

# Oppfølging i psykisk helsevern av personer som har vært utsatt for ulykker og katastrofer

Heftets tittel: Oppfølging i psykisk helsevern av personer som har vært utsatt for ulykker og katastrofer

Utgitt: 01/2005

Bestillingsnummer: IS-3/2005

Utgitt av: Sosial- og helsedirektoratet  
Kontakt: Avdeling for spesialisthelsetjenester/  
Prosjekt opptrappingsplanen  
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo  
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 24 16 30 00  
Faks: 24 16 30 01  
[www.shdir.no](http://www.shdir.no)

Hftet kan bestilles hos: Sosial- og helsedirektoratet  
v/ Trykksakekspedisjonen  
e-post: [trykksak@shdir.no](mailto:trykksak@shdir.no)  
Tlf.: 24 16 33 68  
Faks: 24 16 33 69  
Ved bestilling. Oppgi bestillingsnummer: IS-3/2005

## Forord

Dette rundskrivet til psykisk helsevern er utarbeidet i forbindelse med flodbølgekatastrofen i Sørøst-Asia, og gir Sosial- og helsedirektoratets anbefalinger for oppfølging av berørte av denne katastrofen. Direktoratet har igangsatt et arbeid for å utarbeide nasjonale retningslinjer for kriser, ulykker og katastrofer som vil bli utgitt i 2006. På bakgrunn av omfanget av flodbølgekatastrofen, har direktoratet besluttet å utgi et rundskriv av foreløpig karakter. Rundskrivet utgjør en anbefaling, og direktoratet imøteser gjerne tilbakemelding som kan vurderes i forhold til de nasjonale retningslinjene som er under utarbeidelse.

Sosial- og helsedirektoratet er klar over at spesialisthelsetjenesten mange steder har godt etablerte strukturer og godt faglig innhold i sine tilbud til personer utsatt for katastrofer. Hensikten med dette rundskrivet er å sikre et kvalitativt mest mulig likt og helhetlig tilbud til personer som har vært utsatt for store påkjenninger - uavhengig av hvor i landet den enkelte bor.

Behovene for hjelp og bistand til de som er berørt av en katastrofe kan variere og avhenger av hvilken situasjon den enkelte er i. Det finnes ikke en oppskrift for oppfølging av enkeltindivider eller grupper. Det er viktig at bistanden tilpasses det enkelte individ og den enkelte familie, tar spesielle hensyn til barn og unge og personer fra flyktning- og innvandremiljøer.

Fra sentrale myndigheters side, er det vesentlig at de som er nærmest berørt en katastrofe sikres en best mulig oppfølging. Erfaring fra tidligere katastrofer tilsier at det er viktig med tidlig, personlig kontakt. Dette er et uttrykt ønske fra dem som rammes av alvorlige krisesituasjoner, samtidig som det oppleves som viktig støtte. Kommunene ved helse- og sosialtjenesten og kommunale kriseteam har en svært viktig oppgave ved aktivt å oppsøke de som er rammet for å kartlegge behov og sikre omsorg, støtte og eventuell videre oppfølging for de som ønsker det. Spesialisthelsetjenesten skal bistå kommunene i dette arbeidet og gi et tilbud til de som trenger det. Dette rundskrivet bygger på en systematisk oversikt over studier på effekt av behandling, erfaringer fra tidligere katastrofer og er utarbeidet i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress og Senter for krisepsykologi.



Bjørn-Inge Larsen  
direktør

Dette rundskrivet har fokus på følgende kategorier og prinsipper som er særlig viktige i forbindelse med oppfølging etter en katastrofe:

## 1. Personer som har vært berørt av en katastrofe – ulike grupper og risiko

Personer som har vært direkte eller indirekte berørt av en katastrofe og som dermed kan ha ulike hjelpebehov, kan deles i følgende grupper:

### 1.1. Personer som har vært i katastrofeområdet og som har vært utsatt for potensielt

- traumatiske hendelser herunder
- tap av familiemedlemmer og andre nærstående
- vært i høy grad av fare
- fysisk skade
- utsatt for sterke inntrykk

Denne gruppen er erfaringsmessig den som vil ha størst risiko for å utvikle kroniske posttraumatiske stressreaksjoner.

### 1.2. Pårørende som ikke har vært i katastrofeområdet og som har lidd tap

### 1.3. Personer med tap

- personer som har lidd multiple tap
- etterlatte til bekreftede døde
- barn som etterlatte til bekreftede døde
- pårørende til savnede
- barn som pårørende til savnede

Barn og unge (særlig som har mistet nære pårørende) vil være en utsatt gruppe mht utvikling av posttraumatiske stressreaksjoner.

### 1.4. Reisende og andre som har oppholdt seg i katastrofeområdet, men som ikke har vært direkte berørt

Denne gruppen blir ikke videre omtalt i dette rundskriv.

### 1.5. Flyktninger og innvandrergupper

Dette er særskilt sårbare grupper og spesialisthelsetjenesten må sikre at personer med kulturell bakgrunn fra ikke-vestlige land, får tilpasset oppfølging herunder nødvendig tolketjeneste.

### 1.6. Innsatspersonell

## 2. Psykisk helsevern for voksne og barn/unge

Kommunene vil ha det primære ansvar for oppfølging av personer som har vært utsatt for kriser og katastrofer. I henhold til rundskriv IS-4/2005 blir det anbefalt at:

Den kommunale bistanden til de berørte i egen kommune anbefales gjennomført ved at

- Kommunalt kriseteam koordinerer arbeidet mot berørte personer
- I kommuner hvor det ikke er etablert et kriseteam, etableres en koordinerende instans for kommunens hjelpearbeid bestående av for eksempel følgende personer/instanser
  - Kommunelege
  - Psykiatrisk sykepleier
  - Representant for helsestasjons- og skolehelsetjenesten
  - Prest/annen livssynsrepresentant
  - Representant for politiet
  - Representant for barnevern/familievern
  - Representant for sosialtjenesten
- Det utpekes en kontaktperson for familien i kommunen
- For å sikre at alle får en kontakt, anbefales at fastlegen kontakter alle berørte med tilbud om oppfølgingskonsultasjon

Det er forutsatt at spesialisthelsetjenesten både via distriktpspsykiatriske sentra, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og private spesialister skal være tilgjengelig for å gi mer spesifikk behandling for traumatiske ettervirkninger og kompliserte sorgreaksjoner til de som trenger det.

### 2.1. Henvisning til psykisk helsevern

I utgangspunktet bør de fleste kriserammede bli behandlet på kommunalt nivå, eventuelt med bistand og veiledning fra psykisk helsevern (jfr rundskriv IS-4/2005). Det vil imidlertid være både enkeltpersoner og familier som har så sterke reaksjoner at de bør henvises videre til utredning og behandling i psykisk helsevern. Det innføres ikke nye kriterier for inntak og behandling i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten; det er bare de alvorligste krisereaksjonene som skal håndteres på spesialistnivå.

Det er vanskelig å gi klare og entydige retningslinjer for hvem som bør henvises. I kommunehelsetjenesten er det anbefalt å bruke et screening-instrument, PTSS-10 (se vedlegg). Dette sammen med en klinisk vurdering kan danne bakgrunn for en henvisning.

Generelt vil en anbefale at kriserammede bør henvises til psykisk helsevern når:

- Det foreligger sterke stressreaksjoner med symptomer på realitetsbrist
- Det etter 2–4 uker fortsatt er betydelige ettervirkninger og vedkommende skårer over 4 på minst seks ledd i PTSS-10 (se veiledning for PTSS-10)
- Når ettervirkninger øker i stedet for å avta
- En overlevende/ pårørende som etter 2 – 4 uker endrer atferd med sosial tilbaketrekning, økende angst, depressive symptomer, økt søvnløshet og diverse kroppslige symptomer
- Barn endrer betydelig atferd, får økende søvnevansker og mareritt, tør ikke være alene, trekker seg tilbake i forhold til venner, får vansker på skolen eller får ubestemmelige kroppslige symptomer
- Når sorgen får et komplisert forløp med mye påtrengende tanker om den

døde/savnede, sterk lengsel og søken etter den døde/savnede og svært sterk ensomhet etter tapet

### 3. Utredning og behandling i psykisk helsevern

#### 3.1. Aktuelle psykiske reaksjoner

- Post-traumatisk stresslidelse (PTSD) hos direkte eksponerte
- Tilpasningsforstyrrelser (angst og depressive symptomer)
- Primær depresjon pga tap (forsterket, forlenget normalsorg)
- Komorbide tilstander til PTSD: depresjon, panikklidelse, fobier og rusmisbruk
- Kompliserte sorgreaksjoner

Mens posttraumatisk stresslidelse fører til relativt begrenset funksjonsforstyrrelser, er det de komorbide tilstander som gir størst utslag. Å forhindre utvikling av komorbide tilstander og tidlig adekvat behandling av slike, er særdeles viktig. Et overforbruk av alkohol eller andre rusmidler vil kunne forverre tilstanden og vanskeliggjøre behandlingen.

Ved katastrofer hvor de omkomne ikke blir funnet, kan personer med tap av nærstående stå overfor langvarig uvisshet. Langvarig venting i uvisshet er en betydelig påkjenning, og disse vil ofte føle en stor trang til selv å gjøre noe for å få avklart situasjonen. Det kan således være aktuelt med rådgivning rundt eventuell reise til katastrofeområdet.

#### 3.2. Risikofaktorer

- Risikofaktorer som er forbundet med økt forekomst av psykiske lidelser, vil også øke risikoen for PTSD
- Tidlige tap og ikke bearbejdede tidligere traumer
- Utilgjengelige eller svake nettverk som gir utilstrekkelig sosial støtte
- Personer med somatiseringstendenser

#### 3.3. Tidlig intervensjon og behandling

Et litteratursøk etter systematiske oversikter som omhandler kunnskapsgrunlaget for effektive tiltak innen psykososiale tjenester ved kriser, ulykker og katastrofer avdekker at det er få systematiske oversikter som har sett på effekt av oppfølging etter omfattende katastrofer som det her er snakk om. Imidlertid konkluderer rapportene at gjentatte seanser med kognitiv atferdsterapi kan være effektivt. Det er ikke vist at psykososiale støttetiltak har en klar effekt for de gruppene som er studert<sup>1</sup>. Etter direktoratets vurdering er det viktig å tilby omsorg og oppfølging basert på den kliniske erfaring man har på dette området og behandlingsanbefalingene under bygger på erfaringer fra tidligere katastrofer og anbefalinger fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress og Senter for krisepsykologi.

Når grunnleggende fysiske behov, søvn og hvile etc. er dekket, sikkerhet reetablert og eventuell uvisshet om nærståendes skjebne avklart, kan man starte bearbeidelse av inntrykkene. For å unngå skadelig reaktivering tilrådes det å vise respekt for den enkeltes behov for styring og kontroll av følelser, inntrykk og minner.

Det er viktig at pasientens her-og-nå-situasjon prioriteres. Det å fungere så normalt som mulig i hverdagen er av betydning som kan gjøre det mulig for den enkelte å forholde seg terapeutisk til smertefulle minner over tid. Reetablering av søvn er viktig, eventuelt med bruk av sovemidler for en kortere periode. Informasjon om ulike selvhjelpsmetoder kan være

---

<sup>1</sup> BMJ. Clinical Evidence. The international source of the best available evidence for effective health care. BMJ 2004; issue 12: 1484-1491

viktig å formidle tidlig i kontakten for å stimulere opplevelse av mestring Ved utvikling av PTSD anbefales det at man anvender en psykoterapeutisk tilnærming, med særlig fokus på traumespesifikke metoder. I tillegg må medikamentell behandling vurderes (SSRI vil ofte være førstevalg).

Fokusert, korttids gruppebehandling er en god og effektiv metode for behandling av alvorlige stressreaksjoner. Slike grupper bør bestå av pasienter med relativt lik belastning, ha en støttende og pedagogisk ramme og i stor grad fremme autonomi og egen mestringsevne framfor gruppetilhørighet.

Dersom det blir gitt et behandlingstilbud, må pasienten sikres tilstrekkelig oppfølging så lenge det er behov. Det har vist seg nyttig å gi nye tilbud om konsultasjon 1, 6 og 12 måneder etter at den første kontakten er avsluttet.

#### 3.4. Konfronterende omsorg

Et viktig begrep er ”konfronterende omsorg” - det vil si å konfrontere personen med smertelig informasjon i en støttende form. Etter som realiteten av tapet gradvis trenger inn, blir sorgreaksjonen mer intens. Dette må ikke forveksles med ”forverring” eller utvikling av sykdom, men er et naturlig forløp i sorgprosessen.

### 4. Spesielt om barn og unge

#### 4.1. Tiltak i kommunen og behov for bistand fra 2. linjetjenesten

Kommunene har et omfattende tiltaksapparat som vil støtte barn i en krisesituasjon (jfr rundskriv IS-4/2005). I tillegg vil det være behov for at psykisk helsevern stiller sin kompetanse til rådighet gjennom veiledning til den kommunale førstelinjetjeneste og eventuelt andre som trenger faglig bistand. Psykisk helsevern vil også ha som oppgave å utrede og behandle barn og unge som har vedvarende stressreaksjoner, økende grad av stressreaksjoner i tiden etter hjemkomst, eller som utvikler kompliserte sorgreaksjoner. Barn og unge som har vært sterkt eksponerte og med taps- og traumeopplevelser fra tidligere, har større risiko for å utvikle psykiske reaksjoner.

#### 4.2. Vanlige posttraumatiske stressreaksjoner

Følgende reaksjoner er mest vanlig i etterkant av en katastrofe:

- Påtrengende bilder eller indre film fra katastrofen. Disse kan komme på dagtid, under lekselesing, ved innsovning eller som mareritt
- Andre påtrengende sanseminner; smak (f. eks saltvann); lukt (f. eks liklukt); lyd (f. eks. vann, skrik)
- Angst for å skilles fra foreldrene eller søsken som hemmer barnet (separasjonsangst)
- Spesifikk angst f. eks for vann (fobi)
- Søvnvansker: Mindre søvnproblemer vil kunne oppstå i kortere perioder også utover de første ukene avhengig av ytre omstendigheter/påminnere
- Konsentrasjonsvansker: Slike vansker med hukommelsesproblemer som følge, kan hemme skoleprestasjoner, men er å forvente også utover de første ukene. Dette gjelder særlig om barnet har mistet noen. Omfanget bør vurderes i samarbeid med skolen
- Generell angst og bekymring: forstyrrer gjenvinning av vanlig fungering
- Sinne og irritabilitet: forstyrrer relasjoner eller fungering
- Stor tristhet og grubling: utover det som kun kan forklares som sorgreaksjoner

I kartlegging av barnets opplevelser kan det være hensiktsmessig å spørre både barna og foreldrene om dette. For øvrig vil vanlige prosedyrer for utredning og behandling av barn og unge også gjelde for dette arbeidet. Vi vil imidlertid understreke at det i senere år er utviklet spesifikke traumeterapeutiske metoder for å hjelpe barn, slik at personell i spesialisthelsetjenesten gjør seg kjent med disse og at man eventuelt oppjusterer denne kunnskapen i regionen. En grundig vurdering av sorgreaksjoner, symptomer på angst og depressive lidelser er viktig å foreta dersom problemene vedvarer.

## 5. Innsats-/hjelpespersonell

Som ved alle katastrofer og ulykker vil innsats og annet hjelpepersonell bli utsatt for sterke inntrykk. Særlig utsatt er personell som hatt vanskelige oppdrag i forbindelse med håndtering og identifisering av lik under belastende arbeidsforhold. Selv om de fleste etater/tjenester som bistår under redningsaksjoner har egne opplegg for de-briefing, kan det være behov for individuell oppfølging innen psykisk helsevern.

## 6. Kompetanse i psykisk helsevern

De distriktpspsykiatriske sentrene (DPS) og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene (BUP) vil være kontaktpunktet for kommunene. DPSene vil ha ulik kompetanse på håndtering av denne typen problemstillinger. I det arbeidet som gjøres vil det kunne oppstå et behov for faglig drøfting og veiledning. De regionale foretakene bør peke ut ressurspersoner med særskilt kompetanse som kan bistå med veiledning og ev. videre oppfølging av særskilt vanskelige problemstillinger.

Faglig informasjon om instrumenter for utredning og behandling finnes på [www.krisepsyk.no](http://www.krisepsyk.no) og [www.nkvts.no](http://www.nkvts.no).

Nyttige faglig informasjon finnes også på [www.shdir.no](http://www.shdir.no) og [www.barneombudet.no](http://www.barneombudet.no)

## **Vedlegg 1:**

### **Veiledning i bruk av posttraumatisk symptomskala-10 for helsetjenesten**

Post-traumatisk symptomskala-10 (PTSS-10) er et måleinstrument som har vist seg egnet til overvåkning og screening av personer med krisereaksjoner og post-traumatiske stressreaksjoner. PTSS-10 har også vist seg å kunne identifisere personer som er i ferd med å utvikle post-traumatisk stresslidelse (PTSD). PTSS-10 er et grovt diagnostisk instrument og må følges opp av mer omfattende strukturert diagnostisk intervjuing. I det følgende redegjøres for hvordan dette instrumentet kan benyttes i allmennpraksis. Spesielt for å oppdage en traumerelatert psykisk tilstand og for å innlede den diagnostiske prosess.

#### **Bakgrunn:**

PTSS-10 ble konstruert på grunnlag av forløpsstudiene av overlevende etter Alexander Kielland ulykken i 1980 (Holen., Sund, Weisæth, 1983). Instrumentet er senere brukt i tallrike undersøkelser i Norge (Weisæth L., 1989), i Norden og for øvrig internasjonalt. I de senere år er psykometriske studier utført. Disse har bekreftet skalaens evne til å identifisere personer med traumatiske stressplager (Eid, Johnsen).

#### **Scoring av PTSS-10:**

PTSS-10 er et selvutfylt ti-ledds spørreskjema. Respondenten bes besvare om han/hun har erfart ti beskrevne reaksjoner/symptomer innen de siste to døgn. De ti leddene er: søvnforstyrrelser, drømmer/mareritt, depresjon, skvettenhet, tendens til å isolere seg fra andre, irritabilitet, at følelsene svinger opp og ned (emosjonell labilitet), dårlig samvittighet, selvbepreidelse, skyldfølelse, frykt for traumestedet eller steder som minner om eller ligner på det og kroppslig anspenhet.

#### **Tolkning av resultater:**

For hvert ledd bes graden av reaksjon/symptomet merket av på en linje som utgjør en gradert skala fra 1 til 7. En score på 4 eller mer for de fleste mennesker tilsvarer en reaksjon som har symptomstyrke. Studier utført på mennesker som lider av posttraumatiske stressforstyrrelser viser at disse oftest har en score på 4 eller mer på hvert ledd, på seks eller flere av de ti symptomene. En slik scoringsmåte gir hvert symptom samme vekt og det samsvarer selvfølgelig ikke alltid med den kliniske vurdering. Når det gjelder vurdering av tilstanden, er utvikling av symptomer over tid er et like viktig holdepunkt som styrken av symptomene på et gitt tidspunkt.

#### **Neste skritt:**

Det er viktig å minne om at ingen skala i seg selv kan gi en sikker diagnose. I så måte er PTSS-10 et screening instrument som nødvendiggjør videre diagnostikk med klinisk intervju, eventuelt med strukturert diagnostisk formular (for eksempel SCID eller CIDI). På personer som har vært utsatt for et alvorlig psykisk traume synes PTSS-10 å ha få falske negative og få falske positive. Brukt i en videre sammenheng, for eksempel på krisereaksjoner i sin alminnelighet, synes instrumentet å gi flere falske positive i forhold til diagnosen PTSD, men fanger likevel opp betydningsfulle kliniske tilstander. PTSS-10 viste seg å ha visse fortrinn i forhold til andre screening instrumenter som ble utviklet på samme tid. Det ene var at spørreskjemaet inneholder spørsmål om depresjon. Senere forskning har nemlig vist at depresjon er en svært hyppig komorbid tilstand til en post-traumatisk stresslidelse. Dertil inneholder PTSS-10 også spørsmål om irritabilitet som har vist seg å være et hyppig ledsage-symptom som en del av en overaktiveringstilstand eller sekundært utviklet pga. utmattelse som ofte skjer når en angsttilstand har stått en tid. Irritabilitet er senere blitt inkludert blant symptomkriteriene for PTSD.

Den eneste studie med normative data i den norske normalbefolkningen viser resultater i overensstemmelse med tidligere forskningsfunn. Knudsen et al (2002) påviser i en omfattende normalpopulasjonsstudie (N=1871) om helse og livskvalitet i befolkningen en gjennomsnittlig total PTSS-10 score på 24,21 (std.dev: 11,32). De normative dataene viser også en signifikant korrelasjon mellom total PTSS-10 score og kjønn. (Pearsons  $r=0.093$ ,  $p<0.01$ ). Kvinner skårer gjennomgående høyere enn menn.

## Vedlegg 2: Post-traumatisk symptom skala

Under finner du ti spørsmål om vanlige reaksjoner blant personer som har vært rammet av en katastrofe. Vær vennlig å svare på hvert spørsmål ut fra hvordan du har hatt det de siste 7 dager. Marker ditt svar ved å sette ring rundt det tallet på hver linje som best uttrykker hvordan du føler det i forhold til hvert spørsmål.

Vær vennlig å besvare alle spørsmålene.

I løpet av de siste 7 dagene har jeg vært plaget av:

### 1. Søvnproblemer

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_  
Ikke I høy grad

### 2. Drømmer med mareritt om hendelsen

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_  
Ikke I høy grad

### 3. Depresjon, følt meg nedtrykt

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_  
Ikke I høy grad

### 4. Skvettenhet ved plutselige lyder eller brå bevegelser

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_  
Aldri/sjelden Meget ofte

### 5. Tendens til å isolere meg fra andre

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_  
Ikke I høy grad

### 6. Irritabilitet ( blir lett irritert eller rasende)

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_  
Aldri/sjelden Meget ofte

### 7. At følelsene svinger mye opp og ned

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_  
Aldri/sjelden Meget ofte

### 8. Dårlig samvittighet, selvbekreidelser, skyldfølelser

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_  
Aldri/sjelden Meget ofte

### 9. Frykt for steder eller situasjoner som kan minne om hendelsen

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_  
Aldri/sjelden Meget ofte

### 10. Anspenthet i kroppen

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_  
Ikke I høy grad