste 6 mnd.)	0.88	0.67 – 1.16	.368

Noter: OR, odds ratio; CI, konfidensintervall

* $p < 0.05$

Ressursrelaterte variabler

De ujusterte sammenhengene mellom opplevd ubehag og rolle i klinikken, tid til å praktisere som TF-CBT terapeut, drøfting av kartleggingsresultater, nok opplæring i TF-CBT og rutinemessig kartlegging med KATE-Barn er presentert i tabell 7. Det var en signifikant effekt av rolle i klinikken på opplevd ubehag. Funnene tyder på at det å være terapeut henger sammen med høyere sannsynlighet for å oppleve ubehag ved kartlegging sammenlignet med å være veileder eller leder (OR = 5.73). Det er altså over fem ganger så stor sannsynlighet for at terapeutene skal oppleve ubehag ved å kartlegge enn TF-CBT terapeuter med et veilednings- eller lederansvar. Analysene tyder også på at det er en signifikant sammenheng mellom opplevd ubehag og tid respondentene har til å praktisere som TF-CBT terapeut. Denne effekten tyder på at jo større stillingsprosent som er avsatt til å praktisere TF-CBT, målt i prosent av hel stilling, jo høyere sannsynlighet har de for å oppleve ubehag ved kartlegging (OR = 4.44). Det er altså over fire ganger så stor sannsynlighet for at respondenter som har avsatt mellom 21-60 prosent av sin hele stilling til å praktisere TF-CBT opplevde det ubehagelig å kartlegge, sammenlignet med respondenter som har avsatt 20 prosent eller mindre av sin hele stilling. Resultatene viste ingen signifikant sammenheng mellom drøfting av kartleggingsresultater, nok opplæring i TF-CBT og rutinemessig kartlegging med KATE-Barn.

Tabell 7: Ujusterte sammenhenger mellom uavhengige ressursrelaterte variabler og opplevd ubehag ved å spørre barn og unge om traumer og traumesymptomer

	OR	95 % CI	p
Rolle i klinikken (veileder/leder versus terapeuter)	5.73*	1.63 – 20.07	.006
Tid til å praktisere som TF-CBT terapeut (fordelt i 2 grupper)	4.44*	1.40 – 14.04	.011
Kartleggingsresultater drøftes	0.89	0.74 – 1.08	.235
Nok opplæring for å bruke TF-CBT	0.93	0.72 – 1.20	.563
Rutinemessig kartlegging med KATE-Barn	.854	.629 – 1.159	.310

Noter: OR, odds ratio; CI, konfidensintervall

*p<0.05

Variabler relatert til holdninger og oppfatninger

Tabell 8 presenterer de ujusterte sammenhenger mellom opplevd ubehag og erfaring med positiv effekt av TF-CBT behandling og det å jobbe frivillig med TF-CBT. Resultatene fra analysene av variablene relatert til holdning og oppfatning tyder på at erfaring med positiv behandlingseffekt av TF-CBT hadde signifikant effekt på opplevd ubehag. Effekten av å oppleve at klientene har blitt bedre gir lavere sannsynlighet for å oppleve ubehag ved kartlegging (OR = 0.60). Det var ingen signifikant effekt av frivillig å velge å jobbe med TF-CBT.

Tabell 8: *Ujusterte sammenheng mellom uavhengige holdningsvariabler og opplevd ubehag ved å spørre barn og unge om traumer og traumesymptomer*

	OR	95 % CL	<i>p</i>
Erfaring med positiv effekt av TF-CBT	0.60*	0.39 – 0.94	.025
Frivillig jobber med TF-CBT	0.73	0.48 – 1.12	.147

Noter: OR, odds ratio; CI, konfidensintervall

* $p < 0.05$

4 Diskusjon

I denne oppgaven er det undersøkt om behandlere som ble opplært i TF-CBT i forbindelse med implementeringsprosjektet opplevde det ubehagelig å kartlegge barn og ungdom for traumer og traumesymptomer. Videre er det undersøkt i hvilken grad personlige faktorer, som kjønn, alder, fagbakgrunn og erfaring, predikerer opplevd ubehag ved å kartlegge. Deretter ble det undersøkt i hvilken grad ressursrelaterte faktorer, som rolle i klinikken, nok opplæring i TF-CBT, drøfting av kartleggingsresultater, stillingsstørrelse brukt på å praktisere TF-CBT og rutinemessig bruk av KATE-Barn, predikerer opplevd ubehag. Til sist ble det undersøkt i hvilken grad holdningsrelaterte faktorer som erfaring med at klientene har blitt bedre som følge av at TF-CBT er tatt i bruk og grad av frivillighet for å jobbe med TF-CBT, predikerer opplevd ubehag ved å kartlegge. En systematisk gjennomgang av litteraturen på feltet tydet på at det finnes en del studier som har undersøkt hva som kan være til hinder for at man kartlegger for traumeerfaringer, særlig innen voksenfeltet, men at det er få studier som har sett på hvilke faktorer som er assosiert med opplevd ubehag ved å kartlegge barn og ungdom (e.g. Albaek et al., 2017; Alshammari et al., 2018; Hultmann et al., 2014; Read et al., 2007; Sprague et al., 2012). Resultatene fra denne studien kan gi viktig informasjon om hva som kan predikere opplevd ubehaget for kartlegging av unge. De tydeligste funnet er at TF-CBT terapeuter på BUP opplever generelt lite ubehag ved å kartlegge barn og ungdom for traumer og traumesymptomer. Videre har alder en sammenheng med opplevd ubehag. Det samme har rolle i klinikken, prosentandelen av helstilling som benyttes til traumesaker og positiv erfaring med behandlingseffekt av TF-CBT. For de andre faktorene undersøkt i denne studien ble det ikke funnet noen sammenhenger

4.1 Generelt lite ubehag ved kartlegging

4.1.1 Mulige forklaringer og årsaker

I motsetning til tidligere studier ble det i denne studien funnet at kun en liten andel behandlerne ved BUP rapporterte å oppleve ubehag ved kartlegging av barn og unge for traumer og traumesymptomer. Tidligere studier tyder på at en del helsepersonell vegrer seg for å kartlegge, både voksne og barn, for potensielt traumatiserende hendelser og forhold. De indikerer at enkelte behandlere både vegrer seg for å spørre om traumer på indisier og for å

kartlegge alle rutinemessig i kliniske settinger (Dos Santos, 2015; Hamberger, Rhodes & Brown, 2015; Hazen et al., 2007). Det samme gjelder bekymring og vegring knyttet til å undersøke og kartlegge for traumer og traumesymptomer i forskningssammenheng (DePrince & Freyd, 2006; Kassam-Adams & Newman, 2005; Legerski & Bunnell, 2010). Barrierer for kartlegging ser ut til å være relatert til personlige egenskaper, manglende ressurser, helsepersonells holdninger og oppfatninger, og klientene selv (Albaek et al., 2017; Sprague et al., 2012). Litteraturen på feltet tyder på variasjon i andelen av helsepersonell som kartlegger for traumer alt etter type setting og hva det kartlegges for. I noen studier har man funnet at nesten ingen kartlegger (Erickson et al., 2001; Hamberger et al., 2015; Parish et al., 2018), mens i andre studier har man funnet at majoriteten gjør det (Bækkelund et al., 2017; Hedtjärn et al., 2009; Hultmann et al., 2014; Saberi et al. 2017).

I min studie rapporterte 67,4 prosent av respondentene at de ikke opplevde det ubehagelig å kartlegge barn og unge. Dette er i tråd med studien til Bækkelund og kolleger (2017) og deres funn knyttet til kartlegging av voksne for PTSD, og i motsetning til Saberi og hennes kolleger (2017) som fant at 79,1 prosent ikke alltid følte det komfortabelt å kartlegge. Det kan være at hele utvalgsgruppen i denne studien som helhet har mindre av de barrierene som er beskrevet i innledningen, og som tidligere studier har pekt på. Det kan det være flere grunner til.

Forhåndskunnskap om traumer og traumesymptomer

En mulig grunn til at majoriteten i denne studien ikke opplevde ubehag ved kartlegging kan være at alle respondentene har erfaring med å kartlegge for traumer og traumesymptomer og erfaring med behandling av traumer som følge av TF-CBT implementering og opplæring i metoden. Dette er i tråd med flere studier som tyder på at manglende kunnskap om traumer er en sentral barriere mot å kartlegge og spørre (Alshammari et al., 2018; Albaek et al., 2017; Kraft et al., 2017; Parish et al., 2018, Sprague et al., 2012). Det samme gjelder manglende opplæring i bruk av kartleggingsskjema (Hultmann et al., 2014, Read et al., 2007, Saberi et al., 2017; Sprague et al., 2012). En svensk studie fant at sykepleiere er seks ganger mer tilbøyelig til å spørre om vold i nære relasjoner hvis de følte seg nok forberedt, som i betydningen hadde nok erfaring (Sundborg et al., 2012). I mitt utvalg har alle respondentene i tillegg til opplæring i metoden også fått vedvarende trening og konsultasjon i traumesaker de jobber med. Dette kan ha bidratt til at de opplever et lavt nivå av ubehag ved kartlegging, fordi de gjennom opplæring og veiledning blir mer trygget på at barn og unge får den hjelpen de trenger.

Traumespesifikt behandlingstilbud

En annen grunn til at få respondentene opplevde ubehag kan være at de hadde mulighet til å tilby evidensbasert traumebehandling. Det å ikke vite hvor man kan henvise klienter for å få hjelp, eller det å ikke ha et hjelpetilbud klart når klienter rapporterer om traumer, er også funnet som en barriere for å kartlegge (Alshammari et.al, 2017; Albæk og Milde, 2017; Parish et al., 2018; Sprague et al., 2012). Respondentene i denne studie var for det første i en behandlingssetting hvor traumeutsatte henvises til, og således befant seg innenfor en ramme hvor traumer og traumesymptomer skal kunne ivaretas og bli gitt et tilbud. For det andre hadde disse respondentene i tillegg mulighet til å tilby traumespesifikk behandling som det er evidensgrunnlag for. Dette kan ha bidratt til en lavere andel om opplever kartlegging ubehagelig.

Tilstrekkelig med ressurser og gode rammebetingelser

En tredje mulig årsak til få opplevde ubehag for kartlegging blant TF-CBT terapeutene kan være at det i en implementeringsperiode som regel er spesielt gode rammer, både for å utøve metoden og for rutinemessig kartlegging. Gjennom denne perioden var lederne pålagt å rapportere om hvor mange som kartlegges, noe som kunne øke den kollektive bevisstheten om viktigheten av å kartlegge og at rutinemessig kartlegging finner sted som bestemt. Lederne var også pålagt å rapportere om antall traumetilfeller, hvor mange som mottar TF-CBT og effekt av TF-CBT behandling til NKVTS. Dette kan også ha bidratt til høyere bevissthet knyttet til kartlegging. Implementeringsprosjektet sikret også veiledning til TF-CBT behandlere som deltok i prosjektet. Veiledning kan bidra til større trygghet for de arbeidsoppgaver som skal utføres og direkte knyttet til utøvelse av metoden. Økt fokus og oppmerksomhet på systematisk kartlegging og traumer generelt, samt veiledning på traumesaker spesielt, kan derfor også bidra til at færre opplevde ubehag ved kartlegging.

Rutinemessig kartlegging av alle barn og unge ved inntak

En fjerde årsak til at de fleste TF-CBT terapeutene ikke opplevde ubehag ved kartlegging kan være relatert til innføring av rutinemessig kartlegging i seg selv. Et pålegg ovenfra om å rutinemessig kartlegge alle barn og unge ved inntak, kan bidra til at hver enkelt terapeut kartlegger flere barn enn om systematisk kartlegging ikke var innført. Dette kan bidra til en tilvenning (habituering) som kan ha innvirkning på grad av opplevd ubehag.

En annen mulig grunn til generelt lite opplevd ubehag blant respondentene i denne studien kan være den senere tids oppmerksomhet innen fagfeltet om viktigheten av kartlegging. De kan ha ervervet seg kunnskap om at rutinemessig kartlegging er viktig fordi barn sjelden forteller om traumeerfaringer av seg selv og fordi traumeerfaringer sjelden fremkommer i henvisningen til BUP (Myhre, Thoresen & Hjemdal, 2015; Ormhaug et al., 2012; Thoresen & Hjemdal, 2014). De kan også ha fått kunnskap om at barn og unge tåler å bli spurt om traumer og traumesymptomer uten fare for emosjonell overbelastning eller retraumatisering (Dos Santos, 2015; Kassam-Adams & Newman, 2005). Slik innsikt kan dermed ha bidratt til at få respondenter opplevde ubehag ved kartlegging, samt at de generelt kan ha vært mindre usikre på om de bør kartlegge eller ikke.

4.1.2 Holdninger og oppfatninger til andre

To tredjedeler av respondentene opplevde altså ikke ubehag ved kartlegging. Dette er i motsetning hva respondentene tenkte *andre* på samme arbeidsplass opplevde. Svarfordelingen på spørsmål om respondentens inntrykk av om andre behandlere på samme BUP opplevde det ubehagelig å kartlegge, er nesten motsatt av svarfordelingen på opplevd eget ubehag. Det kan altså se ut til at respondentene har en oppfatning eller en idé om at andre finner det ubehagelig å kartlegge, selv om de ikke nødvendigvis gjør det selv. En mulig fortolkning av dette er at da respondentene fikk spørsmål om andre kollegers ubehag så hadde de *alle* behandlere som jobber på BUP i tankene, og ikke bare de som har fått TF-CBT opplæring. Dette kan være tilfellet også. Terapeuter uten opplæring i TF-CBT, som kanskje ikke har traumekunnskap og traumeforståelse, kan oppleve høyere grad av ubehag ved kartlegging. Litteraturen på feltet viser som nevnt at i noen studier har man funnet at nesten ingen kartlegger (Erickson et al., 2001; Hamberger et al., 2015; Parish et al., 2018), mens i andre studier har man funnet at majoriteten gjør det (Bækkelund et al., 2017; Hedtjärn et al., 2009; Hultmann et al., 2014; Saberi et al. 2017). Ser en nærmere på disse kan det se ut til at studier som finner at få kartlegger, har undersøkt omfang blant helsepersonell som en kunne forvente hadde mindre kunnskaper om traumer og kartlegging, mens studier som finner at majoriteten kartlegger, har undersøkt omfang blant helsepersonell som tradisjonelt har mer kunnskap om traumer. Det er derfor en mulig sammenheng mellom kunnskap om traumer og opplevd ubehag ved kartlegging. TF-CBT terapeutenes antagelse om andre behandleres opplevde ubehag ved kartlegging kan dermed tenkes å være sann.

En annen tolkning er at flere av respondentene hadde samme kollega i tankene da de besvarte spørsmålet; den ene kollegaen som alle tror vegrer seg for kartlegging, eller man tror har negative holdninger til rutinemessig kartlegging. I så fall kan data på gruppenivå gi feilaktig inntrykk av andelen av andre som opplever det ubehagelige.

En tredje tolkning er at svarfordelingen på andre kollegers opplevde ubehag er en avspeiling av respondentenes oppfatninger eller fordommer til andre kolleger eller helsepersonell generelt. Det har de siste årene blitt en økende oppmerksomhet på at ikke alle behandlere kartlegger, selv om de vet at dette er viktig og det er en økende kunnskap innen fagfeltet om at traumer ikke avdekkes i den skalaen som hadde vært ønskelig for å stoppe pågående traumatiske forhold og hjelpe dem som opplever det. Dette kan ha bidratt til at respondentene har en generell oppfatning om at helsepersonell ikke kartlegger selv om tendensen kanskje kan være i ferd med å snu. En slik tolkning indikerer at behandlere på BUP har en annen oppfatning enn lederne på behandlingsenheter for barn og unge (inkl. BUP). I en nasjonal kartleggingsundersøkelse oppgav over 50 prosent av lederne at de hadde inntrykk av at deres terapeuter var komfortable med å spørre barn og unge om utsatthet for vold og overgrep og kun 1,5 prosent svarte at deres terapeuter ikke var komfortable (Holt et al., 2016). Mine funn er altså mer i tråd med ledernes oppfatning om terapeutenes opplevde ubehag ved kartlegging.

Denne studien indikerer at det generelt er nokså få som opplever det ubehagelig å kartlegge for traumer i BUP-sammenheng. Likevel var det noen som opplevde det ubehagelig. Økt kunnskap om faktorer som har sammenheng med opplevd ubehag ved kartlegging kan gi verdifull innsikt i hva som kan bidra til å redusere ubehag, og dermed øke sannsynligheten for at flere barn blir kartlagt. Derfor har jeg sett nærmere på ulike faktorer som kan predikere ubehag.

4.2 Hvilke faktorer henger sammen med opplevd ubehag ved kartlegging i BUP?

4.2.1 Aldersforskjeller

Det finnes, så vidt jeg vet, ingen andre studier som har sett på sammenheng mellom alder og opplevd ubehag ved kartlegging av barn og unge for traumer og traumesymptomer i en BUP-setting. Resultatene fra denne studien tyder på at det er en signifikant sammenheng

mellom alder og opplevd ubehag. Det å være ung henger sammen med større sannsynlighet for å oppleve det ubehagelig å kartlegge. En grunn til det kan kanskje være at yngre behandlere er mindre sikre på seg selv som terapeuter og har mindre generell yrkeserfaring. De kan dermed være mindre sikre på både hvordan de skal introdusere kartleggings skjemaer og hvordan de skal bruke kartleggings skjemaene, for eksempel i en samtale eller som et avkrysningsskjema. De kan også være mindre sikre på hvordan jobbe terapeutisk og hvordan håndtere ulike barns uttrykk og respons i terapi. En annen grunn kan være at yngre terapeuter kanskje er mindre komfortable med å drøfte saker eller spørre om råd og veiledning. Dette kan for eksempel handle om at yngre behandlere ikke ønsker å vise at de har manglende kunnskap eller at de er usikre. Studier viser at usikkerhet på blant annet egen kunnskap, erfaring og hvordan bruke kartleggingsverktøy, er noe av det som bidrar til opplevd ubehag ved kartlegging (Albaek et al., 2017; Dos Santos, 2015; Legerski & Bunnell, 2010; Sprague et al., 2012). Mine funn står i motsetning til en studie som fant at aldersforskjell var knyttet til sannsynligheten for at sykepleiere spør kvinner om vold i hjemmet, hvor de yngste i gruppen (under 40 år) hadde størst sannsynlighet for å spørre (Sundborg et al., 2012). Nå er det ikke gitt at opplevd ubehag ved å kartlegge er det samme som at man faktisk ikke kartlegger, men det kan tenkes at det er en sammenheng. Dette drøftes nærmere i kapittel 4.3.

4.2.2 Rolle i klinikken

Det var en signifikant sammenheng mellom rolle i klinikk og opplevd ubehag. TF-CBT terapeuter med veileder- eller lederansvar hadde mindre sannsynlighet for å oppleve ubehag ved kartlegging enn terapeutene. Det kan tenkes at det å ha ansvar for andre, enten som veileder eller leder, bidrar til en lavere grad av opplevd ubehag. En grunn til det kan være at når man er veileder eller leder er man kanskje mer trent i å ta ubehagelige avgjørelser, eller også kanskje mer innstilt på å ta de vanskelige samtale, ikke bare med kolleger og ansatte, men også med klientene. En annen grunn kan være at respondenter med mer ansvar følte seg i større grad forpliktet til å formidle at de ikke opplevde ubehag ved kartlegging. Veiledere og ledere kan føle på større ansvar for at prosjektet gjennomføres etter intensjonen, da de har mer ansvar for implementering av TF-CBT på arbeidsplassen enn behandlerne. En tredje årsak kan være at TF-CBT veilederne var ekstra motiverte. Jeg tenker ikke bare på grunn veilederansvaret, men også fordi de hadde fått mer opplæring enn TF-CBT terapeuter uten veilederansvar. Dette kan bidra til mindre grad av opplevd ubehag hos veilederne. Enda en årsak til forskjellen mellom terapeuter og terapeuter med veileder- eller lederansvar kan være

at sist nevnte gruppe hadde færre TF-CBT saker. Dette var i alle fall tilfellet for terapeuter med lederrolle i denne gruppen. Majoriteten oppga ikke svar på spørsmålet, og gjennomsnittlig hadde de nesten halvparten så mange saker som TF-CBT terapeuter uten veileder- eller lederansvar. Det er ikke utenkelig at dette er representativt for BUP, hvor ledere gjerne har færre saker å følge opp som følge av administrative og andre lederoppgaver enn behandlere. I denne studien var det riktignok ingen signifikant sammenheng mellom antall traumesaker og opplevd ubehag. Så det at lederne hadde færre saker enn terapeutene kan mest sannsynlig ikke forklare at rolle i klinikken predikerer opplevd ubehag. En siste mulig grunn til at rolle i klinikken har sammenheng med opplevd ubehag kan ha være fordi majoriteten av ledere befant seg i de eldste aldersgruppene. Dette betyr at sammenheng mellom rolle i klinikk og opplevd ubehag henger sammen med alder og ikke nødvendigvis at denne gruppen har veileder- eller lederansvar. Dette var noe av det som ville ha vært interessant å kontrollere for ved justerte analyser, men som jeg fant ikke ville være statistisk holdbart å gjøre med dette utvalget (Harrell, 2015).

4.2.3 Tid avsatt til å praktisere TF-CBT

Det finnes, så vidt jeg vet, heller ingen andre studier som har sett på sammenheng mellom hvor stor stillingsprosent av en hel stilling som brukes til å praktisere TF-CBT og opplevd ubehag ved kartlegging for traumer og traumesymptomer hos barn og unge. Resultatene fra denne studien tyder på at det er en signifikant sammenheng mellom stillingsprosent avsatt til TF-CBT saker og opplevd ubehag. Jo høyere stillingsprosent avsatt til TF-CBT saker, desto større sannsynlighet for å oppleve ubehag ved kartlegging. Dette er overraskende, og i motsetning til hva min hypotese var. Min forventning var at jo mer erfaring og jo mer man praktiserte TF-CBT, desto mindre grad av opplevd ubehag. En mulig forklaring kan være at når mer enn 20 prosent av en uke brukes på å arbeide med traumesaker, oppstår en slitasje, enten emosjonelt i form av at det blir for krevende følelsesmessig å jobbe terapeutisk med så alvorlige tema i dette omfanget, eller ressursmessig i form av tid og kapasitet. Følelsesmessig slitasje, gjerne omtalt som emosjonell utmattelse (compassion fatigue), eller risiko for sekundærtraumatisering som følge av å lytte til andres traumer, er et kjent fenomen, selv om forekomsten varierer på tvers av studier og utvalg fra 8 til 50 prosent (Miller & Sprang, 2017). Klinikere som arbeider innen traumefeltet kan oppleve høyere grad av symptomer på sekundært traumatisk stress enn hva andre helsepersonell innen psykiske helsetjenester gjør (Miller & Sprang, 2017). Alternativt kan arbeidsmessig slitasje være en

forklaring. Det kan oppleves tidkrevende å følge en manual og være en del av et implementeringsprosjekt. Det krever kan hende en høyere grad av forberedelse, strammere rammer for hva en må komme igjennom i løpet av en behandlingstime, og kanskje mer etterarbeid. Dette kan bidra til at dager satt av til å praktisere TF-CBT forskyver andre arbeidsoppgaver eller saker en er pålagt å følge opp. Dermed oppstår en vegring mot eller ubehag ved å kartlegge fordi det kan potensielt bety en ny TF-CBT sak og mindre tid til andre oppgaver.

Mangel på tid til å kartlegge ble i litteraturen fremhevet som en av de største barrierene for å kartlegge (Sprague et al., 2012), og det har vært nevnt tidligere at deltagelse i et implementeringsprosjekt kan bidra til spesielt gunstige rammer for nettopp kartlegging. Dermed viste resultatene det motsatte av det som var min hypotese, at mer tid avsatt til traumefollowing skulle bidra til redusert ubehag ved kartlegging. Det kan tenkes at mer tid til kartlegging som følge av deltagelse i et implementeringsprosjekt, og som følge av tid avsatt til å tilby traumespesifikk terapi, kanskje kan lede til økt kartleggingsomfang uten at det dermed leder til lavere grad av opplevd ubehag. Det er som tidligere nevnt ikke nødvendigvis en sammenheng mellom opplevd ubehag og faktisk kartlegging (mer om det i kapittel 4.3).

4.2.4 Erfaring med positiv effekt av TF-CBT – klientene ble bedre etter behandling

Resultatene fra denne studien tyder på at det er en signifikant sammenheng mellom erfaring med positiv effekt av TF-CBT og opplevd ubehag. Positiv erfaring med at klientene ble bedre etter behandling med TF-CBT bidrar til lavere sannsynlighet for å oppleve det ubehagelig å kartlegge. Dette er i tråd med tidligere studier som peker på at det å ikke vite hvor man skal henvise traumeutsatte, eller ikke ha noe å tilby traumeutsatte i form av oppfølging eller behandling, bidrar til ubehag ved kartlegging og beskrives som en barriere (Albaek et al., 2017; Alshammari et al., 2018; Parish et al., 2018; Sprague et.al, 2012). En grunn til at erfaring med at klientene blir bedre etter behandling med TF-CBT har sammenheng med lavere grad av opplevd ubehag ved kartlegging, kan altså være at behandlere vet at de har noe å tilby barn og unge, dersom de svarer bekræftende på traumeerfaringer og traumesymptomer. Det kan også være fordi de de kan tilby noe som de har erfart virker. En barriere for å kartlegge er at behandlere kan føle seg forpliktet til å hjelpe dersom de har bidratt til avdekking, og dermed kan oppleve at de kan ha misbrukt barnets tillit og skapt falske forhåpninger hvis de av ulike grunner ikke klarer å hjelpe barnet likevel

(Albæk & Milde, 2017). Erfaring med positiv behandlingseffekt av TF-CBT kan altså bidra til å oppleve mindre grad av ubehag ved kartlegging. En kan tenke at det fordi de for det første har noe å tilby, og for det andre fordi det de tilbyr har effekt og fører til at flere barn får en bedre hverdag og kan hende også bedre livskvalitet. En kan også tenke at det å vite dette gir i seg selv en indre trygghet, som bidrar til at det ikke lenger er så ubehagelig å kartlegge for traumer.

4.3 Kartlegging av barn og unge for traumer og traumesymptomer

Ut over de fire variablene presentert ovenfor, var det ingen andre faktorer jeg undersøkte som hadde innvirkning på graden av opplevd ubehag ved kartlegging. Det er mange flere faktorer som kunne ha vært undersøkt, men som ikke var mulig i denne studien hvor utgangspunktet var enkeltspørsmål hentet fra spørreskjema om implementering av TF CBT. I studien har jeg tatt utgangspunkt i barrierer for kartlegging relatert til personlige egenskaper, ressurser, holdninger og oppfatninger blant behandlere. Andre barrierer som også kan bidra til at det er ubehagelig å kartlegge, men som ikke kunne undersøkes i denne studien, kan for eksempel være relatert til egenskaper ved klientene. Dette kan blant annet handle om pasientens språkkunnskaper som forstyrrer effektiv kartlegging eller at bekymring for kulturelle tabu gjør det mer ubehagelig å kartlegge (Berggrav, 2015; Holt et al., 2016; Mauri et al., 2015; Young et al., 2001). I barne- og ungdomsfeltet kan det også handle om barnas kognitive og språklige ferdigheter, som kan bidra til økt ubehag ved kartlegging eller forstyrre selve kartleggingen (Slep et al., 2015). Pasientrelaterte barrierer kan også handle om pasientens egne utfordringer og vansker (Sprague et al., 2012). Dette kan tenkes å være knyttet til for eksempel psykoseproblematikk, aggresjons- og utageringsproblematikk, manglende motivasjon for å komme til behandling eller motvilje mot å svare på slike spørsmål.

Innføring av systematisk kartlegging ved inntak på BUP medførte at traumer ble avdekket hos omkring halvparten av pasientene (Ormhaug et al., 2012). Tilsvarende fant man i Sverige at det ble oppgitt vold i familien i 6 prosent av henvisningene til BUP, og at dette taller økte til 21 prosent når det ble innført systematisk kartlegging ved inntak til avdelingen (Hedtjärn et al., 2009). Dette viser at traumer kan avdekkes dersom de riktige spørsmålene blir stilt, og det viser at rutinemessig kartlegging er viktig da kartlegging på kun indisier ikke

fanger opp like mange med traumeerfaringer (Ormhaug m-fl., 2014; Steine et al., 2016). Dette blir viktig selv om denne studien ikke fant en sammenheng mellom systematisk kartlegging og opplevd ubehag. Rutinemessig kartlegging er jo ikke viktig først og fremst for å redusere terapeuters ubehag, men for å avdekke traumeerfaringer og kunne hjelpe barn og unge med slike erfaringer. Samtidig er det nødvendig med et utviklings sensitivt perspektiv ved kartlegging (Slep et al., 2015), kanskje spesielt i møte med barn og unge. I tillegg er det å bidra til at ansatte i hjelpeapparatet blir trygge på å kartlegge for traumer og traumeerfaringer med på å øke sannsynligheten for at de avdekker potensielt traumatiske hendelser eller forhold (Cavanagh, Read & New, 2004; Young et al., 2001).

Denne studien undersøkte faktorer som bidro til at TF-CBT terapeuter opplevde det ubehagelig å kartlegge. Det er viktig å understreke at det som predikerer sannsynlighet for å oppleve ubehag ved kartlegging ikke dermed predikerer sannsynlighet for at man faktisk kartlegger. Når majoriteten ikke finner det ubehagelig å kartlegge, så er kanskje ikke det ensbetydende med at flertallet kartlegger. Det kan tenkes at andre barrierer enn ubehag ved kartlegging hindrer at kartleggingen faktisk finner sted. Det samme blir tilfelle for de få som fant det ubehagelig i en eller annen grad å kartlegge. Det er ikke det samme som at de ikke kartlegger. Det kan tenkes at de kartlegger på tross av ubehaget de opplever fordi de vet hvor viktig det er, eller fordi det er pålagt å rutinemessig kartlegge. På en annen side er det ikke usannsynlig at jo høyere ubehag, desto vanskeligere blir det å kartlegge, og dermed kan det hende at det er en sammenheng mellom opplevd ubehag og faktisk kartlegging. En studie viste at nesten 80 prosent opplevde det ukomfortabelt å kartlegge, mens det var 60 prosent som kartla (Saberri et al., 2017). Det har ikke vært mulig å undersøke sammenheng mellom opplevd ubehag og faktisk kartlegging i denne studien.

Det å oppleve det ubehagelig å kartlegge er altså ikke nødvendigvis et problem, så lenge en kartlegger likevel. Det å kjenne på litt eller noe ubehag ved å spørre barn eller unge om de er eller har vært utsatt for traumer, betyr kanskje bare at en er mer empatisk eller sensitiv for den smerten barnet bærer på. Det kan kanskje bidra til økt oppmerksomhet, sensitivitet, anerkjennelse og adekvat respons når de spør eller kartlegger barna for sine livserfaringer. Det kan også hende at det henger sammen med erfaring med bruk av kartleggingsskjema eller terapeutiske erfaring. På en annen side er viktig at behandlere får sine egne behov ivaretatt. Opplevd ubehag ved å kartlegge, og kanskje da særlig høy grad av ubehag, øker kanskje sannsynligheten for at en unngår å kartlegge. Høy grad av ubehag kan

også fører til emosjonelt stress for den ansatte, som er en risiko for at behandlere slutter eller blir utbrent (Miller & Sprang, 2017).

Studien kan tyde på at positiv holdning til eller tro på behandlingsmetoden, her TF-CBT, kan være en faktor som bidrar til lavere sannsynlighet for å oppleve det ubehagelig å kartlegge. Det kan tenkes at deling av personlig erfaring med egne traumesaker vil bidra til at kolleger uten TF-CBT-opplæring «lærer» av slike erfaringer og selv dermed opplever mindre ubehag ved kartlegging, men det er ikke gitt. Det kan også tenkes at det må en personlig erfaring til for at erfaring med positiv behandlingseffekt skal henge sammen med opplevd ubehag ved kartlegging. Det kan peke i retning av at det er viktig å ha i tankene ved eventuell lav kartleggingsgrad, at kartleggingsgraden kan stige i oppstart av rutinemessig kartlegging, når terapeutene har fått muligheten til å erfare at TF-CBT bidrar til at barna som de behandler får det bedre.

4.4 Styrker og svakheter ved studien

Denne studien er en av få studier som har undersøkt behandleres opplevde ubehag ved kartlegging av barn og unge for traumer og traumesymptomer. Så langt jeg vet er det ingen andre kvantitative studier av dette og kun noen få kvalitative studier som har hatt fokus på hvordan terapeuter opplever det å kartlegge barn og unge for traumer (Albaek et al., 2017). Dataene i studien er hentet fra BUP-er over hele landet, som deltar i implementering av TF-CBT prosjektet, og er således landsdekkende. Studiens styrke er også at problemstillingen er svært klinisk relevant. Vi vet at svært mange barn og unge utsettes for traumer, og at barn sjelden forteller av seg selv om vold, overgrep og andre alvorlige traumeerfaringer. Det er derfor svært viktig at helsepersonell kartlegger for traumer og traumesymptomer. Studien kan således gi supplerende kunnskap som kan bidra til at flere behandlere kartlegger barn og unge som henvises til BUP. Spørsmålene benyttet i analysene er dessuten hentet fra kjente implementeringskomponenter, som er brukt i Norge og i flere internasjonale studier (Fixsen et al., 2009; Ogden et al., 2012).

Studien har noe lavt antall respondenter. Jeg kunne derfor ikke justere effektene for hverandre og har derfor ikke kontroll på konfunderende variabler. Ved å justere faktorene for hverandre ville jeg ha kunnet redusert muligheten for metodefeil og sett på om noen av sammenhengene i studien kunne forklares av konfunderende variabler. Det kan også tenkes at det er andre konfunderende forhold, enn de faktorene jeg undersøkte, som påvirker opplevd

ubehag, som for eksempel sosial ønskevridighet (social desirability bias). Respondentene som jo var med på TF-CBT implementeringen tenkte kanskje at de ikke burde oppleve det som ubehagelige å kartlegge, slik at denne faktoren kan hende hadde en effekt på utfallet. Responskategoriene ble slått sammen på grunn av lav svarfrekvens i ytterkantene, eller på ganger på grunn av sterk skjevfordeling, der det var mest hensiktsmessig for noen av variablene. Konsekvensene av få responskategorier blir at det må være temmelig store effekter av prediktorene for at de skulle bli signifikante. Det er derfor mulig at det kunne blitt avdekket flere sammenhenger dersom n var større.

Det er også usikker validitet da jeg har benyttet enkeltspørsmål og ikke skalaer. Enkeltspørsmål gir lavere pålitelighet enn ved bruk av validerte skalaer. Argumentene for dette valget er at spørsmålene er plukket fra skalaer som er ment til å måle faktorer som har med implementering å gjøre, og de har større teoretisk relevans og høy face validitet. Enkeltspørsmål gir mer usikker reliabilitet fordi det kan medføre tilfeldige målefeil, som for eksempel at respondenter krysser feil. Dermed hadde det også av den grunn vært ønskelig med høyere antall respondenter.

Det er viktig å ta i betraktning at en sammenheng på et nivå (for eksempel populasjonsnivå) ikke automatisk utgjør en sammenheng på et annen nivå (for eksempel i mindre grupper av populasjonen). Dette kalles Simpsons paradoks (Kievit, Frankenhuis, Waldorp & Borsboom, 2013) og kan medføre at to variabler kan ha en positiv sammenheng i en populasjon, men en negativ sammenheng på grupper innad i populasjonen (Kievit et al., 2013). Dette utgjør en blind-spot som kan lede til at man kan trekke feil konklusjoner fra de sammenhenger en ser. I praksis vil det si at en må være forsiktig med å trekke en konklusjon om at majoriteten av alle behandlere på BUP er komfortable med å kartlegge for traumer og traumesymptomer. I tillegg kan det også bety at faktorer som i denne studien ikke hadde en signifikant effekt på ubehag, kan ha effekt for en bredere behandlerpopulasjon i BUP. Det kan tenkes at for eksempel arbeidserfaring har effekt på opplevd ubehag i en bredere BUP-populasjon, selv om det ikke var tilfelle for utvalgpopulasjonen i denne studien. Det kan være at TF-CBT opplæringen kan ha bidratt til å justere andre faktorerens effekt. Dersom dette er tilfelle kan det bety at opplæring og kunnskap om traumer og traumebehandling langt på vei kan bidra til å redusere ubehag ved kartlegging, og kanskje at kartleggingsgraden øker. Studiens resultater må derfor tolkes i lys av studiens særegne utvalgpopulasjon og kan ikke generaliseres til alle behandlere i BUP uten forhåndskunnskaper om traumer og TF-CBT.

4.5 Implikasjoner

Et stort omfang av barn og unge utsettes for traumer, men de forteller ikke alltid av seg selv om det de blir eller har vært utsatt for. Studier har funnet at en fjerdedel aldri hadde fortalt at de hadde vært utsatt for alvorlig fysisk vold fra en forelder, og en tredjedel av dem som hadde vært utsatt for ett eller flere seksuelle overgrep hadde aldri snakket med noen om det (Kolstad & Smith, 2015; Thoresen & Hjemdal, 2014). Når potensielt traumatiske hendelser i tillegg ofte ikke fremkommer i henvisningen til BUP, og vi vet at barn tåler godt å bli spurt og barnas symptomer ikke alltid er så tydelige traumesymptomer, er det helt nødvendig å rutinemessig kartlegge for traumer når barn kommer til BUP (Dos Santos, 2015; Ormhaug et al., 2012). Denne studien kan ha flere implikasjoner som kan bidra til at flere behandlere kartlegger. For det første var de fleste TF-CBT terapeutene komfortable med å kartlegge barn og unge for traumer og traumesymptomer. En kan undre seg på om det hadde en sammenheng med den opplæringen og oppfølgingen som følger implementering av en traumespesifikk metode, og at det dermed impliserer at økt kunnskap om traumer kan være et viktig tiltak for å øke kartleggingsgraden. Økt kunnskap om traumer innebærer både kunnskap om avdekkingsbehovet, at barn tåler å bli spurt, og hvilken type hjelp de bør få. Selv kort opplæring og trening kan øke kunnskap om traumer, trygghet og selvsikkerhet i å våge å kartlegge alle ved inntak for traumer, så lenge dette er fulgt av praktiske retningslinjer og klare oppfølgingsrutiner (Baird, Saito, Eustace & Creed, 2017).

En mindre andel av utvalget opplevde det mer ubehagelig og for denne gruppen viste resultatene at terapeut av ung alder, samt å avsette mer tid enn tjue prosent av hel stilling til å praktisere TF-CBT, medførte høyere sannsynlighet for å oppleve ubehag for å kartlegge i en eller annen grad. I tillegg tydet resultatene på at hvilken rolle en hadde i klinikken, samt positive erfaringer med at barn og unge får det bedre etter behandling i tråd med TF-CBT, hang sammen med lavere sannsynlighet for å oppleve ubehag. En annen implikasjon av denne studien kan være at ledelsen på BUP bør være ekstra oppmerksom på de yngste behandlerne, og sikre at de får mer støtte og oppfølging knyttet til rutinemessig kartlegging. Denne studien gir også indikasjon på at en som leder bør være oppmerksom på hvor mye tid som avsettes til å jobbe med traumebehandling, da resultatene tydet på at mer enn en dag per uke øker sannsynligheten for opplevd ubehag ved kartlegging. Det kan altså tenkes at erfaring bør komme over tid og ikke nødvendigvis mer intensivt med flere saker per uke. Resultatene tydet også på at terapeuter som er veileder eller leder har mindre sannsynlighet for å oppleve det ubehagelig å kartlegge. En kan da undre seg på om rolle- og ansvarsavklaringer for alle

terapeuter kan gjøre det mer komfortabelt å kartlegge. Alle kan ikke være ledere eller veiledere, men avklarte roller og rolleforventning kan tenkes å bidra til lavere grad av opplevd ubehag. Fagpersoner som var utrygge på organisasjonskulturen og der igjennom for eksempel opplevde uklare rolle- og ansvarsfordelinger, ble koblet til manglende avdekking av traumer (Albæk & Milde, 2017). Det kan også gjerne handle om at veiledere og ledere enten er mer engasjerte og positive og interesserte eller er eldre og/eller har mer erfaring.

Flere studier som måler tid brukt på traumesaker, grad av emosjonelle utmattelse og barrierer for kartlegging vil kunne gi mulighet til å få kunnskap som kan være nyttig for implementering av rutinemessig kartlegging. I tillegg vil en studie som måler grad av opplevd ubehag og kartleggingsgrad gi viktig kunnskap om sammenhengen mellom ubehag og faktisk kartlegging. Videre kan videre studier bidra med kunnskap om hva som bidrar til at det kan oppleves ukomfortabelt og ikke minst hva som bidrar til at det oppleves bra å kartlegge i en BUP-setting. Dette er også et spørsmål som med fordel kan forskes nærmere på med kvalitative metoder og studier. Kvalitative studier vil kunne spørre behandlerne om hva ubehaget handler om. Det kan tenkes at det er litt forskjellig fra sak til sak, og ved for eksempel et intervju kan man kanskje få tak i hva terapeutene mener forskjellene eventuelt kan handle om. En vil også kunne for eksempel spørre barn og unge om hvordan de opplever det og hva de mener de trenger at behandlere gjør eller tar hensyn til ved kartlegging.

Kartlegging ved inntak for traumer og traumesymptomer er anbefalt og implementering av rutinemessig kartlegging er i gang i BUP (Ormhaug et al., 2012; NKVTS, 2018; Steine et al., 2016). Når viktigheten av rutinemessig kartlegging er satt på dagsorden blir det også viktig å ha fokus på hvordan behandlere spør barn om traumeerfaringer. Behandlerne bør ha en utviklingssensitiv tilnærming og møte traumeutsatte med empati, bekreftelse, anerkjennelse og adekvat respons på det de forteller.

5 Konklusjon

Denne studien er en av få studier som har undersøkt hvilke faktorer som bidrar til opplevd ubehag ved kartlegging av barn og unge i BUP. Resultatene fra studien gir viktig informasjon om hva som kan bidra til at terapeuter synes det er ubehagelig å kartlegge for traumer og traumesymptomer, og kan bidra til å støtte opp om viktigheten av å kartlegge.

Majoriteten av TF-CBT terapeuter opplever det ikke ubehagelig å kartlegge barn og ungdom for traumer og traumesymptomer i BUP, noe som kan ha en sammenheng med at de har god kunnskap om traumer.

Den teoretiske rammen for studien presenterte ulike barrierer for kartlegging som kunne føre til at det oppleves ubehagelig å kartlegge; relatert til personlige egenskaper, ressurser, holdninger og oppfatninger. Yngre behandlere hadde større sannsynlighet for å oppleve det ubehagelig for å kartlegge. Det samme gjaldt behandlere som hadde avsatt mer tid enn en dag i snitt per uke på TF-CBT saker. Det var mindre sannsynlighet for å oppleve ubehag ved kartlegging dersom TF-CBT terapeuten hadde veileder- eller lederansvar, og dersom de hadde erfaring med positiv behandlingseffekt av TF-CBT.

I tillegg er en rekke andre faktorer undersøkt i denne studien uten at det er funnet en sammenheng med opplevd ubehag ved kartlegging. Basert på sammenhengene funnet i denne studien kan det se ut til det å være en trygg terapeut kan være viktig for at behandlere ved BUP opplever lavere grad av ubehag ved kartlegging, og som videre kan bidra til økt kartlegging. Det å være en trygg terapeut kan ha sammenheng med flere faktorer, men denne studien viser at alder spiller en rolle, men også det å ha erfaring og kunnskap om traumer. Samtidig viser denne studien at det kan være viktig med ivaretagelse av den enkelte behandler som møter barn utsatt for traumer, og som gjennom lytting til disse barnas sterke historier kan ha en risiko for emosjonelle utmattelse eller sekundærtraumatisering. Basert på sammenhengen i denne studien bør en blant annet vurdere mengden traumesaker per uke. Det kan tenkes at lavere grad av ubehag ved kartlegging bidra til økt kartleggingsgrad. Reduksjon av opplevd ubehag ved kartlegging kan dermed være et viktig tiltak for å bidra til at flere barn og unge kartlegges for traumer og traumesymptomer og kan motta rett og tilpasset behandling.

Litteraturliste

- Albaek, A. U., Kinn, L. G., & Milde, A. M. (2017). Walking children through a minefield: how professionals experience exploring adverse childhood experiences. *Qualitative health research*, 1049732317734828.
- Albæk, A.U, & Milde, A. M. (2017). Avdekking av vold og overgrep – som å lose barn gjennom et minefelt. *Psykologisk.no*
- Alisic, E., Zalta, A. K., Van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204(5), 335-340.
- Alshammari, K. F., McGarry, J., & Higginbottom, G. M. A. (2018). Nurse education and understanding related to domestic violence and abuse against women: An integrative review of the literature. *Nursing Open*.
- Baird, K. M., Saito, A. S., Eustace, J., & Creedy, D. K. (2017). Effectiveness of training to promote routine enquiry for domestic violence by midwives and nurses: A pre-post evaluation study. *Women and birth*.
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) (2013). Barndommen kommer ikke i reprise. Strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017). Norge: Regjeringen
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) (2014). En god barndom varer livet ut. Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017). Norge: Regjeringen
- Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) (2016) Prop.12S (2016-2017) Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021). Norge: Regjeringen.
- Becker-Blease, K. A., & Freyd, J. J. (2006). Research participants telling the truth about their lives: The ethics of asking and not asking about abuse. *American Psychologist*, 61(3), 218-226
- Berggrav, S. (2015) Hvis du ikke spør, klarer jeg ikke fortelle» utfordringer ved avdekking av seksuelle overgrep mot barn i minoritetsfamilier (rapport). Oslo: Redd Barna
- Bækkelund, H., Bergerud-Wichstrøm, M., Mørch, A., Endsjø, M., & Areskjold, J. (2017) *Implementering av kunnskapsbasert behandling av PTSD hos voksne i klinikk. Oppsummering av pilotprosjekt. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, Notat 2017*

- Cavanagh, M-R., Read, J. & New, B. (2004). Sexual abuse inquiry and response: A New Zealand training programme. *New Zealand Journal of Psychology*, 33(3), 137–144.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: The Guilford Press
- Collogan, L. K., Tuma, F., Dolan-Sewell, R., Borja, S., & Fleischman, A. R. (2004). Ethical issues pertaining to research in the aftermath of disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 17(5), 363-372
- de Arellano, M. A. R., Lyman, D. R., Jobe-Shields, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., ... & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(5), 591-602.
- DePrince, A. P., & Freyd, J. J. (2006). Costs and benefits of being asked about trauma history. *Journal of Trauma Practice*, 3(4), 23-35.
- Dos Santos, N. E. (2015) *Kartlegging av traumer hos barn og unge – hvordan reagerer barn og unge i BUP?* (Hovedoppgave). Oslo: Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Dowd, M. D., Kennedy, C., Knapp, J. F., & Stallbaumer-Rouyer, J. (2002). Mothers' and health care providers' perspectives on screening for intimate partner violence in a pediatric emergency department. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156(8), 794-799.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H., & Anda R. (2003) The impact of adverse childhood experience on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine*, 37 (3), 268-277
- Dyb, G., & Stensland, S. Ø. (2016). Helseplager som følge av traumatiske hendelser og utvikling av posttraumatiske stressreaksjoner. I C. Øverlien, M. I. Hauge & J. H. Schulz (red). *Barn, vold, traumer. Møter med unge i utsatte livssituasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003) Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. *The American Journal of Psychiatry* 160:8, 1453-1460
- Ehlers, A., Bisson, J., Clark, D. M., Creamer, M., Pilling, S., Richards, D., ... Yule, W. (2010). Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? *Clinical Psychology Review*, 30(2), 269-276
- Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M., Freitag, J., & Emmelkamp, P. M. G. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clinical psychology review*, 34(8), 645-657

- Erickson, M. J., Hill, T. D., & Siegel, R. M. (2001). Barriers to domestic violence screening in the pediatric setting. *Pediatrics*, 108(1), 98-102.
- Finkelhor, D., Vanderminden, J., Turner, H., Hamby, S., & Shattuck, A. (2014). Upset among youth in response to questions about exposure to violence, sexual assault and family maltreatment. *Child abuse & neglect*, 38(2), 217-223
- Fixsen, D., Panzano, P., Naoom, S., & Blase, K. (2008) *Measures of implementation Components of the national implementation research network frameworks*. Chapel Hill: Authors.
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core Implementation Components. *Research on Social Work Practice*, 19.
- Fløtterud, E. (2017). *Tør du å spørre? En kvalitativ studie av pedagogers erfaringer fra samtaler med elever i barneskolen ved bekymring for vold og overgrep*. (Masteroppgave i spesialpedagogikk). Oslo: Institutt for spesialpedagogikk, Det utdanningsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo
- Gleaves, D. H., Rucklidge, J. J., & Follette, V. M. (2007). What are we teaching our students by not asking about abuse? *American Psykologist*, 62(4), 326-327
- Goldsmith, R.E., Barlow, M.R., & Freyd, J. J. (2004). Knowing and not knowing about trauma: Implications for therapy. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 41(4), 448-463
- Hamberger, L. K., Rhodes, K., & Brown, J. (2015). Screening and intervention for intimate partner violence in healthcare settings: Creating sustainable system-level programs. *Journal of Women's Health*, 24(1), 86-91
- Hauge, M.I., Schultz, J. H., & Øverlien, C. (2016). Møter med barn i utsatte livssituasjoner. Fra forskning til praktiske tiltak. I C. Øverlien, M.I. Hauge & J.H. Schultz (red.) *Barn, vold og traumer. Møter med unge i utsatte livssituasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget
- Harrell, F. E. (2015) *Regression Modeling Strategies. With Applications to Linear Models, Logistic and Ordinal Regression, and Survival Analysis*. New York: Springer-Verlag New York Inc. (2ed)
- Hazen, A. L., Connelly, C. D., Edleson, J. L., Kelleher, K. J., Landverk, J. A., Coben, J. H., ... & Nuzskowski, M. A. (2007). Assessment of intimate partner violence by child welfare services. *Children and youth services review*, 29(4), 490-500.
- Holt, T., Nilsen, L. G., Moen, L. H., & Askeland, I. R. (2016). *Behandlingstilbudet til barn som er utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep. En nasjonalkartleggingsundersøkelse*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, rapport 6

- Hed tjärn, G., Hultmann, O., & Broberg, A. (2009). Var femte mamma till barn i BUP-vård hade utsatts för våld. *Läkartidningen*, 106(48), 3242-3247
- Hultmann, O., Möller, J., Ormhaug, S. M., & Broberg, A. (2014). Asking routinely about intimate partner violence in a child and adolescent psychiatric clinic: a qualitative study. *Journal of family violence*, 29 (1), 67-78
- Jensen, T. K. (2012). Intervjuer med barn og unge i spesielt vanskelige livssituasjoner – kan vi snakke med barn om alt? I E. Backe-Hansen & I. Frønes (red.). *Metoder og perspektiver i barne- og ungdomsforskning* (s. 95-120). Oslo: Gyldendal Akademiske
- Jensen, T. K., Gulbrandsen, W., Mossige, S., Reichelt, S., & Tjersland, O. A. (2005). Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and context for disclosure. *Child Abuse & Neglect* 29, 1395-1413
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., ... & Wentzel-Larsen, T. (2014). A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 356-369.
- Kassam-Adams, N., & Newman, E. (2005). Child and parent reactions to participation in clinical research. *General Hospital Psychiatry*, 27(1), 29-35
- Kaur, H., & Naseem, N. S. (2017). *Holdninger til evidensbasert praksis blant ansatte i psykisk helsevern for barn og unge*. (Hovedoppgave for Cand.Psychol) Oslo: Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo
- Kievit, R., Frankenhuis, W. E., Waldorp, L., & Borsboom, D. (2013). Simpson's paradox in psychological science: a practical guide. *Frontiers in psychology*, 4, 513.
- Kolstad, J. T. & Smith, C. N. (2015) *Seksuelle overgrep mot barn i Norge: Hvilke faktorer henger sammen med hemmelighet?* (Hovedoppgave) Oslo: Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo
- Kraft, L. E., Rahm, G., & Eriksson, U. B. (2017). School nurses avoid addressing child sexual abuse. *The Journal of School Nursing*, 33(2), 133-142.
- Lab, D. D., Feigenbaum, J. D., & De Silvia, P. (2000) Mental health professionals' attitudes and practices towards male childhood sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 24(3), 391-409
- Langballe, Å., Gamst, K. T., & Jacobsen, M. (2010). *Den vanskelige samtalen. Barneperspektiv på barnevernarbeid. Kunnskapsbasert praksis og handlingskompetanse* (Vol. 2): Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatiske stress

- Legerski, J. P., & Bunnell, S. L. (2010). The risks, benefits, and ethics of trauma-focused research participation. *Ethics & Behavior*, 20(6), 429-442.
- Lassemo, E., Sandanger, I., Nyga, J. F., & Sørgaard, K. W. (2016) The epidemiology of post-traumatic stress disorder in Norway: trauma characteristics and pre-existing psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(1), 11-19
- Newman, E., Risch, E., & Kassam-Adams, N. (2006). Ethical issues in trauma-related research: A review. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 1(3), 29-46.
- Norscia, I., Demuru, E., & Palagi, E. (2016). She more than he: gender bias supports the empathic nature of yawn contagion in Homo sapiens. *Royal Society open science*, 3(2), 150459.
- Mauri, E. A., Nespoli, A. N., Persico, G., & Zobbi, V. F. (2015). Domestic violence during pregnancy: Midwives' experience. *Midwifery*, 31(5), 498-504.
- McElvaney, R., Greene, S., & Hogan, D. (2014). To tell or not to tell? Factors influencing young people's informal disclosures of child sexual abuse. *Journal of interpersonal violence*, 29(5), 928-947
- Miller, B., & Sprang, G. (2017). A components-based practice and supervision model for reducing compassion fatigue by affecting clinician experience. *Traumatology*, 23(2), 153.
- Mossige, S., & Stefansen, K. (2016) Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007 -2015. NOVA rapport nr. 5/16, Veldferdsforskningsinstituttet, Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Myhre, M., Thoresen, S., & Hjemdal, O.K. (2015). *Vold og voldtekt i oppveksten*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatiske stress.
- NICE Guidelines. (2005) *Post-traumatic stress disorder: management*. United Kingdom: National Institute for Health and Care Excellence
- NKVTS (2018). Behandling av traumatiserte barn og unge, TF-CBT – Implementering. Hentet 23. februar 2018 fra <https://www.nkvts.no/prosjekt/behandling-av-traumatiserte-barn-og-unge-tf-cbt-implementering>
- Ogden, T., Bjørnebekk, G., Kjøbli, J., Patras, J., Christiansen, T., Taraldsen, K., & Tollefsen, N. (2012). Measurement of implementation components ten years after a nationwide introduction of empirically supported programs—a pilot study. *Implementation Science*, 7(1), 49.
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Hukkelberg, S. S., Holt, T., & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn – blir det gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 49, 234-240

- Ormhaug, S. M., Shirk, S. R., & Wentzel-Larsen, T. (2015). Therapist and client perspectives on the alliance in the treatment of traumatized adolescents. *European journal of psychotraumatology*, 6(1), 27705.
- Pallant, J. (2013). *SPSS survival manual*. McGraw-Hill Education (UK).
- Parish, C. L., Pereyra, M. R., Abel, S. N., Siegel, K., Pollack, H. A., & Metsch, L. R. (2018). Intimate partner violence screening in the dental setting: Results of a nationally representative survey. *The Journal of the American Dental Association*, 149(2), 112-121.
- Paterno, M. T., & Draughon, J. E. (2017). Screening for Intimate Partner Violence. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(3), 370-375
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Piacentini, J. C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Society of Biological Psychiatry*, 46, 1542-1554
- Read, J. (2007). To ask, or not to ask, about abuse--New Zealand research. *American Psychologist*, 62(4), 325-326.
- Read, J., Hammersley, P., & Redegair, T. (2007) Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 101-110
- Rose, D., Trevillion, K., Woodall, A., Morgan, C., Feder, G., & Howard, L. (2010). Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, bjp-bp.
- Saberi, E., Eather, N., Pascoe, S., McFadzean, M. L., Doran, F., & Hutchinson, M. (2017). Ready, willing and able? A survey of clinicians' perceptions about domestic violence screening in a regional hospital emergency department. *Australasian emergency nursing journal*, 20, 82-86
- Slep, A. M. S., Heyman, R. E., & Foran, H. M. (2015) Child maltreatment in DSM-5 and ICD-11. *Family Process*, 54(1), 17-32
- Sprague, S., Madden, K., Simunovic, N., Godin, K., Pham, N. K., Bhandari, M., & Gosling, J. (2012). Barriers to screening for intimate partner violence. *Women & health*, 52(6), 587-605
- Steine, I.M., Winje, D., Nordhus, I. H., Milde, A. M., Bjorvatn, B., Grønli, J., & Pallesen, S. (2016). Langvarig taushet om seksuelle overgrep. Prediktorer og korrelater hos voksne som opplevde seksuelle overgrep som barn. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 53(11), 888-899

- Sundborg, E. M., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., & Törnkvist, L. (2012). Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care. *BMC nursing, 11*(1), 1.
- Thoresen, S. & Hjemdal, O.K. (2014). Vold og voldtekt i Norge – en nasjonal forekomststudie av vold i et livsløp. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
- Toner, J., Daiches, A., & Larkin, W. (2013). Asking about trauma: the experiences of psychological therapists in early intervention services. *Psychosis, 5*(2), 175-186.
- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2011) A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review 32* (2012), 122-128
- Ullman, S. E. (2007) Relationship to Perpetrator, Disclosure, Social Reactions, and PTSD Symptoms in Child Sexual Abuse Survivors, *Journal of Child Sexual Abuse, 16*(1), 19-36
- Ullman, S.E., Foyne, M.M. & Tang, S. S. S. (2010) Benefits and barriers to disclosing sexual trauma: A contextual approach. *Journal of Trauma & Dissociation, 11*(2), 127-133
- Young, M., Read, J., Barker-Collo, S., & Harrison, R. (2001). Evaluating and overcoming barriers to taking abuse histories. *Professional Psychology: Research and Practice, 32*(4), 407.
- Øverlien, C., & Moen, L. H. (2016). "Takk for at du spør!" En oppfølgingsstudie om kunnskap om vold og seksuelle overgrep mot barn blant blivende barnevernspedagoger, grunnskolelærere og førskolelærere. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, rapport 3

Vedlegg