

Siri Vagnild-Midtskog

# Er det en sammenheng mellom ungdoms selvrapporterte traumeerfaringer/PTSD- lignende symptomer, og bruk av rusmidler?

Masteroppgave i Barn og unges psykiske helse - barnevern.

Det medisinske fakultet. NTNU

Veileder: Veronica Paulsen

Medveileder: Einar Leikanger

Mai 2022



Siri Vagnild-Midtskog

# **Er det en sammenheng mellom ungdoms selvrapporterte traumeerfaringer/PTSD- lignende symptomer, og bruk av rusmidler?**

Masteroppgave i Barn og unges psykiske helse - barnevern.

Det medisinske fakultet. NTNU

Veileder: Veronica Paulsen

Medveileder: Einar Leikanger

Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for psykisk helse



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

Denne oppgaven har som formål å beskrive sammenheng mellom forekomst av selvrapporterte traumeerfaringer/PTSD-lignende symptomer, og rusbruk blant barn og unge i gamle Nord-Trøndelag fylke i Norge. Kjennetegn ved rusbruk, og empiri om rusbruk vil bli presentert. Oppgaven antar ut fra presentert teori og empiri, at det er en sammenheng mellom barn og unges rusbruk, og opplevde traumer/PTSD-lignende symptomer.

Dette er en kvantitativ studie som bygger på datamateriale fra Ung HUNT4, som er ungdomsdelen av helseundersøkelsen i gamle Nord-Trøndelag fylke. Variablene fra dette datamaterialet ble analysert for å undersøke mulige sammenhenger mellom selvrapporterte traumeerfaringer/PTSD-lignende symptomer, og bruk av rusmidler. Tidligere forskning viser at det er sammenhenger mellom opplevde traumer/PTSD-diagnose, og bruk av rusmidler. Alvorlige traumeerfaringer og PTSD er ofte til stede ved høy grad av rusbruk. Studien som denne oppgaven er basert på omhandler å:

- Undersøke om det er en sammenheng mellom ungdoms selvrapporterte traumeerfaringer og senere bruk av rusmidler, og sammenligne med rusbruken til ungdommer som ikke rapporterer om traumeerfaringer
- Undersøke om det er sammenheng mellom ungdoms selvrapporterte PTSD-lignende symptomer og senere bruk av rusmidler, og sammenligne med rusbruken til ungdommer som ikke rapporterer om PTSD-lignende symptomer

## **Funn fra analysen:**

Det er funnet en statistisk signifikant sammenheng mellom ungdoms traumeerfaringer og rusbruk, både når det gjelder alkohol og narkotiske stoffer. Ungdom med høyt nivå av traumeerfaringer, har høyere rusbruk enn ungdommer som skårer lavt på traumeerfaringer.

Det er en statistisk signifikant sammenheng mellom PTSD-lignende symptomer og bruk av narkotika. Ungdommer med PTSD-lignende symptomer skårer vesentlig høyere på narkotikabruk enn ungdommer med lavt nivå av PTSD-lignende symptomer. Det er ikke funnet en statistisk signifikant sammenheng mellom PTSD-lignende symptomer og bruk av alkohol.

# Abstract

## Summary

This task aims to describe the relationship between the occurrence of self-reported trauma experiences/PTSD-like symptoms and substance use among children and adolescents in Norway. Characteristics of drug use and empirical data on substance use will be presented. The thesis assumes, based on present theory and empirical data, that there is a correlation between child and adolescent drug use and experienced trauma/PTSD-like symptoms.

This is a quantitative study based on data from Ung HUNT4, which is the youth part of the health survey in old Nord-Trøndelag county. Data from this material were analysed to investigate possible links between self-reported trauma experiences/PTSD-like symptoms and drug use. Previous research on this show that there are links between perceived trauma/PTSD diagnosis and drug use. Severe trauma experiences and PTSD are often present at a high degree of substance use. The program in this thesis deals with:

- Examine whether there is a connection between adolescents' self-reported trauma experiences and later use of drugs, and compare with the drug use of adolescents who do not report trauma experiences
- Examine whether there is a connection between adolescents' self-reported PTSD-like symptoms and later drug use, and compare with the drug use of adolescents who do not report PTSD-like symptoms

## Findings from the analysis:

There is a statistically significant connection between adolescents' trauma experiences and drug use, both in terms of alcohol and narcotics. Adolescents with a high level of trauma experiences have a higher drug use than adolescents who score low on trauma experiences.

There is a statistically significant association between PTSD-like symptoms and drug use. Adolescents with PTSD-like symptoms score significantly higher on drug use than adolescents with low levels of PTSD-like symptoms.

No statistically significant association was found between PTSD-like symptoms and alcohol use.

# Forord

Jeg kjenner først og fremst på en stor takknemlighet over at jeg har fått muligheten til å fullføre denne masteroppgaven, men samtidig er tanken på hvor utrolig krevende disse årene har vært sterkt tilstede. Jeg har gjennomført 9 eksamener i ulike emner, før jeg tok fatt på masteroppgaven. Under hele studiet har jeg hatt 100 prosent stilling i Bufetat. Men når alt kommer til alt, det har vært verdt det! Faglig påfyll, nye bekjentskaper og en oppvåkning når det gjelder interessen, og forståelsen, for forskning og evidensbasert kunnskap.

Tusen takk til min veileder Einar Leikanger som har hatt hovedansvaret for å gi veiledning på prosjektbeskrivelsen, metode- og analysedelen i oppgaven. Hans faglige kompetanse, innsats og positivitet har vært avgjørende for at prosjektet ble gjennomført.

Takk til Veronica Paulsen som har vært min hovedveileder på oppgaven. Jeg setter stor pris på hennes raske tilbakemelding og bistand i søknadsprosessen. Takk for faglige og konstruktive tilbakemeldinger i innspurten av oppgaven, samt oppmuntrende ros.

Mange takk til min arbeidsgiver Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat), som har gitt meg muligheten til å gjennomføre masterstudiet. Takk for permisjoner i forbindelse med forelesninger, eksamen og skriving av masteroppgaven. En spesiell takk til Elin Ree, som med sin positivitet og raushet, og sitt engasjement for videreutdanning og økt kunnskap i ansattegruppa, har stått på for at jeg kunne gjennomføre. Takk for alle «heiarop»!

Takk til NTNU, HUNT Forskningscenter for bistand under søkeprosessen. Og en spesiell takk til Elin P Sjørgjerd, PhD Seniorrådgiver HUNT forskningscenter og Kirsti Kvaløy, leder for Ung-HUNT, som har veiledet meg under søkeprosessen, og sørget for at viktige dokumenter ble sendt inn slik at prosjektet kunne godkjennes. Jeg er takknemlig for tilgangen på datamateriale som ga meg et spennende og omfangsrikt materiale å jobbe med.

Det har vært mange prøvelser, frustrasjoner og dager hvor jeg ikke kunne finne gode grunner til å gjennomføre studiet. Uten min kjære mann, og hans evne til å motivere og vise forståelse, hadde prosessen blitt langt vanskeligere. Takk, John, for at du stilte opp, leste korrektur, og heiet på meg!

Så må jeg takke Nikolai, sønnen min. Han har vist forståelse (eller, har aldri klaget), over at spisebordet ble benyttet som skrivebord, papir og bøker som lå strødd utover gulvet, og en mor som til tider var helt oppslukt i litteratur og forskning. Takk for at du hørte på når jeg engasjert har snakket om rusforskning og rusens baksider.



# Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	1
Abstract .....	2
Forord.....	3
1 Innledning .....	7
1.1 Litteratursøk .....	10
1.2 Problemstilling .....	10
1.3 Avgrensninger .....	12
1.4 Forskningsetikk .....	12
2 Teoretisk rammeverk .....	14
2.1 Traumer og PTSD-lignende symptomer .....	14
2.2 Traumer/PTSD .....	17
2.3 Rusbruk .....	21
2.4 Sammenheng mellom rusbruk og psykisk helse .....	24
3 Metode .....	28
3.1 Utvalg og datainnsamling.....	28
3.2 Kvantitativ metode .....	29
3.3 Begrepsavklaring.....	30
3.4 Statistiske analyser .....	32
3.5 Reliabilitet/Validitet .....	34
3.6 Tabeller.....	35
3.7 Variabler brukt i oppgaven.....	36
3.8 Omkoding av variabler.....	37
3.9 Analyser .....	37
4 Resultater .....	40
4.1 Profilen til respondentene .....	40
4.2 Respondentens rusbruk .....	42
4.3 Krysstabulering .....	47

4.4 Forekomst av traumeerfaringer .....	52
4.5 Forekomst av PTSD-lignende symptomer .....	53
4.6 Resultat av sammenheng mellom PTSD-lignende symptomer og rusbruk.....	54
4.7 Resultat av sammenheng mellom traumeerfaringer og rusbruk.....	63
4.8 Sammendrag av resultatene.....	81
5 Diskusjon .....	85
5.1 Er det sammenheng mellom tidligere traumeerfaringer/PTSD-lignende symptomer, og senere rusbruk?.....	85
5.2 Hvilke traumeerfaringer/PTSD lignende symptomer har størst sammenheng med rusbruk? .....	91
5.3 Styrker og svakheter.....	93
6 Avslutning.....	95
Litteraturliste.....	96
Vedlegg .....	101
Vedlegg 1 Dataanalyser .....	101
Vedlegg 2 Godkjenning - DPIA.....	116
Vedlegg 3 Godkjenning - REK.....	131
Vedlegg 4 Variabelliste - UngHUNT4.....	135
Vedlegg 5 Spørreskjema - UngHUNT4 .....	136

# 1 Innledning

Denne studien fokuserer på hvorvidt det finnes mer eller mindre forekomst av rusmiddelbruk iblant ungdom som rapporterer om traumeerfaringer/PTSD- lignende symptomer, sammenlignet med ungdom som ikke rapporterer om traumeerfaringer og PTSD-lignende symptomer. Dette undersøkes ved bruk av data fra UngHUNT4.

I forskningen kommer det frem at barn som utsettes for traumer i barndommen er en sårbar gruppe som har økt risiko for å utvikle ulike psykiske vansker i ungdomstiden, og senere i voksenlivet. Spesielt psykiske vansker som depresjon, PTSD, angst og rusproblematikk (Kilpatrick, Ruggiero, Acierno, Saunders, Resnick & Best, 2003). I studien «Adverse Childhood Experiences» (ACE) finner forskerne en tydelig sammenheng mellom belastninger i oppvekst og rusmiddelavhengighet (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz & Marks, 1998). Komorbid rus- og traumeproblematikk/PTSD viser seg å forekomme hyppig blant ungdom med barndomstraumer, og forskning viser at det har en sammenheng med utvikling av rusmisbruk i voksen alder (Khoury, Tang, Bradley, Cubells, & Ressler, 2010; Reed, Anthony & Breslau, 2007). En norsk studie (Lassemo, Sandanger, Nygård & Sørgaard, 2017), viser at det er cirka 22 400 voksne nordmenn som utsettes for hendelser som kan gi traumer hvert år. Det vil igjen si at det er cirka 2500 nye tilfeller av PTSD i befolkningen hvert år.

Flere peker på en sterk sammenheng mellom alvorlige traumatiske hendelser i barndommen, og senere utvikling av PTSD (Khoury, et al., 2010; Mueser og Taub, 2008; Putnam, 2003; Schilling, Aseltine og Gore, 2007). Og denne gruppen har en større sannsynlighet for utvikling av rusavhengighet (*substance use disorder/SUP*) (Nelson, Hetah, Madden, Cooper, Dinwiddie, Bucholz, & Martin, 2002). En annen studie av unge med rusmiddelavhengighet (*substance use disorder*), viser at 50 - 75 prosent har opplevd én eller flere traumatiske hendelser, og 11 – 47 prosent har diagnosen PTSD (Giaconia, Reinherz, Paradis & K, 2003). En studie utført av Choen, Mannarino, Zhitova, & Capone (2003) viser at ungdom som har vært utsatt for traumer har økt risiko for selvskading, seksuell risikotaking og rusproblematikk.

Studien «Ungdom i BUP» (Heradstveit, Skogen, Hetland, Stewart, & Hysing, 2019) viser at ungdommer med traumelidelser drakk mest alkohol av samtlige deltakere i studien. Heradstveit

et al. (2019) påpeker at traumediagnosen PTSD ikke er en vanlig diagnose i BUP, men de så at de som hadde PTSD-diagnose, hadde et høyt alkoholforbruk. Tallene fra studien viser at ungdom med høyest narkotikabruk hadde atferdsproblemer, noe som tyder på at rusproblemer oppstår som en naturlig forlengelse av atferdsvanskene; bryte regler, hyperaktivitet og manglende impulskontroll. Studien viser også at tenåringer som får behandling for psykiske lidelser, tester ut rusmidler oftere enn andre, og har en mer risikabel rusbruk.

De finner videre at ungdom med atferdsvansker, depresjon og traume-lidelser, skilte seg ut ved å i større grad bruke rusmidler på en risikabel måte. Det ble påpekt at blant ungdom flest, hadde rundt 11% prøvd narkotika. Og blant ungdom med atferdsproblemer som barn, hadde 17% prøvd narkotika. Alkohol og narkotika var mer utbredt blant ungdom som hadde vært til behandling/konsultasjon ved BUP i årene før undersøkelsen, enn blant ungdommer flest. Denne gruppen hadde en mer problematisk rusbruk, og 18% av gruppen som hadde brukt narkotika var i gruppen som hadde fått behandling for en psykisk lidelse (mot 9% i normalgruppen på samme alder). Traume-relaterte lidelser viste en klar sammenheng med risikabel rusbruk helt uavhengig av andre faktorer. Og fellestrekket for disse lidelsene er at ungdommene har opplevd noe traumatisk, hvor PTSD er den mest kjente diagnosen. Ungdommer med traumelidelser hadde høyere alkoholinntak enn andre, og de drakk seg oftere full og brukte også i større grad narkotika (ibid).

Studien «Barn i Bergen» (Hiervang, Stormark, Lundervold, Heimann, Goodman, & Posserud, 2007), viser at barn med alvorlige atferdsproblem hadde høyest forekomst av rusproblem/rusbruk. Dette er en longitudinell befolkningsbasert studie med mål om å følge alle barn født i Bergen fra 1993 - 95, fra tidlig skolealder til ungdomstiden, (10 til 14 åringer). Studien sammenlignet atferdsproblem og psykiske vansker, og konkluderte med at atferdsproblem henger sammen med rusproblem i større grad enn psykiske vansker. Det ble estimert at rundt 7% av norske 10-14 åringer tilfredsstillt kriteriene for en psykisk lidelse.

Basert på det som fremkommer i forskningen om betydningen traumer har for senere utvikling av rusproblematikk, fremstår dette som et viktig tema. Økt kunnskap og forståelse kan føre til at samfunnet kan tilby bedre tilpassede hjelpetiltak og igangsette forebyggende tiltak med større treffsikkerhet. Dette kan igjen kan minske risikoen for uheldig bruk av rusmidler blant unge.

Ungdom i aldersgruppen 18 og 25 år står overfor en rekke valg. Valgmulighetene er enorme, og for mange av ungdommene er dette krevende og vanskelig. Og for noen vil det "tilspisse"/toppe seg i denne fasen; de skal stake ut en retning for framtiden og gjøre seg klar for voksenlivet. Ungdom er på lik linje med yngre barn, avhengig av reguleringsstøtte fra sine omsorgspersoner i denne fasen av livet (Anstorp og Benum i Nordanger, 2014, s. 42). For å kunne gi reguleringsstøtte må omsorgspersonene være årvåkne for å oppfatte og sanse ungdommens følelser, og forstå atferden. Den amerikanske forskeren og psykologiprofessoren Jeffrey J. Arnett har gjennom sin forskning på ungdom, identifisert det han mener er en ny overgangsfase fra å være ungdom til å bli voksen (Arnett, 2000, s. 469). Arnett (2000) foreslår en ny utviklingsteori for ungdommer mellom 18 og 25 år; en gruppe som ikke regner seg som ungdommer, men heller ikke er voksne enda, som han kaller "emerging adulthood". Arnett beskriver fasen som en kulturelt konstruert periode, som på tross av sin relativt korte varighet utgjør en svært betydningsfull og avgjørende del av livet (Arnett, 2000, s. 469).

Så hvordan kan voksne støtte ungdoms psykiske utvikling, samtidig som de skal løsrive seg og finne sin egen personlighet og bli regissør i eget liv? Alle barn har behov for en trygg base hvor de kan utvikle seg gjennom å gjøre egne erfaringer på ulike livsområder (Hart, 2011). Dette gjelder også i ungdomstiden. Ungdommene ser ikke alltid hva som er gode og riktige valg for dem selv, og de har behov for trygge voksne som gir veiledning, støtte og anerkjennelse (ibid). Hart (2011) påpeker at erfaringene som gjøres som barn/ungdom skal være både behagelige og utfordrende for å stimulere til utvikling. Utviklingen skjer fra en ytre regulering av voksne, til en indre regulering hos barnet selv. Hvis barna opplever å bli møtt av empatiske voksne, lærer de å bli empatiske selv, ifølge Hart (2011). Og det motsatte kan skje dersom barn opplever omsorgssvikt. Hart (2011) beskriver at barn utvikler seg etter hva omsorgspersonene gjør, og ikke hva de sier. Og jo bedre/tryggere relasjonen og respekten er, jo mer ønsker barnet å imitere den voksnes væremåte.

I ungdomstiden trenger ungdommene at de voksne tilbyr et jevnbyrdig forhold, hvor det veksles mellom å være i ledelse og ta initiativ, og å følge eller avvente ungdommens reaksjoner (ibid). En av de viktigste oppgavene foreldre har under ungdomstiden, er å tilby "containing". Det å være tilstede og ta imot det ungdommen har behov for. Ikke stille så mange spørsmål, men lytte og anerkjenne ungdommens følelser (Killén, 2015). Ungdom som har opplevd alvorlige traumer

i barndommen trenger det samme fra sine omsorgspersoner, som alle andre ungdommer. Den vesentlige forskjellen kan være at ungdom som har opplevd alvorlige traumer, har en sårbarhet med tanke på skjevutvikling (Kvello, 2009). Ifølge Kvello (2016) er de mer utsatt for å utvikle psykiske vansker, adferdsvansker og rusmisbruk. De trenger i større grad enn andre å bli møtt med sensitivitet og anerkjennelse, med fokus på å unngå avvisning og utrygge relasjoner. Det blir vesentlig kunnskap for alle betydningsfulle personene i nettverket til barn med alvorlige barndomstraumer/traumeerfaringer. For ungdom blir det viktig at ansatte i skolen og andre relasjoner, er kjent med utfordringene alvorlige traumer kan føre til.

Oppgaven kan bidra til økt forståelse for sammenhengen mellom barn og unges traumeerfaringer/PTSD-lignende symptomer og rusbruk. Og kunnskapen kan brukes for å målrette tiltak.

## 1.1 Litteratursøk

Målet med litteratursøket er å finne relevant litteratur, data og teori som belyser problemstillingen og forskningsspørsmålene. Den litteraturen jeg tar utgangspunkt i, belyser mulige forklaringer på forekomst og konsekvenser av traumeerfaringer/PTSD-lignende symptomer blant ungdom som bruker rusmidler. Problemstillingen i oppgaven var avgjørende for utvelgelsen av litteratur og artikler. Det ble foretatt søk i:

- Relevant litteratur ble funnet gjennom litteratursøk i følgende databaser: BIBSYS, Web of Science, PubMed og SIRIUS (Statens institutt for rusforskning)
- Jeg brukte søkeordene: «*substance use disorders*», «*substance use*», *Psychological trauma*», «*complex trauma*», *PTSD*».

## 1.2 Problemstilling

Oppgavens problemstilling er basert på forskningslitteratur hvor det finnes flere aktuelle forskningsartikler som beskriver en sammenheng mellom traumer/PTSD og rusbruk. Feletti et. al. (1998) finner i sin forskning, at store belastninger i barndommen fører til forhøyet risiko for

utvikling av rusproblemer senere i livet. Dube, Anda, Feletti, Edwards & Croft (2002), konkluderer med at det er en høy risiko for utvikling av PTSD, og senere rusmisbruk/rusavhengighet, for barn som har vært vitne til vold. Også Fletcher (2003) beskriver en signifikant sammenheng mellom traumeerfaringer og utvikling av PTSD.

Når det gjelder dagens samfunnsutfordringer med tanke på barn og unges psykiske helse og rusbruk, viser en rapport gjennomført av Riksrevisjonen, «Riksrevisjonens undersøkelser for psykiske helsetjenester» (2021), blant annet at psykiske lidelser anslagsvis koster det norske samfunnet omkring 70 milliarder kroner per år. Og at andelen unge med psykiske lidelser øker. Rapporten påpeker også blant annet at:

- mennesker med psykiske helseutfordringer risikerer å ikke få hjelp når de trenger det og heller ikke den anbefalte behandlingen
- ungdom med rus- og psykiske problemer får ikke et godt nok behandlingstilbud
- mange poliklinikker innen psykisk helsevern har ikke nok ressurser, nok kompetanse, et fleksibelt nok behandlingstilbud eller nok tid til koordinering og samarbeid med andre instanser
- Kun en av tre poliklinikker for barn og unge, som behandler ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusproblemer, benytter behandlingsmetoder spesielt rettet mot rusmiddelproblemer i behandlingen.

Opgavens tematikk er aktualisert sett i lys av dagens samfunnsutfordringer med hensyn til bekymring rundt barn og unges psykiske helse og rusbruk. Jeg har valgt følgende problemstilling:

*Er det sammenheng mellom ungdoms selvrapporterte traumeerfaringer/PTSD-lignende symptomer, og senere bruk av rusmidler?*

Forskningsspørsmålene er:

1. *Er det sammenheng mellom tidligere traumeerfaringer/PTSD lignende-symptomer, og senere rusbruk?*
2. *Hvilke traumeerfaringer/PTSD-lignende symptomer har størst sammenheng på rusbruk?*

Det er mange forhold som kan påvirke barn og unges bruk av rusmidler, og begrunnelsen for valg av datamateriale som skal belyse problemstillingen, er at spørsmålene i Ung-HUNT4 undersøkelsen (variablene) indikerer PTSD-lignende symptomer og traumeerfaringer. Andre forhold som kan påvirke barn og unges rusbruk, vil eksempelvis være sosioøkonomiske forhold, mobbeerfaringer, vennskap, hvem de bor sammen med, skole/fritid/jobbb, etc. Årsaken til at disse ikke er valgt, er at oppgaven behandler traumer og PTSD-lignende symptomer, og tar ikke for seg andre forhold som kan påvirke rusbruken blant unge.

### **1.3 Avgrensninger**

I oppgaven er det kun benyttet datamateriale fra Ung- HUNT 4, hvor det er foretatt et utvalg av variabler som kan belyse barn og unges selvrapporterte PTSD-lignende symptomer, traumeerfaringer og rusbruk. Det er avgrenset til data innhentet for perioden 2017 – 2019 (Vedlegg 4 og 5). Samtlige i populasjonen (8066 respondenter) er tatt med i analysene.

### **1.4 Forskningsetikk**

Kunnskap om forskningsetikk er viktig i arbeidet med masteroppgaven. Forskningen skal ikke utsette mennesker for fysisk eller psykisk smerte, og mennesker har rett til integritet og vern mot innsyn i sitt privatliv (Lov om personvern og Lov om helseforskning). Dette hensynet er ivaretatt da datamateriale er innhentet fra en studie som er gjennomført av Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, heretter HUNT. UngHUNT4 (Ungdomsdelen av helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) er gjennomført under strenge krav til forskningsetikk.

Deltagerne ga sitt samtykke ved å besvare undersøkelsen, og den er anonym for alle formål. Det betyr at resultatene fra spørreundersøkelsen ikke kan føre til identifikasjon av enkeltpersoners svar, og det gis ingen tilgang til personalia.

Alle prosjekt som skal ha tilgang til HUNT-data må også ha godkjenning fra Regionale Komiteer For Medisinsk og Helsefaglig forskningsetikk (REK). Det er søkt, og godkjenning er gitt fra REK (se vedlegg 3).



Datafilene ble lastet ned fra en passordbeskyttet fil, og har gjennom hele prosessen blitt oppbevart på passordbeskyttet PC. Samtlige filer og hele datasettet vil bli slettet umiddelbart etter avslutning av oppgaven.

HUNT følger Norges Tekniske Høgskole, heretter NTNU, sine retningslinjer angående bruk av Data Protection Impact Assessment (DPIA). For nærmere beskrivelse se: [Planlegge og gjennomføre helseforskningsprosjekt - Wiki - innsida.ntnu.no](#) NTNU krever DPIA når prosjekt bl.a. skal bruke data fra særskilt utsatte grupper som barn/ungdom. Grunnen til dette er artikkel 35 nr. 3b i personopplysningsloven, der en vurdering av personvernkonsekvenser er særlig nødvendig ved behandling av helseopplysninger, noe datamaterialet fra Ung-HUNT4 vurderes å inneha. Det er innlevert DPIA og dokumentet er godkjent (Se vedlegg 2).

## 2 Teoretisk rammeverk

Teoridelen omhandler ulike teoretiske og forskningsbaserte perspektiver som belyser funnene i denne oppgaven. Den tar for seg definisjoner av begrepene traume og Posttraumatisk Stresslidelse (PTSD), samt teoretiske og forskningsbaserte beskrivelser av ulike konsekvenser PTSD og traumer kan gi.

Videre vil teoridelen belyse ungdoms rusbruk, definere ulike begreper innenfor rusfeltet, og beskrive teoretisk og forskningsbasert kunnskap som omhandler årsak og sammenheng mellom unges rusbruk og traumer/PTSD.

Det vil vises til aktuell forskning og teori innenfor rus- og traumefeltet som vil underbygge funnene i denne oppgavens forskningsdel.

### 2.1 Traumer og PTSD-lignende symptomer

Traumeerfaringer/PTSD-lignende symptomer kan forklares som tilpasningsforstyrrelser. Tilpasningsforstyrrelser er en psykiske lidelser som utløses av belastende livshendelser. Slike tilstander kan også oppstå som en reaksjon på mer normale livshendelser som oppleves som belastende, for eksempel flytting (Helsenorge, 2022). Tilstanden kjennetegnes ved at opplevelsen av en hendelse gjenopples på nytt, og utløser ofte skremmende tanker/mareritt om det som skjedde. Vanlige symptomer er engstelse, irritabilitet, sinneutbrudd og senket stemningsleie.

Den mest alvorlige av tilpasningsforstyrrelsene, er posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Da vil et traume lede til en tilstand med gjenopplevelse av traumet, gjennom intrusjon som for eksempel mareritt og «flashbacks», økt angstberedskap, redusert stemningsleie, konsentrasjonsvansker og søvnproblemer (ibid). Og dette kan føre til unngåelse, som eksempelvis å ikke snakke om det som skjedde, og unngå personer eller steder som minner om hendelsen. Anstorp og Benum, (2014, s.24) peker på at i medisinen benyttes ordet traume om kroppslige skader etter ulykker eller andre fysiske påkjenninger på kroppen, og i psykologisk og fenomenologisk forstand, er traume den opplevelsen enkelte får når de blir utsatt for noe overveldende, som overskrider den

evnen mennesker har til å mestre hendelsen/situasjonen. Følelsene knyttet til hendelsen kan være så vonde og ubegripelige, at personen ikke evner å ta inn over seg følelsene slik at man integrerer det i sin bevisste hukommelse (Anstorp og Benum 2014, s.24). Traumer kan oppleves til verken å være til å bære, eller holde ut. De kan sette spor i våre sinn og relasjoner, i vår evne til å forholde oss til andre, og vår evne til å vise og kjenne på glede. Eksponeres barn for vold i nære relasjoner, kan det bli vanskelig å etablere trygge, stabile og tillitsfulle relasjoner til andre (Kvello, 2009). Minner og tanker om traumene en har blitt utsatt for, kan være vanskelig å håndtere. Og en del barn vil oppleve traumatiske hendelser som kan få alvorlige konsekvenser i barndommen, og senere i livet.

En av de mest alvorlige traumatiske opplevelsene et barn kan oppleve, er å bli utsatt for vold fra sine nære relasjoner, og spesielt fra sine omsorgsgivere (Kvello, 2009). En studie gjennomført av Nasjonalt Kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), (Myhre, Thoresen, & Hjemdal, 2015) viser at blant 16-17 åringer rapporterte om lag en av ti minst ett tilfelle av vold fra omsorgspersoner i løpet av oppveksten. Ca. 2 prosent oppga at de hadde vært utsatt for grov vold (sparket, slått, banket opp). I en kartleggingsstudie, hvor deltakerne er rekruttert fra Barne- og Ungdomspsykiatriske poliklinikker, og har en alder på mellom 10 - 18 år med en populasjon på 511, oppga 47 prosent å ha opplevd én eller flere traumatiske hendelser (Ormhaug, Jensen, Hukkelberg, Holt & Egeland, 2012).

I samme studie rapportere 58,7 prosent om angrep eller alvorlige trusler om vold, utenfor familien. 54,3 prosent om plutselig død, eller alvorlig sykdom hos nær person. Og 36,9 prosent hadde opplevd vold i hjemmet. 32 prosent rapporterte at den verste opplevelsen var å være direkte utsatt for vold, og det å være vitne til vold. 24,5 prosent opplevde at det å være utsatt for vold utenfor hjemmet, var verst. Mens 14,1 prosent svarte seksuelle overgrep. Den samme studien viser at traumatiserte barn sjelden blir henvist til behandling verken for traumer eller PTSD. Og at henvisningene som oftest beskriver symptomene som tegn på depresjon, angst eller ADHD. De så at beskrivelser som kunne ha knyttet symptomene til barnas traumatiske opplevelser, ofte var utelatt. Konsekvensen ble dermed at det enten aldri ble avdekket, eller først ble funnet senere i behandlingen.

Mossige og Stefansen (2016) presenterer kunnskap om vold fra foreldre ved å benytte det empiriske grunnlaget fra den landsrepresentative undersøkelsen blant avgangselever i den videregående skolen, UngVold 2007 og UngVold 2015. Undersøkelsen viser at 21 prosent av ungdommene har blitt utsatt for minst ett tilfelle av vold fra sine omsorgspersoner, én eller flere ganger. 23 prosent oppga at de hadde vært utsatt for seksuelle krenkelser. Denne studien viser også at det å bli utsatt for grov seksuell vold, har en forhøyet risiko for ungdom fra ressurssvake familier med lav økonomisk status, og der foreldrene ofte er beruset. Det påpekes en tydelig kobling mellom rusbruk og utsatthet for vold, der unge som har foreldre med alkoholproblemer, har større risiko enn andre unge. Disse studiene viser at opplevelser med ulike typer av traumer, forekommer relativt hyppig blant barn og unge i Norge. Både når det gjelder normalpopulasjon og barn/ungdom som er under behandling ved BUP.

I en metaanalyse (gjennomgang av litteratur/forskning som finnes på temaet barns utvikling av PTSD sett i lys av traumatiske hendelser), gjennomført av Fletcher (2003), påpekes en sammenheng mellom eksponering av traumatiske hendelser, og utvikling av PTSD. Studien viser at 36 prosent av barna som ble eksponert for ulike typer traumer, fikk diagnosen PTSD. Og i den kliniske studien utført av Ormhaug, et al. (2012), fikk 59 prosent av barna en skåre på rapporterte traumatiske hendelser, som tilsa et nivå på symptomer over den kliniske grensen for diagnosen PTSD. Studien viser at det var særlig barn som var utsatt for seksuelle overgrep, som skåret over den kliniske grensen for diagnosen PTSD. Tallene viste også at jo flere traumehendelser de var utsatt for, jo høyere symptomnivå på PTSD hadde de.

I studien til Ormhaug et al., (2012), fant de at i 37,7 prosent av henvisningene til BUP, hvor barna skåret over klinisk grense på PTSD, var traumatiske hendelser utelatt. Disse funnene støttes av Reigstad, Jørgensen & Wichstrøm (2006), som gjennom sin undersøkelse av 129 ungdommer som gikk i behandling i BUP, fant at 60,2 prosent rapporterte å ha vært utsatt for fysisk mishandling eller seksuelle overgrep. Blant disse var det imidlertid kun 1,6 – 1,9 prosent som hadde fått diagnosen seksuelt misbrukt og 0,4 prosent av ungdommene hadde fått diagnostisert at de hadde vært utsatt for vold. Denne forskningen viser en diskrepans mellom barn og unges opplevelse av vold og overgrep, og andelen som blir fanget opp av BUP/hjelpeapparatet. Denne diskrepansen kan få alvorlige konsekvenser, som feildiagnostisering og feilbehandling, samt økt risiko for økt rusbruk.

I Sverige ble det gjennomført en omfattende studie av vold mot barn og unge (Jernbro og Janson, 2016). Studien viser at rundt 24 % av deltakerne hadde blitt utsatt for minst ett tilfelle av fysisk vold. For 14 % av respondentene var utøver en av foreldrene. For psykisk vold, rapporterte rundt 15,4 % av respondentene at de var utsatt for «psykisk mishandling» noen ganger, og 6.1 % mange ganger. 11 % rapporterte at dette var fra en av deres foreldre. Tallene for omsorgssvikt er betydelig lavere, hvor 6 % rapporterte å ha vært utsatt for en form for omsorgssvikt. 14 % av respondentene rapporterte å ha vært vitne til vold mellom voksne i familien.

## **2.2 Traumer/PTSD**

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) defineres i ICD-10 av World Health Organization (WHO), som en tilstand som «Oppstår som forsinket, eller langvarig reaksjon på en belastende livshendelse eller situasjon (av kortere eller lengre varighet) av usedvanlig truende eller katastrofal art, som mest sannsynlig ville fremkalt sterkt ubehag hos de fleste» (WHO, gjengitt i kodeverket ICD10 av Folkehelseinstituttet, 2022). Ifølge Nordanger (2014, s.45) kan man forstå det som at reguleringssystemet har fått et tilbakeslag, og ikke klarer å bestemme over alarmsystemet.

Symptomer på tilstanden er ifølge WHO (Folkehelseinstituttet, 2020) gjentatte gjenopplevde minner, drømmer eller mareritt, distansering fra andre mennesker, følelsesmessig avflating, ingen respons på omgivelsene, unngåelse av situasjoner som kan minne om traumet, forhøyet alarmberedskap, økt vaksomhet, skvettenhetsreaksjon og søvnløshet. For å oppfylle kriterium for PTSD i henhold til diagnosemanualen DSM-IV, må personen ha 1) opplevd en traumatisk hendelse eller stressor, 2) gjenopplevelse av traume, 3) unngåelse og 4) økt fysiologisk respons. Og for at diagnosen PTSD skal stilles må personen skåre på minst ett kriterium for gjenopplevelse, minst tre kriterier for unngåelse og minst to for økt fysiologisk respons. Tilstanden må i tillegg ha vedvart i minimum en måned, og ført til funksjonsnedsettelse (American Psychiatric Association, 1997). PTSD ble tidligere oppfattet som en angstlidelse og også sortert under samme kapittel som angst i ICD-10. I ICD-11 sorterer PTSD under en ny kategori; stresslidelser (Folkehelseinstituttet, 2022).

Når man snakker om traumer skilles det gjerne mellom type I-traumer, som er uventede traumatiske enkelthendelser, og type II-traumer/komplekse traumer, som er repeterte traumatiske hendelser (Folkehelseinstituttet, 2002). Disse to traumetyperne er ofte kumulative og kombinerte (Stien og Kendall, 2004). Komplekse traumer defineres som skader etter vedvarende og gjentatte handlinger utført av viktige omsorgspersoner (Anstorp og Benum, 2014). I denne oppgaven er det valgt å ikke skille mellom type I og type II-traumer, men omtale traumer som traumeerfaringer, og PTSD som PTSD-lignende symptomer.

Hensikten med oppgaven er ikke å vurdere om det er en forskjell mellom type I og II traume og ungdoms rusbruk, men å si noe om sammenhengen mellom ulike traumer og ungdoms rusbruk. Det er likevel viktig å påpeke at kompliserte traumer/type-II traumer ofte gir en mer komplisert stressreaksjon enn ved type I-traumer, og fører i større grad til reguleringsvansker og atferdsvansker, spesielt dersom traumene oppleves i tidlig barndom (Kvello, 2016).

I den senere tid har det kommet stadig mer kunnskap som viser at barn med dårlige oppvekstvilkår, kan få alvorlige konsekvenser. Det stilles ikke lenger spørsmål om oppvekstvilkår kan ha negative konsekvenser for barns utvikling, men hvilke risiko- og beskyttelsesfaktorer som har dempende eller forsterkende effekt (Kvello, 2006). Killén (2015) poengterer at av ulike former for omsorgssvikt er det fysisk mishandling, seksuelt misbruk, emosjonell trakassering og neglisjering som er de mest alvorlige. De kan føre til at barnet blir traumatisert, og derved ha økt risiko for å utvikle skjevutvikling som fysiske og psykiske vansker. ACE-studien som ble gjennomført av Felitti et al. (1998) viste blant annet at de som har opplevd emosjonell vold, fysisk vold, seksuelt misbruk, neglisjering, rusmisbruk, psykiske vansker i familien, vold mot mor, fengsling, bare ha en forelder, har 4600 prosent økt risiko for å utvikle rusmisbruk (gutter), og 460 prosent økt risiko for å utvikle depresjon, sammenlignet med de som har ingen rapportering på disse opplevelsene.

Putmans (2006) forskning viser at barn som har opplevd overgrep og vold har 3 til 5 ganger økt risiko for å utvikle depresjon og 12 ganger økt risiko for å utføre selvdrapforsøk. Samme studie viser at tenåringer som har opplevd fysisk mishandling har 6 til 12 ganger større risiko for å utvikle rusmisbruk, de som har opplevd seksuelt misbruk har 18 til 21 ganger større risiko for å utvikle rusmisbruk, sammenlignet med de som ikke rapporterer om å ha opplevd disse

hendelsene. Putman påpeker at omsorgssvikt som fysisk mishandling, seksuelt misbruk og emosjonell trakassering, har klar sammenheng med utvikling av rusmisbruk, og at risikoen øker når respondentene rapporterte om at de var utsatt for flere former for omsorgssvikt.

En norsk studie gjennomført av Lassemo, et al. (2017), viser at cirka 22.360 voksne hvert år utsettes for situasjoner som kan gi traumer, og at nær 2.500 nye tilfeller av PTSD oppstår i befolkningen hvert år. I befolkningen generelt, vil cirka 1-12 prosent kvalifisere for en PTSD-diagnose i løpet av livet, og forekomsten er høyere for kvinner enn for menn (Skogstad, et al., 2011). Det er kun et fåtall av de som blir utsatt for potensielt traumatiske hendelser som vil utvikle en PTSD. De fleste som eksponeres for alvorlige stressbelastninger vil ikke utvikle PTSD, og mellom 62 og 92 prosent av de som får diagnosen PTSD, har andre psykiske lidelser i tillegg (ibid).

Feletti et. al. (1998), finner i sine studier at det er langt større risiko for å bli traumatisert når 1) barn og unge blir utsatt for hendelsen i barndom og oppvekst, 2) når de traumatiske hendelsene skjer av barnets omsorgspersoner, og 3) når de er gjentatte og kroniske, sammenlignet med når dette ikke er tilfelle. Den samme studien viser en overrepresentasjon av personer som har vært utsatt for komplekse traumer innen rusfeltet. Når man ser disse studiene i sammenheng med resultatene fra NOVAs undersøkelse, som er basert på en landsrepresentativ undersøkelse blant avgangselever i videregående skole; *Vold og overgrep mot barn og unge/UngVold 2015* (Mossige og Stefansen, 2016), som viser at 21 prosent av ungdommene som deltok i undersøkelsen har opplevd fysisk vold fra minst én forelder i løpet av oppveksten, 8 prosent rapporterte at de har vært vitne til vold og 23 prosent har opplevd minst én form for seksuell krenkelse i løpet av oppveksten, kan det antas at det finnes mange ungdommer som har stor risiko for utvikling av psykiske lidelser og rusmisbruk.

Tilknytning sett i lys av et utviklingspsykologisk perspektiv, har bidratt til økt forståelse for betydningen av trygg tilknytning, følelsesregulering og samspill som bidrag til styrking eller underutvikling av nevrologiske forbindelser i hjernen (Hart, 2009). Resultatet av en underutviklet nevrologisk forbindelse i hjernen, kan føre til en varig beredskapsmodus hos personen, som igjen kan føre til, og vises i form av, tilknytningsvansker og uregulerte følelser. Hart (2009) påpeker at det kan se ut til at barn som har vokst opp under omsorgssvikt og vold fra

nære relasjoner, har en underutviklet hjerne. Og alvorlig omsorgssvikt i tidlig alder, er spesielt sårbart for utvikling av grunnleggende trygghet, og barnets forhold til seg selv og andre. Barn er avhengig av tilknytning og trygge emosjonelle bånd til nære omsorgsgivere, som hjelper barnet med fysiologisk, atferdsmessig og følelsesmessig regulering, for å kunne utvikle seg optimalt (Bowlby, 1951).

Gjennom at barnet erfarer trygge sosiale relasjoner, utvikler det hensiktsmessige strategier for håndtering av stress og relasjonelle utfordringer. Og når omsorgspersonene til barnet har evne til å benevne barnets indre tilstand og dets følelser, bidrar det til å integrere nevralt nettverk som fører til barnets utvikling og evne til selvregulering, språk og forstå egne følelser (Hart, 2009). Og motsatt, dersom barn blir utsatt for alvorlige traumer, som kan holde barnet i konstant beredskapstilstand, gjennom at hjernens alarmsystem blir overstimulert, kan det føre til stress og ubehag. Når amygdala og deler av det limbiske system blir aktivert fører det til økt utskillelse av stresshormoner og sensitivering av nevralt nettverk. Det setter personen i angst-/frykt-/faremodus (alarmberedskap), og mobilisere kroppen til selvforsvar (Stien og Kendall, 2004). Når hjernen settes i alarmberedskap over tid, og i lange perioder, vil det gå på bekostning av andre deler av hjernens utvikling (de kortikale områdene). Dette kan i neste omgang virke hemmende på utvikling av resonnering, språk og planlegging (Hart, 2006).

Belønningssystemet i hjernen er viktig for læring, og transmittersubstansene dopamin og serotonin setter hjernen i stand til å utvikle en bevisst vurdering og planlegging gjennom utvikling av prefrontal korteks. Hvis informasjonsprosesseringen i hjernen er dysregulert og hjernen er i «falsk» alarmberedskap, kan det føre til at transmittersubstansene serotonin, dopamin og adrenalin aktiviseres unødvendig for å aktivere overlevelsesmodus, som igjen overstimulerer Amygdala. Dermed reduseres utviklingen av prefrontal korteks, og den kognitive utviklingen som eksempelvis evne til å resonnerer, tenke, vurdere konsekvens og planlegge (ibid). På den måten kan personer som har opplevd traumer og har vært i overlevelsesmodus i stor grad, falle utenfor i samfunnet på grunn av manglende relasjoner, skolegang, etc. Som igjen vil kunne føre til en sårbarhet med tanke på å ruse seg og oppsøke rusmiljø, blant annet (Lossius, 2011).

Nyere forskning har gitt en større innsikt om hvordan traumatiserende hendelser påvirker hjernens utvikling og fungering. Nevrobiologisk forskning viser ifølge Nordanger (2014, s.40-



42) at når barn blir traumatisert, kan det føre til at hjernens utvikling og evne til å regulere affekt ikke utvikles best mulig. Nordanger (2014, s.40) påpeker at traumatiseringen er særlig skadelig i ung alder, fordi det er i de første leveårene hjernen er mest påvirkelig. Og de delene av hjernen som blir stimulert i ung alder er de delene som vil utvikle seg. Og motsatt; de delene som ikke blir stimulert vil ikke utvikle seg (Nordanger, 2014, s.40). Hjernens «infrastruktur», som Nordanger betegner det, blir etablert på denne måten, og de etableres i de første leveårene.

Barn som i tillegg blir traumatisert av sine nære omsorgspersoner kan få en dobbel belastning, når de som egentlig skal gi omsorg og trygghet, er de som påfører traumene. «Barnet blir da satt i en tilstand av intens affekt, uten forutsetninger for å regulere affekten ned på egenhånd, og også uten støtte fra noen andre til å klare det» (Nordanger (2014, s.46). Utviklingstraumer forklares som kombinasjonen av vedvarende komplekse traumer og mangelen på reguleringsstøtte (Nordanger, 2014, s.46). Utviklingstraumer kan føre til at hjernen under- og skjevutvikles, som kan sette personen i alarmberedskap med fokus på overlevelse. Dette kan føre til en uferdig indre struktur, som igjen kan sette personen i «hyper- og hypoaktivering» i ulike situasjoner hvor dette ikke er hensiktsmessig. Nordanger beskriver at hyperaktivering øker aktivitet i hjernen, og kroppen settes i stand til å forsvare seg, eller komme unna de truslene som personen opplever. Ved en hypoaktivering reduseres derimot aktivitet i både hjerne og kropp, og personen kan bli handlingslammet (Nordanger, 2014, s.46-47). Når ungdommens hjerne er i alarmberedskap over tid kan det føre til skjevutvikling, som eksempelvis atferdsvansker og rusproblemer. Kunnskap om utvikling av hjernen, og traumers påvirkning i barndom gir dermed et nyttig perspektiv i å forstå atferden til ungdom (ibid).

## **2.3 Rusbruk**

Ruslidelse innebærer tre ulike begrep; 1) avhengighet, 2) misbruk og 3) skadelig bruk, hvor avhengighet regnes for å være den mest alvorlige (Helsedirektoratet, 2012). Det kan være krevende å skille mellom disse tre kategoriene i praksis, og i denne oppgaven er det forekomst av rusbruk blant unge som er en del av studiet og ikke ruslidelse. Rusmiddelavhengighet defineres i diagnosemanualen ICD-10, som en psykisk lidelse hvor personer inntar rusmidler til tross for kjennskap til de skadelige effektene ved inntak (Verdens Helseorganisasjon, 1992). Diagnosen

kjennetegnes av 1) manglende kontroll over inntak, 2) toleranseutvikling (behov for økt dosering av rusmidlet for å oppnå samme effekt) og 3) abstinenssymptomer når man ikke inntar rusmidlet. Når det er snakk om rusmiddel, innbefattes; alkohol, vanedannende legemidler, og ulovlige rusmiddel/narkotika som blant annet cannabis, amfetamin, heroin, kokain, MDMA m.fl. (ibid).

Mange rusavhengige har store utfordringer i hverdagen, og beskriver at det ikke er lett å forstå egne følelser og hvorfor de velger som de gjør (Lossius, 2011). Rusavhengige beskriver ofte et komplekst bilde hvor rusmidlet kamuflerer og forsterker symptomene på andre lidelser, noe som vanskeliggjør avdekking av årsaksforholdene og se sammenhengen mellom rusbruk og traumer (ibid). Duba et al. (2002) sin studie; *Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult*, viser at psykososiale belastninger i oppveksten gir økt risiko for rusbruk, somatiske sykdommer, psykiske lidelser og tidlig død. ACE-studien (Feletti, et. al., 1998) viser at det å bli eksponert for fysiske og seksuelle overgrep, samt å være vitne til vold, øker risikoen for utvikling av en PTSD-diagnose, rusmisbruk/avhengighet og depresjon.

Ungdomstiden er en periode i livet hvor en er spesielt sårbar for å utvikle rusproblemer. Kvello (2006) peker på at en tidlig rusdebut er forbundet med økt risiko for utvikling av psykiske vansker og rusproblemer. Det finnes ingen enkeltfaktorer som alene kan forklare utviklingen av rusmiddelproblematikk (ibid). Normalbruk av alkohol kan utvikles til et risikofylt forbruk av alkohol og andre rusmidler, og i verste fall misbruk og avhengighet. Faren for å utvikle et rusmiddelproblem, kan ikke generaliseres, men vurderes i den enkeltes situasjon, hvor det ses på beskyttelses- og risikofaktorer (ibid).

I 2020 ble det registrert 324 narkotikautløste dødsfall (overdose) i Norge, som er det høyeste tallet siden 2001 og 49 flere enn i 2019. Det ble registrert 386 alkoholutløste dødsfall i Norge (Folkehelseinstituttet, 2022). Amerikanske tabloider skriver at det er flere som dør av overdose enn av bilulykker og skytevåpen i USA, og i løpet av ett år døde 90 000 av overdose i USA (Felitti, et. al., 1998). Tall fra Folkehelseinstituttet (2022) viser at i Norge bor det ca. 90 000 barn av rusmisbrukere, noe som vil si at det finnes rundt 250 000 personer som er direkte eller indirekte rammet av rusmisbruk. En annen studie viser at 50- 90 prosent av de med ruslidelse har barndomstraumer fra egen oppvekst (Felitti, et. al., 1998).

Folkehelse rapporten fra 2018 viser at nordmenn i alderen 15 år og eldre, drikker i gjennomsnitt syv liter ren alkohol per år (Folkehelseinstituttet, 2018). Data fra Den europeiske skoleundersøkelsen «*European School Project On alcohol and other drugs*» (ESPAD), viser at det i perioden 1999-2015 var en nedgang i 15-16-åringers bruk av alkohol. Undersøkelsen viste en nedgang både i tallet på de som har drukket alkohol én eller flere ganger de siste 12 månedene, og de siste 30 dagene (Folkehelseinstituttet, 2017). Når det gjelder bruk av ulovlige rusmidler rapporterer cirka 7 prosent av 15-16-åringene å ha brukt cannabis én eller flere ganger (Folkehelseinstituttet, 2017). Mellom 4 og 7 prosent i aldersgruppen 16-34 år, rapporterer å ha brukt sentralstimulerende stoff i form av kokain, amfetamin eller ecstasy/MDMA én eller flere ganger (ibid).

Bakgrunnshistoriene til rusavhengige viser stort sett de samme risikofaktorene. Men reaksjonene på, eller konsekvensene av, risikofaktorene kommer ulikt til uttrykk (Johannesen, 2009). Gutter er mest risikoutsatte de første ti leveårene, mens jenter er mest sårbare i tenåringstiden. Utagerende atferd finnes hyppigst hos gutter gjennom kriminalitet, rus og skoleopposisjon. Mens depresjon og psykosomatiske plager er hyppigst hos jenter. Jenter som er involvert i antisosial atferd, får i større grad andre tilleggsproblemer (ibid). Johannesen påpeker at risikofaktorer virker forskjellig og påvirker oss ulikt. Hun sier videre at det antas at jo flere belastninger barn og unge utsettes for, desto sterkere er intensiteten og desto større er risikoen for skjevutvikling. Det samme gjelder når det er snakk om varigheten; jo lengre belastningene varer, desto mer øker sannsynligheten for et liv med store utfordringer. Johannesen påpeker også at det finnes kunnskap som bekrefter at barn og unge mestrer hverdagen til tross for store risikofaktorer. Resiliensforskning viser at barn og unge greier seg mot alle odds, og mestrer tilværelsen til tross for at de er utsatt for mange risikofaktorer, som for eksempel barn med ulike traumeerfaringer.

Kvillo (2006) påpeker at viktige beskyttelses- og risikofaktorer med tanke på utvikling av rusmiddelmissbruk kan være høy/lav sosial status, rikdom/fattigdom, arbeid/arbeidsløs, trygt bomiljø/bomiljø med høy toleranse for rusmisbruk og kriminalitet, familieforhold, oppdragerstil, sosiale problemer og skolegang (grad av tilpasning). Han sier videre at personlighet og egenskaper ved barnet vil være viktige faktorer, som eksempelvis robusthet, evne til følelsesregulering, tilknytningsevne og sosialisering. En utrygg tilknytning, kan gi økt risiko for å utvikle rusmiddelproblemer. Enkelte barn og unge er mer risikosøkende enn andre, og

tiltrekkes av spenning og opplevelser med høy grad av risiko. Dette kan igjen være en risikofaktor for utprøving og eksperimentering med rusmidler. Psykiske lidelser som eksempelvis depresjoner og angstlidelser, aggressivitet og PTSD, er betydelige risikofaktorer for utvikling av rusmiddelmisbruk (ibid). Egne holdninger og verdisyn, som positiv holdning til narkotika og alkohol, samsvarer med eget forbruk, og forskning viser at barn med ADHD-diagnose har fem ganger så stor risiko for bruk av rusmidler, som andre barn (ibid). Forekomsten av rusproblemer er signifikant høyere hos de med schizofreni, affektive sykdommer, personlighetsforstyrrelser, PTSD og spillavhengighet (Agledal m.fl., 2006).

Rusproblemer hos foreldre, eller omsorgspersonene, utgjør en stor risiko for barns utvikling av rusproblemer (Kvello, 2006). Ruspåvirkning kan føre til en manglende sensitivitet i samspillet mellom foreldre og barn, noe som kan gi alvorlige konsekvenser som; psykiske vansker, atferdsproblemer, sosialiseringsvansker og tilknytningsvansker, og som utgjør en risiko for utvikling av rusproblemer senere i livet (ibid).

## **2.4 Sammenheng mellom rusbruk og psykisk helse**

Sammenhengen mellom rusbruk hos ungdom og psykisk helse, kan forstås på mange måter. Gråwe (2016) påpeker at psykiske vansker er en risiko for rusmisbruk, samtidig som at rus er en risikofaktor for å utvikle psykiske vansker. Både rusbruk og psykiske vansker kan begge være smerteuttrykk som kommer av bakenforliggende faktorer, som for eksempel barndomstraumer. Gråwe (2016) påpeker at en del av ungdommene som opplever psykiske vansker, vil bli sårbare for bruk av rusmidler som selvmedisinering, hvor rusmidler trolig benyttes som en maladaptiv mestringsstrategi. Denne strategien kan føre til at ungdom kommer inn i et mønster hvor et økende rusbruk fører til større psykiske vansker, og/eller økende psykiske belastninger fører til økende rusbruk (ibid).

Khantzian (1997) skriver at samtidig rusavhengighet/rusproblematikk, og det å ha opplevd traumer, kan forklares med selvmedisineringshypotesen. Selvmedisineringshypotesen tar utgangspunkt i at traumet oppstår forut for rusproblematikken, og at rusen blir brukt for å greie å håndtere ulike reaksjoner og symptomer relatert til barndomstraumer. Han hevder at rusen fra de

ulike rusmidlene kan dempe ulike følelsestilstander, og på den måten være en adaptiv reaksjon på håndtering av traumatiske opplevelser.

Flere rusavhengige beskriver en umiddelbar positiv opplevelse ved inntak av rusmidler, ved at traumesymptomene minker. Og at det som skjer med kropp og hjerne ved rusinntak, er en avgjørende faktor for rusmisbruket (Lossius, 2011). Rusinntaket fører til at sentralnervesystemet påvirkes gjennom at transmittersubstanser manipuleres og utskilles i økende grad. Og den viktigste transmittersubstansen ved rusbruk, som er dopamin, fører til økt velvære, selvtillit, økt psykomotorisk tempo og glede (ibid). Lossius (2011) sier videre at når det gjelder alkoholbruk utløses transmittersubstansen GABA. GABA gir en dempende virkning på hjernens aktivitet, noe som kan regulere og dempe angstfølelsen. Hun påpeker at ulike rusmidler virker ulikt på belønningssystemet vårt, og at rusen kan virke som selvmedisinering eller kompensering av mangler ved egen utvikling som; regulering av uhåndterlige situasjoner, fylle følelsesmessige tomrom og dempe fysisk og psykisk smerte, eller styrke eget selvbilde.

Rus kan fungere som en mestringsstrategi i forhold til reguleringsvansker, som tankekjør, overveldende følelser og kroppslig ubehag (Felitti, et.al., 1998). Når både komplekse traumer og rusbruk aktiverer hjernens og kroppens overlevelsesmodus, fører det til at nevralt forbindelser mellom følelser (Amygdala) og tanker (prefrontal korteks) nedprioriteres og svekkes. Det kan dermed oppleves som en begrenset kontakt mellom tanker, følelser og miljøet en befinner seg i/lever i, og en svekket forståelse av seg selv, og det å forstå det som skjer i relasjonene og forpliktelser en har rundt seg, ifølge Lossius, (2011).

Hos voksne viser studier at det er en betydelig overlapp mellom rusproblemer og psykiske helseproblemer, og nesten 50 prosent av personer med ruslidelser har minst én psykisk lidelse (Kessler 2004). Donovan (2004), peker på personlighetsmessige faktorer og atferdsmessige risikofaktorer, som synes å ha betydning for tidlig rusdebut. Studien fant en sterk sammenheng mellom personlighet, skolevansker, generell spenningssøken, impulsivitet, og tidlig rusdebut. Kvello (2006), påpeker blant annet at personer med vanskelig temperamentsstil og utrygg tilknytningsstil, viser seg å ha økt sårbarhet og være i risikozonen med tanke på utvikling av rusproblemer. Han viser til at atferdsproblemer synes å være en særlig viktig risikofaktor. Donovan (2004) finner i sin studie at atferdsproblemer er en av de hyppigst rapporterte risikofaktorene for å begynne med rus i ungdomsårene.

Kvello (2006) fremhever betydningen av beskyttelsesfaktorer som kan hemme utviklingen av rusproblemer. Her nevnes god familietilhørighet, foreldreinvolvering, trygg tilknytning, god emosjonsregulering og gode sosiale ferdigheter, som viktige beskyttelsesfaktorer. Han påpeker samtidig at det er bare noen få som utvikler alvorlige rusproblemer, og at resiliensfaktorer viser seg å ha avgjørende betydning for sammenhengen mellom traumeerfaringer og rusproblem. Han sier videre at det finnes ulike veier inn i rusproblematikk, så selv om antall traumer er avgjørende, kan sosial utenforskap føre til rusproblemer uten traumeerfaring, og atferdsvansker kan føre til rusproblemer uten traumeerfaringer.

Ungdata-tall fra 2021 (populasjon; 140 000 ungdommer fra ungdomsskole/videregående, fra 209 ulike kommuner), viser at omfanget av rusmidler har gått ned (må ses i forhold til at dette året var preget av pandemien Covid-19). Det var størst nedgang blant gutter på videregående skole (Bakken, 2021). Den samme undersøkelsen viser at alkohol er det vanligste rusmiddelet blant ungdom, hvor 33 prosent rapporterer å ha vært beruset en eller flere ganger det siste året.

Bruken av cannabis økte fram til midten av 2010, men tallene for 2020 og 2021 viser at det ikke tyder på noen videre økning, og i 2021 er det en liten nedgang. Blant gutter på Vg3 har 24 prosent brukt cannabis i løpet av det siste året. Ungdata-tallene har over en lengre periode registrert en økning i forekomst av selvrapporterte psykiske plager blant ungdom; mellom 22 og 30 prosent hos jentene, og mellom 7 og 14 prosent hos guttene. Og prosentandelen stiger med alderen. Tallene fra 2020 viste en liten nedgang, mens tallene fra 2021 viser igjen en økning, men bare blant jentene på ungdomstrinnet (29 prosent på 10. trinn). Andre grupper er stabile (ibid).

Van der Kolks (2005) forskning på «*Development Trauma Disorders*» viser funn som tyder på at årsaken til at personer med traumeerfaringer ruser seg oftere enn de uten opplevd traume, kan forklares på flere måter. Og studien finner at overlapping av reguleringsvansker utpeker seg som en viktig årsak til at personer ruser seg, og spesielt innen følgende områder; 1) Følelses- og selvregulering, som; problemer med å roe seg ned, nedstemthet, hypersensitivitet for stimuli, hyppige følelsesomskiftninger, forsinket motorisk utvikling, søvn- og spiseforstyrrelser, manglende forståelse for egne følelser 2) Regulering av oppmerksomhet og atferd, som; trusselorientert, feiltolkninger, sosial usikkerhet, mistillit, impulsivitet og risikosøkende, 3)

Sosioemosjonell fungering, som; følelse av skam, lav selvfølelse, tilknytningsvansker, overopptatthet av beskyttelse og frykt for avvisning.

Feletti et. al. (1998) finner resultater i sin forskning som underbygger påstander om at det er en sammenheng mellom opplevde traumer og rusbruk. Studien viser at det er økende grad av rusmisbruk fra det å ha opplevd en enkeltstående rystende opplevelse, i forhold til å vokse opp i et kontinuerlig belastende og traumatiserende miljø med vold og omsorgssvikt. Den samme studien har sett på omsorgssvikt, vold og dysfunksjon i familien (pluss flere undergrupper). Resultatet viser at åtte prosent hadde hatt minst fire typer belastninger, og summen av belastninger i barndommen var avgjørende for risikoen for skjevutvikling. De som hadde mange typer og underkategorier av belastninger, hadde stor risiko for helseutfordringer og rusproblem. Studien konkluderte med at barndomsbelastninger har stor betydning for utvikling av traumer.

Hovedtrekkene i forskningen som er beskrevet i denne delen av oppgaven viser at det er ulike forståelser av sammenhengen mellom traumeerfaringer/PTSD og rusbruk. Kvello (2006) påpeker viktigheten av barndomstraumer og beskyttelsesfaktorer. Mens Donovan (2004) viser til økt risiko med tanke på rusproblematikk, for personer som har atferdsvansker og er impulsstyrt. Gråwe (2016) og Khantzian (1997) fokuserer på at rusbruk kan ses på som en form for selvmedisinering. Lossius (2011) påpeker viktigheten av rusens funksjon, og hvordan rusmidler påvirker hjernens utvikling. Hun er opptatt av ulike risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer med tanke på hvem som er mest utsatt for å utvikle et problematisk rusbruk. Johannesen (2009) påpeker viktigheten av resiliensforskning, som sier noe om barn og unge som greier seg mot alle odds, og mestrer tilværelsen til tross for at de er utsatt for mange risikofaktorer, som eksempelvis barn med ulike traumeerfaringer.

## 3 Metode

### 3.1 Utvalg og datainnsamling

Oppgavens empiri består av datamateriale i ungdomsdelen av helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, Ung-HUNT4. Forskingen baserer seg på data som allerede eksisterer. Det ble først tatt kontakt med NTNU HUNT Forskningscenter v/Kirsti Kvaløy, som er leder for Ung-HUNT, for å undersøke om muligheter for tilgang på variabler fra Ung HUNT4. Det ble deretter tilsendt en oversikt på variabler det kunne søkes om tilgang til: <https://hunt-db.medisin.ntnu.no/hunt-db/>., og etter en vurdering av variablene som kunne benyttes, ble det konkludert med at eksisterende data ville være tilstrekkelig for å belyse det oppgaven skulle undersøke.

Det ble sendt en formell søknad gjennom HUNT sin portal: <https://hunt-db.medisin.ntnu.no/hunt-db/>. Prosjektet ble godkjent av HUNTs Data Access Committee, og det ble inngått en avtale med påfølgende datautlevering.

HUNT4 er en befolkningsundersøkelse som samler data ved bruk av spørreskjema. Populasjonen i Ung-HUNT4 er ungdom mellom 13-19 år, fra gamle Nord-Trøndelag fylke. Undersøkelsen ble gjennomført i tidsrommet 2017-2019. Det ble gjort en ekstra innsats for å få med lærlinger og de som er utenfor skolesystemet. Resultatene er basert på alle ungdommer som deltok i Ung-HUNT4, dvs. skoleelever i grunnskole og videregående skoler i alderen 13-19 år, inkludert lærlinger. Ungdommer som var utenfor skolen, hadde veldig lav deltagelse. Det vil nødvendigvis medføre at det ikke er mulig å si noe om den andelen som ikke deltok. Hvorvidt det er systematiske forskjeller mellom deltakere og de som ikke deltok er ubesvart. Men det er grunn til å anta, slik det er vist i tidligere HUNT studier, at det kan være en skjevhet i utvalget.

Konsekvensen kan være at det blir tegnet et bilde av befolkningen som er noe mer helsemessig positivt enn det som ville vært tilfelle om alle hadde deltatt (HUNT forskningscenter, 2022).

Deltagerne fikk tilsendt spørreskjema hvor de ble bedt om å svare på 113 spørsmål.

Spørreskjemaet har variabler som kan indikere traumer/PTSD-lignende symptomer, og rusbruk hos ungdom. Spørreundersøkelsen er basert på selvrapporing. 78 % av elevene på ungdomsskolene deltok, 79 % fra videregående skole, 10 % utenfor skoletilbud og 40 % av



lærlinger deltok i undersøkelsen. Det vil si i alt 8066 deltagere, hvor 75 % av den inviterte aldersgruppen var mellom 13 og 19 år.

## **3.2 Kvantitativ metode**

Det er benyttet kvantitativ metode i undersøkelsen. Datainnsamlingen er foretatt av HUNT, og er gjennomført som spørreskjema. Kvantitative metoder er forskningsmetoder som benytter tall og det som er målbart. Resultatene kan ofte vises som statistikker fremstilt i form av tabeller og grafer. Ved hjelp av beskrivende statistikk og sannsynlighetsteori kan data analyseres, og gjøre rede for omfanget av fenomener, årsakssammenhenger eller teste hypoteser (Grønmo, 2004). Fordelen ved å bruke kvantitativ metode er først og fremst muligheten for å generalisere til en større populasjon enn selve utvalget. Dette gir breddekunnskap og mulighet for å finne årsakssammenhenger, som kan overføres til andre personer, grupper eller situasjoner. Ulempen kan være at den er rigid og gir ingen muligheter for å utdype svarene, noe som kan føre til overfladisk informasjon som kan innebære lav forståelse av fenomenet (Aalen, Frigessi, Moger, Scheel, Skovlund & Veierød, 2018). I denne studien er det utformet definerte forskningsspørsmål som er mulig å utforske og teste.

Metoden er beskrivende uten forsøk på å forandre noe. Det er ønskelig å beskrive forekomst, sammenhenger, fordeling, og sammenligning mellom variabler. Studien benytter korrelasjon for å undersøke forholdet mellom variablene uten å gjøre noen manipulasjon av den uavhengige variabelen. Kvantitativ metode er godt egnet i denne studien, hvor det er ønskelig å teste hypoteser, bekrefte eller avkrefte forskningsspørsmål, samt undersøke forekomst og muligheten for å generalisere til en større populasjon (Grønmo, 2004).

I epidemiologiske studier er det vanlig å bruke spørreskjemaer for å måle i hvilken grad deltakerne opplever psykiske plager. I HUNT-undersøkelsen er det blant annet stilt enkeltspørsmål som samlet danner grunnlaget for en forkortet versjon av Hopkins Symptom Check List (HSLC-5) (Helsebiblioteket). Dette er et omfattende validert verktøy for selvrapporing av psykiske symptomer. Den forkortede versjonen overlapper i stor grad med den mer omfattende sjekklisten. HSLC-5 er designet for å måle psykisk helse, og mer spesifikt ett generelt symptomsmål (traumeerfaringer og PTSD-lignende erfaringer). Spørsmålene skåres

på en skala fra 1 til 4, og det regnes ut en gjennomsnittsskår, der 1 betyr fravær av symptomer og 4 er maksimal symptombelastning.

I valg av metode, er det problemstillingen som bestemmer hvilket oppsett undersøkelsen skal ha. I denne oppgaven er det valgt å hente data fra en spørreundersøkelse, som er en kvantitativ metode, og det skal gjennomføres en statistisk generalisering. Statistisk generalisering ser på sammenhenger mellom to variabler, og det skal ses på muligheten for å generalisere denne sammenhengen fra et utvalg til resten av populasjonen (Grønmo, 2004). Det er gjennomført en statistisk generalisering, som innebærer å avklare om en sammenheng eller statistisk signifikant assosiasjon mellom ulike egenskaper ved et utvalg, er sterkt nok til at sammenhengen også kan antas å gjelde for tilsvarende egenskaper ved populasjonen (ibid).

Det er beskrevet tendens og spredningsmål for sentrale variabler. Kontinuerlige variabler, som er normalfordelt, er presentert som gjennomsnitt og standardavvik (SD) (Aalen. Et. al., 2018).

### 3.3 Begrepsavklaring

Ved beregning av risikosannsynligheten ( $p$ ) finner vi signifikansnivået, som betegnes som 95% ved estimering. Det er valgt et signifikansnivå på mindre enn 5%, som vil si;  $p < 0,05$ .

**Traume** er en traumatisk hendelse og defineres i DSM- IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders), som «en situasjon der personen opplevde/var vitne til/eller ble konfrontert med, en eller flere hendelser som innebar livsfare eller trussel om død/alvorlig skade, eller trussel mot egen/andres fysiske integritet» (American Psychiatric Association, 1997, s. 160). Traume kan også defineres som «en overveldende, ukontrollerbar hendelse som innebærer en ekstraordinær psykisk påkjenning for den personen som utsettes for hendelsen. Vanligvis oppstår slike hendelser brått og uventet. Men noen hendelser gjentar seg i mer eller mindre identisk form (mishandling, seksuelt misbruk), uten at barnet kan hindre dem i å oppstå. Hendelsene medfører ofte at barnet kan føle seg hjelpeløst og sårbart» (Dyregrov, 2000, s. 11).

**PTSD** (Posttraumatisk stressyndrom) er definert i DSM-IV som: Må ha opplevd en traumatisk hendelse eller stressor, og dette må lede til ulike grader av symptom på gjenopplevelse av traume, unngåelse og økt fysiologisk respons (American Psychiatric Association, 1997).

Ved definisjon av **rus og ruslidelser** skiller man oftest mellom misbruk og avhengighet. Misbruk refererer til det som vurderes som et overforbruk av substans, knyttet til mengde av inntak og hyppigheten av inntak (Helsedirektoratet, 2012). Hvis stoffet er klassifisert som ulovlig, blir inntak definert som misbruk, uavhengig av mengde (Helsedirektoratet, 2012). Avhengighet av rusmidler defineres ut av gjentatt bruk, som resulterer i fysiske, kognitive og atferdsmessige endringer ved langvarig bruk (Helsedirektoratet, 2012). Det fører til at brukeren får et sterkt behov for å ruse seg, økt toleranse og fysiske abstinenser oppstår ved mangel på inntak av rusmiddel.

I denne oppgaven omtales traumer som et psykisk traume (et traume kan også være en fysisk skade, som et benbrudd, hjernerystelse, etc., men det vil ikke være en del av denne studien). Et psykisk traume er en reaksjon på en traumatisk hendelse i livet. Data på traumer som benyttes i denne studien, er innhentet ved hjelp av selvrapporterte data. Det vil si at svarene baseres på personens egen vurdering, eller opplevelse av en hendelse. De bygger ikke på medisinske vurderinger, men psykologiske egenvurderinger.

Oppgavens PTSD-lignende symptomer bygger på hvordan respondentene som har traumeerfaringer opplever disse påkjenningene, og hvordan respondentene opplever psykiske utfordringer i ettertid av hendelsen (Dyregrov, 2000).

**Traumeerfaring;** Ordet traume betyr skade/ sår. Psykologisk traume er en type hendelse som kan føre til psykiske skader, som påvirker den utsatte i ettertid. Det finnes flere ulike definisjoner av traumatiske hendelser, men felles for de fleste er at traumer:

1. Kommer plutselig, er ukontrollerte og overveldende,
2. Vekker som regel en ekstrem følelse av hjelpeløshet og redsel
3. Er ofte en trussel mot liv og helse
4. Kan føre til alvorlig skade
5. og/eller rammer andre, slik at en blir vitne til alvorlig overgrep/andres lidelse/død.

Det er vanlig å skille mellom ulike typer traumatiske hendelser, og i denne oppgaven brukes begrepet traumeerfaringer, om typer av traumatiske hendelser respondentene har opplevd. Det kan være traumer påført av andre mennesker, som vold, krigsopplevelser og overgrep. Og mer tilfeldige traumer, som for eksempel naturkatastrofer/ulykker/etc. Traumer som blir påført fra

nærstående personer, såkalte relasjonelle traumer, kan være for eksempel familievold og incest. Det er også vanlig å skille mellom enkeltstående traumatiske hendelser (som en ulykke eller et terrorangrep), og traumer som skjer gjentatte ganger.

**PTSD-lignende symptom;** Personer med PTSD-diagnose, opplever ofte at de ikke føler seg trygge, selv om de objektivt sett er utenfor fare. De kan plages av påtrengende bilder eller drømmer om traumehendelser, som de ikke greier å stanse. For mange oppleves dette som om den traumatiske hendelsen gjentar seg, og skjer igjen og igjen. Dette medfører at de ofte forsøker å unngå alt som kan minne dem om traumene, samtidig som de stadig er på vakt. PTSD består hovedsakelig av fire hovedkriterier:

1. Utsatt for en hendelse som de fleste vil oppfattet som alvorlig og overveldende.
2. Opplever stadige intense erindringer eller flashbacks fra hendelsen, eventuelt også som gjentatte mareritt om natten.
3. Unngåelse av å tenke på hendelsen. Unngår steder/situasjoner/mennesker som kan minne om hendelsen, sosial isolasjon og følelsesmessig avflating.
4. Opplevelse av å være mer skvetten/uroelig/anspent, og stadig "på vakt".

I denne oppgaven er begrepet PTSD-lignende symptom brukt om variabler som er innenfor de fire hovedkriteriene for PTSD, som er viktige kjennetegn på PTSD og ikke nødvendigvis et symptom. Variablene er koblet til en traumehendelse, og er ikke et mål på PTSD, men en mulig indikator på at respondenten kan ha opplevd en stressreaksjon etter en traumatisk hendelse.

**Substance disorder (SUD)**, finner jeg som det mest gjennomgående begrepet innenfor rusfeltet, når jeg søker i litteratur og artikler. SUD er et samlebegrep for avhengighet, misbruk og skadelig bruk av rusmidler (Helsedirektoretate, 2012).

### 3.4 Statistiske analyser

I oppgaven vil det redegjøres for hvilke statistiske analyser som er benyttet, for på den måten å oppfylle kravet til intersubjektivitet og etterprøvbarhet. Analysene er gjennomført i SPSS Versjon 28.0.1 (142) (Statistical Package for the Social Sciences), og vil gjengis systematisk med beskrivelser av variabler, samlemål og presentasjoner av analysene. Det er gjennomført en deskriptiv statistikk i SPSS for å få en oversikt over dataene, og kjennskap til hvordan

respondentene har besvart spørreundersøkelsen. Ettersom det ble benyttet sekundærdata som var samlet inn for annet formål, ble det avgjørende å undersøke om spørsmålene i spørreskjemaet ville fungere etter formålet med oppgaven. Dette forarbeidet ga en dypere forståelse av resultatene fra analysen, som igjen var til hjelp i fortolkningen av betydningen. Det ga en god oversikt over høyeste og laveste svar, gjennomsnittsverdi, standardavviket og fordelingen av svarene.

Det ble sett på validiteten av datasettet og deretter ble reliabiliteten undersøkt. Resultatene av disse undersøkelsene avgjorde utvalg og antall av variabler som ble benyttet i gjennomføringen av oppgaven.

I valget av den mest hensiktsmessige analysemetoden for å kunne teste hypotesen ble det først gjennomført en normalfordelingstest (av den avhengige variabelen). Kravet til normalfordeling av avhengig variabel, forstås ved at parametriske hypotesetester inneholder antakelser om populasjonens fordeling (Pallant, 2013). Testens p-verdi må ligge under 0.05 for å tilfredsstille kravet for å definere utvalget som tilnærmet normalfordelt (Pallant, 2013), og nullhypotesen om tilnærmet normalfordeling av variabelen kan dermed forkastes. Analysen i oppgaven skal teste sammenhengen mellom to kategoriske variabler. Ikke-parametriske hypotesetester er en metode som egner seg godt til å analysere kategoriske variabler (Pallant, 2013). Denne oppgaven vil benytte den ikke-parametriske testen "kvikvadrat-test". En kvikvadrat-test analyserer sammenhengen mellom to kategoriske variabler, hvor hver variabel kan ha to eller flere kategorier (Saunders et al., 2009). Testen sammenlikner den observerte frekvensen på hver av kategoriene, med forventningsverdien/frekvensen (verdien som forventes dersom det ikke er sammenheng mellom variablene) (Pallant, 2013).

Det er utført krysstabulering og estimering av  $\chi^2$ : Kvikvadratet ( $\chi^2$ ), ble beregnet for å undersøke forskjeller i fordelingen i gruppene. Og p-verdien er sannsynligheten for at de er lik. Det ble estimert krysstabulering mellom: 1) rusbruk og traumeerfaringer, 2) rusbruk og PTSD-lignende symptomer, 3) kjønn og forekomst av rusbruk, 4) kjønn og hyppighet av rusbruk. Det ble «krysset» to spørsmål for å kunne se på forskjellene mellom ulike variabler. På den måten ble det mulig å sammenligne ulike variabler på ett eller flere spørsmål. Deretter ble det utført kvikvadrat-test (chi square test,  $\chi^2$  -test) for å sammenligne fordelingen (det som ble observert) med det som ville være forventet, dersom nullhypotesen var sann (Saunders et. al., 2009). Kvikvadrat-

testen viser en  $\chi^2$ -verdi på bakgrunn av differansen mellom de observerte frekvensene i krystabellen og forventningsverdiene. P-verdien utledes på grunnlag av  $\chi^2$ -verdien og frihetsgradene (df) i testen. (Pallant, 2013).

For å validere ble det konstruert krystabulering, og estimering av  $\chi^2$ . I tillegg ble det utført en test på effektstørrelse og deskriptiv statistikk på fordelinger.

Det er også viktig å teste assosiasjoner, som er grad av samvariasjon mellom dikotome variabler som gir et tall for assosiasjon. I denne oppgaven ble "Phi-koeffisient" brukt. Den er i intervallet 0-1, og der høyere verdi indikerer høyere assosiasjon mellom to variabler. I følge Pallant (2013) gjelder phi-koeffisienten 2x2 tabeller, og en effektstørrelse på 0.10 regnes som liten, 0.30 som mellomstor, og 0.50 som stor effekt.

For å måle effektstørrelsen (styrken) i testresultatene ble det benyttet Cramer's V, i kombinasjon med  $\chi^2$ -verdien i SPSS. Når en av variablene som testes har minst fire kategorier, tilsier Cramer's V-verdier over 0,06 en svak effekt, verdier over 0,17 gir en middels effekt, og verdier over 0,29 tilsier en sterk effekt (Pallant, 2013). På tabeller som er større enn 2x2, ble Cramer's V.-effektstørrelser benyttet på alle variablene. Dette ble gjennomført for å sjekke om det eksisterer en statistisk signifikant sammenheng mellom traumeerfaring/PTSD-lignende symptomer og rusbruk, som igjen vil danne grunnlaget for besvarelsen av forskningsspørsmålene.

### **3.5 Reliabilitet/Validitet**

Reliabiliteten kan være svekket på grunn av eventuelle mørketall i avviksregistreringen. Den interne validiteten av oppgaven dreier seg om studien gir svar på det man ønsker å undersøke (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2009). Denne studiens resultater på PTSD-lignende symptomer sammenlignet med rusbruk, kan ha en lav intern validitet på grunn av at det vil være alternative forklaringer til resultatene i studien. Variablene som indikerer symptom på PTSD kan ha flere mulige årsaksforklaringer. For at det skulle vært mulig å teste sammenhengen mellom PTSD og rusbruk, ville det vært nødvendig å lage en gruppe som inneholdt flere av variablene som indikerer symptom på PTSD, for deretter å kunne stadfeste et forhold mellom PTSD og rusbruk.

Saunders et al., (2009) skriver at et av kravene for å kunne si noe om en studie kan generaliseres, er avhengig av at man har mulighet til å undersøke hele populasjonen. Denne oppgaven bygger på den totale populasjonen av barn og ungdom mellom 13 og 19 år fra gamle Nord-Trøndelag fylke med en deltakelse på rundt 8000, og vil kunne generaliseres til å gjelde ungdom i Nord-Trøndelag, og dermed betegne den eksterne validiteten som moderat høy i en populasjon av ungdommer i Norge.

En svakhet ved denne oppgaven kan være at datamaterialet er retrospektivt (undersøkelsen ble gjennomført tilbake i tid, i 2017 – 2019), og bygger på selvrapportering om traumeerfaringer og rusbruk, noe som kan påvirke validiteten. Når ungdom rapporterer på egne erfaringer, kan det være en usikkerhet med tanke på i hvilken grad ungdommene forstår, og svarer ærlig på, spørsmålene.

### **3.6 Tabeller**

Det er brukt tabeller som viser en frekvensoversikt når det gjelder alder, kjønn, antall ganger beruselse, etc. blant respondentene. Tabellen viser antall (n) og prosent innenfor hver gruppe (alder, kjønn, hvor mange enheter øl, etc.)

Det er brukt tabeller for å illustrere forskjeller og sammenhenger mellom ulike variabler. Tabellene beskriver sammenhengen mellom to ulike variabler. Tabellene presenterer en traumeerfaring eller et PTSD-lignende symptom, og en rusvariabel. Tabellen viser forekomst blant respondentene som har ingen/moderat/høy traumeerfaring eller PTSD-lignende symptom, og disses sammenheng med eksempelvis bruken av narkotika/rusbrus/øl/etc., og antall ganger bruken av rusmidler har forekommet (ingen/en gang/flere ganger). Tabellene inneholder ikke n (antall respondenter), men det er beskrevet under tabellen i kji-kvadrat-test (chi square test,  $\chi^2$  – test). Tabellene er deskriptive, og inneholder prosenter innen de enkelte subgrupper, og viser en rekkeprosent.

### 3.7 Variabler brukt i oppgaven

Spørreskjemaet som er brukt for denne studien dekker respondentenes demografiske variabler (alder og kjønn), og en rekke andre relevante variabler som vil bli presentert nedenfor.

*Alder ved deltagelse.* Respondentenes alder varierte fra 13 til 21. Dette er omkodet av hensyn til denne studien. Dette er beskrevet under punkt 4.6 «Omkoding av variabler».

*Har du prøvd andre narkotiske stoffer som f.eks. amfetamin, kokain og ecstasy?* Respondentenes svaralternativer var ja eller nei.

*Hvor mange enheter alkohol drikker du vanligvis på en dag når du drikker alkohol?*

Respondentenes svaralternativer var fire der 1 = Mindre enn 1 enhet, 2 = 2 enheter, 3 = 3-4 enheter, og 4 = 5 enheter eller mer.

*Hvor mange av vennene dine har du sett drukket så mye alkohol at de har vært fulle?*

Respondentenes svaralternativer var fire der 1 = ingen, 2 = mindre enn halvparten, 3 = ca. halvparten, og 4 = Mer enn halvparten.

*Har du noen gang prøvd hasj, marihuana eller andre hasj-lignende stoffer?* Respondentenes svaralternativer var tre der 0 = Nei, aldri, 1 = Ja en gang, og 2 = Ja flere ganger.

Spørreskjemaet hadde et annet relatert spørsmål hvor respondentene ble spurt om: *har du venner som bruker narkotika?* Svaralternativer var ja eller nei.

*Drikker du alkohol av og til?* (Dvs. alkoholholdig øl, vin, rusbrus/cider, brennevin eller hjemmebrent). Svaralternativer var ja eller nei.

Spørreskjemaet hadde et annet relatert spørsmål hvor respondentene ble spurt om: *Har du noen gang drukket så mye at de har vært beruset?* Svaralternativer var: 1 = nei aldri, 2 = ja en gang, 3 = ja 2-3 ganger, 4 = ja 4-10, 5 = ja 11-25 ganger, og 6 = ja mer enn 25 ganger.

*Traumeerfaringer:* Respondentene svarte på ni ulike spørsmål rundt traumeerfaringer; 1) *Har du eller noen i familien din vært alvorlig syk*, 2) *Dødsfall hos noen som sto deg nær*, 3) *En katastrofe* (brann, orkan e.l), 4) *Alvorlig ulykke* (f.eks. bilulykke), 5) *Har du noen gang opplevd å bli utsatt for vold* (banket/skadet) *av andre*, 6) *Sett andre bli utsatt for vold*, 7) *Blitt utsatt for*



*ubehagelige seksuelle handlinger av jevnaldrende, 8) Blitt utsatt for ubehagelige seksuelle handlinger av voksne, 9) Opplevd noe annet som var veldig skremmende, farlig eller voldelig?*  
Svaralternativer var 1 = aldri, 2 = èn gang, og 3 = flere ganger.

I likhet med analyse av traumeerfaringer, inkluderte studiet analyse av PTSD-lignende symptomer blant respondentene. Spørreskjemaet har fire variabler/spørsmål som til sammen måler PTSD-lignende symptom. To av variablene sier noe om intrusjon, og to sier noe om avoidance. «Intrusion»; 1) *Når noe minner meg om det som hendte, blir jeg veldig ute av meg, redd eller trist,* 2) *Jeg får skremmende tanker, ser for meg bilder eller hører lyder fra det som hendte, selv om jeg ikke vil det.* Og «avoidance»: 1) *Jeg forsøker å ikke snakke om det som hendte, tenke på det eller ha følelser rundt det,* 2) *Jeg forsøker å holde meg unna folk, steder eller ting som minner meg om det som hendte?*

Svaralternativer var tre, der 1 = aldri, 2 = èn gang og 3 = flere ganger.

### **3.8 Omkoding av variabler**

Alder på deltakerne ligger mellom 13 og 21. Dette ble omkodet til 1 = 0-13 år, 2 = 14-16 år, og 3 = 16-21 år. Begrunnelsen for denne omkodingen er at aldersgruppene samsvarer med skoletilhørighet. Måleinstrument for PTSD-lignende symptomer blant respondentene, ble omkodet slik: 1 = 0, og 2-3 = 1, 4-6 = 2. Begrunnelsen for valget av denne omkodingen er at det finnes lik omkoding innenfor ulike forskningsartikler og analyser gjennomført av HUNT og Ungdata, blant annet. Videre ble de ni variablene på traumer omkodet slik: 1 = 0 og 2-3 = 1, noe som gjenspeiler annen forskning og analyser fra HUNT og Ungdata. Antall ganger beruset ble omkodet slik: 1 = 0, 2 = 1, 2-3 = 2, 4-10 = 3, 11 og mer = 4. Videre ble variablene «antall øl» «antall glass vin» og «antall rusbrus» omkodet slik: 1 = 0, 2 = 1, 3-4 = 2, og 5 enheter eller mer = 3. Begrunnelsen for omkoding av variablene som indikerer rusbruk, er at det gjenspeiler andre analyser, som eksempelvis HUNT og Ungdata.

### **3.9 Analyser**

Det er utført analyse for 9 variabler som representerer traumeerfaringer og alle har samme koding: 1 = aldri, 2 = èn gang og 3 = flere ganger.

### **Tabeller lagt til vedlegg:**

Det er valgt å ta ut et utvalg av variabler i analyser som representerer traumeerfaringer sammenlignet med rusbruk, og legge til vedlegg. Begrunnelsen for dette utvalget er basert på liten grad av viktighet, og at dette er tabeller som viser liten/ikke noen forskjell mellom gruppene. De utvalgte traumeerfaringene er relativt normale erfaringer, og mange i populasjonen rapporterer at de har opplevd én eller flere av disse. Tabellene gjelder for analysene av fire traumeerfaringer; 1) At du eller noen i familien din har vært alvorlig syk, 2) Dødsfall hos noen som sto deg nær, 3) En katastrofe (brann, orkan e.l), 4) Har du noen gang opplevd en alvorlig ulykke (f.eks. alvorlig bilulykke). Gjeldende tabeller er: tabell 26 - 37, og tabell 50 – 52, i vedlegg 1.

**Det er utført analyse for 4 variabler som representerer PTSD-lignende symptomer og alle har samme koding: 1 = aldri, 2 = én gang og 3 = flere ganger.**

PTSD-lignende symptomer er brukt som et begrep for å si noe om at variablene representerer viktige kjennetegn på en PTSD diagnose. Begrepet PTSD-lignende symptom er ikke PTSD, og må ikke forveksles med selve PTSD diagnosen. I denne oppgaven er begrepet PTSD-lignende symptom brukt om variabler som er innenfor de fire hovedkriteriene for PTSD. Variablene er koblet til en traumehendelse, og er ikke et mål på PTSD, men en mulig indikator på at respondenten kan ha opplevd en stressreaksjon etter en traumatisk hendelse.

Det er viktig å påpeke at for eksempel avoidance/unnvikelsesatferd er en vanlig forsvarsmekanisme som ofte trer i kraft når mennesker opplever å ha emosjonelle utfordringer. Og det er en relativt vanlig mestringsstrategi/atferd ved flere typer angstreaksjoner. Avoidance indikerer i seg selv ikke PTSD. Tilsvarende er gjenopplevelse av et traume en relativt vanlig reaksjon når man opplever vanskelige ting, og indikerer i seg selv ikke PTSD. Dette vil bli drøftet videre i diskusjonsdelen.

Det ble vurdert å lage en kategorisk variabel for å belyse PTSD-lignende symptomer. Den skulle lages ved hjelp av en 2-trinns prosedyre, hvor kategorien ville kunne tilfredsstillende en relativt streng forståelse av post-traumatisk stress. Dette ved at variablene tilfredstilte kravet til både

intrusjon (*når noe minner meg på, jeg får skremmende tanker...*), og unngåelsesatferd (*forsøker ikke å snakke om det...*). Begge disse må være til stede for å kunne si/anta å være i nærheten av en diagnose på PTSD i diagnosemanualen DSM-IV (American Psychiatric Association, 1997). Begrunnelsen for at det ble valgt å analysere variablene enkeltvis, er omfanget og tidsbruken på oppgaven. Samt en vurdering av at analysen ved bruk av enkeltstående variabler fungerte tilfredsstillende, og ga gode svar på forskningsspørsmålene.

## 4 Resultater

### 4.1 Profilen til respondentene

Ung-Hunt4 undersøkelsen inneholder totalt 8066 respondenter. Datasettet gir en balansert dekning av begge kjønn, da frekvenstabuleringen viser at 50,9 prosent av respondentene er jenter, og 49,1 prosent er gutter (se tabeller under).

96,2 prosent av respondentene tilhørte aldersgruppen 13-19 år, mens bare 1,2 prosent av respondentene var fra aldersgruppen 12,7 år til 12,9 år, og 2,6 prosent av respondentene var mellom 19,1 - 21,8 år. Det var ønskelig å implementere den operative definisjonen av 13-19 år, og med tanke på at det var en svært liten andel av populasjonen som var noe utenfor denne alderskategorien, var det ikke behov for styring av dataene ved å ekskludere personer som var litt utenfor nevnte kriterium. Så det er brukt data fra alle. Den hyppigst rapporterte alderen (modus) var 16,6 år, mens 50 % av respondentene var enten 16,2 år eller yngre (medianestimatet). Når det gjelder fødeland, var det en variasjon, men de fleste av både respondenter og deres foreldre var født i Norge, som vist i tabell 1.

## Deskriptiv statistikk

**Tabell 1**

*Frekvenstabell over deltakelse i studien. Prosent av gruppe*

<b>Variabel</b>	<b>N</b>	<b>Prosent</b>
<u>Alder</u>		
-14	1378	17,1
14-16	2458	30,5
16-over	4230	52,4
Total	8066	100
<u>Kjønn</u>		
Jenter	4106	50,9
Gutter	3960	49,1
<u>Fødselsland</u>		
Norge	7434	92,5
Annet land I Norden	71	0,9
Annet land i Europa	159	2,0
Land utenfor Europa	374	4,7
<u>Far (Fødselsland)</u>		
Norge	7192	90,4
Annet land I Norden	129	1,6
Annet land I Europa	199	2,5
Land utenfor Europa	410	5,2
<u>Mor (Fødselsland)</u>		
Norge	7157	89,3
Annet land i Norden	126	1,6
Annet land i Europa	192	2,4
Land utenfor Europa	515	6,4

## 4.2 Respondentens rusbruk

### Frekvensanalyse over respondentenes rusbruk (narkotia- og alkoholbruk)

#### Respondentenes narkotikabruk:

**Tabell 2**

*Har du noen gang prøvd hasj, marihuana eller lignende stoffer? Prosent av gruppe*

<b>Hasj/Marihuana bruk</b>	<b>N</b>	<b>Prosent</b>
Nei aldri	3852	95,1
Ja en gang	121	3,0
Ja flere ganger	77	1,9
Total	3501	100

**Tabell 3**

*Har du noen gang prøvd narkotiske stoffer som eksempel amfetamin, kokain eller ecstasy? Prosent av gruppe*

<b>Narkotiske stoffer bruk</b>	<b>N</b>	<b>Prosent</b>
Nei	7793	98,5
Ja	119	1,5
Total	7912	100

#### Tabell 4

*Har du venner som bruker narkotiske stoffer? Prosent av gruppe*

<b>Narkotiske stoffer/venner</b>	<b>N</b>	<b>Prosent</b>
Nei	6518	82,6
Ja	1370	17,4
Total	7912	100

#### Tabell 5

*Hvor gammel var du første gang du brukte hasj, marihuana, eller andre hasj-lignende stoffer?  
Prosent av gruppe*

<b>Alder ved eksponering</b>	<b>N</b>	<b>Prosent</b>
<-14	19	4,3
14-16	104	37,5
16->	340	58,2
Total	464	100

Tabell 2 viser at 4,9 prosent av respondentene i undersøkelsen har prøvd hasj, marihuana eller lignende stoffer en gang eller flere, og 1,5 prosent har prøvd amfetamin, kokain eller ecstasy som vist i tabell 3. Disse tallene viser at det er mer vanlig å bruke cannabis enn syntetiske rusmidler blant ungdommene. Og når det gjelder bruk av narkotika blant respondentenes venner viser tabell 4 at respondentene opplever at 17,4 prosent av vennene bruker narkotika. Tallene viser en vesentlig forskjell mellom respondentenes eget narkotikabruk og det de opplever at vennene bruker.

Tabell 5 viser en frekvensanalyse over alder ved første gangs bruk av hasj, marihuana, eller andre hasjlignende stoffer. Tallene viser at prosentandelen øker med alderen. 4,4 prosent svarer

de var yngre enn 14 år første gang de brukte hasj, marihuana eller lignende. Mens de fleste var over 16 år (58,2 prosent). Til sammen svarer 464 av deltakerne på spørsmålet om alder ved første eksponering for narkotika, noe som er interessant sett i forhold til at det er 317 som svarer at de har prøvd narkotika (når tallene i tabell 2 og tabell 3 legges sammen). Det er dermed grunn til å anta at respondentene krysser av for bruk av både hasj, marihuana eller lignende, og amfetamin, kokain eller lignende.

### **Respondentenes alkoholforbruk:**

#### **Tabell 6**

*Hvor mange enheter alkohol drikker du vanligvis på en dag når du drikker alkohol? Prosent av gruppe*

<b>Alkoholbruk</b>	<b>N</b>	<b>Prosent</b>
Mindre enn 1 enhet	427	12,2
2 enheter	653	18,7
3-4 enheter	1168	33,4
5 enheter eller mer	1253	35,8
Total	3501	100



## Tabell 7

*Hvor mange av vennene dine har du sett drukket så mye alkohol at de har vært beruset? Prosent av gruppe*

<b>Alkoholbruk blant venner</b>	<b>N</b>	<b>Prosent</b>
Ingen	2968	37,6
Mindre enn halvparten	1468	18,6
Ca. halvparten	1059	13,4
Mer enn halvparten	2409	30,4
Total	7897	100

Tabell 6 og 7 viser en frekvensanalyse over alkoholforbruket blant respondentene og deres venner. Tallene viser at ca. 12 prosent rapporterer at de drikker mindre enn én enhet alkohol på én dag. Mens nesten 70 prosent drikker 3 enheter eller mer i løpet av en dag. Når det gjelder alkoholforbruk blant venner, tror respondentene at 37,6 prosent av vennene ikke drikker, noe som er vesentlig flere enn dem selv (12,2 prosent).

## Tabell 8

*Har du noen gang drukket så mye at du har vært beruset? Prosent av gruppe*

<b>Alkoholbruk</b>	<b>N</b>	<b>Prosent</b>
Nei, aldri	461	12,7
Ja, en gang	358	9,9
Ja 2-3 ganger	623	17,1
Ja, 4- 10 ganger	738	20,3
Ja, 11 og mer	1454	40
Total	3634	100

Tabell 8 viser en frekvensanalyse over antall ganger deltakerne har vært beruset ved bruk av alkohol. Analysen viser at 12,7 prosent rapporterer at de aldri har vært beruset, og 60,6 prosent av deltakerne svarer at de har vært beruset mer enn 3 ganger. 40 prosent rapporterer at de har vært beruset mer enn 11 ganger. Se tabell 8 for full oversikt.

### 4.3 Krysstabulering

**Tabell 9**

*Hvor mange enheter alkohol drikker du vanligvis på en dag, når du drikker alkohol? Prosent av gruppe*

<b>Alkoholbruk</b>	<b>Mindre enn 1</b>	<b>2 enheter</b>	<b>3-4 enheter</b>	<b>5 eller mer</b>
<hr/>				
<b>Kjønn</b>				
Jenter	12,6	21,4	37,5	28,4
Gutter	11,7	15,5	28,7	44,1

Tabell 9 viser en sammenligning mellom jenter og gutter, når det gjelder antall ganger de har vært beruset av alkohol. Resultatet viser at jenter hovedsakelig drikker mer enn gutter, om man ser på alkoholforbruk i moderate mengder (det vil si mellom 2-4 enheter). Tabellen viser også at forskjellen mellom gutter og jenter øker når det rapporteres om alkoholforbruk på 5 enheter eller mer. Da viser tallene at 44,1 prosent av guttene drikker 5 enheter eller mer, mens blant jentene er det og 28,4 prosent.

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom kjønn og drikkevaner,  $\chi^2(3, n = 3501) = 96,84, p = 0,001, \text{cramer} = .17$

**Tabell 10**

*Har du noen gang drukket så mye at du har vært beruset? Prosent av gruppe*

<b>Beruset</b>	<b>Aldri</b>	<b>En gang</b>	<b>2-3 ganger</b>	<b>4 eller mer</b>
<hr/>				
<b>Kjønn</b>				
Jenter	13,1	10,9	17,8	58,1
Gutter	12,2	8,6	16,4	62,8

Tabell 10 viser en sammenligning mellom jenter og gutter, når det gjelder antall ganger de har vært beruset. Resultatene viser at 62,8 prosent av guttene har vært beruset 4 ganger eller mer, mens tilsvarende tall for jentene er 58,1 prosent. Tallene viser ingen stor forskjell mellom jenter og gutter, men det er flere jenter som har vært beruset mellom 1 og 3 ganger, og flest gutter som svarer 4 eller mer.

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom kjønn og beruselser,  $X^2(3, n = 3501) = 9,796$ ,  $p = 0,020$ ,  $cramer = .05$

### Tabell 11

*Omtrent hvor mye øl drikker du vanligvis i løpet av to uker? Prosent av gruppe*

Øl	Null	1-2	3-5	6 eller mer
<b>Kjønn</b>				
Jenter	80,4	13,5	4,5	1,5
Gutter	34,4	25,8	17,4	22,5

Tabell 11 viser en sammenligning mellom jenter og gutter når det gjelder hvor mange øl de drikker i løpet av to uker. Analysen viser at ca. fire av fem jenter rapporterer at de ikke drikker øl (80,4 prosent), mens 34,4 prosent av guttene rapporterer at de ikke drikker øl. Antall gutter som drikker mellom 1-2 øl er nesten dobbelt så høyt som hos jentene. Denne forskjellen øker når det rapporteres om økende mengde øl i løpet av to uker. Av jentene drikker 1,5 prosent 6 øl eller mer, mens hos guttene er tilsvarende tall 22,5 prosent.

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom kjønn og øldriking,  $X^2(3, n = 2936) = 713,338$ ,  $p = 0,001$ ,  $cramer = .049$ .

## Tabell 12

Omtrent hvor mye vin drikker du vanligvis i løpet av to uker? Prosent av gruppe

Glass vin	Null	1-2	3-5	6 eller mer
<b>Kjønn</b>				
Jenter	71,4	17,9	7,9	2,8
Gutter	90,2	7,1	2,2	0,5

Tabell 12 viser en sammenligning mellom jenter og gutter når det gjelder antall glass vin de drikker i løpet av to uker. Analysen viser at ca. ni av ti gutter rapportere at de ikke drikker vin (90,2 prosent). Tilsvarende tall for jentene er noe lavere (71,4 prosent), men fortsatt relativt høyt. Resultatene viser at det er svært lav forekomst av vindriking både blant gutter og jenter.

En kikkvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom kjønn og glassvin drikking.

$$X^2(3, n = 2801) = 155,668, p = 0,001, \text{cramer} = .027.$$

## Tabell 13

Omtrent hvor mye brennevin drikker du vanligvis i løpet av to uker? Prosent av gruppe

Brennevin	Null	1-2	3-5	6 eller mer
<b>Kjønn</b>				
Jenter	47,5	23,6	18,2	10,7
Gutter	39,9	24,5	19,0	16,6

Tabell 13 viser en sammenligning mellom jenter og gutter når det gjelder hvor mye brennevin de drikker i løpet av to uker. Nesten halvparten av jentene rapportere at de ikke drikker brennevin (47,5 prosent), mens tallet for guttene er 42,5 prosent.

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom kjønn og brennevin drikking.

$X^2(3, n = 2944) = 29,148, p = 0,001, \text{cramer} = .010.$

#### Tabell 14

*Omtrent hvor mye hjemmebrent drikker du vanligvis i løpet av to uker? Prosent av gruppe*

<b>Hjemmebrent</b>	<b>Null</b>	<b>1-2</b>	<b>3-5</b>	<b>6 eller mer</b>
<b>Kjønn</b>				
Jenter	84,1	11,7	3,6	0,6
Gutter	68,6	18,5	8,0	4,9

Tabell 14 viser en sammenligning mellom jenter og gutter når det gjelder hvor mye hjemmebrent de drikker i løpet av to uker. Resultatene kan tyde på at hjemmebrent ikke er et populært rusmiddel blant ungdommene, og spesielt blant jentene. Hos jentene er det 84,1 prosent som ikke drikker hjemmebrent, mens tilsvarende tall for guttene er 68,6 prosent. Sammenlignet med jentene drikker guttene noe mer hjemmebrent.

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom kjønn og brennevin drikking,  $X^2(3, n = 2792) = 116,338, p = 0,001, \text{cramer} = .020.$

**Tabell 15**

*Omtrent hvor mye rusbrus drikker du vanligvis i løpet av to uker? Prosent av gruppe*

<b>Glassvin</b>	<b>Null</b>	<b>1-2</b>	<b>3-5</b>	<b>6 eller mer</b>
<hr/>				
<b>Kjønn</b>				
Jenter	24,8	38,9	27,7	8,6
Gutter	41,9	30,2	18,9	8,9

Tabell 15 viser en sammenligning mellom jenter og gutter når det gjelder hvor mye rusbrus de drikker i løpet av to uker. I motsetning til hjemmebrent og brennevin, rapporterer ungdommene at de drikker rusbrus oftere. Blant guttene drikker 30,2 prosent 1-2 rusbrus i løpet av to uker, og 38,9 prosent blant jentene. For mengden 6 eller mer i løpet av to uker, er det ingen forskjell mellom jentene og guttene. Tallene viser at det er flere jenter enn gutter som drikker rusbrus.

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom kjønn og brennevin drikking.

$X^2(3, n = 2971) = 106,348, p = 0,001, \text{cramer} = .019.$

## 4.4 Forekomst av traumeerfaringer

For å se på sammenhengen mellom rus og traumeerfaringer kartlegges forekomsten av traumeerfaringer blant deltakerne.

**Tabell 16**

*Forekomst av traumeerfaringer. Rekkeprosent*

<b>Traumeerfaring</b>	<b>Aldri</b>	<b>En gang</b>	<b>Flere ganger</b>
Utsatt for vold av noen som sto deg nær	95,1	3,3	1,6
Utsatt for vold av andre	94,3	4,0	1,6
Sett andre bli utsatt for vold	85,0	10,4	4,6
Blitt utsatt for ubehagelige seksuelle handlinger av jevnaldrende	93,1	5,1	1,8
Blitt utsatt for ubehagelige seksuelle handlinger av voksne	96,9	2,2	0,9
Opplevd noe annet som var veldig skremmende, farlig eller voldelig	83,2	12,3	4,5

Tabell 16 viser forekomst av traumeerfaring blant respondentene. Ser vi bort fra variablene

- «*sett andre blitt utsatt for vold*», hvor 15 prosent (når èn gang og flere ganger legges sammen), rapporterer at de har opplevd det. Og
- «*opplevd noe annet som var skremmende, farlig eller voldelig*», hvor 16,8 prosent rapporterer at de har opplevd det.

viser de øvrige variablene en rapportering som er lavere enn syv prosent. Tallene viser at det er 6,9 prosent som rapporterer at de «*har blitt utsatt for seksuelle handlinger fra jevnaldrende*» og 5,6 prosent har «*blitt utsatt for vold fra andre*». Dette er fortsatt relativt høye tall, og spesielt sett i forhold til antallet i populasjonen.



## 4.5 Forekomst av PTSD-lignende symptomer

For å kartlegge og måle respondentenes PTSD-lignende symptomer, ble det valgt fire variabler/spørsmål.

**Tabell 17**

*PTSD-lignende symptomer. Rekkeprosent*

<b>PTSD-lignende symptomer</b>	<b>Aldri</b>	<b>1-3 ganger i måneden</b>	<b>1-3 ganger i uken, eller mer</b>
Jeg får skremmende tanker, ser for meg bilder eller hører lyder fra det som hendte, selv om jeg ikke vil det	82,8	12,5	4,7
Når noe minner meg om det som hendte, blir jeg veldig ute av meg, redd eller trist	68,6	24,7	6,7
Jeg forsøker å ikke snakke om det som hendte, tenke på det eller ha følelser rundt det	71,1	18,0	10,8
Jeg forsøker å holde meg unna folk, steder eller ting som minner meg om det som hendte	85,7	9,1	5,2

Tabell 17 viser hvor stor andel av respondentene som rapporterte på PTSD-lignende symptomer. Tallene viser at respondentene rapporterer om flere opplevelser innenfor PTSD-lignende symptomer, sammenlignet med rapportering på traumeerfaringer (se tabell 16). Tallene viser at variabelen «*Når noe minner meg om det som hendte, blir jeg veldig ute av meg, redd eller trist*», har høyest forekomst med 31,4 prosent. Variabelen «*Jeg forsøker å ikke snakke om det som hendte, tenke på det eller ha følelser rundt det*», er nest høyest med 28,8 prosent. Det er 17,2 prosent av respondentene som har opplevd «*skremmende tanker, ser for meg bilder eller hører lyder fra det som hendte, selv om jeg ikke vil det*», og 14,3 prosent som rapporterer å ha opplevd; «*Jeg forsøker å holde meg unna folk, steder eller ting som minner meg om det som hendte*».

## 4.6 Resultat av sammenheng mellom PTSD-lignende symptomer og rusbruk

### PTSD-lignende symptomer og rusbruk

For å sjekke om det er en sammenheng mellom PTSD-lignende symptomer og ungdoms bruk av alkohol, ble respondentenes skår på variablene:

- 1) *Når noe minner meg om det som hendte, blir jeg veldig ute av meg, redd eller trist*
- 2) *Jeg forsøker å ikke snakke om det som hendte, tenke på det eller ha følelser rundt det, -*

- sammenlignet med skår på variabelen

*Har du noen gang drukket så mye alkohol at du har vært beruset?*

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en ikke signifikant sammenheng mellom *variabel 1)* over, og antall ganger beruset,

$X^2 (6, n = 3152) = 5,248, p = 0,51, \text{cramer} = .029.$

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square), indikerte en ikke signifikant sammenheng mellom *variabel 2)* over, og antall ganger beruset,

$X^2 (6, n = 3141) = 5,439, p = 0,001, \text{cramer} = .489.$

I likhet med resultatet fra *variabel 1)* over, viser også *variabel 2)* at det ikke er en signifikant sammenheng mellom PTSD-lignende symptomer og antall ganger beruset.

For å undersøke om det er en sammenheng mellom PTSD-lignende symptomer og ungdoms bruk av narkotika, ble respondentenes skår på PTSD-lignende symptomer:

1) *Jeg får skremmende tanker, ser for meg bilder eller hører lyder fra det som hendte, selv om jeg ikke vil det*

2) *Når noe minner meg om det som hendte, blir jeg veldig ute av meg, redd eller trist*

3) *Jeg forsøker å ikke snakke om det som hendte, tenke på det eller ha følelser rundt det*

4) *Jeg forsøker å holde meg unna folk, steder eller ting som minner meg om det som hendte -*

- sammenlignet med variablene:

A) *Har du noen gang prøvd narkotiske stoffer som eksempel amfetamin, kokain eller ecstasy?*

B) *Har du noen gang prøvd hasj, marihuana eller andre hasj-lignende stoffer?*

1) *Jeg får skremmende tanker, ser for meg bilder eller hører lyder fra det som hendte, selv om jeg ikke vil det*

## Tabell 18

*Jeg får skremmende tanker, ser for meg bilder eller hører lyder fra det som hendte, selv om jeg ikke vil det (ptsd2). Sammenlignet med: Har du noen gang prøvd hasj, marihuana eller andre hasj-lignende stoffer? (hasj) Rekkeprosent*

Hasj	Null	En gang	Flere ganger
<b>Ptsd2</b>			
Null	94,0	3,6	2,4
Moderat	92,2	4,0	3,8
Høyt	86,0	8,0	6,0

Tabell 18 viser at 21,8 prosent av respondentene som rapporterer på PTSD-lignende symptom 1) over, har prøvd hasj/marihuana/el., sammenlignet med 6 prosent uten den opplevelsen.

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *symptom 1)* og *variabel B)* over blant respondentene.

$X^2(4, n = 6422) = 33,636, p = 0,001, \text{cramer`s v} = .05.$

### Tabell 19

*Jeg får skremmende tanker, ser for meg bilder eller hører lyder fra det som hendte, selv om jeg ikke vil det (ptsd2). Sammenlignet med: Har du noen gang prøvd narkotiske stoffer som eksempel amfetamin, kokain eller ecstasy? (Narkos) Rekkeprosent*

Narkos	Nei	Ja
<hr/>		
<b>Ptsd2</b>		
Null	98,6	1,4
Moderat	97,6	2,4
Høyt	94,9	5,1

Tabell 19 viser at 7,5 av respondentene som har opplevd PTSD-lignende *symptom 1)* over, har prøvd narkotiske stoffer som amfetamin, kokain eller lignende, og 1,4 prosent har ikke denne opplevelsen. Det innebærer at det er 6,1 prosent flere av de som opplever dette som har prøvd narkotiske stoffer som amfetamin, kokain eller ecstasy, enn de som ikke har opplevd å få skremmende tanker.

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Symptom 1)* og *Variabel A)*.

$X^2(2, n = 6409) = 25,292, p = 0,001, \text{cramer`s v} = .06.$

**2) Når noe minner meg om det som hendte, blir jeg veldig ute av meg, redd eller trist:**

**Tabell 20**

*Når noe minner meg på om det som hendte, blir jeg veldig ute av meg, redd eller trist.*

*Sammenlignet med: Har du noen gang prøvd hasj/marihuana/e.l.stoffer? (hasj) Rekkeprosent*

<b>Hasj</b>	<b>Null</b>	<b>En gang</b>	<b>Flere ganger</b>
<hr/>			
<b>Ptsd3</b>			
Null	93,8	3,6	2,6
Moderat	93,2	4,0	2,8
Høyt	89,5	5,8	4,7

Tabell 20 viser at 17,3 prosent av de som rapporterer om opplevelse av PTSD-lignende *Symptom 2)*, har prøvd hasj/marihuana/e.l. (*Variabel B*), en eller flere ganger. Blant de uten denne opplevelsen har 6,2 prosent prøvd hasj/marihuana/el, en eller flere ganger. Det viser en forskjell på 11,1 prosent.

En kji kvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Symptom 2)* og *Variabel B*) blant respondentene  $X^2(4, n = 6448) = 11,946, p = 0,02, \text{cramer`s } v = .03.$

## Tabell 21

Når noe minner meg på det som hendte, blir jeg veldig ute av meg, redd eller trist (*ptsd3*).  
Sammenlignet med: Har du noen gang prøvd narkotiske stoffer som eksempel  
amfetamin/kokain/ecstasy? (Narkos) Rekkeprosent

Narkos	Nei	Ja
<b>Ptsd3</b>		
Null	98,5	1,5
Moderat	98,6	1,4
Høyt	95,5	4,5

Tabell 21 viser at 5,9 prosent av de som har opplevd PTSD-lignede *Symptom 2*) har prøvd narkotiske stoffer som amfetamin/kokain/ecstasy (*Variabel A*), mens 1,5 prosent av de uten denne opplevelsen rapporterer om bruk av narkotika.

En kji kvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Symptom 2*) og *Variabel A*) blant respondentene

$X^2(2, n = 6436) = 21,524, p = 0,001, \text{cramer`s } v = .06.$

3) *Jeg forsøker å ikke snakke om det som hendte, tenke på det eller ha følelser rundt det.*

**Tabell 22**

*Jeg forsøker å ikke snakke om det som hendte, tenke på det eller ha følelser rundt det (ptsd4).  
Sammenlignet med: Har du noen gang prøvd hasj/marihuana/e.l.stoffer?(Hasj) Rekkeprosent*

<b>Hasj</b>	<b>Null</b>	<b>En gang</b>	<b>Flere ganger</b>
<hr/>			
<b>Ptsd4</b>			
Null	94,4	3,3	2,4
Moderat	92,5	4,9	2,6
Høyt	87,9	6,2	5,9

Tabell 22 viser at 19,6 prosent har brukt hasj/marihuana/e.l. en eller flere ganger. Og av de har 5,9 prosent prøvd flere ganger. 5,7 prosent har aldri brukt hasj/marihuana/e.l. (*Variabel B*).

En kji kvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Symptom 3*) og *Variabel B*) blant respondentene

$X^2(4, n = 6400) = 47,092, p = 0,001, \text{cramer's } v = .06.$

### Tabell 23

*Jeg forsøker å ikke snakke om det som hendte, tenke på det eller ha følelser rundt det (ptsd4).  
Sammenlignet med: Har du noen gang prøvd narkotiske stoffer som eksempel  
amfetamin/kokain/ecstasy? (Narkos) Rekkeprosent*

Narkos	Nei	Ja
<b>Ptsd4</b>		
Null	98,7	1,3
Moderat	98,3	1,7
Høyt	95,6	4,4

Tabell 23 viser at av de som rapporterer om PTSD-lignende *Symptom 3*) har 6,1 prosent prøvd amfetamin/kokain/ecstasy, (*Variabel A*) mens det er 1,3 prosent som ikke har denne opplevelsen, av de som har prøvd.

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Symptom 3*) og *Variabel A*) blant respondentene  
 $X^2(2, n = 6387) = 33,428, p = 0,001, \text{cramer`s } v = .07.$



**4) Jeg forsøker å holde meg unna folk, steder eller ting som minner meg om det som hendte:**

**Tabell 24**

*Jeg forsøker å holde meg unna folk, steder eller ting som minner meg om det som hendte (ptsd5).*

*Sammenlignet med: Har du noen gang prøvd hasj/marihuana/e.l.. stoffer?(hasj) Rekkeprosent*

<b>Hasj</b>	<b>Null</b>	<b>En gang</b>	<b>Flere ganger</b>
<hr/>			
<b>Ptsd5</b>			
Null	94,2	3,4	2,4
Moderat	91,0	5,4	3,6
Høyt	84,6	7,6	7,9

Tabell 24 viser at av de som har opplevd PTSD-lignende *Symptom 4*), har 24,5 prosent prøvd hasj/marihuana/e.l.stoffer. Av de uten denne opplevelsen, har 5,8 prosent prøvd.

En kjikvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Symptom 4*) og *Variabel B*) blant respondentene

$X^2(4, n = 6368) = 56,123, p = 0,001, \text{cramer`s } v = .07.$

## Tabell 25

*Jeg forsøker å holde meg unna folk, steder eller ting som minner meg om det som hendte (ptsd5).  
Sammenlignet med: Har du noen gang prøvd narkotiske stoffer som eksempel  
amfetamin/kokain/ecstasy? (Narkos) Rekkeprosent*

Narkos	Nei	Ja
<hr/>		
Ptsd5		
Null	98,6	1,4
Moderat	98,4	1,6
Høyt	93,9	6,1

Tabell 25 viser at av de som har opplevd PTSD-lignende *Symptom 4*), har 7,7 prosent prøvd amfetamin/kokain/ecstasy. Av de uten denne opplevelsen, har 1,4 prosent prøvd.

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Symptom 4*) og *Variabel A*) blant respondentene

$X^2 (2, n = 6355) = 41,234, p = 0,001, \text{cramer`s } v = .08.$

## 4.7 Resultat av sammenheng mellom traumeerfaringer og rusbruk

Alle de ni variablene som indikerer opplevelse av traumer ble undersøkt mot rusbruk, både alkohol og narkotika. Dette for å se om det er en sammenheng mellom opplevelser av traumer, og rusbruk blant ungdommene. For å undersøke om det er en sammenheng mellom traumeerfaringer og ungdoms rusbruk, ble respondentenes skår på de 9 variablene som indikerer traume sammenlignet med 3 variabler som indikerer rusbruk; 1) *Har du noen gang prøvd hasj/marihuana eller lignende*, 2) *Har du noen gang prøvd narkotiske stoffer som eksempel amfetamin, kokain eller ecstasy* og 3) *omtrent hvor mye øl/vin/rusbrus drikker du vanligvis i løpet av to uker?»*:

**Traume 1) *Har du noen gang opplevd at du eller noen i familien din har vært alvorlig syk***

**Tabell 26** Viser at av de som har opplevd *Traume 1)* har 7 prosent prøvd hasj/marihuana en eller flere ganger. 4,3 prosent av gruppen uten traumeerfaringen, har prøvd en eller flere ganger. En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 1)* og «*Har du noen gang prøvd hasj/marihuana eller lignende*» blant respondentene.  $X^2(2, n = 7768) = 23,734, p = 0,001, \text{cramer`s } v = .05$ . (Se tabell i vedlegg 1)

**Tabell 27** viser at 1,7 prosent av de som har opplevd *Traume 1)* har prøvd amfetamin, kokain eller ecstasy. Av de som ikke har opplevd *Traume 1)*, er det 1 prosent som har prøvd.

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Yates Continuity Correction) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 1)* og «*Har du noen gang prøvd narkotiske stoffer som eksempel amfetamin, kokain eller ecstasy?*» blant respondentene  $X^2(1, n = 7746) = 5,716, p = 0,02, \text{phi} = .03$ . (Se tabell i vedlegg 1)

**Tabell 28** viser at 41 prosent av de som har opplevd *Traume 1)* drikker øl 1-6 ganger eller mer. 43,6 prosent av de uten denne opplevelsen drikker øl 1-6 ganger eller mer. Når det gjelder vin og rusbrus viser tallene at av de med opplevelse av *Traume 1)* drikker 21,4 prosent vin og 68,8 prosent drikker rusbrus. Det er minimal forskjell sammenliknet med de som ikke har opplevd

*Traume 1*). En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en ikke-signifikant sammenheng mellom *Traume 1*) og «omtrent hvor mye øl drikker du vanligvis i løpet av to uker?» blant respondentene

$X^2(3, n = 2912) = 3,898, p = 0,27, \text{cramer`s } v = .04.$

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 1*) og «omtrent hvor mye vin drikker du vanligvis i løpet av to uker?» blant respondentene.

$X^2(3, n = 2780) = 8,412, p = 0,04, \text{cramer`s } v = .06.$

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 1*) og «omtrent hvor mye rusbrus drikker du vanligvis i løpet av to uker?» blant respondentene.

$X^2(3, n = 2948) = 12,979, p = 0,01, \text{cramer`s } v = .07.$

(Se tabell 28 i vedlegg 1)

### ***Traume 2) Dødsfall hos noen som sto deg nær***

**Tabell 29** viser så godt som ingen forskjell i rusmiddelbruk, mellom de som har opplevd *Traume 2*) og de som ikke har den opplevelsen. 6,5 prosent med opplevd *Traume 2*) og 4,8 prosent uten *Traume 2*) har prøvd hasj, marihuana eller lignende en eller flere ganger.

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 2*) og «Har du noen gang prøvd hasj/marihuana eller lignende» blant respondentene.

$X^2(2, n = 7760) = 6,247, p = 0,04, \text{cramer`s } v = .03.$  (Se vedlegg 1)

**Tabell 30** viser så godt som ingen forskjell mellom de som har opplevd *Traume 2*), og de som ikke har den opplevelsen. 1,6 prosent med opplevde *Traume 2*), og 1,1 prosent uten *traume 2*) har prøvd amfetamin, kokain eller ecstasy.

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Yates Continuity Correction) indikerte en ikke-signifikant sammenheng mellom *Traume 2*) og «*Har du noen gang prøvd narkotiske stoffer som eksempel amfetamin, kokain eller ecstasy?*» blant respondentene.

$X^2 (1, n = 7738) = 2,305, p = 0,11, \phi = .02$ . (Se tabell i vedlegg 1)

**Tabell 31** viser at det er liten forskjell mellom de som har opplevd *Traume 2*) og de som ikke har opplevd *Traume 2*), når det gjelder hvor mange øl og vin de drikker, men forskjellen er størst for vin. Tallene for de som drikker rusbrus, er hhv 69,2 prosent og 62,4 prosent. Det er størst forskjell blant de som drikker 6 eller flere.

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en ikke-signifikant sammenheng mellom *Traume 2*) og «*omtrent hvor mye øl drikker du vanligvis i løpet av to uker?*» blant respondentene

$X^2 (3, n = 2913) = 4,823, p = 0,19, \text{cramer's } v = .04$ .

Kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 2*) og «*omtrent hvor mye vin drikker du vanligvis i løpet av to uker?*» blant respondentene

$X^2 (3, n = 2780) = 3,536, p = 0,32, \text{cramer's } v = .04$ .

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 2*) og «*omtrent hvor mye rusbrus drikker du vanligvis i løpet av to uker?*» blant respondentene

$X^2 (3, n = 2949) = 13,921, p = 0,00, \text{cramer's } v = .07$ .

(Se tabell 31 i vedlegg 1)

**Traume 3) En katastrofe (brann, orkan e.l)**

**Tabell 32** viser at det er liten forskjell (under 1 prosent) mellom de som har opplevd *Traume 3)* og de som ikke har den opplevelsen, når det gjelder bruk av hasj, marihuana eller lignende.

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en ikke-signifikant sammenheng mellom *Traume 3)* og «*Har du noen gang prøvd hasj/marihuana eller lignende*» blant respondentene

$X^2(2, n = 7761) = 3,672, p = 0,16, \text{cramer's } v = .02$ . (Se tabell i vedlegg 1)

**Tabell 33** viser at det er liten forskjell (under 1 prosent) mellom de som har opplevd *Traume 3)* og de som ikke har denne opplevelsen, når det gjelder bruk av amfetamin, kokain eller ecstasy.

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Yates Continuity Correction) indikerte en ikke-signifikant sammenheng mellom *Traume 3)* og «*Har du noen gang prøvd narkotiske stoffer som eksempel amfetamin, kokain eller ecstasy?*»

$X^2(1, n = 7740) = 3,244, p = 0,07, \text{phi} = .02$ . (Se tabell i vedlegg 1)

**Tabell 34** viser at det er flere av de som har opplevd *Traume 3)* som drikker øl, vin og rusbrus enn de som ikke har den opplevelsen. Spesielt når det gjelder de som drikker 6 eller mer i løpet av to uker.

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en ikke-signifikant sammenheng mellom *Traume 3)* og «*omtrent hvor mye øl drikker du vanligvis i løpet av to uker?*», blant respondentene

$X^2(3, n = 2910) = 5,873, p = 0,12, \text{cramer's } v = .05$ .

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 3)* og «*omtrent hvor mye vin drikker du vanligvis i løpet av to*

*uker?»*, blant respondentene

$X^2(3, n = 2779) = 8,269$ ,  $p = 0,04$ ,  $\text{cramer`s } v = .06$ .)

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 3*) og «*omtrent hvor mye rusbrus drikker du vanligvis i løpet av to uker?»*, blant respondentene

$X^2(3, n = 2948) = 14,881$ ,  $p = 0,002$ ,  $\text{cramer`s } v = .07$ .

(se tabell 34 i vedlegg 1)

***Traume 4) Har du noen gang opplevd en alvorlig ulykke (f.eks. alvorlig bilulykke):***

**Tabell 35** viser at det er 8,2 prosent av de med *Traume 4*) som har prøvd hasj, marihuana eller lignende, mens 5,7 prosent av de uten *Traume 4*), har prøvd disse rusmidlene.

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 4*) og «*Har du noen gang prøvd hasj/marihuana eller lignende*» blant respondentene

$X^2(2, n = 7754) = 13,292$ ,  $p = 0,001$ ,  $\text{cramer`s } v = .04$ . (Se tabell i vedlegg 1)

**Tabell 36** viser at det er en liten forskjell mellom de om har opplevd *Traume 4*), og de uten denne opplevelsen, når det gjelder om de har prøvd amfetamin, kokain eller ecstasy. 1,2 prosent flere blant de som har opplevd *Traume 4*).

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Yates Continuity Correction) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 4*) og «*Har du noen gang prøvd narkotiske stoffer som eksempel amfetamin, kokain eller ecstasy?*»

$X^2(1, n = 7734) = 10,228$ ,  $p = 0,001$ ,  $\text{phi} = .04$ . (Se tabell i vedlegg 1)

**Tabell 37** viser at det er en forskjell mellom de som har opplevd *Traume 4*) og de uten opplevelsen, når det gjelder hvor mye øl og rusbrus de drikker. Forskjellen er størst hos de som drikker 6 eller mer rusbrus. I denne gruppen er det 13,1 prosent blant de med *Traume 4*), og 7,6 prosent blant de uten opplevelsen.

En kjikvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 4*) og «omtrent hvor mye øl drikker du vanligvis i løpet av to uker?», blant respondentene

$$X^2 (3, n = 2911) = 13,257, p = 0,004, \text{cramer`s } v = .07$$

En kjikvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en ikke-signifikant sammenheng mellom *Traume 4*) og «omtrent hvor mye vin drikker du vanligvis i løpet av to uker?», blant respondentene

$$X^2 (3, n = 2778) = 7,328 p = 0,06, \text{cramer`s } v = .05.$$

En kjikvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 4*) og «omtrent hvor mye rusbrus drikker du vanligvis i løpet av to uker?», blant respondentene

$$X^2 (3, n = 2948) = 22,780, p = 0,001, \text{cramer`s } v = .09.$$

(Se tabell 37 vedlegg 1)



**Traume 5) Har du noen gang opplevd å bli utsatt for vold (banket/skadet) av andre?**

**Tabell 38**

*Har du noen gang opplevd å bli utsatt for vold (banket/skadet) av andre (Tr5)? Sammenlignet med: Har du noen gang prøvd hasj, marihuana eller andre hasj-lignende stoffer? (hasj)*  
Rekkeprosent

<b>Hasj</b>	<b>Null</b>	<b>En gang</b>	<b>Flere ganger</b>
<hr/>			
<b>Tr5</b>			
Nei	94,6	3,4	2,0
Ja	83,4	6,8	9,8

Tabell 38 viser at 16,6 prosent av de som har opplevd *Traume 5)* har prøvd hasj, marihuana eller lignende, mens tilsvarende tall for de som ikke har opplevd *Traume 5)* er kun 5,4 prosent. Tallene viser en relativt stor forskjell på de som har opplevd traumet og de som ikke har vært utsatt for vold av andre.

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 5)* og «*Har du noen gang prøvd hasj/marihuana eller lignende*», blant respondentene

$X^2 (2, n = 7754) = 120,067, p = 0,001, \text{cramer`s } v = .12.$

### Tabell 39

*Har du noen gang opplevd å bli utsatt for vold (banket/skadet) av andre (Tr5)? Sammenlignet med: Har du noen gang prøvd narkotiske stoffer som eksempel amfetamin, kokain eller ecstasy? (Narkos) Rekkeprosent*

	Narkos	Nei	Ja
<hr/>			
Tr5			
Nei	98,9	1,1	
Ja	92,7	7,3	

Tabell 39 viser at det er en vesentlig forskjell mellom de som har opplevd *Traume 5*) (7,3 prosent), og de som ikke har erfart denne opplevelsen (1,1 prosent), når det gjelder om de har prøvd amfetamin, kokain eller ecstasy.

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Yates Continuity Correction) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 5*) og «*Har du noen gang prøvd narkotiske stoffer som eksempel amfetamin, kokain eller ecstasy?*»

$X^2(1, n = 7734) = 104,519, p = 0,001, \phi = .12.$

### Tabell 40

*Har du noen gang opplevd å bli utsatt for vold (banket/skadet) av andre (Tr5)? Sammenlignet med: Omtrent hvor mye øl, vin eller rusbrus drikker du vanligvis i løpet av to uker (alkohol) Rekkeprosent*

	Alkohol	Null	1-2	3-5	6 eller mer
<hr/>					
Tr5					
Nei	59,5/80,1/32,4	19,2/13,0/35,4	10,7/5,1/23,9	10,5/1,9/8,3	
Ja	45,6/78,5/33,6	23,8/13,5/32,0	10,5/7,6/21,3	20,2/0,4/13,1	

Tabell 40 viser at respondentens forbruk av alkohol er nokså lik for gruppen som har opplevd *Traume 5*) og de som ikke har denne opplevelsen, når det gjelder hvor mye øl, vin og rusbruk de drikker. Men tallene viser en forskjell når det gjelder de som drikker øl og rusbrus 6 ganger eller mer, der de som har vært utsatt for vold av andre skårer vesentlig mye høyere enn de uten denne erfaringen.

En kjikvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 5*) og «omtrent hvor mye øl drikker du vanligvis i løpet av to uker?» blant respondentene

$X^2(3, n = 2909) = 28,611, p = 0,001, \text{cramer`s } v = .10.$

En kjikvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en ikke-signifikant sammenheng mellom *Traume 5*) og «omtrent hvor mye vin drikker du vanligvis i løpet av to uker?», blant respondentene

$X^2(3, n = 2777) = 5,359, p = 0,15, \text{cramer`s } v = .10.$

En kjikvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 5*) og «omtrent hvor mye rusbrus drikker du vanligvis i løpet av to uker?», blant respondentene

$X^2(3, n = 2947) = 7,623, p = 0,05, \text{cramer`s } v = .05.$

### *Traume 6) Sett andre bli utsatt for vold*

#### **Tabell 41**

*Har du noen gang opplevd å sett andre bli utsatt for vold (Tr6)? Sammenlignet med: Har du noen gang prøvd hasj, marihuana eller andre hasj-lignende stoffer? (Hasj) Rekkeprosent*

	<b>Hasj</b>	<b>Null</b>	<b>En gang</b>	<b>Flere ganger</b>
<b>Tr6</b>				
Nei	95,5	2,8		1,7
Ja	85,5	7,6		6,9

Tabell 41 viser en sammenheng mellom de som har opplevd *Traume 6*), og antall ganger gruppen har prøvd hasj, marihuana eller lignende, sammenlignet med gruppen som ikke erfart *Traume 6*). Av de som har *Traume 6*) bruker 14,5 prosent hasj, marihuana eller lignende, mot 7,3 prosent av de uten erfaringen.

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 6*) og «*Har du noen gang prøvd hasj/marihuana eller lignende*» blant respondentene

$X^2(2, n = 7742) = 181,190, p = 0,001, \text{cramer`s } v = .15.$

## Tabell 42

*Har du noen gang opplevd å sett andre bli utsatt for vold (Tr6)? Sammenlignet med: Har du noen gang prøvd narkotiske stoffer som eksempel amfetamin, kokain eller ecstasy? (Narkos)*  
Rekkeprosent

	Narkos	Nei	Ja
<hr/>			
<b>Tr6</b>			
Nei	99,1	0,9	
Ja	95,2	4,8	

Tabell 42 viser at 4,8 prosent av de som har opplevd *Traume 6*) bruker amfetamin, kokain eller ecstasy. Tilsvarende tall for de uten denne erfaringen er 0,9 prosent.

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Yates Continuity Correction) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 6*) og «*Har du noen gang prøvd narkotiske stoffer som eksempel amfetamin, kokain eller ecstasy?*», blant respondentene

$X^2(1, n = 7722) = 101,190, p = 0,001, \text{phi} = .12.$

## Tabell 43

*Har du noen gang opplevd å sett andre bli utsatt for vold (Tr6)? Sammenlignet med: Omtrent hvor mye øl, vin eller rusbrus drikker du vanligvis i løpet av to uker (alkohol)* Rekkeprosent

Alkohol	Null	1-2	3-5	6 eller mer
<hr/>				
<b>Tr6</b>				
Nei	61,8/80,0/32,5	19,0/13,3/36,0	9,5/5,1/23,3	9,7/1,5/8,2
Ja	45,6/79,9/33,4	21,7/11,6/31,8	14,9/6,1/24,6	17,8/2,4/10,3

Tabell 43 viser at det er nokså likt blant de som har opplevd *Traume 6*) og de uten denne erfaringen, når det gjelder antall øl, vin og rusbruk for mengdene; 1-2 enheter, og 6 enheter eller

mer. Forskjellen er størst hos gruppen som drikker 3-5 enheter øl, hvor de som har opplevd *Traume 6*) drikker 5,4 prosent mer enn de uten denne erfaringen.

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 6*) og «omtrent hvor mye øl drikker du vanligvis i løpet av to uker?», blant respondentene

$X^2(3, n = 2906) = 65,003, p = 0,001, \text{cramer`s } v = .15.$

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 6*) og «omtrent hvor mye vin drikker du vanligvis i løpet av to uker?», blant respondentene

$X^2(3, n = 2774) = 3,765, p = 0,29, \text{cramer`s } v = .04.$

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en ikke-signifikant sammenheng mellom *Traume 6*) og «omtrent hvor mye rusbrus drikker du vanligvis i løpet av to uker?», blant respondentene

$X^2(3, n = 2939) = 5,460, p = 0,14, \text{cramer`s } v = .04.$

**Traume 7) Blitt utsatt for ubehagelige seksuelle handlinger av jevnaldrende**

**Tabell 44**

*Har du noen gang opplevd ubehagelige seksuelle handlinger av jevnaldrende (Tr7)?*

*Sammenlignet med: Har du noen gang prøvd hasj, marihuana eller andre hasj-lignende stoffer?*

*(hasj) Rekkeprosent*

<b>Hasj</b>	<b>Null</b>	<b>En gang</b>	<b>Flere ganger</b>
<hr/>			
<b>Tr7</b>			
Nei	94,7	3,3	2,0
Ja	83,7	7,7	8,6

Tabell 44 viser at de som har erfart *Traume 7)*, har 16,3 prosent prøvd hasj, marihuana eller lignende, mot 5,3 prosent av de som ikke har opplevd *Traume 7)*.

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 7)* og «*Har du noen gang prøvd hasj/marihuana eller lignende*», blant respondentene

$X^2(2, n = 7743) = 120,683, p = 0,001, \text{cramer`s } v = .13.$

### Tabell 45

Har du noen gang opplevd ubehagelige seksuelle handlinger av jevnaldrende (Tr7)?

Sammenlignet med: Har du noen gang prøvd narkotiske stoffer som eksempel amfetamin, kokain eller ecstasy? (Narkos) Rekkeprosent

	Narkos	Nei	Ja
<hr/>			
Tr7			
Nei	98,9	1,1	
Ja	94,2	5,8	

Tabell 45 viser at det er 4,7 prosent flere av de med *Traume 7*), enn de uten, som har prøvd amfetamin, kokain eller ecstasy.

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Yates Continuity Correction) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 7*) og «Har du noen gang prøvd narkotiske stoffer som eksempel amfetamin, kokain eller ecstasy?» blant respondentene

$X^2(1, n = 7723) = 72,035, p = 0,001, \phi = .099$ .

### Tabell 46

Har du noen gang opplevd ubehagelige seksuelle handlinger av jevnaldrende (Tr7)?

Sammenlignet med: Omtrent hvor mye øl, vin eller rusbrus drikker du vanligvis i løpet av to uker (alkohol) Rekkeprosent

	Alkohol	Null	1-2	3-5	6 eller mer
<hr/>					
Tr7					
Nei	56,7/81,3/33,8	19,8/12,4/34,7	11,2/4,7/23,0	12,3/1,6/8,5	
Ja	71,9/69,5/23,1	17,7/17,3/38,0	16,0/10,4/29,8	14,4/2,8/9,1	



Tabell 46 viser at det er størst forskjell mellom de som drikker mellom 1-5 enheter av øl, vin og rusbrus blant gruppene av de som har opplevd *Traume 7)* og de som ikke har opplevd *Traume 7)*. Personer blant dem som har opplevd *Traume 7)*, drikker vesentlig mer enn de som ikke har opplevd *Traume 7)*.

En kjikvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 7)* og «*omtrent hvor mye vin drikker du vanligvis i løpet av to uker?*», blant respondentene

$X^2 (3, n = 2779) = 29,274$   $p = 0,001$ ,  $\text{cramer`s } v = .10$ .

En kjikvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 7)* og «*omtrent hvor mye øl drikker du vanligvis i løpet av to uker?*», blant respondentene

$X^2 (3, n = 2909) = 34,454$ ,  $p = 0,001$ ,  $\text{cramer`s } v = .11$ .

En kjikvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 7)* og «*omtrent hvor mye rusbrus drikker du vanligvis i løpet av to uker?*», blant respondentene

$X^2 (3, n = 2946) = 17,051$ ,  $p = 0,001$ ,  $\text{cramer`s } v = .07$ .

**Traume 8) Blitt utsatt for ubehagelige seksuelle handlinger av voksne**

**Tabell 47**

*Har du noen gang opplevd og blitt utsatt for ubehagelige seksuelle handlinger av voksne (Tr8)?*

*Sammenlignet med: «Har du noen gang prøvd hasj/marihuana eller lignende» Rekkeprosent*

	<b>Hasj</b>	<b>Null</b>	<b>En gang</b>	<b>Flere ganger</b>
<b>Tr8</b>				
Nei	94,3	3,4	2,3	
Ja	83,2	8,0	8,8	

Tabell 47 viser at det er stor forskjell mellom de som har opplevd *Traume 8)* og de uten den erfaringen, når det gjelder hvor mange ganger de har prøvd hasj, marihuana eller lignende.

Tallene viser at blant de som har *Traume 8)*, har 16,8 prosent prøvd en eller flere ganger. Blant de uten denne opplevelsen er tilsvarende tall 5,7 prosent.

**Tabell 48**

*Har du noen gang opplevd og blitt utsatt for ubehagelige seksuelle handlinger av voksne (Tr8)?*

*Sammenlignet med: Har du noen gang prøvd narkotiske stoffer som eksempel amfetamin, kokain eller ecstasy? (Narkos) Rekkeprosent*

	<b>Narkos</b>	<b>Nei</b>	<b>Ja</b>
<b>Tr8</b>			
Nei	98,7	1,3	
Ja	93,7	6,3	

Tabell 48 viser at det er 5 prosent flere av de som har opplevd *Traume 8)*, som har prøvd amfetamin, kokain eller ecstasy, enn de som ikke er i denne gruppen.

En kji kvadrat-test for uavhengighet (med Yates Continuity Correction) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 8*) og «*Har du noen gang prøvd narkotiske stoffer som eksempel amfetamin, kokain eller ecstasy?*», blant respondentene

$X^2(1, n = 7708) = 37,163, p = 0,001, \phi = .07.$

#### Tabell 49

*Har du noen gang opplevd og blitt utsatt for ubehagelige seksuelle handlinger av voksne (Tr8)?*  
*Sammenlignet med: Omtrent hvor mye øl, vin eller rusbrus drikker du vanligvis i løpet av to uker (alkohol) Rekkeprosent*

Alkohol	Null	1-2	3-5	6 eller mer
<b>Tr8</b>				
Nei	58,1/80,2/33,2	19,5/12,9/34,9	10,8/5,2/23,4	11,6/1,7/8,4
Ja	61,2/74,4/19,3	21,6/14,3/38,6	9,7/9,0/27,9	7,5/2,3/14,3

Tabell 49 viser at det er forskjell mellom de som har opplevd *Traume 8*) og de som ikke har det. Det er størst forskjell mellom de som drikker øl 6 ganger eller flere, hvor det blant de med *Traume 8*) er 7,5 prosent, mot 11,6 blant de utenfor denne "traumegruppen". Det er interessant å se at det er flere som drikker øl 6 ganger eller flere blant de som ikke har opplevd *Traume 8*). Tallene er motsatt når det gjelder hvor mange som drikker 6 rusbrus eller fler. I denne gruppen drikker 14,3 prosent av de som har opplevd *Traume 8*) 6 rusbrus eller flere, mot 8,4 prosent blant de utenfor "traumegruppen". Det kunne vært av interesse å se om det skyldes at jenter drikker mer rusbrus enn øl, og gutter drikker mer øl enn rusbrus. Og så igjen sammenligne med antall jenter og gutter som har opplevd *Traume 8*).

En kji kvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en ikke-signifikant sammenheng mellom *Traume 8*) og «*omtrent hvor mye øl drikker du vanligvis i løpet av to uker?*», blant respondentene

$X^2(3, n = 2908) = 2,575, p = 0,46, \text{cramer`s } v = .03.$

En kji kvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en ikke-signifikant sammenheng mellom *Traume 8*) og «omtrent hvor mye vin drikker du vanligvis i løpet av to uker?», blant respondentene

$X^2(3, n = 2777) = 4,384, p = 0,001, \text{cramer`s } v = .04.$  (se tabell 49)

En kji kvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 8*) og «omtrent hvor mye rusbrus drikker du vanligvis i løpet av to uker?» blant respondentene

$X^2(3, n = 2946) = 15,005, p = 0,002, \text{cramer`s } v = .07.$

### ***Traume 9) Opplevd noe annet som var veldig skremmende, farlig eller voldelig***

**Tabell 50** viser en svært høy forskjell mellom de som har opplevd *Traume 9*), og de som ikke har opplevd *Traume 9*), ifht om de har prøvd hasj, marihuana eller lignende 1 eller flere ganger. Tallene er hhv 49,1 prosent og 4,7 prosent.

En kji kvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 9*) og «Har du noen gang prøvd hasj/marihuana eller lignende», blant respondentene

$X^2(2, n = 7686) = 121,490, p = 0,001, \text{cramer`s } v = .13.$  (Se tabell i vedlegg 1)

**Tabell 51** viser at det er få som rapporterer at de har prøvd amfetamin, kokain eller ecstasy.

Tallene viser at det er 2,6 prosent flere som har prøvd disse stoffene blant de som har opplevd *Traume 9*), sammenlignet med de uten erfaring med *Traume 9*).

En kji kvadrat-test for uavhengighet (med Yates Continuity Correction) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 9*) og «Har du noen gang prøvd narkotiske stoffer som eksempel amfetamin, kokain eller ecstasy?», blant respondentene

$X^2(1, n = 7666) = 45,486, p = 0,001, \text{phi} = .08.$  (Se tabell i vedlegg 1)

**Tabell 52** viser at det er nokså likt mellom de som har opplevd *Traume 9*) og de uten denne opplevelsen, når det gjelder hvor mye øl, vin og rusbruk de drikker. Forskjellen er størst blant de som drikker rusbrus mer enn 6 ganger. Blant de med *Traume 9*), er det 11,7 prosent som drikker 6 eller mer. Mens de utenfor denne "traumegruppen" er det tilsvarende tallet 7,7 prosent.

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en ikke-signifikant sammenheng mellom *Traume 9*) og «*omtrent hvor mye vin drikker du vanligvis i løpet av to uker?*», blant respondentene

$X^2(3, n = 2761) = 4,839, p = 0,18, \text{cramer's } v = .04.$

En kjiqvadrat-test for uavhengighet (med Pearson Chi-Square) indikerte en signifikant sammenheng mellom *Traume 9*) og «*omtrent hvor mye rusbrus drikker du vanligvis i løpet av to uker?*», blant respondentene

$X^2(3, n = 2929) = 26,671, p = 0,001, \text{cramer's } v = .010.$

(Se tabell 52 i vedlegg 1)

## 4.8 Sammendrag av resultatene

Når det gjelder alkohol viser tallene at 12,7 prosent av respondentene aldri har vært beruset, mens flestparten (60,3 prosent) har vært beruset fire ganger eller flere. Respondentene rapporterer at de drikker rusbrus oftere enn annen alkohol. Av jentene drikker 75,2 prosent 1 rusbrus eller mer på en dag når de drikker. Mens blant guttene er tilsvarende tall 58 prosent. Guttene drikker mer øl enn jentene. Hhv 65,7 prosent og 19,5 prosent, for mengden 1 eller mere.

Analysene viser at det er en sammenheng mellom ungdoms bruk av rusbrus, og det å *oppleve dødsfall blant noen nærstående*. Det er 6,8 prosent flere blant de som har denne opplevelsen, enn de som ikke har den, som drikker 1 rusbrus eller mer. Når det gjelder opplevelsen av noe som er veldig skremmende/farlig/voldelig, viser tallene at det er 4,9 prosent flere av de som har denne erfaringen, som drikker 1 rusbrus eller mer. Av de som rapporterer at de *har opplevd en alvorlig*

*ulykke*, viser tallene at 6 prosent drikker mer rusbrus, og 7,6 prosent drikker mer øl enn de uten denne erfaringen.

Av respondentene som svarer at de *har blitt utsatt for vold*, er det 16,6 prosent som svarer at de har brukt hasj/marihuana eller lignende mer enn 1 gang. Mens 5,4 prosent av de som ikke har denne erfaringen svarer at de har prøvd hasj/marihuana eller lignende, 1 gang eller mer. 54,5 prosent av de som har vært utsatt for vold rapporterer at de drikker 1 øl eller mer, mens 40,4 av de som ikke har vært utsatt for vold, drikker 1 øl eller mer i perioden.

Når det gjelder rapportering på det å *ha sett andre bli utsatt for vold*, viser tallene at det er 14,5 prosent av de som opplevde dette som har prøvd hasj, marihuana eller lignende mer enn 1 gang. Mens 4,5 prosent av de som ikke har sett andre bli utsatt for vold, har prøvd mer enn 1 gang. Når det gjelder antall øl som drikkes på en dag, drikker de som har sett andre bli utsatt for vold 16,2 prosent mer enn de som ikke har denne opplevelsen. Dette kan også ses i sammenheng med at det er langt flere gutter som drikker øl enn jenter. Tallene for hvor mye rusbrus de drikker, er ikke signifikant høyere blant de som har sett andre blir utsatt for vold.

Studien viser at 16,3 prosent av de som rapporterte å *ha vært utsatt for ubehagelige seksuelle handlinger av jevnaldrende*, har prøvd hasj, marihuana eller lignende, 1 eller flere ganger. Mens tilsvarende tall blant de som ikke har denne opplevelsen, er 5,3 prosent. Det er 15,2 prosent flere som drikker alkohol fra gruppen som har hatt denne opplevelsen, enn de som ikke har hatt den. Og det er 76,9 prosent av gruppen som har hatt opplevelsen (ubehagelige seksuelle handlinger av jevnaldrende), som drikker rusbrus. Til sammenlikning er det 66,2 som drikker rusbrus blant de som ikke har hatt opplevelsen.

Analysen for sammenhengen mellom det å *bli utsatt for seksuelle handlinger av voksne* og å ha prøvd hasj, marihuana eller lignende 1 eller flere ganger, viser at 16,8 prosent svarer bekreftende på dette. Mot 5,7 prosent blant de som ikke har hatt denne negative hendelsen. Det er 80,8 prosent av de som har vært utsatt for seksuelle handlinger av voksne, som drikker 1 rusbrus eller mer. Mens tilsvarende tall for de som ikke rapporterer om denne opplevelsen, er 66,7 prosent.

Ungdommenes rapportering på det å ha opplevd noe som var veldig skremmende, farlig eller voldelig, viser at det er langt flere av de som har opplevd dette, som har prøvd hasj, marihuana eller lignende (49,1 prosent). Sammenlignet med 4,7 prosent blant de som ikke har denne opplevelsen.

Studien viser at det er en sammenheng mellom ungdommenes rapportering på bruk av hasj, marihuana eller lignende og det å ha opplevd at noen i familien har vært alvorlig syk. Det er 7 prosent som rapporterer at de har prøvd hasj, marihuana eller lignende mer enn 1 gang av de som har denne erfaringen. Mens tilsvarende andel er 4,3 prosent blant de som ikke har denne opplevelsen.

Analysene viser en sammenheng mellom PTSD-lignende symptomer og narkotikabruk. Av ungdommene som har opplevd at de «får skremmende tanker, ser for seg bilder eller hører lyder fra det som hendte, selv om de ikke vil det», har 21,8 prosent prøvd hasj, marihuana eller lignende, mer enn 1 gang. Blant de som ikke har hatt samme opplevelse, rapporterer 6 prosent å ha brukt hasj, marihuana eller lignende, mer enn 1 gang. Når det gjelder de som rapporterer at de har opplevd at «når noe minner dem om det som hendte, blir de veldig ute av seg, redd eller trist», har 17,3 prosent brukt hasj, marihuana eller lignende, mer enn 1 gang. Mens det er 6,2 prosent blant de uten denne opplevelsen, som har prøvd mer enn 1 gang.

Blant ungdommene som rapporterer om at de «forsøker å ikke snakke om det som hendte, tenke på det eller ha følelser rundt det som skjedde», har 19,6 prosent brukt hasj, marihuana eller lignende, mer enn 1 gang. Tilsvarende andel blant de som ikke har denne erfaringen er 5,7 prosent. Det er 24,5 prosent som rapporterer at de har brukt hasj, marihuana eller lignende, mer enn 1 gang, blant ungdommene som rapporterer om at de «forsøker å holde seg unna ting og folk som minner dem om hva som hendte». Av de uten en slik erfaring, er det 5,8 prosent som har brukt de samme stoffene mer enn 1 gang.

Det er en tydelig sammenheng mellom respondentenes rusbruk og traumeerfaringer. Spesielt når det gjelder antall rusbrus de drikker og narkotikabruk. Når det gjelder narkotikabruk svarer 98,5 prosent at det ikke har prøvd kokain, amfetamin, ecstasy eller lignende. Mens det er kun 12,2

prosent som svarer at de ikke har brukt hasj/marihuana eller lignende stoffer. Av de som har prøvd hasj/marihuana er det 4,3 prosent som er yngre enn 14 år.



## 5 Diskusjon

I dette kapitlet vil funn, beskrevet i kapittel 4, bli diskutert i henhold til studiens to forskningsspørsmål:

1. *Er det sammenheng mellom ungdoms selvrapporterte traumeerfaringer/PTSD-lignende symptomer, og senere rusbruk?*
2. *Hvilke traumeerfaringer/PTSD-lignende symptomer har størst sammenheng med rusbruk?*

### 5.1 Er det sammenheng mellom tidligere traumeerfaringer/PTSD-lignende symptomer, og senere rusbruk?

Av respondentene som svarer at de *har blitt utsatt for vold*, er det 16,6 prosent som svarer at de har brukt hasj/marihuana eller lignende mer enn 1 gang. Dette er tre ganger høyere enn blant de uten traumer. Av de som *har sett andre bli utsatt for vold*, har 14,5 prosent prøvd hasj, marihuana eller lignende mer enn 1 gang. Mens blant de øvrige respondentene er det 4,5 prosent. Det er 16,2 prosent flere som drikker øl blant de som har denne opplevelsen, enn de som ikke har den.

16,3 prosent av de som rapporterte å *ha vært utsatt for ubehagelige seksuelle handlinger av jevnaldrende*, har prøvd hasj, marihuana eller lignende 1 eller flere ganger. Mens kun 5,3 prosent har prøvd dette, blant de øvrige respondentene. Blant de som har opplevd denne handlingen er det 15,2 prosent flere som drikker alkohol, enn blant de som ikke rapporterer om ubehagelige seksuelle handlinger fra jevnaldrende. Sammenhengen mellom det å *bli utsatt for seksuelle handlinger av voksne*, og å ha prøvd hasj, marihuana eller lignende, viser at 16,8 prosent av de som har rapporterer om denne opplevelsen har prøvd 1 eller flere ganger. Tilsvarende tall for den andre gruppen, er 5,7 prosent.

Respondentenes rapportering på det å *ha opplevd noe som var veldig skremmende, farlig eller voldelig*, viser at det er langt flere av de som har opplevd dette som har prøvd hasj, marihuana eller lignende (49,1 prosent), sammenlignet med de som ikke har denne opplevelsen (4,7

prosent). Funnene viser at det med stor sannsynlighet er en sammenheng mellom ungdommenes rapportering på bruk av rusmidler, og traumeerfaringer.

Det samme gjelder for PTSD-lignende symptomer. De som rapporterer at *de får skremmende tanker, ser for seg bilder eller hører lyder fra det som hendte selv om de ikke vil det*, har prøvd hasj eller lignende tre ganger oftere enn de andre. Og det er ca. tilsvarende forskjell for de andre kategoriene innenfor PTSD. Disse tallene viser at det er relativt mange ungdommer som rapporterer om at de har ulike traumeerfaringer og viktige kjennetegn som kan ligne på PTSD.

Når dette ses i sammenheng med at ungdom som har vært utsatt for traumer, bruker rusmidler i større grad enn de uten traumeerfaring, er det grunn til å rette oppmerksomheten mot de følgende ulike traumeerfaringer kan få for ungdoms utvikling av psykisk helse og rusmiddelbruk. Også sett i lys av resultatene fra studien som ble gjennomført av Heradstveit et al. (2019), hvor de finner at de som har høyest alkoholforbruk og drikker mest, er de som har traumelidelser.

Norge er et foregangsland når det gjelder barns rettigheter, og forpliktet seg til å følge FN's barnekonvensjon i 1991. Barnekonvensjonen ble en del av Grunnloven i 2014, og det førte til en inkludering av barns rett til beskyttelse. Også beskyttelse mot vold, overgrep og omsorgssvikt. Til tross for dette, viser denne studien, som flere lignende studier, at barn fortsatt blir utsatt for alvorlige traumer. Tallene fra denne studien viser at i en populasjon på ca. 8000 er det 4,9 prosent (ca.392 ungdommer) som har vært utsatt for vold av noen som sto dem nær. 6,9 prosent har blitt utsatt for seksuelle handlinger av jevnaldrende (ca.552 ungdommer i Nord-Trøndelag) og 3,1 prosent (ca. 248 ungdommer) ble utsatt for seksuelle handlinger av voksne. Ser en disse resultatene i sammenheng med rusbruk, viser de at det er høyere bruk av narkotika og alkohol, blant ungdommene som skårer høyt på traumeerfaringer.

Når det gjelder ungdoms rapportering på narkotikabruk og viktige kjennetegn på PTSD, viser studiene at de bruker mer narkotika. Disse relativt høye tallene som viser omfanget av alvorlige traumer blant ungdommene, kan ses i sammenheng med det Kvello (2004) og Killén (2015) påpeker. At barn som er utsatt for alvorlige traumer i oppveksten, har betydelig økt risiko for å utvikle alvorlige atferdsvansker, blant annet økt risiko for misbruk av rusmidler.

Den foreliggende studien tyder på at flere av funnene stemmer med tidligere forskning. Som for eksempel; Kilpatrick et al (2003), som finner at barn som utsettes for traumer i barndommen, er

en sårbar gruppe med økt risiko for å utvikle rusproblematikk. Et annet eksempel er ACE-studien (Felitti et al., 1998), hvor det påpekes at det er en tydelig sammenheng mellom belastninger i oppvekst, og rusmiddelavhengighet. Khoury et al. (2010) finner at komorbid rus- og traumeproblematikk/PTSD forekommer hyppig blant ungdom med barndomstraumer og har en sammenheng med utvikling av rusmisbruk i voksen alder.

For å kunne si noe om det er en sammenheng mellom traumeerfaringer/PTSD-lignende symptomer og senere rusbruk, må det ses i sammenheng med at det å være ungdom i seg selv er assosiert med en rekke utfordringer. Ungdomstiden er en fase i livet som preges av løsrivelse og påvirkning fra andre sosialiseringarenaer, enn de første barneårene (Kvillo, 2004). Ungdom vil teste grenser, også når det gjelder bruk av rusmidler (Folkehelseinstituttet, 2011). Studien i denne oppgaven viser at rusbruken øker betraktelig med alderen, og rapportering på alvorlige hendelser og kjennetegn på PTSD øker med alderen hos respondentene.

For barn og unge som har erfaring med alvorlige traumer, er ungdomstiden ofte en vanskelig periode, noe som gjør at denne ungdomsgruppen er mer utsatt for utvikling av psykiske vansker og høyt rusbruk, enn andre ungdommer uten traumeerfaringer (Khoury et al., 2010). Flere forskere peker på en sterk sammenheng mellom alvorlige traumatiske hendelser i barndommen, og senere utvikling av PTSD (Khoury, et al., 2010; Mueser og Taub, 2008; Putnam, 2003; Schilling, Aseltine og Gore, 2007). Funnene fra denne studien viser at det er relativt mange som rapporterer om traumer og kjennetegn på PTSD. Når dette ses i sammenheng med norske studier som «Barn i Bergen» og «Ungdom i BUP», hvor de finner diskrepans mellom unges rapportering på traumer/PTSD kjennetegn og diagnoser innenfor disse kategoriene, kan det antas at mange unge sliter med vanskelige følelser uten at de får hjelp til bearbeidelse.

Flere forskere/studier peker på at denne gruppen har større sannsynlighet for utvikling av rusavhengighet (Nelson et al., 2002). Giacona et al., (2003) finner i sin studie at blant unge med rusmiddelavhengigheter, har 50-75 prosent opplevd én eller flere traumatiske hendelser, og 11–47 prosent har diagnosen PTSD, er det grunn til å anta at det er en viss risiko for utvikling av rusmisbruk for unge med traumeerfaring.

Ungdomstiden kan beskrives som en livsfase hvor man beveger seg fra å være barn til å gå inn i voksenlivet. Arnett (2000) betegner fasen mellom ungdomstid og voksenliv som «emerging

adulthood», og begrunner begrepet med at årene mellom 18 og 25 år er unik. Ungdommene som befinner seg i denne livsfasen, i overgangen til å bli voksen, er opptatt med å utforske egen identitet gjennom utdanning og arbeid, relasjoner og kjærlighetsliv, og gjennom prosessen forsøke å forme et eget verdensbilde (Arnett, 2002, s. 473-474). Arnett beskriver overgangene fra ungdom, via ung voksen, til voksen, som en prosess som kan bli en utstrakt og krevende utviklingsprosess. Overgangsfasen preges av et stort mangfold av variasjoner der det å prøve ut og ombestemme seg, for så å prøve noe annet, er det normale. De unge opplever mange endringer som bla; flytte ut og inn i foreldrehjemmet, bo i ulike andre bo-konstellasjoner, er singel og samboende eller har kjæreste. Først mot slutten av 20-årene begynner de å ta mer langvarige valg, og noen brikker kan begynne å falle på plass.

Noe av det som står øverst på listen over hva unge voksne anser som viktige markører ved å bli voksen, er disse kvalitetene/kjerneverdiene; 1) å akseptere ansvaret for seg selv og sitt liv, 2) evne til å ta selvstendige avgjørelser og 3) å bli økonomisk selvstendig og å kunne sørge for seg selv (Arnett, 2000, s. 473). Ifølge Arnett er selvbestemmelse, uavhengighet og det å finne sin identitet, definerende for å beherske voksenlivet i moderne tid. I denne studien er det funnet mulige sammenhenger mellom rusbruk og ungdoms erfaringer med vanskelige opplevelser. Og det er interessant å se på resultatene i lys av det Arnett (2000) sier om betydningen av ungdomstiden, med tanke på å finne sin egen identitet. I studien ble det funnet en sammenheng mellom alder og rusbruk, hvor de eldste ungdommene bruker mest narkotika og har høyest alkoholforbruk.

Ungdomstiden representerer mange valg og endringer som begge er krevende prosesser (ibid), og det kan i seg selv være en forklaring på høyere rusbruk i denne aldersgruppen. Resultater fra studien viser at traumeerfaringer og rapportering på PTSD-lignende symptomer øker med alderen, og det kan tyde på at det å være i en krevende endringstid mellom ungdom og ung voksen, gir høyere symptom på vanskelige opplevelser. Funnene i studien viser også at det er flere som opplever å bli utsatt av vold fra jevnaldrende, og flere blant de eldste ungdommene har opplevd skremmende situasjoner. For denne gruppen kan rus oppleves som hjelp mot tankekjør og ubehagelige følelser.

Ungdom kan oppleve at det er forventet at man skal drikke i vennegjengen og kjenne på gruppepress. Viktigheten av tilhørighet og aksept av andre, er viktig i denne livsfasen. En annen

forklaring kan være at rusbruk blir mer akseptert etter fylte 18 år, og i den norske kulturen er det relativt vanlig å drikke seg full i helger. I en studie utført av Choen et al. (2003) finner de at ungdom som har vært utsatt for traumer, har økt risiko for selvskading, seksuell risikotaking og rusproblematikk. Når det ses i sammenheng med ungdoms krevende livsfase med «vanlige» utfordringer i overgangen fra ungdom til ung voksen, er det mulig å anta at "miksen" med traumer, kjennetegn på PTSD og det å være i denne livsfasen, kan ha en sammenheng med mengde rusbruk. Tall fra denne studien viser at 15 prosent rapporterer om at de har sett andre bli utsatt for vold og av disse har 16,6 prosent prøvd hasj eller lignende. Mot 5,4 prosent av de uten denne opplevelsen. 4,8 prosent av ungdommene som rapporterer å ha vært utsatt for vold har prøvd kokain, amfetamin og lignende, mot 0,9 prosent uten denne opplevelsen. Det er stor forskjell mellom gruppene både når det gjelder rapporteringer på traumeerfaringer og hos de som opplever å ha viktige kjennetegn på PTSD. Hvor tallene på rusbruk er relativt mye høyere hos de med traumeerfaring/PTSD-lignende symptom, enn for de som ikke har disse erfaringene.

Tallene fra denne studien viser at det er relativt mange ungdommer som rapporterer om avoidance og intrusjon, som er viktige kjennetegn på PTSD. Hele 17,2 prosent rapporterer at de opplever å få «skremmende tanker, ser for seg bilder eller hører lyder fra det som hendte, selv om de ikke vil det». 28,8 prosent sier de «forsøker å ikke snakke om det som hendte, tenke på det eller ha følelser rundt det». 31,4 prosent rapporterer at «når de blir minnet om det som hendte, blir de veldig ute av seg, redd eller trist», og hele 6,7 prosent av disse rapporterer at de opplever dette 1-3 ganger i uken eller mer.

Disse funnene kan ses i sammenheng med at stress er en risikofaktor for å utvikle økt rusbruk. Selv om denne studien ikke kan fastslå at ungdommene som rapporterer om ulike PTSD-lignende symptomer har et høyt stressnivå, kan man anta at gjentatte ubehagelige følelser og tanker, kan føre til stress. Lossius (2011) påpeker at alvorlige traumer kan gi barn og unge en utsatthet for stress, og føre til en kontinuerlig stresstilstand i kroppen. Dette gir økt risiko for rusmisbruk senere i livet. Lossius sier videre at rusmiddelbruk kan være en mestringsstrategi for å slippe å kjenne på stress og ubehagelige følelser.

Denne studien viser et relativt høyt tall når det gjelder ungdom som rapporterer å ha blitt utsatt for vold og seksuelle krenkelser. Videre tyder funnene på en mulig sammenheng mellom alvorlige traumer og rusbruk. En forklaring kan være at for enkelte kan rusbruk døyve smerten

etter traumer og omsorgssvikt. Det er godt dokumentert i flere studier, at rus er en utvei for mange som sliter med PTSD-lignende symptomer og alvorlige traumeerfaringer. I kartleggingsstudien som er gjennomført av Ormhaug et. al. (2012), kommer det fram at 42 prosent av barn og unge som var henvist til BUP, hadde opplevd en eller flere traumatiske hendelser. Dette tyder på at omsorgssvikt/traumeerfaringer kan ha alvorlige konsekvenser når det gjelder psykisk helse (Killén, 2015).

Det er flere forskere som finner en sammenheng mellom mengde rusbruk og psykiske vansker, hvor selvmedisinering er en mulig årsaksforklaring til rusmisbruket. Denne studien finner en sammenheng mellom mengde rusbruk og personens erfaringer med alvorlige opplevelser og rapportering på kjennetegn på PTSD. Det bør likevel påpekes at det ikke er dokumentert om personen selv har benyttet rusmiddelet som selvmedisinering. Lossius (2011) skriver om rusmidlenes påvirkning på hjernen, og sammenligner følelsen rusen gir med opplevelsen/følelsen personer kjenner når de opplever glede og nærhet til andre. Lossius påpeker at rusmidler kan endre intensiteten i følelser, som eksempelvis sinne, angst og glede, og fungere dempende eller økende, og/eller hindre at tankene kommer, og dermed sette hverdagens realiteter på vent.

Ved bruk av rusmidler kan personen kjenne at fysiske og psykiske smerter dempes eller forsvinner, og emosjonelle tankekjør stoppes. På den måten kan rusen virke som selvmedisinering. Dette kan ses i sammenheng med ungdoms rapportering om flere alvorlige hendelser jo eldre de blir, økt rapportering på kjennetegn som ligner på PTSD jo eldre de blir, og de er i en livsfase med mange endringer. Alt dette kan gi mange utfordringer, og dersom rusbruk virker positivt, som Lossius (2011) beskriver, vil det kunne føre til økt risiko for selvmedisinering ved hjelp av rusmidler.

John Bowlby (1951) utviklet en teori om tilknytning, hvor hovedpoenget er at alle mennesker har et behov for å knytte emosjonelle bånd til andre mennesker. Sentralt i Bowlbys teori er viktigheten av gjensidighet i spillet mellom barn og omsorgsgiver i tidlig barndom. Bowlby påpeker hvor avgjørende det er for barns utvikling, at omsorgsgiver lærer barnet å regulere egne følelser. Og at det læres gjennom samspill, speiling og samregulering med nære omsorgspersoner. Ved mangel eller fraværende tilgang på trygg tilknytning til primære omsorgspersoner, kan barn utvikle impulsivitet og overaktivitet på grunn av manglende evne til å forstå og håndtere egne følelser (Killén, 2015).

Denne teorien kan være en forklaringsmulighet på funnene i denne studien som viser at personer med traumeerfaringer/PTSD-lignende symptomer har høyere rusbruk enn personer uten traumeerfaringer. Det kan tenkes at personer med traumeerfaringer også har tilknytningsvansker, og på bakgrunn av det er mer disponert for å regulere egne følelser ved bruk av rusmidler. Og barn som har opplevd alvorlige omsorgstraumer kan utvikle tilknytningsforstyrrelser, som igjen øker risikoen for atferdsvansker og annen skjevutvikling (Kvillo, 2004) som gir økt risiko for risikabelt rusbruk. Dersom en person har opplevd barndomstraumer, andre alvorlige traumeerfaringer og/eller manglende tilknytning, kan det føre til en svekket evne til å forstå andre, og hvordan andre føler, og respondere deretter. Det kan føre til store konsekvenser for sosialisering og evne til å holde på, og skape, gode relasjoner i livet (Killén, 2015).

Personens egen evne til å forstå egne relasjonelle traumer, overgrep, vold og lignende, kan forklare hvorfor denne studien viser økt rusbruk blant personer med disse erfaringene. Og med forskningen som viser at mange av de som er henvist til BUP ikke er diagnostisert med traumelidelser eller PTSD på tross av at de rapporterer om høyt antall av hendelser/opplevelser, kan det antas at mange sliter med sosialisering og relasjoner, som er en risiko for økt rusbruk (Ormhaug, et. al, 2012).

## **5.2 Hvilke traumeerfaringer/PTSD lignende symptomer har størst sammenheng med rusbruk?**

Denne studien viser at det er traumeerfaringene; «utsatt for vold» (se tabell 38, 39 og 40), «sett andre bli utsatt for vold» (se tabell 41, 42 og 43), «ubehagelige seksuelle handlinger fra jevnaldrende» (se tabell 44, 45 og 46), «ubehagelige seksuelle handlinger fra voksne» (se tabell 47, 48 og 49) og «skremmende, farlige eller voldelige opplevelser» (se tabell 50, 51 og 52), som har størst sammenheng med ungdommenes rusbruk og opplevde traumer. Disse funnene tyder på at det er de antatt alvorligste traumene, som har størst sammenheng med ungdommenes rusbruk. Noe som gir økt grunnlag for å anta at både teorien og annen forskning som er beskrevet i denne oppgaven, stemmer overens med resultatene fra denne studien.

Studier som er gjennomført av Van der Kolk (2005), Stefansen (2007) og Ormhaug et al. (2012) viser at ulike alvorlige traumeerfaringer som forekommer relativt ofte fører til forhøyet risiko for

alvorlige konsekvenser, som eksempelvis økt rusbruk og rusmiddelavhengighet. Van der Kolk (2005) og Spinazzola et al. (2005) skriver om konsekvensene av ulike traumer, og spesielt når det handler om traumatiske opplevelser fra omsorgspersoner. Denne studien tar ikke for seg dette spesifikt, men tallene viser at traumer påført av nære relasjoner, har stor sammenheng med rusbruk. Det kan tyde på at konsekvensene blir større når vold, ubehagelige seksuelle handlinger, skremmende voldelige/farlige opplevelser er begått/påført av ungdommens omsorgspersoner. Dette samsvarer med det Spinazzola et al. (2005) og Van der Kolk (2005) påpeker i sin forskning, og studien «Barn i Bergen» (Hiervang, et al, 2007) som viser at barn med alvorlige atferdsproblem hadde høyest forekomst av rusproblem/rusbruk.

Denne studien finner en sammenheng mellom PTSD-lignende symptomer og bruk av narkotika. Og resultatene viser at det er relativt mange ungdommer som sliter med PTSD-lignende symptomer, noe som kan bety en risiko for senere utvikling av mer alvorlige psykiske helseplager og misbruk av rusmidler. Studien viser at det er langt flere av de ungdommene som rapporterer at de bruker narkotiske rusmidler, som også skårer høyere på PTSD-lignende symptomer. Funnene som er beskrevet i denne oppgaven underbygger tidligere forskning på feltet, om at det er en sammenheng mellom PTSD-lignende symptomer og rusbruk. Forskning som er gjennomført av Khoury et al. (2010), Mueser og Taub (2008), Putnam (2003), Fletcher (2003), Jensen (2007) og Reigstad, Jørgensen og Wichstrøm (2006), finner en klar sammenheng mellom det å bli misbrukt/utsatt for omsorgssvikt, og det å utvikle PTSD, atferdsvansker og misbruk av rusmidler. Kvello (2004), Killén (2015), Lossius (2011) og Bowlby (1973), beskriver sårbarheter hos barn/ungdom som blir utsatt for alvorlige traumer.

Studien finner tall som tyder på at mange ungdommer som sliter med PTSD-lignende symptomer, har et høyere bruk av narkotika enn ungdommer uten kjennetegn på PTSD. Eksempel på PTSD-lignende symptomer fra denne studien som har relativt høy forekomst er: «når noe minner meg om det som hendte, blir jeg veldig ute av meg, redd eller trist» (31,4 prosent) hvor 17,3 prosent rapporterer å ha prøvd hasj, marihuana eller lignende en eller flere ganger (se tabell 20). Og «jeg forsøker å ikke snakke om det som hendte, tenke på det eller ha følelser rundt det» (28 prosent), hvor 19,6 prosent rapporterer å ha prøvd hasj, marihuana eller lignende en eller flere ganger (se tabell 22). «Jeg forsøker å holde meg unna folk, steder eller ting som minner meg om det som hendte» (14,3 prosent) hvor 24,5 prosent rapporterer å ha



prøvd hasj, marihuana eller lignende en eller flere ganger (se tabell 24). Dette kan være ungdommer med økt risiko for å utvikle alvorlig rusmisbruk, gjennom at de opplever at rusen hjelper dem med å regulere egne følelser og det å unngå å kjenne på ubehag og smerte. Disse funnene kan ses i sammenheng med forskning som er gjennomført av Khantzian (1997), Spinazzola (2005) og Giaconia et al. (2003) som i sine studier finner at barn/ungdom som opplever alvorlige traumer, ofte har reguleringsvansker og atferdsvansker. Noe som igjen ofte fører til rusbruk for å regulere egen psykiske smerte og ubehag.

I denne oppgaven brukes begrepet PTSD-lignende symptomer om ungdommens selvrapporterte svar på opplevelser som brukes i kartleggingen av PTSD som diagnose. For at tallene fra denne studien kan sammenlignes med annen forskning og teori når det gjelder sammenhengen mellom PTSD og rusbruk, ville det vært avgjørende at ungdommen rapporterte på flere av de PTSD-lignende symptomene. Og minst de to: intrusjon og avoidance (dette er beskrevet i kapittel 3 og 4, under begrepsavklaring og metode). Begge disse faktorene må være tilstede for at det kan diagnostiseres som en PTSD. Tallene fra denne studien viser kun enkeltstående variabler sammenlignet med rusbruk, og derfor er det ikke mulig å si om det finnes ungdommer som skårer på flere av variablene som indikerer PTSD-lignende symptomer. Styrken ved å sammenligne variablene enkeltvis vil være at informasjon ikke mistes og tallene viser hvilke typer av PTSD-lignende symptomer som har størst innvirkning på rusbruk. Det kan igjen ses i sammenheng med hvilke opplevelser man tenker er mer normale (noe de fleste opplever) enn andre opplevelser.

### **5.3 Styrker og svakheter**

Denne studien har flere styrker, som bla streng definisjon av traumbegrepet og PTSD lignende symptomer, og at den bygger på datamateriale fra en stor populasjon. Datamaterialet, som er en spørreundersøkelse, er utført av en profesjonell institusjon, og ga tilgang til mange relevante variabler innenfor rusbruk og traumer. Selv om studiet har flere styrker, er det også noen svakheter som påvirker studien. Svakheter kan være at datamaterialet er retrospektivt og bygger på selvrapporterte traumeerfaringer og rusbruk, noe som kan påvirke validiteten. Undersøkelsen ble gjennomført tilbake i tid, i 2017 - 2019. En annen svakhet kan være at når ungdommer blir

spurt om sine erfaringer, og spesielt innen sensitive tema, kan det være grunn til å ha et kritisk blikk på hvilken grad de er i stand til å forstå, vurdere og svare ærlig på spørsmålene. Alder vil ha betydning for forståelse for egen oppvekst, noe som kan føre til at en kanskje ser hendelser i oppveksten i et annet lys, enn da de pågikk. Hvordan respondentene husker tilbake på barndomserfaringer og hvordan livssituasjonen er i dag, kan i stor grad påvirke hvordan man erindrer fortiden. Dermed kan det være en risiko for at svarene om barndommen og tidligere erfaringer, kan bli påvirket av ens nåværende tilstand. En annen feilkilde kan være at ungdom kan ha en annen oppfatning av hva vold og overgrep innebærer, enn hva voksne har.

Det er ikke tatt høyde for om rusbruken er alvorlig og kan klassifiseres som en lidelse, men baseres på oppgitt mengde per dag i løpet av en periode. Det er en styrke at det differensieres mellom de ulike elementene, og det er delt opp i mengde og ulike former for rusmidler og traumer. Det kan være en svakhet ved studien at alvorlighetsgraden av traumer og PTSD-lignende symptom ikke blir helt tydelig, ettersom svaralternativene blir slått sammen. En annen svakhet vil kunne være at det ikke er tatt hensyn til kulturelle og sosiale faktorer som kan ha påvirket resultatet. Noe som igjen kan ha ført til en manglende mulighet for å forstå bakgrunnen for funnene i denne studien.

For å få et bedre helhetsbilde over mulige sammenhenger enn det som ble kartlagt i denne studien, kan det være interessant å se på hvordan kulturelle og sosiale faktorer kan påvirke resultatet. Det kan være av interesse å se på om ulike grupper innenfor kultur og sosiale faktorer er forskjellige, i forhold til ulike traumer de er utsatt for og gruppens bruk av rusmidler. Det kan være en ide å se på om de som er utsatt for: 1) mobbing, 2) lav sosioøkonomisk status, 3) innvandrerbakgrunn, 4) bor i fosterhjem/institusjon, har høyere skår på traumer og rusbruk sammenlignet med de andre.

Tidligere forskning har sett på ulike former og alvorlighetsgrader av traumer/PTSD-lignende symptom og sammenhengen med rusbruk. Disse viser at det tyder på at det finnes en slik sammenheng. På samme måte som denne studien viser. Selv om det er mye som tyder på at det er en sammenheng, bør det forskes mer på temaet for å få flere og mer tydelige svar. Mer forskning må gjennomføres for å kunne si noe om årsakssammenhenger og betydningen av funnene i denne studien, har på forståelsen av sammenhengen mellom traumeerfaringer/PTSD-lignende symptom, og barn og unges rusbruk.

## 6 Avslutning

Målet med oppgaven er å oppnå en viktig diskusjon, og økt oppmerksomhet, omkring betydningen av kompetanse på traumer/PTSD-lignende symptomer hos ungdom som har en rusproblematikk eller er på vei til å utvikle et rusproblem, og å belyse, og finne, sammenhenger mellom traumer og PTSD-lignende symptomer, og rusproblematikk.

For å oppsummere denne studien: Traumeerfaringer har en direkte sammenheng med barn og unges rusbruk. Tidligere forskning, hvor det er undersøkt sammenheng mellom traumer og rus som i denne studien, viser samme resultat.

Det kan være en sammenheng mellom relasjonelle barndomstraumer som gir PTSD-lignende symptom, og barn og unges rusbruk. Personer som skårer på PTSD-lignende symptomer, viser høyere rusbruk.

Det samme gjelder for ulike typer av traumeerfaringer. Alvorlige traumeerfaringer gir høyere rusbruk, viser denne studien.

Selvmedisinering med ulike former for rusmidler er nevnt som en mulig forklaring på høyere rusbruk hos personer med traumeerfaringer. Det er mangelfullt ved denne studien at det ikke er tatt høyde for kulturelle og sosiale forklaringer på barn og unges rusbruk, og en eventuell ytterligere «dypdykking» i materialet/temaet, kunne være å ta høyde for det kulturelle og sosiale aspektet. Det er behov for mer forskning på dette feltet for å kunne si noe om hva som er årsak og forklaring på denne sammenhengen.

Det som kommer tydelig frem i denne studien er at *“The past isn't dead – it isn't even past”* (sitat fra William Faulkner), som beskriver kompleksiteten av traumer. Hjernen husker traumene, de lar seg ikke hviske ut, og kan prege en persons følelsesliv og hverdag i lang tid. Kanskje hele livet. Det er behov for økt kunnskap og forståelse slik at traumer kan behandles og bearbeides. PTSD-diagnose bør i større grad kartlegges og behandles, for på den måten å kunne minske risiko for rusmiddelavhengighet og/eller skadelig bruk av rusmidler. Og ikke minst, danne et bedre grunnlag for å tolke og forstå barn og unges smerteuttrykk, som noe annet enn atferdsproblemer.

## Litteraturliste

- Aalen, O. O., Frigessi, A., Moger, T. A., Scheel, I., Skovlund, E., & Veierød, M. B., (2018). *Statistiske metoder i medisin og helsefag*. 2. utgave. Gyldendal
- Agledal, S. A., m.fl. (2006). *Tidligere hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer*. Helsedepartementet.
- American Psychiatric Association. (1997). *Diagnostiske kriterier fra DSM-IV* (Aagaard, M. & Dahl, A. A. Overs.). Oslo: Pilgrim Press
- Anstorp, T. & Benum, K. (red.). (2014). *Traumebehandling komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Arnett, J. J. (2000) Emerging adulthood. A Theory of Development From the Late Teens Through the Twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.55.5.469>
- Bakken, A. (2018). Ungdata 2018. Nasjonale resultater (Nova rapport 8/18). Oslo. NOVA
- Bakken, A. (2021). Ungdata 2021. Nasjonale resultater (NOVA rapport 8/21). Oslo. NOVA <file:///C:/Users/simid/Downloads/NOVA-rapport-8-21.pdf>
- Bowlby, J. (1951, W). *Maternal Care and Mental Health*. World Health Organisation WHO.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Zhitova, A. C., & Capone, M. E. (2003). Treating child abuse-related posttraumatic stress and comorbid substance abuse in adolescents. *Child Abuse & Neglect* 27, 1345-1365. doi:10.1016/j.chiabu.2003.08.001
- Donovan, J.E. (2004). Adolescent alcohol initiation: A review of psychosocial risk factors. *Journal of Adolescent Health*.
- Dube. S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J. & Croft, J. B. (2002). Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive Behaviors*.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M. Chapman, D. P., Giles, W. H. & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect and household dysfunctions and the risk of illicit drug use: The Adverse Childhood Experience Study. *Pediatrics*.
- Dygro, A. (2000). *Barn og traumer*. Oslo, Norway: Fagbokforlaget.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., ... & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading

causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. doi:[10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)

Felitti, V. J. & Anda, R. F. (2011). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: Implications of healthcare. I R. A.

Fletcher, K. E. (2003). Childhood posttraumatic stress disorder. I Mash, E. J. & Barkley, R. A. (Red.), *Childhood psychopathology* (2 utg., s. 330-371). New York: Guilford Press

Folkehelseinstituttet (2018): *Folkehelse rapporten – kortversjon. Helsetilstanden i Norge 2018*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.fhi.no/publ/>

Forvaltningsloven. (2009). Lovdata.no. Hentet fra § 13 taushetsplikt.

Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Paradis, A. D., & K, S. C. (2003). Comorbidity of substance use disorders and posttraumatic stress disorder in adolescents. I Ouimette, P. & Brown, P. J. (Red.), *Trauma and substance abuse: Causes, consequences and treatment of comorbid disorders* (s. 227- 242). Washington: American Psychological Association Press.

Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Oslo: Fagbokforlaget.

Gråwe, R W. (2016). *Kombinerte behandlingstiltak for personer med samtidig rus- og psykisk lidelse*. Fagbokforlaget.

Hart, Susan (2011). *Den følsomme hjernen* (1. utg.). Gyldendal Akademisk.

Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M. B., et al. (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(4), 438-447.

Heine Strand B, Dalgaard S, Tambs K, Rognerud M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF36). *Nordic Journal of Psychiatry*.

Helsebiblioteket: <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/skaringsverktoy/scl-5-hopkins-symptoms-checklist?lenkedetaljer=vis>

Helsenorge (2022). Posttraumatisstresslidelse (PTSD). Definisjon.

<https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/angst/posttraumatisk-stresslidelse/>

Heradstveit, O., Skogen, J. k., Hetland, J., Stewart, R., Hysing, M. (2019). Psychiatric Diagnoses Differ Considerably in Their Associations With Alcohol/Drug-Related Problems Among Adolescents. A Norwegian Population-Based Survey Linked With National Patient Registry Data. *Frontiers in Psychology*, 8. mai 2019. doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01003

- HUNT Forskningscenter (2022). NTNU. <https://www.ntnu.no/hunt/forskningscenter>
- Jernbro, C., & Janson, S. (2016). Våld mot barn 2016. En nasjonell kartlegging. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Johannesen, Vibeke. (2009). *På tross av det umulige*. Rusfag nr. 1.
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry* 4(5), 231-244. doi:10.3109/10673229709030550
- Khoury, L., Tang, Y., Bradley, B., Cubells, J., & Ressler, K. (2010). Substance use, childhood traumatic experience and posttraumatic stress disorder in an urban civilian population. *Depression and Anxiety*, 27(12), 1077-1086. doi:10.1002/da.20751
- Killén, K. (2015). *Sveket: I: Risiko og omsorgssvikt – et helseproblem og tverrfaglig ansvar* (5. rev. Utg.vol. I). Oslo: Kommuneforlaget.
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the national survey of adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 692-700. doi:10.1037/0022-006X.71.4.692
- Kvello, Ø. (2006). *Risiko og beskyttelse ved ungdoms rusmiddelbruk. Rus og avhengighet*. Gyldendal Akademisk.
- Kvello, Ø. (Red.). (2009). *Oppvekst. Om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lassemo, E, Sandanger, I., Nygård, Jan F., Sørgaard, Knut W. (2017) The epidemiology and post-traumatic stress disorder in Norway: trauma characteristics and pre-existing psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- Lossius, K. (2011). *Håndbok I rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2. utgave). Gyldendal Akademiske.
- Mossige, Svein og Stefansen, Kari (2016). Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007–2015. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA Rapport 5/2016 2. Forskningsinstitutt ved Senter for velferds- og arbeidslivsforskning (SVA). Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).
- Myhre, M. C., Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2015). Vold og voldtekt i oppveksten: En nasjonal intervjuundersøkelse av 16- og 17-åringer. Oslo: NKVTS.

Nelson, E. C., Heath, A. C., Madden, P. A. F., Cooper, M. L., Dinwiddie, S. H., Bucholz, K. K., Martin, N. G. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes - Results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59(2), 139-145. doi:10.1001/archpsyc.59.2.139

Nordanger, Ø. D., & Braarud, C. H. (2014). *Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi*. Tidsskrift for Norsk psykologforening. Nordanger, D. Ø. 2014. Nevrobiologi som veiviser for traumearbeid. I Anstorp, T., & Benum, K. (2014). Traumebehandling: komplekse traumelidelser og dissosiasjon. (s. 39-51). Universitetsforlaget.

Nordanger, Ø. D., & Braarud, C. H. (2017). *Utviklingstraumer. Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Hukkelberg, S. S., Holt, T., & Egeland, K. (2012). *Traumer hos barn – blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening(49), 234-240.

Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (7th edition). Open University Press.

Putnam, F.W. (2006): The Impact of Trauma on Child Development. *Juvenile and Family Court Journal*, Winter 2006.

Reed, P. L., Anthony, J. C., & Breslau, N. (2007). *Incidence of drug problems in young adults exposed to trauma and posttraumatic stress disorder- Do early life experiences and predispositions matter?* *Archives of General Psychiatry*, 64(12), 1435-1442. doi:10.1001/archpsyc.64.12.1435

Reigstad B, Jørgensen K, Wichstrøm L. (2006): Diagnosed and self-reported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: prevalences and correlates. *Nordic Journal of Psychiatry*

Riksrevisjonen. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>

Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2009). *Research Methods for Business Students* (5 ed.). England: Pearson Education Limited

Skogstad, M., Skorstad, M., Lau, B., Conradi, H. S., **Heir, T.**, & Weisæth, L. (2011). Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og arbeidslivet. Oslo: Statens Arbeidsmiljøinstitutt, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (STAMI-rapport Nr. 3).

Stien, P.t, Kendall, J. (2004). *Psychological trauma and developing brain*. New York: Routledge.

Strine, T. W., Dube, S. R., Edwards, V. J., Witt Prehn, A., Rasmussen, S., Wagenfeld, M., Croft, J. B. (2012). Association between adverse childhood experiences, psychological distress, and adult alcohol problems. *American Journal of Health Behavior*.

Strøm, M., S. & Raknes, G. (2021, 10. juni). *Tall fra Dødsårsakregisteret for 2020*.

<https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/tall-fra-dodsarsaksregisteret-for-2020/>

Van der Kolk, B. (2005) Developmental Trauma Disorder: Toward a Rational Diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*. 35, 401-409.

World Health Organization. (1993). The ICD-10 classification of mental behavioural disorders: Diagnostic criteria for research.



# Vedlegg

## Vedlegg 1 Dataanalyser

**Tabell 26**

*Har du noen gang opplevd at du eller noen i familien din har vært alvorlig syk? (tr1).*

*Sammenlignet med: Har du noen gang prøvd hasj, marihuana eller andre hasj-lignende stoffer?*

*hasj) Rekkeprosent*

<b>Hasj</b>	<b>Null</b>	<b>En gang</b>	<b>Flere ganger</b>
<b>Tr1</b>			
Nei	95,6	2,6	1,7
Ja	92,9	4,1	2,9

**Tabell 27**

*Har du noen gang opplevd at du eller noen i familien din har vært alvorlig syk? (tr1).*

*Sammenlignet med: Har du noen gang prøvd narkotiske stoffer som eksempel amfetamin, kokain eller ecstasy? (Narkos) Rekkeprosent*

<b>Narkos</b>	<b>Nei</b>	<b>Ja</b>
<b>Tr1</b>		
Nei	99,0	1,0
Ja	98,3	1,7

**Tabell 28**

*Har du noen gang opplevd at du eller noen i familien din har vært alvorlig syk? \*antall øl, vin & rusbrus. Rekkeprosent*

<b>Alkohol</b>	<b>Null</b>	<b>1-2</b>	<b>3-5</b>	<b>6 eller mer</b>
<b>Tr1</b>				
Nei	56,7/83,1/36,1	18,8/11,0/36,3	11,9/4,9/20,0	12,6/1,0/7,6
Ja	59,0/78,7/31,2	19,8/13,8/34,6	10,2/5,5/25,2	11,0/2,1/9,0

**Tabell 29**

*Har du noen gang opplevd dødsfall hos noen som sto deg nær? (Tr2) Sammenlignet med: Har du noen gang prøvd hasj, marihuana eller andre hasj-lignende stoffer? (hasj) Rekkeprosent*

<b>Hasj</b>	<b>Null</b>	<b>En gang</b>	<b>Flere ganger</b>
<hr/>			
<b>Tr2</b>			
Nei	94,9	2,9	2,2
Ja	93,5	3,9	2,6

**Tabell 30**

*Har du noen gang opplevd dødsfall hos noen som sto deg nær (Tr2)? Sammenlignet med: Har du noen gang prøvd narkotiske stoffer som eksempel amfetamin, kokain eller ecstasy? (Narkos)*

Rekkeprosent

<b>Narkos</b>	<b>Nei</b>	<b>Ja</b>
<b>Tr2</b>		
Nei	98,9	1,1
Ja	98,4	1,6

**Tabell 31**

*Har du noen gang opplevd dødsfall hos noen som sto deg nær (Tr2)? Sammenlignet med:  
Omtrent hvor mye øl, vin eller rusbrus drikker du vanligvis i løpet av to uker (alkohol).*

Rekkeprosent

<b>Alkohol</b>	<b>Null</b>	<b>1-2</b>	<b>3-5</b>	<b>6 eller mer</b>
<b>Tr2</b>				
Nei	60,4/81,4/37,6	17,0/12,0/32,8	11,4/4,5/22,7	11,3/2,2/6,9
Ja	57,6/79,5/30,8	20,5/13,3/35,9	10,4/5,6/24,0	11,5/1,6/9,3

**Tabell 32**

*Har du noen gang opplevd en katastrofe (brann, orkan e.l) (Tr3). Sammenlignet med: Har du noen gang prøvd hasj, marihuana eller andre hasj-lignende stoffer? (hasj) Rekkeprosent*

<b>Hasj</b>	<b>Null</b>	<b>En gang</b>	<b>Flere ganger</b>
<hr/>			
<b>Tr3</b>			
Nei	94,1	3,5	2,4
Ja	92,4	4,4	3,2

**Tabell 33**

*Har du noen gang opplevd en katastrofe (brann, orkan e.l) (Tr3). Sammenlignet med: Har du noen gang prøvd narkotiske stoffer som eksempel amfetamin, kokain eller ecstasy? (Narkos)*

Rekkeprosent

<b>Narkos</b>	<b>Nei</b>	<b>Ja</b>
<hr/>		
<b>Tr3</b>		
Nei	98,6	1,4
Ja	97,7	2,3



**Tabell 34**

*Har du noen gang opplevd en katastrofe (brann, orkan e.l) (Tr3). Sammenlignet med: Omtrent hvor mye øl, vin eller rusbrus drikker du vanligvis i løpet av to uker (alkohol) Rekkeprosent*

<b>Alkohol</b>	<b>Null</b>	<b>1-2</b>	<b>3-5</b>	<b>6 eller mer</b>
<hr/>				
<b>Tr3</b>				
Nei	59,0/80,0/33,4	19,3/13,3/35,2	10,6/5,2/23,2	11,0/1,6/8,2
Ja	52,5/79,2/25,6	21,4/10,4/33,9	11,6/7,0/27,8	14,5/3,4/12,8

**Tabell 35**

*Har du noen gang opplevd en alvorlig ulykke (f.eks. alvorlig bilulykke alvorlig ulykke? (Tr4).*

*Sammenlignet med: Har du noen gang prøvd hasj, marihuana eller andre hasj-lignende stoffer?*

*(hasj) Rekkeprosent*

<b>Hasj</b>	<b>Null</b>	<b>En gang</b>	<b>Flere ganger</b>
<hr/>			
<b>Tr4</b>			
Nei	94,4	3,3	2,4
Ja	91,8	5,2	3,0

**Tabell 36**

*Har du noen gang opplevd en alvorlig ulykke (f.eks. alvorlig bilulykke alvorlig ulykke? (Tr4).*

*Sammenlignet med: Har du noen gang prøvd narkotiske stoffer som eksempel amfetamin, kokain eller ecstasy? (Narkos) Rekkeprosent*

<b>Narkos</b>	<b>Nei</b>	<b>Ja</b>
<b>Tr4</b>		
Nei	98,7	1,3
Ja	97,5	2,5

**Tabell 37**

*Har du noen gang opplevd en alvorlig ulykke (f.eks. alvorlig bilulykke alvorlig ulykke? (Tr4).*

*Sammenlignet med: Omtrent hvor mye øl, vin eller rusbrus drikker du vanligvis i løpet av to uker  
(alkohol) Rekkeprosent*

<b>Alkohol</b>	<b>Null</b>	<b>1-2</b>	<b>3-5</b>	<b>6 eller mer</b>
<b>Tr4</b>				
Nei	59,9/80,2/33,8	19,3/12,8/35,3	10,2/5,6/23,3	10,6/1,5/7,6
Ja	52,3/79,0/27,8	20,7/13,8/34,0	12,4/4,3/25,2	14,5/3,0/13,1

**Tabell 50**

*Har du noen gang opplevd noe som var veldig skremmende, farlig eller voldelig (Tr9)?*

*Sammenlignet med: Har du noen gang prøvd hasj, marihuana eller andre hasj-lignende stoffer?*

(hasj) Rekkeprosent

<b>Hasj</b>	<b>Null</b>	<b>En gang</b>	<b>Flere ganger</b>
<hr/>			
<b>Tr9</b>			
Nei	95,3	2,9	1,8
Ja	41,9	30,2	18,9

**Tabell 51**

*Har du noen gang opplevd noe som var veldig skremmende, farlig eller voldelig (Tr9)?*

*Sammenlignet med: Har du noen gang prøvd narkotiske stoffer som eksempel amfetamin, kokain eller ecstasy? (Narkos) Rekkeprosent*

<b>Narkos</b>	<b>Nei</b>	<b>Ja</b>
<b>Tr9</b>		
Nei	99,0	1,0
Ja	96,4	3,6

**Tabell 52**

*Har du noen gang opplevd noe som var veldig skremmende, farlig eller voldelig (Tr9)?*

*Sammenlignet med: Omtrent hvor mye øl, vin eller rusbrus drikker du vanligvis i løpet av to uker*

Rekkeprosent

<b>Alkohol</b>	<b>Null</b>	<b>1-2</b>	<b>3-5</b>	<b>6 eller mer</b>
<b>Tr9</b>				
Nei	59,3/80,6/34,0	18,4/12,9/36,0	10,7/4,9/22,3	11,6/1,6/7,7
Ja	54,5/77,6/27,7	23,5/13,4/31,9	11,0/6,8/28,6	11,1/2,3/11,7

## Vedlegg 2 Godkjenning - DPIA

### Personvernkonsekvensvurdering (DPIA)

#### Prosjektopplysninger

<b>Prosjekttittel:</b>
Er det en sammenheng mellom ungdoms traumeerfaringer/PTSD- lignende symptomer og bruk av rusmidler
<b>Prosjektleder:</b>
<i>Prosjektleder har ansvaret for at personvern- og informasjonssikkerhetsmessige forhold ivaretas i prosjektet.</i>
Veronika Paulsen
<b>Prosjektets tilhørighet:</b>
<i>Institutt, enhet, helseforetak.</i>
NTNU, Medisinske fakultet, MDV6490
<b>Forskningsansvarlig/behandlingsansvarlig<sup>1</sup>:</b>
<i>Instituttleder er forskningsansvarlig/behandlingsansvarlig for alle prosjekter på instituttet.</i>
<b>Finansiering av prosjektet:</b>
Faktura betales av masterstudent etter avtale med NTNU og HUNT
<b>Prosjektopplysninger</b>
<i>REK-nummer og prosjektperiode (varighet på prosjektet).</i>
01.08.21 til 31.05.22.

### Behandling av personopplysninger i prosjektet

#### Formålet med behandlingen av personopplysninger

Presenter prosjektet og forklar hvorfor du skal samle inn og analysere personopplysninger. Formålene med bruken av personopplysningene skal være spesifikke, uttrykkelig angitte og

---

<sup>1</sup> Helseforskning bruker begrepet forskningsansvarlig. Øvrig forskning bruker begrepet behandlingsansvarlig.



berettigede. For forskning innebærer det at det må formuleres konkrete forskningsspørsmål som skal besvares gjennom bruken av opplysningene.

Jeg ønsker å finne ut om det er sammenhenger mellom ungdoms selvrapporterte traumeerfaringer/PTSD symptomer og senere bruk av rusmidler?

**Forskningsspørsmålene er:**

1. *Er det sammenheng mellom tidligere traumeerfaringer/PTSD lignende symptomer og senere rusbruk*
2. *Hvilke traumeerfaringer/PTSD lignende symptomer har størst betydning/påvirkning på rusbruk*

Jeg ønsker å se om det er en sammenheng mellom rusbruk og:

- opplevelse av mobbing/utestengelse

- bor sammen med sine foreldre og de som bor hos andre
- kontakt med hjelpeapparatet

Jeg viser ellers til vedlagt prosjektbeskrivelse med saksnr. 2021/47984

## Datakilder

Kryss av for om det skal innhentes nye personopplysninger (egen datainnsamling) og/eller allerede registrerte opplysninger, og spesifiser i feltet under.

- Egen datainnsamling (prosjektet vil innhente direkte fra den opplysningen(e) gjelder)
- Sentrale helseregistre
- Helseundersøkelser (eksisterende)
- Kvalitetsregistre
- Pasientjournal
- Folkeregisteret
- SSB
- Internett
- Annet

Spesifisering av datakildene det er krysset av for, og beskriv kobling dersom dette er relevant:

## Registrerte

Registrerte er den/de opplysningene gjelder, ofte kalt prosjektdeltakere.

Kryss av for hvilke kategorier av registrerte det skal behandles opplysninger om:

- Elever/studenters/barnehagebarn
- Pasienter/klienter/brukere
- Barn, spesifiser aldersgrupper
  - 0-13
  - 13-16
  - 16-18
- Pårørende
- Etniske minoriteter
- Avdøde
- Annet (spesifiser under)

Beskriv utvalget, eventuelt underutvalg, og antall:

Utvalget er hentet fra HUNT4. En befolkningsundersøkelse som samler data med spørreskjema.  
Populasjonen i Ung-HUNT4 er ungdom mellom 13-19 år fra gamle Nord-Trøndelag fylke.  
Undersøkelsen ble gjennomført i tidsrommet 2017-2019.

## Kategorier av personopplysninger

Kryss av for hvilke kategorier personopplysninger som vil behandles i prosjektet.

### Kategorier av personopplysninger

- Navn
- Adresse

- Fødselsdato
- Fødselsnummer (11 siffer)
- Andre opplysninger, for eksempel telefonnummer, e-postadresse, IP-adresse, demografiske variabler, sosioøkonomi (utdanning, inntekt og yrke), familiestatus

Særlige kategorier av personopplysninger (tidligere kalt sensitive opplysninger)  Rasemessig eller etnisk bakgrunn

- Politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning
- At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling
- Seksuelle forhold
- Medlemskap i fagforeninger
- Biometri
- Helseforhold:
  - Diagnoser
  - Legemiddelbruk
  - Kognitive evner
  - Genetikk
  - Biologisk materiale
  - Annet, spesifiser under

Spesifisering av hvilke opplysninger og nivå på variabler:

- Gruppere en konstruert variabel i to kategorier; ○ Kategori 1: Ungdom med traumeerfaring/PTSD-lignende symptomer ○ Kategori 2: Kontrollgruppe uten traumeerfaring/PTSD-lignende symptomer
- Teste variabelen mot ungdoms bruk av alkohol og narkotiske stoffer
- Finne ut om det kan indikere en effekt/forskjell mellom gruppene

### **Behandling av personopplysninger**

Med «behandling» menes enhver bruk eller rekke av handlinger/aktiviteter som gjøres med personopplysninger. Kryss av for hva som skal gjøres med personopplysningene i prosjektet og eventuelt spesifiser. Databehandlingene må være i samsvar med det oppgitte formål.

- Innsamling
- Lagring
- Sammenstilling, kobling
- Analysering
- Utlevering ved overføring
- Tilgjengeliggjøring
- Gjenfinning (*for eksempel ved planlagt tilbakemelding til de registrerte*)
- Sletting, pseudonymiserte data
- Annen bruk (spesifiser under)

### Lagringssted og lagringsmedier

Angi hvor og hvordan personopplysninger skal lagres og håndteres.

- Tjenester for Sensitive Data (TSD)
- Tilgangsbegrenset forskningsfilmappe på NTNUs filstruktur
- HEMIT/St. Olavs hospital
- Kryptert minnepinne
- Hunt Cloud
- Biobank, spesifiser:

- Annet, spesifiser:

Eventuelt spesifiser lagringen av personopplysningene:

### Dataansvarlig, datatilgang og databehandlere

## Dataansvarlig og personer med datatilgang

Delegert dataansvarlig (instituttleder, på vegne av NTNU):

--

Hvordan skal medarbeiderne få tilgang til data (oppgi gjerne navn på medarbeiderne og hvordan de skal behandle datamaterialet)?

Veronika Paulsen, Einar Leikanger og Siri Vagnild-Midtskog. Tilgang på datamateriale fra HUNT, etter innvilgelse fra HUNT. Bistå i analyser av datamateriale.
---

Dersom personopplysninger skal overføres eller på annen måte deles med ekstern institusjon, må punkt 1.7.2 fylles ut. (Unntak ved bruk av TSD eller liknende hvor eksterne ikke har mulighet for lokal lagring.)

## Databehandler

En databehandler er en virksomhet som behandler personopplysninger på vegne av (etter instruks fra) en annen institusjon som er behandlingsansvarlig. Se mer info om hva en databehandleravtale er her:

<https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Databehandleravtale>

Skal prosjektet benytte en databehandler utenfor NTNU?

- Ja
- Nei

Hvis nei, gå videre til pkt. 1.7.3.

Hvis ja, redegjør for hvilke virksomheter som vil fungere som databehandlere i prosjektet:

Virksomhet	Rolle/funksjon	Land

--	--	--

Hvordan skal personopplysninger i så fall utleveres til ekstern institusjon?

--

For hver databehandler skal det godtgjøres at de gir tilstrekkelige garantier for at behandlingen oppfyller kravene i forordning og vern av den registrertes rettigheter.

For databehandler(e) er følgende oppfylt:

- Databehandleravtale som oppfyller forordningens krav
- Mottatt og gjennomgått risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS)
- Mottatt beskrivelse av tekniske og organisatoriske tiltak
- Mottatt oversikt over underleverandører

Hvis man benytter databehandlere, er det viktig at disse selv bidrar med informasjon om blant annet personopplysningsvern/informasjonsikkerhet, og kontakten bør beskrives. Er databehandlerne involvert i personvernkonsekvensvurderingen? Beskriv hvordan databehandler(e) har vært involvert:

--

Overføring av personopplysninger til andre land og/eller internasjonale organisasjoner

Skal personopplysninger utleveres/overføres til:

- Personer/institusjoner utenfor Norge
- Tredjeland (utenfor EU/EØS)
- Internasjonale organisasjoner
- Det skal ikke utleveres/overføres personopplysninger

Dersom personopplysninger skal føres til tredjeland og/eller internasjonale organisasjoner:

I den grad personopplysninger skal overføres til land utenfor EØS-området eller internasjonale organisasjoner, må det beskrives hvordan pliktene etter kapittel V i personvernforordningen skal oppfylles.

Overføringene vil skje på følgende grunnlag:

Beslutning om at det aktuelle land har et tilstrekkelig beskyttelsesnivå

Overføringen er omfattet av nødvendige garantier, slik som EUs standardavtaler, beskriv under:

Overføringen er underlagt bindende virksomhetsregler, slik som registrering under Privacy Shield, beskriv under:

Unntak for særlige situasjoner, beskriv under:

Redegjør for hvordan personopplysningene overføres og lagres ut av Norge:

### **NTNUs politikk for informasjonssikkerhet**

Er databehandlingen i samsvar med NTNUs politikk for informasjonssikkerhet?  Ja

Nei

Ikke aktuelt

[Se også NTNUs politikk for informasjonssikkerhet på INNSIDA](#)

## Rettslig grunnlag for behandling av personopplysninger

Se også. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38?q=Personopplysningsloven>

Hjemmel i EUs personvernforordning for behandling av personopplysninger.

Artikkel 6, Behandlingen er lovlig og oppfyller følgende vilkår (gjelder dersom minst ett er oppfylt):

- a) den registrerte har samtykket til behandling av sine personopplysninger for ett eller flere spesifikke formål.
- b) behandlingen er nødvendig for å oppfylle en avtale som den registrerte er part i, eller for å gjennomføre tiltak på den registrertes anmodning før en avtaleinngåelse
- c) behandlingen er nødvendig for å oppfylle en rettslig forpliktelse som påhviler den behandlingsansvarlige
- d) behandlingen er nødvendig for å verne den registrertes eller en annen fysisk persons vitale interesser
- e) behandlingen er nødvendig for å utføre en oppgave i allmennhetens interesse eller utøve offentlig myndighet som den behandlingsansvarlige er pålagt
- f) behandlingen er nødvendig for formål knyttet til de berettigede interessene som forfølges av den behandlingsansvarlige eller en tredjepart, med mindre den registrertes interesser eller grunnleggende rettigheter og friheter går foran og krever vern av personopplysninger, særlig dersom den registrerte er et barn.

Annet, spesifiser:



**Rettslig grunnlag for behandling av særlige kategorier av personopplysninger (sensitive personopplysninger)**

Gjelder behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger, må det i tillegg angis om behandling av slike opplysninger er omfattet av unntakene i EUs personvernforordning artikkel 9 og supplerende grunnlag i norsk lovgivning:

**1. Den registrerte har gitt uttrykkelig samtykke til behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger.**

**2. Behandlingen av særlige kategorier opplysninger er nødvendig for vitenskapelig forskning på grunnlag av følgende lovverk:**

a) 9.2 j: Behandlingen er nødvendig for vitenskapelig forskning.

b) Personopplysningsloven § 9/EUs personvernforordningen 9.2 g: Samfunnets interesse i at behandlingen finner sted overstiger klart ulempene for den enkelte (forskningsdeltakerne)

c) Helseforskningsloven §35: Regional etisk komite kan gi dispensasjon fra taushetsplikten. Dette kan bare skje dersom slik forskning er av vesentlig interesse for samfunnet og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt.

d) Annet. Lov- eller forskriftshjemmel må angis og eventuelt begrunnes nærmere:

**3. Behandlingen av særlige kategorier av opplysninger er nødvendig til annet formål enn forskning.**

Riktig henvisning til forordningen artikkel 9 nr. 2 bokstav b) tom. bokstav i) må angis og ved tilleggskrav om regulering i nasjonal rett må også lov eller forskriftshjemmel presiseres:

## Formålsbegrensning og dataminimering

Formålet med behandlingen er oppgitt i punkt 1.1. Personopplysningene som behandles skal være adekvate, relevante, nødvendige og begrenset til det som er nødvendig for formålene.

Følgende tiltak planlegges for å sikre dataminimering:

Deltagerne ga sitt samtykke ved å besvare undersøkelsen, og spørreundersøkelsen er anonym for alle formål. Resultatene fra spørreundersøkelsen kan ikke føre til identifikasjon av enkeltpersoners svar, og jeg har ingen tilgang til personalia.

## Lagring

Lagringstid skal beskrives og begrunnes.

Prosjektleder må ta stilling til hvor lenge det vil være behov for behandling av personopplysningene:

- Forhåndsfastsatte slettedatoer (spesifiser, og begrunn med tid for analyse, etterfølgende oppbevaring for dokumentasjon/arkivformål).
- Tidsbegrenset, men uten fastsatt dato (angi kriterier for fastsetting av varighet)

Spesifiser lagringstid og dato for pseudonymisering/sletting av data:

Data slettes innen 31.03.22

*Her må det fastsettes en foreløpig slettedato eller dato for ny vurdering av behov for videre oppbevaring.*

## De registrertes rettigheter

Samtykke

*Dette punktet gjelder for de prosjektene hvor det skal innhentes eget samtykke eller benyttes opplysninger fra allerede innsamlede befolkningsbaserte helseundersøkelser.*

Spesifiser og vurder prosess for innhenting av samtykke:

Deltagerne ga sitt samtykke ved å besvare undersøkelsen, og spørreundersøkelsen er anonym for alle formål. Resultatene fra spørreundersøkelsen kan ikke føre til identifikasjon av enkeltpersoners svar, og jeg har ingen tilgang til personalia.

### Informasjon om behandlingen

Det må beskrives hvordan informasjon om behandling av personopplysninger vil gis til de registrerte. Informasjonsplikten gjelder for alle forskningsprosjekter uavhengig om det er samtykkebasert eller det kun benyttes registerdata.

Informasjonen gis på følgende måte(r):

- Informasjonsskriv i forbindelse med samtykke
- Informasjon på nett
- Nyhetsbrev
- Brev
- E-post
- Individuell informasjon per e-post eller brev
- Sosiale medier
- Offentlig informasjonskampanje
- Annet, spesifiser:

Deltagerne ga sitt samtykke ved å besvare undersøkelsen, og spørreundersøkelsen er anonym for alle formål. Resultatene fra spørreundersøkelsen kan ikke føre til identifikasjon av enkeltpersoners svar, og jeg har ingen tilgang til personalia.

Rett til innsyn, behandlingsbegrensning, retting, sletting og portabilitet

### Kriterier for sletting av data

- Data om alle registrerte slettes en bestemt dato
- Data om alle registrerte slettes etter et fast intervall
- Data om den enkelte slettes etter en bestemt hendelse
- Ingen systematisk sletting av data

Utdyp nærmere basert på det som er avkrysset i feltet over:

*Eksempelvis hvilket tidsintervall eller hvilken hendelse som fører til at data blir slettet. Henvis også til gjeldende sletterutiner dersom slettingen er basert på manuelle aktiviteter.*

Data slettes når analysene er ferdig, senest innen mars 2022.

**Er det mulighet for den registrerte til å rette og slette sine opplysninger?**

Ja

Nei

**Er det mulighet for registrerte til å komme med innsigelser og krav om begrensninger i databehandlingen?**  Ja

Nei

Dersom den registrertes rettigheter ikke kan oppfylles, beskriv hva og hvorfor: *Begrunn hvorfor samfunnsinteresser her skal veie tyngre enn personvernet til den enkelte.*

Spørreundersøkelsen er anonym for alle formål. Resultatene fra spørreundersøkelsen kan ikke føre til identifikasjon av enkeltpersoners svar, og jeg har ingen tilgang til personalia.

**Beskriv forhold mellom den registrerte og datainnsamler:**

*Eksempel pasient og behandler, ansatt og arbeidsgiver.*

Deltager har besvart undersøkelsen, og spørreundersøkelsen er anonym for alle formål.

### **Personvern, risikoanalyse og tiltak**

Vurdering av risiko for de registrertes rettigheter og friheter, og planlagte tiltak for å håndtere risikoene.

### **Medbestemmelse, åpenhet, forutsigbarhet**

Vurdering av risikoens opprinnelse, art, særegenhet og alvorlighetsgrad. Vurderingen skal gjøres fra de registrertes perspektiv for hver risiko:

- Manglende reell medbestemmelse

- Manglende reell åpenhet
- Manglende forutsigbarhet

Avklar potensielle konsekvenser, anslå alvorlighetsgrad, identifiser trusler og anslå sannsynlighet:

Spørreundersøkelsen er anonym for alle formål. Resultatene fra spørreundersøkelsen kan ikke føre til identifikasjon av enkeltpersoners svar, og jeg har ingen tilgang til personalia.

### **Tiltak**

Spesifiser tiltak for å håndtere risikoene for de registrerte og andre berørte personers rettigheter og berettigede interesser.

- Spesifikke garantier for å minimere inngripen
- Spesifikke sikkerhetstiltak som angår personopplysninger som skal behandles
- Generelle sikkerhetstiltak som iverksettes på systemet hvor behandlingen utføres
- Organisatoriske tiltak (styring)

Spørreundersøkelsen er anonym for alle formål. Resultatene fra spørreundersøkelsen kan ikke føre til identifikasjon av enkeltpersoners svar, og jeg har ingen tilgang til personalia.

### **Samlet vurdering av personvernet**

Prosjektleder skal gjøre en oppsummering av personvern og personopplysningssikkerheten:

Deltagerne ga sitt samtykke ved å besvare undersøkelsen, og spørreundersøkelsen er anonym for alle formål. Resultatene fra spørreundersøkelsen kan ikke føre til identifikasjon av enkeltpersoners svar, og jeg har ingen tilgang til personalia. Dataene som overføres er anonymisert i utgangspunktet.

### **Involvering og drøftelser**

Forhåndsdrøfting med Datatilsynet

Når den behandlingsansvarlige ikke kan finne tilstrekkelige tiltak for å begrense risikoen til et akseptabelt nivå (det vil si at restrisikoen fremdeles er høy), er det krav om forhåndsdrøftelse med tilsynsmyndigheten (Datatilsynet).

Er det behov for forhåndsdrøftelse med Datatilsynet?

Ja

Nei

### Godkjenning - institutt

*Signatur fra instituttleder.*

Dato: 07.09.2021

Sted: Trondheim

Signatur:

*Nanna Kayed*

Ferdig utfylt og signert personvernkonskvensvurdering sendes til administrasjonen ved din enhet/institutt for arkivering i ePhorte (saksnr. 2021/1374).

## Vedlegg 3 Godkjenning - REK



<b>Region:</b>	<b>Saksbehandler:</b>	<b>Telefon:</b>	<b>Vår dato:</b>	<b>Vår referanse:</b>
REK midt	Magnus Alm	73559949	12.11.2021	336476

Veronika Paulsen

**Prosjektsøknad:** Sammenheng mellom ungdoms traumeerfaringer/PTSD- lignende symptomer og bruk av rusmidler

**Søknadsnummer:** 336476

**Forskningsansvarlig institusjon:** Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

### Prosjektsøknad godkjennes med vilkår

#### Søkers beskrivelse

*Jeg ønsker å forske på om det finnes mer eller mindre forekomst av traumeerfaringer/PTSD lignende symptomer blant ungdom som ruser seg enn hos ungdommer flest.*

*Jeg ønsker å innhente datamateriale fra Ungdomsdelen av helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, Ung-HUNT4. HUNT4 er en befolkningsundersøkelse som samler data med spørreskjema. Populasjonen i Ung-HUNT4 er ungdom mellom 13-19 år fra gamle Nord-Trøndelag fylke. Undersøkelsen ble gjennomført i tidsrommet 2017-2019.*

*Jeg vil gruppere en konstruert variabel i to kategorier;*

*Kategori 1: Ungdom med traumeerfaring/PTSD-lignende symptomer*

*Kategori 2: Kontrollgruppe uten traumeerfaring/PTSD-lignende symptomer*

*Teste variabelen mot ungdoms bruk av alkohol og narkotiske stoffer. Finne ut om det kan indikere en effekt/forskjell mellom gruppene.*

*Jeg har valgt ut ulike variabler fra HUNT4 som kan bidra til å undersøke problemstillingen min.*

- Variabler som brukes for å indikere rusbruk*
- Variablene som sier noe om erfaring med alkohol og narkotiske stoffer.*
- Variabler som brukes for å indikere traumeerfaringer/PTSD-lignende symptomer*
  - Variablene sier noe om ungdoms traumatiske erfaringer og reaksjoner/opplevelser av traume*

*Jeg vil presentere data i tabeller, figurer og tekst, og sammenligne med tidligere forskning.*

*Med oppgaven ønsker jeg å oppnå en viktig diskusjon, og økt oppmerksomhet, omkring betydningen av kompetanse på traumer/PTSD-lignende symptomer hos ungdom som har en rusproblematikk eller er på vei til å utvikle et rusproblem. Jeg vil se om variablene 1)hvem bor ungdommen sammen med 2)opplevd mobbing/utestengelse 3)kontakt med BUP/Helsesykepleier, har betydning for rusproblematikk.*

*Nytteverdien vil være økt kunnskap om bakgrunnen for ungdoms rusmisbruk. Det vil kunne*

---

## **REK midt**

Telefon:73 59 75 11 | E-post:[rek-midt@mh.ntnu.no](mailto:rek-midt@mh.ntnu.no)

Besøksadresse: Øya Helsehus, 3. etasje, Mauritz Hansens gate 2, Trondheim

Web:<https://rekportalen.no>

*gi oss et bedre grunnlag med tanke på valg av hvilke forebyggende tiltak som kan være hensiktsmessig.*

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge (REK midt) i møtet 27.10.2021. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

## **REKs vurdering**

**Komiteens prosjektsammendrag:** Formålet med prosjektet er å undersøke sammenhengen mellom traumeerfaringer/PTSD-lignende symptomer og rusmiddelbruk blant ungdom. Prosjektet skal baseres på data fra Ung-HUNT4.

## **Inhabilitet**

Komiteen vurderte representant for etikk, Patrick Kermit, som inhabil. Han deltok derfor ikke i vurderingen av søknaden.

## **Forsvarlighet**



Komiteen har vurdert din prosjektsøknad, og vi har ingen forskningsetiske innvendinger til prosjektet. Vi mener at prosjektet ligger innenfor de rammer som er lagt for Ung-HUNT, og innenfor de samtykkene som deltakerne har gitt til bruk av dette materialet. Prosjektet er også organisert med en klar ansvarsfordeling, og med relevant og tilstrekkelig kompetanse tilknyttet prosjektet. Under forutsetning av at vilkårene nedenfor tas til følge vurderer vi at prosjektet er forsvarlig, og at hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt.

### **Vilkår for godkjenning**

1. Komiteen forutsetter at ingen personidentifiserbare opplysninger kan framkomme ved publisering eller annen offentliggjøring.
2. Komiteen forutsetter at du og alle prosjektmedarbeiderne følger egen institusjons bestemmelser for å ivareta informasjonssikkerhet og personvern ved innsamling, bruk, oppbevaring, deling og utlevering av personopplysninger. Bestemmelsene må være i samsvar med komiteens vilkår for godkjenning.
3. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene oppbevares i fem år etter prosjektslutt. Enhver tilgang til prosjektdataene skal da være knyttet til behovet for etterkontroll. Prosjektdata vil således ikke være tilgjengelig for prosjektet. Prosjektleder og forskningsansvarlig institusjon er ansvarlige for at opplysningene oppbevares indirekte personidentifiserbart i denne perioden, det vil si atskilt i en koblingsnøkkel- og en datafil. Etter denne femårsperioden skal opplysningene slettes eller anonymiseres. Komiteen gjør oppmerksom på at anonymisering er mer omfattende enn å kun slette koblingsnøkkelen, jf. Datatilsynets veileder om anonymiseringsteknikker.

### **Vedtak**

Godkjent på vilkår

### **Sluttmelding**

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK på eget skjema via REK-portalen senest 6 måneder etter sluttdato 31.05.2022, jf. helseforskningsloven § 12. Dersom prosjektet ikke starter opp eller gjennomføres meldes dette også via skjemaet for sluttmelding.

### **Søknad om endring**

Dersom man ønsker å foreta vesentlige endringer i formål, metode, tidsløp eller organisering må prosjektleder sende søknad om endring via portalen på eget skjema til REK, jf. helseforskningsloven § 11.

## **Klageadgang**

Du kan klage på REKs vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes på eget skjema via REK portalen. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom REK opprettholder vedtaket, sender REK klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering, jf. forskningsetikkloven § 10 og helseforskningsloven § 10.

Med vennlig hilsen

Vibeke Videm  
Professor dr. med. / Overlege  
Leder, REK midt

Magnus Alm rådgiver,  
REK midt

*Kopi til:*

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

## **Vedlegg 4 Variabelliste - UngHUNT4**

<https://hunt-db.medisin.ntnu.no/hunt-db/variablelist>

## **Vedlegg 5 Spørreskjema - UngHUNT4**

[Spørreskjema - HUNT Biobank - Helseundersøkelsen i Trøndelag - NTNU](#)

