
Nytt kartleggingsverktøy for traumer

DEBATT

KARINA EGELAND

karina.egeland@nkvts.no

Karina Egeland er ph.d., prosjektleder ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) og postdoktor ved Avdeling FoU psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MATHILDE ENDSJØ

Mathilde Endsjø er psykolog og prosjektmedarbeider ved NKVTS.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ERLEND HØEN LAUKVIK

Erlend Høen Laukvik er psykolog og prosjektmedarbeider ved NKVTS.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

NADINA PETERS

Nadina Peters er psykologspesialist og prosjektmedarbeider ved NKVTS.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

AIDA BABAI

Aida Babai er master i psykologi og prosjektmedarbeider ved NKVTS.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

HARALD BÆKKELUND

Harald Bækkelund er psykologspesialist, prosjektmedarbeider ved NKVTS og ph.d.-kandidat ved Modum Bad.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Nye pakkeforløp stiller tydelige krav til henviser til psykisk helsevern og rusbehandling. Et enkelt kartleggingsverktøy gjør det lettere for leger å utrede for traumer og posttraumatisk stresslidelse.

Forekomsten av vold og traumer har et betydelig omfang i den norske befolkningen. I en tverrsnittsundersøkelse rapporterte 33,6 % av kvinnene og 11,3 % av mennene om seksuelt overgrep i løpet av livet, mens 22,5 % av kvinnene og 45,5 % av mennene hadde vært utsatt for alvorlig vold minst én gang i voksen alder [\(1\)](#). Traumer kan ha stor innvirkning på menneskers helse og funksjon. Å spørre pasienter om traumehendelser kan derfor bidra til å gi en helhetlig forståelse av livssituasjonen.

Enkelte som opplever store eller langvarige traumehendelser som for eksempel ulykker, overfall eller overgrep, utvikler posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Kriterier som er påkrevd for å stille diagnosen, er gjenopplevelse (påtrengende minner), unngåelse av påminnere og hyperårvåkenhet. Med kompleks posttraumatisk stresslidelse følger i tillegg problemer med å regulere følelser, negative tanker om en selv som verdiløs og tilhørende følelser som skam og skyld og relasjonelle vansker [\(2\)](#).

Manglende kartlegging som risiko

Selv om svært mange opplever traumer i løpet av livet, er det kun en liten andel som utvikler posttraumatisk stresslidelse [\(3\)](#). Til gjengjeld er lidelsen svært inngripende i en persons liv, og den forårsaker betydelig svekkelse i sosiale, yrkesmessige eller andre viktige funksjonsområder. I en nylig gjennomført studie av posttraumatisk stresslidelse i Norge ble det funnet livstidsprevalens på 4,3 % for kvinner og 1,4 % for menn, og den gjennomsnittlige varigheten på lidelsen var 9 år for kvinner og 17 år for menn [\(3\)](#). Flere studier tyder også på en underdiagnostisering av lidelsen, gjerne fordi pasienter ikke blir spurt om traumer [\(4, 5\)](#). En norsk undersøkelse av 100 henvisninger til to distriktspsykiatriske sentre viste at 44 % av pasientene hadde en historie med én eller flere traumatiske hendelser. Likevel var det vanskelig å finne dokumentasjon i journaler på at det var gjort noen form for systematisk utredning eller vurdering av posttraumatisk stresslidelse hos 43 % av disse [\(6\)](#). Ved å utelate kartlegging av traumeerfaringer og posttraumatisk stresslidelse øker også faren for feildiagnostisering, ettersom lidelsen deler mange av de samme symptomkriteriene som andre lidelser som depresjon, angst og hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD).

Det finnes foreløpig ikke eget pakkeforløp for posttraumatisk stresslidelse, men alle eksisterende pakkeforløp inneholder anbefalinger om systematisk kartlegging av traumeerfaringer. Siden henvisningen danner grunnlaget for

spesialisthelsetjenestens vurdering av pasientens rett til helsehjelp, kan mangler i henvisningen øke sjansen for at den blir avvist eller behandlet på feil grunnlag.

Det finnes flere gode kartleggingsverktøy for traumer og posttraumatisk stresslidelse. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) gjennomfører på oppdrag fra Helsedirektoratet en nasjonal implementering av PTSD-behandling i spesialisthelsetjenestene (6). Prosjektet har på bakgrunn av anbefalte instrumenter satt sammen et enkelt, standardisert kartleggingsverktøy kalt traume- og PTSD-screening (TRAPS). Skåringsveiledning og video er fritt tilgjengelig (7). Kartleggingsverktøyet er også anbefalt i pakkeforløpene. Selvutfyllingsskjemaet består av to deler. Første side kartlegger hvorvidt pasienten har opplevd ulike traumatiske hendelser (basert på *Stressful Life Events Screening Questionnaire*). Andre side kartlegger hvorvidt pasienten har utviklet posttraumatisk stresslidelse (basert på *The PTSD checklist for DSM-5, PCL-5*). Kartleggingsverktøyet tar rundt 15 minutter å gjennomføre og gir henviser en større forståelse av pasientens livssituasjon og et bedre grunnlag for å kunne ta stilling til om pasienten skal henvises direkte til pakkeforløp for psykisk helse og rus med anbefaling om videre PTSD-utredning og -behandling.

Å ta pasienten på alvor

For pasienter er det viktig å oppleve at tjenesten tar deres mest alvorlige traumatiske erfaringer på alvor. En hindring for tidlig kartlegging kan være at helsepersonell frykter at pasienter vil reagere negativt på kartlegging av traumatiske hendelser. Forskning viser at pasienter opplever det å bli spurt om traumer som mer positivt enn negativt (8). Systematisk kartlegging av traumer kan gjøre utredningen enklere og raskere, og man kan dermed unngå unødvendig ressursbruk både for pasient, henviser og spesialisthelsetjeneste.

LITTERATUR

1. Thoresen S, Hjemdal OK. Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2014.
https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/11/vold_og_voldtekt_i_norge.pdf (13.3.2019).
2. International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision). Geneva: World Health Organization, 2018.
3. Lassemo E, Sandanger I, Nygård JF et al. The epidemiology of post-traumatic stress disorder in Norway: trauma characteristics and pre-existing psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017; 52: 11–9. [PubMed][CrossRef]

4. Ormhaug SM, Jensen TK, Hukkelberg SS et al. Traumer hos barn – blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. Tidsskr Nor Psykol foren 2012; 49: 234–40.
5. Alexander AA, Welsh E, Glassmire DM. Underdiagnosing posttraumatic stress disorder in a state hospital. J Forensic Psychol Pract 2016; 16: 448–59. [CrossRef]
6. Bækkelund H, Bergerud-Wichstrøm M, Mørck A et al. Implementering av kunnskapsbasert behandling av PTSD hos voksne i klinikk. Oppsummering av pilotprosjekt. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2017.
https://www.nkvts.no/content/uploads/2017/10/Notat_Implementering-av-kunnskapsbasert-behandling.pdf (13.3.2019).
7. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Kartleggingsverktøy 2019. <https://www.nkvts.no/kartleggingsverktoy> (3.2.2019).
8. Jaffe AE, DiLillo D, Hoffman L et al. Does it hurt to ask? A meta-analysis of participant reactions to trauma research. Clin Psychol Rev 2015; 40: 40–56. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 8. april 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0161

Mottatt 19.2.2019, første revisjon innsendt 11.3.2019, godkjent 13.3.2019.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juni 2026.