

**Opplevelse av endring i rollen som
traumebehandler**
- etter et opplæringsprogram i traumebehandling

Jamie Helene Norum og Victoria Tidemand



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Høsten 2010

Sammendrag

Forfattere: Jamie Helene Norum og Victoria Tidemand

Tittel: Opplevelse av endring i rollen som traumebehandler – etter et opplæringsprogram i traumebehandling

Veileder: Kirsten Benum

Denne kvalitative studien omhandler subjektive opplevelser rundt endringer i behandlerrollen hos en gruppe behandlere i psykisk helsevern, som har deltatt i det ettårige fagutviklingsprogrammet ”Tryggere traumeterapeuter”. Utdanningen er i regi av Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region Øst. Når man tar i betraktning at traumeomfanget er stort i befolkningen, samtidig som kompetansen i hjelpeapparatet viser seg å være mangelfull, er spørsmålet om behandlere blir tryggere traumeterapeuter etter utdanningen svært aktuelt for både behandlerne selv og pasientene deres, men også ledelsen ved helseorganisasjonen, de som tilbyr programmet, og ikke minst for samfunnet i sin helhet.

Målet har vært å se om behandlerne opplever at de har økt sin kompetanse i traumebehandling, og om de har begynt å implementere kunnskapen de har tilegnet seg gjennom utdanningen. Problemstillingen har vært: *Hvordan er behandlernes opplevelse av endring i behandlerrollen etter utdanningen "Tryggere traumeterapeuter" og hva beskriver de har endret seg i deres praksis?* Gjennom behandlernes egne beskrivelser er det fremstilt hva de løfter frem som betydningsfullt for sin profesjonelle utvikling. Endring i opplevelsen av behandlerrollen er belyst gjennom relevante teorier om terapeututvikling og implementering.

Metoden som ble brukt var ”consensual qualitative research”. Datainnsamlingsmetoden var dybdeintervju av 11 behandlere i spesialisthelsetjenesten. Studien er et selvstendig forskningsprosjekt, og alt datamateriale er samlet inn på egenhånd.

Resultatene viser at det mest betydningsfulle fra utdanningen for behandlerne var å lære konkrete terapeutiske verktøy de kan bruke i innledende faser av terapien, samt å få veiledning underveis i læringsprosessen. Det som fremsto som mangelfullt var fordypning i bearbeiding av traumer og rehabilitering i avsluttende faser av terapien, samt videre oppfølging i etterkant av utdanningen. Samlet peker resultatene i retning av at behandlerne opplever at utdanningen ga økt traumekompetanse, og at det har funnet sted en endring mot å bli tryggere i rollen som traumebehandler.

Forord

Denne oppgaven har blitt til som et resultat av en langvarig interesse for traumebehandling. Interessen ble vekket gjennom psykologstudiet, da vi for noen år siden ble begeistret for et kurs med Tine Jensen om traumebehandling av barn og unge. Det som engasjerte oss var at det ble formidlet et genuint ønske om å forstå personens egen opplevelse og ta utgangspunkt i behandlingen ut fra dette. Samtidig ble traumearbeid noe mer avmystifisert for oss. Videre ble vi inspirert i traumebehandlingsmetoder på et senere fordypningskurs i systemisk kognitiv terapi med Kirsten Benum og Eva Axelsen. Nysgjerrigheten for å lære mer om å hjelpe traumepasienter ble stimulert ytterligere gjennom hovedpraksis, der vi møtte mennesker med traumeerfaringer som berørte oss dypt. Traumeutdanningen ble kjent for oss ved at en av oss var så heldig å delta på traumeutdanningen gjennom sin hovedpraksisperiode, og slik startet arbeidet med oppgaven.

Gjennom oppgaven har vi fått innblikk i hva erfarne behandlere opplever som utfordrende i arbeid med traumematikk, men også hva som oppleves som nyttig og hjelpsomt i dette krevende og meningsfulle arbeidet. Vi har sett hvordan kunnskap og erfaring stimulerer til økt interesse for fagfeltet og fornyet håp om bedring for denne gruppen pasienter. Som en av behandlerne sier *”Det har jo smittet over en optimisme og entusiasme når det gjelder de sakene jeg har fått i etterkant”*. Vi har også sett hvordan implementering av en ny behandlingsmodell kan tenkes å fremmes eller hindres som følge av faktorer ved terapeuten selv, systemet rundt eller utdanningsprogrammet. Det oppleves meningsfullt å skrive en oppgave som vi håper kan gi nyttige innspill til både behandlere, programutviklere og organisasjoner som forsøker å implementere nye modeller.

Vi vil gjerne takke alle behandlerne som har bidratt med sine opplevelser og erfaringer fra traumeutdanningen og sin egen praksis. De har alle medvirket til nyttige betraktninger og verdifull informasjon for oss. Videre vil vi takke poliklinikkens ledelse for at de stilte behandlerne sine til rådighet for oss. Vi har også lyst til å takke Trine Anstorp ved RVTS Øst, for inspirasjon og tilbakemeldinger innledningsvis i prosjektet vårt. Vi vil også rette en stor takk til vår dyktige og kloke veileder Kirsten Benum, for at hun har gitt oss gode innspill og tilbakemeldinger i arbeidet vårt. Til sist vil vi gjerne takke hverandre for et godt samarbeid, og for den støtte og motivasjon vi har gitt hverandre i frustrerende faser i skrivingen.

Jamie Helene Norum og Victoria Tidemand

Universitetet i Oslo, oktober 2010

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Traumeomfang blant pasienter	2
1.2	Hva er god traumebehandling?	3
1.3	Traumekompetanse i behandlingsapparatet i dag	5
1.4	Behov for kompetanseløft	6
1.5	Formål og problemstilling	9
2	Teori.....	10
2.1	Evidensbasert praksis og implementeringsteori	10
2.2	Teorier om terapeututvikling.....	13
3	Metode	19
3.1	Generell metodebeskrivelse og design	19
3.2	Datainnsamling.....	20
3.3	Analyser	24
3.4	Stabilitetssjekk	26
3.5	Metodekritikk	27
4	Resultater	29
4.1	Hvilke domener og kategorier fant vi?.....	29
4.2	Domene I - Opplevelse av endring som kan tenkes å fremme implementering	31
4.3	Domene II - Faktorer ved behandleren som kan tenkes å hindre implementering ..	34
4.4	Domene III - Faktorer ved systemet som berører implementering	37
4.5	Domene IV - Faktorer ved utdanningsprogrammet som berører implementering...	39
5	Diskusjon.....	43
5.1	Opplevd endring i behandlerrollen.....	43
5.2	Stabiliseringsteknikker gir trygghet	45
5.3	Forankring av kunnskap gjennom veiledning	48
5.4	Behov for mer kunnskapsformidling om bearbeiding og rehabilitering	51
5.5	Andre faktorer som påvirker implementering	53
5.6	Implikasjoner av studien	55

6	Konklusjon: Mot en tryggere traumeterapeut	58
7	Referanser	59
8	Appendiksoversikt.....	64
	Appendiks A.....	I
	Appendiks B.....	III
	Appendiks C.....	IV
	Appendiks D.....	VI
	Appendiks E.....	XII
	Appendiks F.....	XIII
	Appendiks G.....	XIV
	Appendiks H.....	XV

1 Innledning

En traumatisk hendelse beskrives i diagnosesystemet ”International Classification of Diseases” versjon 10 (ICD-10) som *”en belastende hendelse eller situasjon (av enten kort eller lang varighet) av usedvanlig truende eller katastrofal art, som sannsynligvis vil fremkalle sterkt ubehag hos de fleste”* (WHO, 1993). En traumatisk hendelse kan skape psykologiske traumer. I psykisk helsevern i Norge kan så mange som 26-47 % av pasientene som kommer til spesialisthelsetjenesten med psykiske plager ha vært utsatt for traumatiserende hendelser (Fosse & Dersyd, 2007). For å kunne gi disse pasientene et godt behandlingstilbud er det viktig at behandlere i psykisk helsevern har god kunnskap og kompetanse på traumebehandling. Kartlegginger gjennom Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) viser at det kan være en mangel på traumebehandlingskompetanse i psykisk helsevern (NKVTS, 2006). På bakgrunn av dette er det interessant å finne ut om etablerte kompetansehevingstiltak fører til en opplevelse av økt kunnskapsnivå hos behandlerne. Vår studie vil være en undersøkelse av behandleres opplevelse av endring i rollen som traumebehandlere. Dette er relevant fordi økt kompetansenivå i etterkant av videreutdanning antas å kunne føre til et bedret behandlingstilbud for traumatiserte pasienter.

I første del av denne oppgaven vil vi redegjøre for omfanget av pasienter med traumelidelser i psykisk helsevern. Videre vil vi se på traumebehandlingstilbudet som finnes i dag, og forskning som viser til et behov for kompetanseløft. Et omfattende videreutdanningsprogram for traumebehandling vil presenteres. I teoridelen vil teorier om implementering og terapeututvikling introduseres, for senere å belyse endring i traumebehandlerrollen. Vår problemstilling blir lagt frem før vi går videre inn på metoden som har blitt brukt i vår undersøkelse, og analyseprosessen som førte oss frem til resultatene. I resultatdelen presenteres datamaterialet illustrert med sitater som er beskrivende for behandlerens opplevelser. I diskusjonsdelen vil resultatene drøftes i sammenheng med teori fremlagt i innledningen. Deretter foreslår vi implikasjoner med henblikk på videreføring av denne typen opplæringsprogram, før vi avslutningsvis gir en kort oppsummering av hovedfunnene.

1.1 Traumeomfang blant pasienter

Traumatiske hendelser kan være engangshendelser som ulykker, naturkatastrofer, operasjoner, kriminalitet og andre voldsomme hendelser. I tillegg kan det være gjentatte opplevelser som misbruk, krigsopplevelser, mishandling i relasjoner, alvorlig omsorgssvikt og lignende (Fosse & Dersyd, 2007). Det skilles mellom enkel posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og kompleks PTSD. Sistnevnte assosieres med langvarige og repetetive traumatiske hendelser som ofte oppstår i relasjoner. Dette ser vi mest av i klinikken, fordi omfattende relasjonsarbeid kreves for å oppnå heling (Benum, personlig kommunikasjon, 16. oktober 2010). De fleste personer med alvorlige psykiske helseproblemer har opplevd et høyt nivå av relasjonelt stress i oppveksten. For eksempel rapporterer Fosse, Stensrud og Read (under utgivelse) at rundt halvparten av pasienter med diagnosene schizofreni eller bipolare lidelser har opplevd fysisk eller seksuelt misbruk i barndommen. Høye tall forekommer også innen angstlidelser, depresjon og personlighetsforstyrrelser. Dette viser til utenlandske studier, men også innen norsk psykisk helsevern er det høy forekomst av traumeutsatte pasienter.

Fosse og Dersyd (2007) har undersøkt traumeomfanget blant pasienter som ble behandlet ved Alna distrikstpsykiatriske senter (DPS) ved Aker universitetssykehus HF i 2006. Hva fant de? Forekomsten av enten seksuelt eller fysisk overgrep i barndommen lå på 26-47 % av alle pasientene uavhengig av diagnose. 32-48 % av pasientene ved Alna DPS kan ha hatt PTSD, inkludert kompleks PTSD. Forfatterne anser disse tallene for å være gjeldende og relevante for spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern for voksne og barn/ungdom generelt. Studien inkluderte ikke traumatisering i voksen alder eller psykiske former for traumatisering, så det kan være grunnlag for å tro at forekomsten av posttraumatiske lidelser ville være enda større hvis man tok slike traumatiske erfaringer med i beregningen.

1.1.1 Senvirkninger etter traumatiske erfaringer

Traumatiske erfaringer er smertefulle og har en enorm innvirkning på et menneskes liv, og kan gi konsekvenser som depresjon, angst og manglende tro på at man har kontroll over sitt eget liv eller kropp. Derfor er traumatiske erfaringer som nevnt forbundet med psykiatriske diagnoser innen psykisk helsevern. Alle psykiatriske diagnoser forbindes med høyere risiko for selvmordsatferd, dette gjelder også posttraumatiske lidelser uavhengig av typen traume man har opplevd (Panagioti, Gooding & Tarrier, 2009). En komorbid lidelse i tillegg til PTSD er forbundet med ytterligere økt selvmordsatferd.

Ekstreme, traumatiske og gjentatte stressorer i barndommen som for eksempel misbruk, å være øyenvitne til eller offer for vold i hjemmet og andre former for traumatiske

erfaringer i barndomshjemmet er vanlige, holdes ofte hemmelige og er skjult for verdenen utenfor (Anda et al. 2006). Barnet må finne en måte å overleve i denne situasjonen, og kroppens forsvarsmekanismer aktiveres. "Når hverken modstand eller flugt er mulig, bliver det menneskelige selvforsvarssystem løbet over ende og bragt i ulave" (Herman, 1995, s. 47). Ved slike langvarige påkjenninger som opptrer i nære relasjoner ser man høy forekomst av dissosiative reaksjoner (Benum, 2007). Det er påvist en sammenheng mellom utrygg disorganisert tilknytning og senere dissosiative lidelser og borderline personlighetsforstyrrelser i voksen alder (Lyons-Ruth & Spielman, 2004).

"The Adverse Childhood Experiences" (ACE) studien er en av de største undersøkelsene som er blitt gjort på sammenhengen mellom barnemishandling og helse i voksen alder. Studien kartlegger flere ulike former for negative opplevelser i hjemmet i barndomsårene, som for eksempel fysisk og psykisk misbruk, seksuelt misbruk, rusmisbruk og psykisk sykdom hos foreldrene. En av publikasjonene som har grunnlag i ACE-studien viser at det synes å være en sterk relasjon mellom graden av opplevd misbruk eller dysfunksjon i barndomshjemmet og risikofaktorer for flere av de største dødsårsakene hos voksne (som for eksempel hjerte-kar sykdommer, kreft og leversykdommer) (Felitti et al., 1998). En slik sammenheng kan ha flere mulige årsaker, men nevropsykologien får stadig økende oppmerksomhet ettersom man ser hvilken effekt kronisk kamp- eller flukt respons har på utsondring av signalstoffer i nervesystemet og det nevroendokrine systemet (Anda et al., 2006).

Disse resultatene tydeliggjør at traumatiske hendelser kan gi både psykiske og fysiske konsekvenser. Helse- og omsorgsdepartementet (2010) rapporterer at omfanget av vold i nære relasjoner er omfattende i Norge, og at de psykiske og somatiske helseeffektene av relasjonstraumer kan være både dramatiske og langvarige. Dette fremhever behovet for god traumebehandlingskompetanse. Hva kan sies å være god traumebehandling?

1.2 Hva er god traumebehandling?

God traumebehandling handler om at pasienten skal få hjelp til å integrere sine egne erfaringer og tolerere de følelser som følger med. Forskning og klinisk erfaring viser at vellykket behandling av traumelidelser er avhengig av at traumeminnene adresseres aktivt i terapien (Courtois, 2004). Minnene må aktiveres og arbeides med systematisk, for at det skal gi langvarig god effekt for pasienten. For eksempel er det ved behandling av PTSD funnet at individuell og gruppebasert traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TFCBT), "eye movement

desensitisation and reprocessing” (EMDR) og stresshåndtering er effektive behandlingsformer (Bisson & Andrew, 2005). Dette bekrefter Dyregrov (2004) og legger til eksponeringsterapi. Han hevder videre at støttesamtaler og rådgivning alene ikke er spesielt virksomt verken ved akutte eller vedvarende stresslidelser. Ikke-traumefokuserte behandlinger er i følge dette mindre virkningsfulle enn traumefokuserte behandlingsformer. Det kan se ut som denne forskningen er knyttet til enkel PTSD, og at det er behov for å undersøke om de samme metodene er like virksomme ved relasjonstraumer og mer komplekse traumelidelser.

Flere mener at kunnskap om faseorientert behandlingstilnærming er nødvendig ved behandling av traumerelaterte og dissosiative lidelser (Anstorp, van der Weele & Araldsen, 2008; Courtois, 2004; Herman, 1992). En slik faseorientert behandlingsmodell for traumearbeid som bygger på vitenskapelig arbeid gjort av Janet på begynnelsen av 1900-tallet beskrives av Steele, van der Hart & Nijenhuis (2007, s. 105): *"For å oppnå en vellykket behandling av kompleks traumatisering er det en stor fordel å arbeide konkret og systematisk med de ulike traumerelaterte fobiene. En måte å gjøre dette på er å legge opp til en faseorientert behandling"*. Denne modellen består følgelig av tre faser: Fase I innebærer *stabilisering og symptomreduksjon*. Fase II omfatter *bearbeiding av de traumatiske minnene*. Fase III består av arbeid med *personlighetsintegrasjon og rehabilitering*. Traumearbeidet veksler mellom de ulike fasene, og kan variere i lengde fra noen få timer og opp til mange år, avhengig av blant annet hvor store relasjonsskader pasienten har.

Det essensielle i traumearbeid er at pasienten i samarbeid med en aktiv og empatisk terapeut kan hjelpes til å finne alternativer til de mestringsstrategiene pasienten har brukt tidligere, men som ikke lenger er hensiktsmessige (van der Weele, 2007). For å kjenne seg trygg i rollen som profesjonell hjelper når en skal spørre alvorlig traumatiserte klienter om vanskelige erfaringer og håndtere relasjonelle vansker, kreves både god faglig kunnskap og tilgang til brukbare metoder. For å kunne gi god traumebehandling må behandleren tidlig i hjelpeprosessen forstå hva han eller hun ser. Kunnskap om type belastninger gir viktig informasjon om hvordan man skal legge opp behandlingen for å oppnå symptomlette og raskere heling (Courtois, 2004; Ford, Courtois, Steele, van der Hart & Nijenhuis, 2005). Hver enkelt pasient har en unik historie og livssituasjon som må tas hensyn til i vurderingen av behandlingstilbudet slik at det blir best mulig tilpasset pasienten (Anstorp et al., 2008). Å ta hensyn til alt dette i en skreddersydd behandlingsplan for den enkelte pasient krever stor faglig kompetanse av behandleren. Hvordan står det egentlig til med traumekompetansen i psykisk helsevern i dag?

1.3 Traumekompetanse i behandlingsapparatet i dag

I sin "Kartlegging av tilbudet til traumatiserte ofre for vold, overgrep, ulykker og katastrofer, flyktninger og torturofre" skaffet NKVTS (2006) som nevnt en oversikt over gjeldende behandlingstilbud til traumeutsatte i norsk psykisk helsevern. Oversikten viste at den vanligste behandlingen var tidlig intervensjon/krisehjelp og kortvarig utredning eller samtalebehandling. Medisinering og mer langvarige behandlingstilbud med samtalebehandling var mindre vanlig, og det var få som henviste denne gruppen videre til annen behandling.

I videre utredning av kompetanse innen traumebehandling vil vi ta utgangspunkt i Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region øst (RVTS Øst) sin rapport "Tryggere traumeterapeuter - 1-årig fagutvikling for DPS" (Anstorp et al., 2008), da den er relevant for vår undersøkelse. Det hevdes i denne rapporten at det er vanlig at behandlere i møte med traumepasienter strever med avmakt, og at de kjenner usikkerhet i forhold til mulige behandlingsplaner og pasientenes prognose.

Det foreligger et behov blant behandlere for redskap til å kartlegge, gjenkjenne og håndtere pasientens traumatiske erfaringer samt eventuelle fysiske traumereaksjoner og dissosiasjon. Standardisert kartleggingspraksis må bli fast rutine og det må enes om hvilke kartleggingsinstrumenter som skal benyttes for å kartlegge traumer. Dette er vanlig for en rekke andre diagnostiske tilstander, som for eksempel depresjon. Behandlere må bli trygge på at det handler om *hvordan* man skal spørre, ikke *om* man skal spørre eller la være.

Når traumeerfaringer først har blitt kartlagt, foreligger det en tendens i hjelpeapparatet til at terapeuten ikke tør gå inn i bearbeidende behandling. Mange dyktige behandlere rapporterer at de har lett for å ha en altfor passiv og avventende behandlingsstil overfor traumatiserte fordi de er redde for å gjøre vondt verre. De føler seg usikre på fremgangsmåten i traumbearbeiding, og lar være å gå inn i det på grunn av frykt for å aktivere gjenopplevelser. Dette kan handle om terapeutens usikkerhet i forhold til egen kompetanse på traumehåndtering. Ofte behandles derfor bare symptomene på traumelidelsene uten å adressere traumeerfaringene direkte. Forsøk på å hjelpe pasienten ved direkte eller indirekte oppfordre til videre unngåelse av de skremmende minnene er i denne sammenheng ansett å være dårlig hjelp.

Spesialisthelsetjenesten må foreta mange kompliserte traumebehandlinger som ofte krever lange behandlingsforløp. I RVTS-rapporten vises det til at kun 14 % av behandlerne ved et godt DPS bruker EMDR, og kun 24 % av behandlerne bruker eksponeringsterapi i

traumebehandling. Når det er disse terapiformene som er funnet mest virksomme kan ikke dette sies å være tilstrekkelig kjennskap til og bruk av adekvat traumebehandling. Samtidig som det foreligger et stort omfang av kompliserte traumesaker ser det ut til å være begrensede kliniske ferdigheter til å håndtere disse. Utredningene ovenfor, basert på RVTS Øst sine undersøkelser, kan tyde på store kompetanseshull i psykisk helsevern både når det gjelder utredning, behandling og organisering av hjelpetilbud for traumepasienter. Dette belyser et behov for kompetanseløft innen traumefeltet.

1.4 Behov for kompetanseløft

Behovet for å styrke kompetansen og tilbudet i behandlingsapparatet og hjelpeapparatet rundt traumerammede støttes av Helse- og omsorgsdepartementet (2010). Det er ikke mangel på gode spesifikke traumebehandlingsmetoder i dag (Anstorp et al., 2008), men utfordringen virker å være få formidlet adekvat kunnskap til hjelperne. Dagens tilnærming til arbeid med traumer integrerer kunnskap fra flere felt innenfor psykologien (som tilknytningsteori, nevrobiologi, kognitiv psykologi, emosjonspsykologi, narrativ og kropporientert tilnærming). En slik bredspektret kompetanse gir fagpersoner innen psykisk helsevern god mulighet for forståelse og metoder til å hjelpe traumepasienter å redusere eller bli kvitt sine plager. Spesifisert opplæring må derfor i større grad ut i hjelpeapparatet. Dette synliggjør viktigheten av et kompetansehevingstiltak.

Helse- og omsorgsdepartementet (2010) viser til at det de siste årene er arbeidet med å forbedre deler av tjenesteapparatet i for eksempel kommunale helse- og sosialtjenester, spesialisthelsetjenester, skole, barnehage, barnevernet, familievernet, politiet, krisesentre og så videre. Et av hovedtiltakene er kompetanseløft gjennom RVTS, som jobber for å styrke kompetansen hos fagpersoner som møter mennesker som er berørt av blant annet traumeproblematikk (RVTS, 2010). Dette ligger til grunn for at RVTS Øst tilbyr et ettårig fagutviklingsprogram kalt ”Tryggere traumeterapeuter”. Denne utdanningen vil beskrives videre.

1.4.1 Tryggere traumeterapeuter

Bak begrepet ”tryggere” ligger det en målsetning om at fagarbeiderne skal oppleve seg mer kompetente, øke sin kunnskap og bruke den i praksis når de skal hjelpe traumepasienter. Fokus på langsiktig planlegging av tilbudet til traumepasienter, samt tilrettelegging av godt og effektivt samarbeid mellom ulike hjelpeinstanser vil sammen med et kompetanseløft i fagmiljøet gi et mer effektivt og forbedret helsetilbud til en stor gruppe traumatiserte

mennesker. RVTS Øst hevder at dette utdanningsprogrammet med sikkerhet vil føre frem til økte ferdigheter hos den enkelte fagperson. Økt traumekompetanse vil gi en større trygghet og mer pågangsmot i traumebehandling. Dette vil igjen føre til at traumediagnoser brukes oftere og riktigere, og pasienter omdiagnostiseres og tilbys bedre tilpasset behandling (Anstorp et al., 2008).

Utdanningsprogrammet ble første gang gjennomført ved deler av Aker universitetssykehus HF (AUS) i 2007/08. I 2009 ble ”Tryggere traumeterapeuter” gjennomført ved Sykehuset Asker og Bærum Helseforetak (SABHF). Utdanningen var en satsning fra helseforetakets side og omtrent 300 ansatte deltok. Ledelsen ønsket at alle ansatte i psykisk helsevern skulle delta. Selv om deltakelsen var frivillig fra foretakets side, ble det lagt sterke føringer på at det skulle gode grunner til for å ikke delta (Otterdal, personlig kommunikasjon, 03. februar 2010). Deltakerne representerte alle arbeidsgrupper i psykisk helsevernsektoren. Utdanningen varte fra 25. februar 2009 til 30. oktober 2009. I løpet av dette tidsrommet var det 7 undervisningsdager og 8 veiledningsdager, og disse vil beskrives nærmere.

1.4.2 Undervisningsdagene i utdanningsprogrammet

Undervisningen var felles for alle deltakerne. Hver undervisningsdag besto av 6 timers undervisning hvor det ble fokusert på ett hovedtema (se programoversikt appendiks E). Foreleserne varierte mellom ulike undervisningsmetoder som å forelese, vise power point, vise film, spille rollespill, lede felles gruppeøvelser og oppfordre til interaktivitet gjennom dialog med publikum. Det var hele tiden anledning til å stille spørsmål og komme med innspill underveis. Hver deltaker fikk hver gang utlevert kursmateriell med program for dagen, kopier av artikler, øvelser, forelesningsnotater med mer. Hver undervisningsdag ble avsluttet med en anonym evaluering av dagen. I forkant av den første undervisningsdagen, og i etterkant av den siste undervisningsdagen, fylte deltakerne ut et anonymt spørreskjema. Hensikten var å kartlegge deltakernes subjektive traumekompetanse, samt evaluering av kurstilbudet.

1.4.3 Veiledningsdagene i utdanningsprogrammet

Veiledningen var et tilbud hvor noen fra de ulike arbeidsplassene kunne delta for å utvikle særkompetanse innen traumebehandling. Deltakerne i disse gruppene var ment å videreformidle det de lærte i veiledningsgruppen til sine øvrige kollegaer, og på den måten være ressurspersoner for sin arbeidsplass. Hver veiledningsgruppe besto av 2 erfarne

veiledere fra utdanningsprogrammet og ca 10-12 kursdeltakere fra ulike arbeidsgrupper (miljøterapeuter, sykepleiere, psykologer, leger, psykiatere, sosionomer med fler). I disse gruppene fikk deltakerne legge frem kasus fra egen praksis, og de mottok direkte veiledning og innspill til håndtering av situasjoner. I gruppene ble det også fokusert på behandlernes egne tanker og reaksjoner. Veiledningen hadde som hensikt å dekke behov for opplæring i kliniske redskaper, råd i krevende behandlinger, teori om traumekartlegging og prognose, kunnskap om dissosiasjon, samt innføring i standard behandlinger.

1.4.4 Målsetninger med traumeutdanningen

Hovedmålsetningen i kompetansehevingsprogrammet var at minst 20 % av de ansatte på DPS i løpet av utdanningen skulle oppnå det som vurderes som *spesialistkompetanse* når det gjelder traumebehandling. De resterende 80 % skulle ha tilegnet seg en form for *grunnforståelse* i traumeterapeutisk tenkning og metode (Anstorp et al., 2008). Om disse kvantitative målene for kompetansehevingen ble oppnådd for SABHF er ikke kjent enda, da RVTS Øst i skrivende stund holder på med sine analyser. Imidlertid er det kjent at målsetningene ble nådd ved AUS i 2007/08.

Videre vil utdanningsprogrammets målsetninger utdypes nærmere for å gi et grundigere bilde av RVTS Øst sine intensjoner med utdanningsprogrammet. Den første målsetningen var å forbedre (1) *kartlegging av traumeforekomst hos pasientene*. God kartlegging er vesentlig fordi riktig diagnostisering er avgjørende for å kunne legge opp en passende behandlingsplan og gi adekvate behandlingsintervensjoner. Den andre målsetningen var å øke (2) *behandlernes egen vurdering av traumekompetanse*. En tro på egne ferdigheter antas å gi en følelse av trygghet i traumearbeid. Den tredje målsetningen var å øke (3) *kjennskap til traumefokuserte metoder*. RVTS Øst ønsket å introdusere EMDR og kropporienterte behandlingsmetoder for kursdeltakerne da disse metodene regnes som sentrale i traumearbeid. Den fjerde målsetningen var (4) *økt kunnskap/kompetanse*. God traumekompetanse er viktig for å kunne forhindre feilbehandling, og gi et adekvat behandlingstilbud til traumatiserte. Den femte målsetningen omhandlet (5) *sekundær traumatisering*. Traumebehandlere må ivareta seg selv og forebygge sekundær traumatisering. Vi ønsket å se om disse målsetningene vil reflekteres i behandlernes erfaringer med utdanningen.

Hvordan kan disse målsetningene oppnås? RVTS Øst hevder at det ikke er tilstrekkelig å basere kompetansehevingstiltak kun på økt tematisk kunnskap. Tidligere fagutviklingskurs har avdekket et stort behov for praktisk opplæring. For å grunne

praksisendringen enda bedre etter utdanningsprogrammet ønsker programutviklerne at behandlerne skal følges ytterligere opp med ferdighetstrening og veiledning på egen praksis. Dette forutsetter pedagogisk og organisatorisk tilrettelegging fordi kompetanse som bare forankres hos den enkelte behandler er sårbar og på sikt lite verdt. Satsingen må nedfelles i organisasjonens mål og planer slik at den får direkte innvirkning i avdelingenes aktivitet og økonomiske prioriteringer.

1.5 Formål og problemstilling

På bakgrunn av traumeomfanget blant pasienter og mangelen på kompetanse i behandlingsapparatet er det interessant å finne ut hvordan kompetansehevingstiltaket ”Tryggere traumeterapeuter” kan påvirke behandlerrollen. Vi ønsket å se om behandlerne som har deltatt i utdanningen opplever å ha økt sin kompetanse i traumebehandling, og om de har begynt å implementere kunnskapen de har tilegnet seg. Vil behandlerne oppleve at de har endret sin behandlerrolle som følge av utdanningen? Kan endring forekomme uten at det er tydelig for behandlerne selv, og hvordan kan det komme til uttrykk? Vi ble særlig interessert i å finne ut om behandlerne opplever at de er tryggere traumeterapeuter etter utdanningen enn de var før. Hva løfter de frem som betydningsfullt i fagutviklingen? Dermed ble problemstillingen:

Hvordan er behandlernes opplevelse av endring i behandlerrollen etter utdanningen "Tryggere traumeterapeuter" og hva beskriver behandlerne har endret seg i deres praksis?

2 Teori

På bakgrunn av problemstillingen vil vi ta utgangspunkt i teorier om implementering og terapeututvikling for å belyse endring i behandlerrollen.

2.1 Evidensbasert praksis og implementeringsteori

Vi vil først se på hvordan kunnskap erverves og tas i bruk i organisasjoner, og vi skal gå videre inn på viktige elementer i implementeringsprosessen. Hvordan skjer kunnskapservvelsen og praksisendringen, og hvordan kan prosessen optimaliseres?

Evidensbasert forskning sammen med klinisk erfaring kan gi et bidrag til økt kunnskap. Viten om hvilke behandlingsformer som gir best effekt, samt evnen til å ta i bruk nye metoder og behandlinger er påkrevd dersom man skal kunne tilby et best mulig tilbud til brukere som behøver denne typen behandling. Dette er bakgrunnen for vektleggingen av evidensbasert praksis i norsk helse- og sosialsektor, som Norsk Psykologforening har sluttet seg til (Rønnestad, 2008).

Evidensbasert praksis tar utgangspunkt i at noen behandlingsmetoder er mer virksomme enn andre (Sørli, Ogden, Solholm, & Olseth, 2010), og det er vitenskapelig forskning som gjør at vi får slik kunnskap. "*Hva slags forskning skal praksis være forankret i?*" spør Rønnestad i hans utredning av begrepet evidensbasert praksis (2008, s. 444). Den biomedisinske modellen blir ofte vektlagt som en gylden standard innen helsefag. Derfor blir også eksperimentelle studier ofte ilagt større viktighet enn for eksempel kvalitative studier eller klinisk erfaring. Rønnestad påpeker imidlertid at den bredere definisjonen av evidensbasert praksis har tre fundament: den beste forskningsevidensen, klinisk ekspertise og pasientens preferanser. Modellen i utdanningsprogrammet i vår undersøkelse bygger i stor grad på klinisk erfaring samt noe teori. Det er ikke først og fremst effektstudier som ligger til grunn for den faseorienterte behandlingsmodellen, men heller hva som har fremstått som virkningsfullt gjennom flere års klinisk erfaring (Benum, personlig kommunikasjon, 04.oktober 2010). Modellen har blitt utarbeidet med påvirkning fra flere ulike fagområder til å ha blitt en integrativ traumefokusert behandlingsmodell som har vist seg virkningsfull. Derfor representerer denne modellen kunnskap som kan sies å være anvendelig i evidensbasert praksis.

"Tryggere traumeterapeuter" har som formål å formidle denne kunnskapen, og gi behandlerne den kompetansen de behøver for å kunne yte best mulig traumebehandling. For at denne kunnskapen skal bli brukt i behandlernes praksis kreves det en vellykket

implementering. ”Implementering er bindeleddet mellom forskning og praksis - hvordan en kan anvende forskningsfunn for å forbedre praksis” (Sørliet et al., 2010, s. 315).

Implementering defineres som spesifiserte aktiviteter satt sammen for å sette et bestemt program eller en bestemt aktivitet ut i praksis (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005). Å utvikle effektive behandlinger er i seg selv ikke nok for å forbedre helsetilbudet til pasienter i psykisk helsevern. Ufullstendig eller dårlig implementering kan føre til at pasientene mottar et dårligere tilbud enn det som er forventet. Det har vist seg at det å overføre effektive programmer til den virkelige kliniske hverdag, og opprettholde dem er en komplisert og langvarig prosess.

Implementeringskvalitet beskriver graden av implementering i en organisasjon. Fixsen og kolleger (2005) gikk gjennom det meste av tilgjengelig litteratur på implementeringsforskning og fant at spesielt fire faktorer spiller en viktig rolle for å styrke implementeringskvaliteten: a) at de utvalgte utøverne mottar koordinert trening og veiledning med mulighet for tilbakemeldinger på innsatsen sin, b) at organisasjonen stiller med rammebetingelser for at utøverne skal motta nok trening, veiledning og jevnlig evalueringer av prosess og utfall, c) at mottakere og brukerne av det nye programmet er tatt med i vurderingen under utviklingen av det og d) at myndigheter, lover og reguleringer gir rom for implementering av det gjeldende programmet.

2.1.1 Kjernekomponenter

Målet med implementering er å få praktikere til å utøve evidensbasert praksis. For å få til dette er man avhengig av kjernekomponentene. Det vil si de delene av en implementeringsprosess som ikke kan utelates for å oppnå en vellykket implementering (Fixsen et al., 2005). Til sammenligning er kjernekomponenter i en behandlingsform det som ikke kan utelates hvis man ønsker at behandlingen skal være effektiv. For å finne de beste komponentene er tidligere implementeringsforsøk til god hjelp. Å vite hva som er kjernekomponentene er viktig for å ha en kostnadseffektiv implementering, ellers vil det kunne føre til sløsing av tid og ressurser på å innføre ikke-fungerende elementer. Det påpekes at implementeringsprosesser kan klare seg fint uten eller med svak representasjon av noen av komponentene så lenge dette blir tatt hensyn til, og kompensert for i de andre komponentene. Nedenfor vil vi presentere fem viktige kjernekomponenter som er beskrevet av Fixsen og kolleger (2005).

a. Kjernekomponenten "utvelgelse"

For det første må man gjøre en *utvelgelse* av personalet i forhold til hvem som skal få delta i programmet, i vårt tilfelle traumeutdanningen. Da må det vurderes hvem som er kvalifisert til å utføre behandlingen og hvordan deltakere skal rekrutteres. Det kan være aktuelt å ta holdninger hos de ansatte i betraktning. En slik avgjørelse påvirker uten tvil helseforetakets økonomi, men får også konsekvenser for hvordan undervisningen legges opp og hvordan veiledning gjennomføres. Programutviklerne må ta hensyn til nivået av forhåndskjent kunnskap hos en svært variert gruppe av deltakere.

b. Kjernekomponenten "øvelse"

Utøvere av en ny behandlingsform må vite når, hvor, hvordan og med hvem de skal bruke den nye kunnskapen sin. *Øvelse* underveis i forløpet er en effektiv måte å introdusere behandlingen og trene på nye teknikker i trygge omgivelser. *Øvelse* både på bestemte teknikker, men også på å kjenne igjen de situasjonene hvor man skal bruke dem, er ansett som kjernekomponenter i en implementeringsprosess. En kombinasjon av undervisning, rollespill og øvelse er vist seg å være viktig for å lære seg nye ferdigheter (Herschell, Kolko, Baumann & Davis, 2010).

c. Kjernekomponenten "kontinuerlig veiledning"

De fleste ferdigheter kan introduseres som øvelser, men det er som regel i reelle jobbsituasjoner man virkelig lærer, og da ved hjelp av en veileder som kan gi konkrete råd og tilbakemeldinger. *Øvelse* og *veiledning* er en av måtene å få til atferdsendring hos de ansatte i begynnende stadier av implementering og gjennom hele løpet av en evidensbasert praksis. Derfor er *kontinuerlig veiledning* under implementeringen en kjernekomponent.

d. Kjernekomponenten "evaluering"

Evalueringer fra de ansatte er viktig for programutviklere for å kartlegge bruken av, og utfallet av, ferdigheter som læres bort gjennom utdanningsprogrammer. Slike tilbakemeldinger er også nyttig for ledelsen for å se fremgangen i implementeringsprogrammet.

e. Kjernekomponenten "ledelse"

Det regnes som en kjernekomponent når *ledelsen* fremmer implementering ved å bruke tilbakemeldinger til å gjøre gode valg, støtte prosessene som er i gang og holde de ansatte fokuserte på det ønskede kliniske resultatet. I dette ligger en forutsetning om at ledelsen må

sette opp rammebetingelser som gjør den praktiske gjennomføringen av å lese, gå på undervisning og veiledning mulig, for eksempel ved å senke kravene om produksjonstill. Helseforetakene legger ofte store investeringer inn i utdanningsprogrammer som skal øke personalets kompetanse og endre rutiner, men følger de godt nok opp i implementeringsprosessen? På grunnlag av resultatene som kommer frem vil dette drøftes i diskusjonsdelen.

Så langt har vi sett på hvilke komponenter som er viktige når et utdanningsprogram skal implementeres og kompetansen skal økes. Videre vil vi presentere hva teori og forskning vektlegger som viktige elementer i profesjonell utvikling hos terapeuter. Senere i diskusjonsdelen vil dette drøftes opp mot hvordan behandlerne i vår studie opplever endring i sin profesjonelle utvikling.

2.2 Teorier om terapeututvikling

At det er viktig at behandlere i psykisk helsevern innehar god kompetanse på traumefeltet er gjort rede for i innledningen. Den foreliggende mangelen på traumekompetanse kan tyde på for lite skoloring i grunnutdanningene innen helsefag. Hvordan erverver da behandlerne denne fagkunnskapen? Kompetanseutvikling innen traumefeltet spesifikt er betraktelig mindre studert enn generell terapeututvikling. Vi har tatt utgangspunkt i teorier om generell terapeututvikling. Hva er viktige innflytelser i utviklingen av den profesjonelle ekspertisen hos terapeuter?

Det har de siste årene blitt en stor forskningsinteresse for terapeututvikling. Dette temaet er interessant i forhold til vårt fokus i oppgaven fordi viten om hva som fremmer profesjonell utvikling hos terapeuter kan bidra til å forbedre kvaliteten på terapeututdanning (Rønnestad & Skovholt, 2003). Gitt at staten, helseforetakene og private organisasjoner generelt investerer mye i opplæringsprogrammer for å videreutdanne fagutøvere er det interessant å se hva forskningen sier om terapeututvikling og opplæring. Dette er vesentlig i forhold til implementeringen av det omfattende fagutviklingsprogrammet ”Tryggere traumeterapeuter”. Vi har tidligere gjort rede for effektive traumeterapiformer, men også egenskaper ved terapeuten er vesentlig for terapiutfall i følge forskning på fellesfaktorer (Lambert & Ogles, 2004). Hvordan vil dette påvirke terapeututviklingen?

2.2.1 Fellesfaktorer i psykoterapi

Fellesfaktorer kan defineres som effektive aspekter ved behandling som deles av ulike former for psykoterapi (Weinberger, 1993). Det er blitt kjent gjennom en rekke effektstudier som har

sammenlignet ulike terapiretninger, at enkelte viktige trekk ved terapeuten og pasienten må eller bør være tilstede for å øke effekten av terapien. Terapeutisk allianse og pasientens emosjonelle involvering i behandlingen ser ut til å være de to viktigste fellesfaktorene (Lambert & Ogles, 2004). Selv der hvor spesialiserte terapiformer kan vise seg å være noe mer effektive enn andre ikke-spesialiserte behandlinger, vil fellesfaktorer i behandlingssituasjonen kunne være av større betydning enn terapiformen i seg selv. Vi undrer oss over hva dette vil bety for behandlerne i vår studie.

2.2.2 Viktige innflytelseskilder i terapeututvikling

Når det gjelder psykoterapitrening har Orlinsky, Botermans & Rønnestad (2001) utført en omfattende undersøkelse. I deres studie beskriver 4000 psykoterapeuter hva som har påvirket deres egen terapeutiske utvikling. Resultatene er helt tydelige på at det som har størst innflytelse på terapeuters profesjonelle utvikling er henholdsvis (1) direkte *klinisk erfaring* med pasienter, (2) *veiledning*, og til slutt (3) *egenterapi*. Etter disse ble følgende vurdert som å ha innflytelse, men ikke av like stor betydning: erfaringer utenom terapi, uformelle diskusjoner med kollegaer, kurs/seminar, relevant litteratur og det å selv gi veiledning til andre. Den samme rekkefølgen gjaldt når det ble sammenlignet på tvers av land, profesjoner, teoretisk forankring og erfaringsnivåer. Inntrykket forskerne satt igjen med var at *praktisk erfaring* helt klart er viktigere for terapeuter enn akademisk læring. Videre var det tydelig at de *interpersonlige erfaringene* (med pasienter, veiledere, egne terapeuter, eldre kollegaer, personlige relasjoner og lignende) var mer innflytelsesrike enn upersonlige erfaringer (litteratur, teorier, kurs, seminarer og lignende).

I en undersøkelse av Rønnestad og Skovholt (2003) ble terapeutisk utvikling målt ved å studere endringer i hvordan terapeuten ser på seg selv som behandler. I deres kvalitative studie oppsummeres hovedfunnene i forhold til profesjonell utvikling hos 100 terapeuter og rådgivere. Det ble tydelig at det som behandlerne selv bedømmer som nødvendig for optimal læring og profesjonell utvikling på alle erfaringsnivåer er *evne og vilje til kontinuerlig refleksjon over profesjonelle erfaringer*, og da særlig *vanskeligheter*. Åpenhet for ny læring ble også funnet som sentralt i profesjonell utvikling og fungering. Videre beskrives det at behandlerne, uavhengig av erfaringsnivå, selv vurderer at den viktigste innflytelsen for deres profesjonelle utvikling er *interpersonlige erfaringer* av både personlige og yrkesmessige karakterer. Dette samsvarer med Orlinsky et al. (2001) sine funn.

På bakgrunn av de ovenstående funnene er det utvilsomt at både evner hos behandlerne, samt interpersonlige erfaringer er utslagsgivende i profesjonell utvikling. Vil det

samme gjelde for spesifikk traumekompetanseutvikling som for generell profesjonsutvikling? Det blir spennende å se hva behandlerne i vår undersøkelse trekker frem som viktige innflytelseskilder i deres implementeringsprosess.

2.2.3 *Former for terapeuttrening*

Det finnes ulike former for terapeuttrening og hovedtypene er i følge Rønnestad og Ladany (2006) akademisk trening, klinisk veiledning og egenerapi. Disse vil utdypes nærmere. Når det gjelder *akademisk utdanning og trening* kan det være vanskelig å undersøke effekten av ulike treningsprogrammer for terapeututvikling fordi opplæringsformene er forskjellige. Mange treningsmodeller er teoridrevne og orientert mot en spesifikk retning, for eksempel rent kognitiv, psykodynamisk eller systemisk. Det er funnet at integrative og skoleuavhengige treningsmetoder gir bedre resultater enn de spesifikke.

Når det gjelder terapeuttrening spesifikt for traumefeltet, hevder Pearlman og Mac Ian (1995) at det er et sterkt behov for mer veiledning for alle traumeterapeuter uansett erfaringsnivå. *Klinisk veiledning* ser ut til å være den beste formen for terapeutopplæring. Rønnestad og Skovholt (2003) viser til at psykologer rapporterer at veiledning spiller en ubestridt nøkkelrolle i utviklingen av deres kliniske ekspertise. Sammenfallende med dette, hevder Bernhard og Goodyear (2004) at veiledning blir regnet som en primær måte å lære terapeuter å bli mer effektive klinikere. Likeledes hevder Rønnestad og Ladany (2006) at klinisk veiledning er essensielt i terapeututvikling. Dette støttes av forskning som har funnet at veiledning øker terapeutkunnskap og kyndighet, samt at veiledning fremmer kliniske ferdigheter (Herschell et al., 2010).

Med hensyn til effekten av *egenterapi* som terapeututviklingsmetode har det blitt gjort lite forskning, og funnene er inkonsistente uten klare positive eller negative effekter på pasientutfall (Rønnestad & Ladany, 2006). Det er kjent at en stor andel av helsepersonell selv har personlige traumeerfaringer, og Pearlman og Mac Ian (1995) refererer til at terapeuter med egne traumehistorier opplever mer egne reaksjoner i arbeid med traumatiserte pasienter enn behandlere uten personlige traumehistorier. Sterke egne reaksjoner kan tenkes å bidra til at terapeuter vegrer seg for å gå inn i pasientenes traumer og det blir vanskelig for behandleren å være optimalt til hjelp for pasienten. Å være oppmerksom på egne reaksjoner og arbeide med å håndtere disse i veiledning eller egenerapi vil være til nytte for behandleren, og til sist også pasienten. I så måte vil egenerapi være nyttig og nødvendig for terapeuter som skal arbeide med traumatiserte pasienter. Behandleres egne reaksjoner på arbeid med traumatiserte pasienter vil utdypes videre under en egen overskrift.

Siden veiledning trekkes frem som den beste treningsmetoden for behandlere å bli effektive klinikere, er det interessant å se hva slags opplevelser behandlerne i denne studien har. Dette i forhold til at traumeutdanningen har integrert veiledning som en stor del av undervisningspakken. Dette kommer vi tilbake til i diskusjonsdelen.

2.2.4 Ulike opplæringsmetoder

Herschell et al. (2010) har undersøkt effekten av ulike opplæringsmetoder for terapeuter. Disse vil oppsummeres kort her da det er relevant i forhold til videre drøfting av traumeutdanningsprogrammet. Den mest vanlige måten er at behandlere studerer behandlingsmanualer på egen hånd eller deltar på 1-3 dagers seminarer. Disse formene for opplæring alene er ikke funnet tilstrekkelig for å fundamentere kunnskap eller føre til praksisendring. Hvis seminarer i tillegg inkluderer observasjon, tilbakemelding og veiledning, er de funnet mer effektive. En annen treningsmetode, kalt pyramidetrening, sikter på å lære opp en nøkkelperson som så skal dele av sin ekspertise til sine medarbeidere.

En mer omfattende opplæringsmetode er det Herschell et al. (2010) kaller multikomponent-treningspakker. Disse består av flere elementer, blant annet behandlingsmanual, seminarer over flere dager, ekspertkonsultasjon, rollespill eller video av terapitimer, veiledning og gjennomføring av treningseksempler. Det foreligger mest forskning på disse opplæringsprogrammene, og de viser konsistent mest positive treningsutfall sammenlignet med andre treningsmetoder.

2.2.5 Behandlerens egne reaksjoner på pasientens traumehistorier

Å høre traumehistorier fra pasienter og samtidig romme negative affekter og håndtere utfordrende relasjonsarbeid vil utvilsomt påvirke terapeuten. At behandlere opplever emosjonelle, kognitive og fysiske reaksjoner som konsekvens av traumearbeid er utbredt (Salston & Figley, 2003). Vanlige reaksjoner er hodepine, kvalme, trøtthet, påtrengende bilder, vansker med å stole på andre, emosjonell nummenhet eller overfølsomhet, negativ endring av både egne erfaringer og følelse av identitet, verdenssyn og kognitive skjema. Reaksjonene er både normale og forventende konsekvenser av traumearbeid, og alle terapeuter opplever noe av dette i løpet av sin karriere (Neumann & Gamble, 1995).

Utvekslinger av affekter mellom pasient og terapeut kan brukes aktivt som hjelp i terapien. Innen psykoanalytiske tradisjoner kalles dette overførings- og motoverføringsreaksjoner (Zachrisson, 2008). Når behandleren har en toleranse for sine egne reaksjoner, og klarer å stå i dem, kan dette komme til nytte i behandlingen. Dersom

behandleren derimot opplever at det blir for tungt å romme de negative affektene kan dette føre til empatisk tretthet, sekundær traumatisering eller vikarierende traumatisering (Hesse, 2002). Empatisk tretthet fører med seg en reduksjon i evne og interesse til utholdenhet i å romme pasientens lidelse, og er ofte forbundet med å kjenne seg hjelpeløs og forvirret. Vikarierende traumatisering kan defineres som forandringer i terapeutens vedvarende måter å erfare seg selv, andre og verden på, som et resultat av empatisk engasjement i traumatiserte pasienter (Pearlman & Mac Ian, 1995; Saakvitne, 2002). Perry (2003) mener at sekundær traumatisering er reaksjonene som er nesten identiske med pasientens PTSD-reaksjoner. Sekundær traumatisering er ikke bare forbeholdt behandlere eller andre hjelpepersoner, men også andre som er vitne til at nære bekjente blir utsatt for traumatiske hendelser (Figley, 2002).

Mange terapeuter rapporterer at de er bekymret for kollegaers eller veileders mening, og at de derfor lar være å avdekke sine egne reaksjoner fordi de vil gi inntrykk av å mestre (Neumann & Gamble, 1995). Å la være å adressere egne reaksjoner vil kunne gi betydelige vanskeligheter for behandleren selv, og kan sees som et hinder for utvikling av den profesjonelle ekspertisen. Hvis derimot reaksjonene gjenkjennes og anerkjennes av terapeuten og omgivelsene, vil det kunne håndteres på en bedre måte og utvikle personen til en bedre terapeut. Å lære å håndtere egne reaksjoner er med andre ord en helt nødvendig del av den profesjonelle utviklingen. Støtte fra både organisasjonen og kollegaene er helt nødvendig i denne sammenhengen, og veiledning er også her svært viktig for å fasilitere terapeuters utviklingsprosess. Et behov for debriefing blir synlig gjennom det at selv behandlere med lang erfaring på traumefeltet kan savne støtte og forståelse for sitt arbeid i sitt fagmiljø når de jobber tilnærmet alene med vanskelige saker (Anstorp et al., 2008).

Ifølge ovenstående teorier vil alle terapeuter oppleve vanskelige reaksjoner i større eller mindre grad når de arbeider med traumatiserte mennesker, og det er nødvendig å håndtere dette på en profesjonell måte. Hvordan skildrer behandlerne i vår studie sine egne reaksjoner på traumehistorier, og hvordan håndterer de eventuelle virkninger av traumearbeid? Er det kultur for å snakke om det på arbeidsplassen? Dette vil belyses i diskusjonsdelen.

2.2.6 Internalisering av nye behandlingsformer

Gjennom fagutviklingsprogrammet loves det økt traumekompetanse hos behandlerne og forbedret tilbud til traumepasienter dersom den faseorienterte behandlingsmodellen brukes. Er det selvsagt at behandlere som får opplæring i en behandlingsmodell tar til seg alle teknikkene

og begynner å bruke dem? Når det gjelder opplæring og manualbasert trening av terapeuter har Henry, Strupp, Butler, Schacht & Binder (1993) funnet at dette kan gi positive effekter i forhold til bedret teknikk og terapeutiske egenskaper, men at pasienten kan føle at sine behov blir oversett fordi terapeuten følger manualen og ikke intuisjonen. Det er ofte observert at terapeuter etter manualbasert trening bruker intervensjoner som er mekaniske og passer dårlig tidsmessig. Dette kan henge sammen med at tiden etter et opplæringsprogram er en periode hvor terapeuten kan føle seg klønete fordi den fortsatt er i læringsprosess og strever med nye teknikker. Steinfeld, Coffman & Keyes (2009) hevder at det kan ta omtrent to år for en terapeut å bli komfortabel med å bruke bestemte behandlingsteknikker i ulike situasjoner i behandlingsrommet. Man kan undre seg hvordan behandlerne i denne undersøkelsen reflekterer rundt dette når det gjelder deres egen praksis.

Det er naturlig om behandlere opplever en viss engstelighet og forsvarsinnstilling når de skal forsøke å tilegne seg retningslinjer på en behandlingsmodell som ikke er fullt ut internalisert enda, og som kanskje til og med går i mot intuitive og etablerte mønstre som behandleren allerede har (Henry et al., 1993). Fixsen et al. (2005) understreker at det å endre behandleres praksis til å samsvare bedre med evidensbasert praksis har vist seg å være veldig vanskelig. Selv der hvor behandlere ser ut til å bruke nye ferdigheter de har lært, har det vist seg i mange tilfeller å være kortvarig. Dette understøttes av Gabbard (2010) som refererer til spørreundersøkelser blant terapeuter som viser at et stort flertall av dem er lite villige til å ta ny kunnskap innover seg. Han hevder at ”*De fleste tviholder på den terapiformen de alltid har benyttet.*” (Gabbard, 2010, s. 7). Vi vil se på om behandlerne i denne studien gir uttrykk for motstand mot å lære den nye behandlingsmodellen, og dette vil drøftes nærmere i diskusjonen.

3 Metode

3.1 Generell metodebeskrivelse og design

Vi var opptatt av å få tak i behandlernes subjektive opplevelse av utdanningsprogrammet, og hvordan de opplever endring i sin rolle som traumebehandlere etter å ha gått utdanningen. Vi ønsket å høre hva som var viktig for dem i kurset og hva de bruker i sin praksis av det de har lært gjennom denne utdanningen. På grunnlag av dette valgte vi en kvalitativ tilnærming som gir mulighet for å fokusere på informantenes opplevelse av fenomenet (Hill, Thompson & Williams, 1997). Som Polkinghorne (2005) beskriver er kvalitative metoder egnet for å belyse spesifikke karakteristikk i menneskelig opplevelse og fremme utforskningen av menneskets rikholdige erfaringer. Domitrovich og Greenberg (2000) understreker verdien av kvalitative undersøkelser i studier som studerer implementering. Siden formelle målinger og rapporter om implementering ofte mangler i litteraturen, kan det å få informasjon fra programutviklerne og mottakerne av intervensjonsprogrammet være svært verdifullt og nyttig for å få et innblikk i implementeringsprosessen.

3.1.1 Metodevalg

Vi ønsket å utforske fenomenet *opplevelse av og praktisk nytte av* traumebehandlingsutdanningsprogrammet for et utvalg av behandlere i spesialisthelsetjenesten. En fenomenologisk tenkemåte har derfor vært et bakenforliggende perspektiv som har preget våre metodevalg. Fenomenologi fokuserer på individets personlige opplevelser av struktur og essens i et fenomen. Opplevelse kan ikke forstås utenfor den kontekst den fremtrer i, og individets perspektiv påvirker hvordan det opplever verden rundt seg (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge (2009)). Å bruke en slik tilnærming innebærer at vi har vært opptatt av å søke etter både mangfold i opplevelse hos hver enkelte informant, men samtidig eventuell likhet på tvers av informantene. Behandlerens perspektiv, forståelse og opplevelse har vært hovedfokus, men samtidig har vi vært oppmerksomme på vår egen innvirkning på forskningsprosessen.

For å besvare forskningsspørsmålene våre valgte vi intervju som datainnsamlingsmetode. Hovedmaterialet er semistrukturerte dybdeintervju med behandlere som har gjennomført traumeutdanningen. Bruk av semistrukturerte fremfor strukturerte intervju gir rom for informantenes individuelle opplevelser, samtidig som den gir en retning på samtalen som muliggjør utforskning av det tema vi var interessert i (Kvale et al., 2009). Vi valgte dette designet fordi vi ønsket å få opplevelsesorientert forståelse av behandlernes

tanker, erfaringer og meninger. Gjennom intervjuene ønsket vi å avdekke hvorvidt behandlerne etter endt utdanning har endret sin kunnskap og praksis når det gjelder traumatiserte pasienter.

Metoden vi har brukt i denne studien er ”consensual qualitative research” (CQR) (Hill et al., 1997). CQR er ideelt for dybdestudier av informantenes indre opplevelser (Hill et al., 2005). Det er en ideell metode som lar flere forskere studere data og komme til konsensus om meningen i materialet, slik at forekomsten av ”bias” kan reduseres mer enn om bare én forsker hadde analysert dataene. Dette bidrar til objektivitet så langt det er mulig med kvalitative data. Objektivitet har også vært fokus når vi har forsøkt å finne mening i informantenes beskrivelser av sine erfaringer ved å holde oss så nært datamaterialet som mulig (informantens egne ord) uten å fortolke. Siden tilgang til egne erfaringer kan være vanskelig har vi som forskere forsøkt å hjelpe informanten gjennom intervjuet med å utforske egne opplevelser. Dette for å få dypere og mer nyanserte beskrivelser av erfaringene (Polkinghorne, 2005).

3.2 *Datainnsamling*

3.2.1 Forberedelse til datainnsamling

Som intervjuere er vår kunnskap avgjørende for hvordan intervjuet blir gjennomført og kvaliteten på data vi samler inn. For å undersøke behandlernes opplevelse var vi nødt til å ha relevant bakgrunnskunnskap om forståelse og behandling av traumatiserte pasienter. Vi var også nødt til å ha oversikt over traumeomfang blant pasienter i spesialisthelsetjenesten, og nivå på traumebehandlingskompetanse blant behandlerne i spesialisthelsetjenesten. Vi måtte også sette oss inn i utdanningsprogrammets innhold og målsetninger. Disse elementene var viktige for å kunne utarbeide en intervjuguide. Dette for å forstå hvilke spørsmål som var aktuelle å stille, samt ha mulighet til å kunne følge opp med utdypende og avklarende spørsmål for å få tak i det vi var interessert i. Hill et al. (2005) beskriver at kunnskap om feltet man skal studere ikke nødvendigvis begrenser tenkningen, men heller fremmer forskerens mulighet til å bygge på tidligere teori og empiri. På den måten kan man videreutvikle feltet og unngå tidligere feil.

3.2.2 Utforming av intervjuguide

Intervjuguiden var grunnlaget for undersøkelsen vår. Vi ønsket at den skulle inneholde gode spørsmål som kunne bidra til å avdekke det vi var interessert i å finne ut. Spørsmål til intervjuguiden ble utviklet fra vår kjennskap til litteraturen og fra våre erfaringer.

For å spare tid under selve intervjusituasjonen, grunnet behandlernes tidspressede arbeidsdag, utformet vi første del av datainnsamlingen som en selvutfyllingsdel som informantene forhåndsutfylte. Slik unngikk vi unødig tidsbruk på objektive opplysninger som informasjon om behandlernes stilling, arbeidserfaring og lignende. Andre del av intervjuguiden var semistrukturert. I intervjuguiden var det vesentlig å finne en balanse mellom å få informantene til å fortelle oss det vi var interessert i, og det å ha et åpent intervju slik at ikke informantenes svar ble presset inn i forutinntatte kategorier (Kvale et al., 2009). Vi valgte å kombinere åpne spørsmål og spørsmål med svarkategorier for ikke å begrense informantenes mulighet til å beskrive egne opplevelser og komme med spontane opplysninger. Med slik tilnærming ville vi også ha mulighet for oppfølgingsspørsmål og utdypingsspørsmål.

I tråd med CQR ønsket vi å se om spørsmålene i intervjuguiden fanget opp vårt forskningsfokus, og foretok derfor runder med pilotintervjuer (Hill et al., 2005). Både strukturen i intervjuet, og en del spørsmål og svarkategorier ble endret i denne prosessen for bedre å fange opp behandlernes opplevelse av utdanningskurset (intervjuguide, se appendiks C og D).

3.2.3 Valg av informanter

Merriam (2002) påpeker at når man gjennom kvalitativ forskning søker å finne meningen bak et fenomen fra informantenes perspektiv, er det viktig å gå inn for et utvalg som man kan lære mest mulig fra. Utvalget må være mennesker som har rik informasjon om temaer som er viktige i studiet og som kan gi fylldige beskrivelser. Et slikt utvalg kalles ”purposive sample”. Vi valgte ut informanter etter denne tankegangen. Det er viktig å understreke at det finnes flere andre ledd og posisjoner i utdanningsprogrammet som kunne vært intervjuet. Ledelsen i organisasjonen som skal implementere programmet, underviserne, og pasientene er alle involverte parter i programmet, og som kunne være aktuelle informanter for å undersøke utdanningens effekt på flere ulike nivåer. Vi ønsket imidlertid å fokusere på behandlerne siden programmet retter seg direkte mot dem. Gjennom hovedpraksis var vi kjent med at behandlerne ved en allmennpsykiatrisk poliklinikk i SABHF hadde fullført utdanningen høsten 2009, og vi kontaktet ledelsen ved denne poliklinikken med en forespørsel om

deltakelse i vårt forskningsprosjekt. Vi fikk klarsignal, og rekrutterte informantene via et informasjonsmøte om prosjektet på deres arbeidsplass. I perioden hvor utdanningsprogrammet fant sted var det tilsatt 15 behandlere, hvorav 12 stykker (80 %) deltok i fagutviklingsprogrammet.

Inklusjonskriteriene for utvalget var at informantene hadde deltatt på utdanningsprogrammet ”Tryggere traumeterapeuter” og at de var behandlere i psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Utvalget besto av 11 behandlere, hvorav ni er kvinner og to er menn, med et aldersspenn fra 36 til 65 år. Behandlerne har ulike profesjonsbakgrunner: en klinisk sosionom, en psykiatrisk sykepleier, tre psykiatere og seks psykologer, hvorav fem er psykologspesialister. De er alle rutinerne behandlere, hvorav erfaringen strekker seg fra 4 til 38 års erfaring med arbeid innen psykisk helsevern. Gjennomsnittserfaringen er på 16 år, og 9 av informantene har over 10 års erfaring med arbeid innen psykisk helsevern. På grunnlag av den lange erfaringen behandlerne har, vil vi videre i oppgaven ikke skille mellom de ulike profesjonene, men omtale alle informantene våre som behandlere i psykisk helsevern. Felles for dem alle er at de utfører individualbehandling. Alle behandlerne deltok på undervisningsdagene, mens bare 6 av behandlerne i tillegg deltok på veiledningsgrupper.

I CQR design anbefales det å ha mellom 8 og 15 deltakere i en kvalitativ studie. Dette for at man skal kunne se om et funn relaterer seg til flere informanter eller om det kun er representativt for svært få (Hill et al., 2005). Vår studie med 11 deltakere er dermed midt i anbefalt utvalgsstørrelse etter denne tilnærmingen. Hensikten med å ha flere informanter er å gi flere forskjellige perspektiver på erfaringene. Ved å sammenligne og kontrastere ulike perspektiv håpet vi å kunne avdekke essensielle aspekter på tvers av informantene og gjenkjenne variasjoner i hvordan erfaringene deres opplevdes. Polkinghorne (2005) mener at på denne måten kan bruk av flere informanter sees som en triangulering av erfaringer, og at man lokaliserer kjernemeningen ved å nærme seg fenomenet fra flere kanter. Trianguleringens hensikt er ikke å bekrefte en spesifikk vinkling eller generalisere til populasjonen, men å la forskeren se forbi en enkelt oppfatning om erfaringene og gi dypere forståelse i materialet.

3.2.4 Etiske betraktninger

Vi tilpasset intervjuguiden til informantgruppen som kan sies å være en høyt utdannet akademisk gruppe som kjenner psykologisk fagterminologi godt. Vi foretok etiske vurderinger i forhold til hvilke spørsmål som er passende med tanke på informantgruppen. Dette er i tråd med Kvale og kollegers (2009) anbefaling om at egnede spørsmål skal gå foran

hensynet til kvaliteten på innhentet informasjon. Det var viktig å vektlegge at informantene ikke skulle føle at de ble målt i sin kunnskap om traumebehandling. De skulle heller ikke føle ubehag ved å komme med mindre positive tilbakemeldinger om utdanningsprogrammet. Fokus har vært subjektivt opplevelsesorientert nytteverdi av utdanningen fremfor måling av kompetanse, og vi ønsket at behandlerne fritt skulle få formidle det de selv ønsket.

Informantene mottok muntlig og skriftlig informasjon om hovedoppgaveprosjektet (se informasjonsskriv, appendiks A). De fikk vite at de hadde rett til å trekke seg underveis uten å måtte forklare hvorfor. De skrev under på informert samtykke om å delta i studien (se samtykkeerklæring, appendiks B). Det ble tatt lydopptak av intervjuene. Alle opplysninger er behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i oppgaven. All data er forsvarlig oppbevart. Både personopplysninger og lydopptak ble slettet ved innlevering av oppgaven.

Studien vår er et uavhengig studentprosjekt. Den er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) fordi det er en undersøkelse som involverer personopplysninger (se appendiks H). Undersøkelsen involverer ikke sensitive opplysninger, da innsamlet data ikke omhandler pasienter eller terapi, men beskrivelser av behandlernes egenvurderte faglige utvikling. Vi sendte en forespørsel til Den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), og fikk i svar at det ikke var nødvendig å søke godkjenning for prosjektet vårt. Vi legger ved denne mail-korrespondansen som appendiks i oppgaven (se appendiks F og G).

3.2.5 Gjennomføring av datainnsamling

Behandlerne deltok på utdanningsprogrammet fra vår 2009 til oktober 2009, og de ble intervjuet i mars 2010, ca. 4-5 måneder etter utdanningen. Ved at det hadde gått litt tid fra programmets slutt, håpet vi at kunnskapen hadde "satt seg" og at behandlerne hadde begynt å bruke kunnskapen i sin praksis.

Antatt tid for intervjuene var beregnet til ca 1 time, og vi holdt oss innenfor planlagt tidsramme. Datainnsamlingen ble gjennomført på informantenes arbeidsplass ved at vi møtte behandlerne i poliklinikkens lokaler. Vi gjennomførte intervjuene selv, og vi var begge til stede under alle samtaler. Den av oss som ikke sto for selve samtalen hadde ansvar for det tekniske, følge med på at vi holdt oss til tidsskjemaet, samt komme med innspill hvis noe var uklart eller det var behov for oppfølgingsspørsmål. Ved å være to tilstede hadde vi også bedre mulighet for å kunne fange opp nonverbale signaler i tillegg til å ha fokus på samtalen med behandlerne. Etter intervjuet ble lydopptakene tildelt et nummer og lagret forsvarlig.

3.3 Analyser

3.3.1 Transkribering

Vi avklarte på forhånd hvor omstendelig transkriberingen skulle være, hvor mye vi skulle ta med av pauser, kremting, tung pusting og så videre. Deretter fordelte vi intervjuene mellom oss. Vi lyttet gjennom intervjuene flere ganger samtidig som vi transkriberte. Vi brukte et transkriberingsprogram som gjorde det enkelt å spole, stoppe og starte lydfile. Noen steder var det litt uklart hva som ble sagt, og da hørte vi på hverandres intervjuer for å hjelpe til å tyde. Underveis i arbeidet skrev vi ned førsteinntrykk og tanker relatert til datamaterialet.

3.3.2 Analyseprosessen

Da transkriberingen var ferdig, leste vi begge nøye gjennom både det vi selv hadde transkribert, og det den andre hadde transkribert. Dette gjorde vi flere ganger for å få god og helhetlig kjennskap til hele materialet. Underveis merket vi oss bemerkelsesverdige utsagn innenfor hvert enkelt intervju og interessante sammenhenger på tvers av informantene.

Videre i analysen forholdt vi oss til retningslinjer i CQR. I følge Hill et al. (2005) er det tre sentrale steg i en analyseprosess: (a) å lete gjennom datamaterialet og finne *domener*, (b) finne essensen i informantenes beskrivelser, såkalte *kjerneideer*, og til slutt (c) utvikle kategorier som beskriver felles temaer i kjerneideene på tvers av informantene, det vil si *kryssanalyser*. Videre vil vi beskrive hvordan vi arbeidet i disse tre analysefasene.

a. Domener

Først lette vi i datamaterialet etter *domener*, det vil si overordnede temaer i intervjuene som grupperer datamaterialet (Hill et al., 2005). Vi analyserte hver for oss først, og vi tok for oss en transkripsjon av gangen. Siden vi hadde en intervjuguide som var oppdelt i temaer, passet det at domenerne hadde klare paralleller til temaene fra intervjuguiden. Det dukket også opp nye domener ut fra informantenes beskrivelser. Når hvert enkelt intervju var gjennomgått på denne måten, så vi på tvers av intervjuene for å justere domenerne slik at de ble tilpasset alle intervjuene. Da vi gikk gjennom alle transkripsjonene individuelt, hadde vi forslag til totalt 7 domener: klinisk verktøy, behandlingsmodellen, opplevd endring i behandlerrollen, utfordringer med traumepasienter, bevisstgjøring, utdanningens innhold og oppbygging, samt ivaretagelse og videreutvikling av kunnskap. Vi plasserte alle utsagnene fra informantene under forskjellige domener. Noen utsagn passet inn under flere domener samtidig. Det var ikke alle informantene som hadde utsagn i alle domenerne.

Da vi hadde individuelle utkast av transkripsjonene med domener, gikk vi sammen for å komme til konsensus på hver av transkripsjonene. Diskusjon i gruppe for å komme til konsensus er sentralt i CQR (Hill et al., 2005). Det kreves gode interpersonlige ferdigheter og respekt for gruppemedlemmenes ulike synspunkter, for å nå en felles forståelse av dataen. Vi har etter beste evne etterkommet dette i våre konsensusprosesser. Etter flere drøftingsrunder ble det justeringer på flere av domenene. Vi endte opp med en konsensusversjon med totalt fire domener: (1) Faktorer ved terapeuten som kan tenkes å fremme implementering (2) Faktorer ved terapeuten som kan tenkes å hindre implementering, (3) Faktorer ved systemet som berører implementering, og (4) Faktorer ved utdanningsprogrammet som berører implementering. Mange behandlere hadde flere utsagn i flere av domenene.

b. Kjerneideer

Andre fase i denne analyseprosessen var å finne *kjerneideer* i datamaterialet. Hill et al. (2005) beskriver kjerneideer som utsagn eller oppsummeringer av datamaterialet som fanger essensen av informantenes beskrivelser under hvert domene. Vi analyserte først hver for oss, og tok for oss en informant av gangen. Vi gikk igjennom domenene og fant kjerneutsagn som var knyttet helt opp til informantens egne ord. Disse gjorde vi om til et format som beholdt essensen, men inneholdt færre ord og større tydelighet. Vi passet samtidig på at kjerneideene var fri for tolkninger. Vi arbeidet på samme måten som med domenene: først individuell analysing, flere drøftingsrunder og deretter konsensusversjon. Slik ble intervjuene organisert i domener med underordnede kjerneideer.

c. Kryssanalyse

Tredje fase var *kryssanalyse*, som medfører å trekke analysen opp til et høyere nivå av abstrahering (Hill et al., 2005). Kryssanalyse innebærer å utvikle kategorier som beskriver felles temaer mellom informantene som reflekteres i kjerneideene. Gjennom en slik analyse kunne vi lete etter likheter og motsetninger på tvers av datamaterialet.

Vi tok for oss ett domene av gangen, men vi så ikke lenger på bare én informant av gangen. Vi opprettet et nytt dokument hvor vi puttet alle kjerneideene fra det samme domenet (fra alle informantene) inn i et og samme dokument. Slik kunne kjerneideene fra de ulike informantene (innenfor ett domene) studeres i forhold til hverandre. Det dannet seg grupperinger av lignende kjerneideer, som ble kategorier. Det var en omstendelig prosess, med mange justeringer. Noen kategorier måtte endres eller forkastes underveis, og andre ble

tilføyd. Noen kjerneideer viste seg å passe inn under flere kategorier. Kjerneideene ble ofte sjekket mot de originale transkripsjonene for å være sikker på at utsagnene ble forstått riktig.

Kryssanalysen ble gjort på samme måte som de foregående fasene, individuelt først, med påfølgende drøftinger og deretter konsensus til slutt. Gjentatte drøftinger underveis har gitt oss mulighet til å forstå resultatene bedre. Vi har gjennom hele prosessen gått tilbake til råmaterialet for å klargjøre betydninger. Etter å ha plassert alle kategoriene i tilhørende domener ble det igjen gjort endringer i domenene etter vi så nye og mer tydelige strukturer som trådte frem. Vi endte opp med syv kategorier i domene I, fem i domene II, fire i domene III og syv i domene IV.

I analyseprosessen anbefales det jevnlig bruk av minst én ekstern lytter (auditor) som ikke er involvert i studien underveis i analyseprosessen, som kan gi detaljerte tilbakemeldinger på hvert stadium i analysen (Hill et al., 2005). Vi hadde ikke mulighet til en utenforstående veileder, men har fått nyttige tilbakemeldinger underveis av vår egen veileder.

3.3.3 Rapportering av kategorier

For å kunne sammenligne undergrupper i utvalget vårt, og rapportering av frekvenser av kategorier følger vi Hill et al. (2005) sine retningslinjer, hvor det opereres med følgende kategorier: (a) *generelle* kategorier inkluderer alle, eller alle unntatt én, informant, og vil videre i oppgaven bli omtalt som ”*alle*” eller ”*så godt som alle*”. (b) *Typiske* kategorier innebærer mer enn halvparten av informantene, det vil si 6 eller flere, og vil videre i oppgaven bli omtalt som ”*flere av behandlerne*”. (c) *Variant* kategorier inneholder under halvparten, men minst to av informantene, og vil videre i oppgaven bli omtalt som ”*noen av behandlerne*”. (d) Kategorier som representerer *kun én* informant vil ikke bli rapportert. For å illustrere hvor mange behandlere hver enkelt kategori representerer vil vi bruke for eksempel (9/11).

3.4 Stabilitetssjekk

I Hill et al. (1997) sin originale beskrivelse av CQR, anbefales stabilitetssjekk som en måte å undersøke om det er stabilitet i funnene. Det vil si om resultatene forklarer funnene for en definert gruppe. Dette kan sjekkes ved å se om dataene er mett, slik at tilførsel av flere informanter ikke vil endre på kategoriene. Dette kan gjøres ved å holde tilbake resultatene fra minst to informanter, og fullføre analysen. Deretter vurderes det om den tilbakeholdte dataen passer inn i de eksisterende kategoriene, eller om kategoriene endres vesentlig som et resultat av tilførselen.

I den oppdaterte CQR-artikkelen betyr Hill et al. (2005) at stabilitetssjekk ikke er nødvendig, fordi det viser seg at det i praksis allikevel bare fungerer som en bekreftelse på eksisterende kategorier. Det hevdes at så lenge forskerne har et adekvat utvalg, og kan gi støtte for sin troverdighet gjennom gode metodebeskrivelser og god presentasjon av resultatene, er det ikke nødvendig med stabilitetssjekk. Vi har forsøkt å følge disse retningslinjene som forfatterne gir.

3.5 Metodekritikk

3.5.1 Begrensninger ved CQR

Ulemper med CQR er at det er en tidkrevende metode, mange av oppgavene er repetitive, det mangler presise retningslinjer på enkelte trinn i prosessen (som for eksempel hva er nok innsamlet data, eller nøyaktig hvordan kom forskerne til enighet?). Det kan også nevnes at det kan være vanskelig å sammenligne funn på tvers av studier. Hill et al. (2005) påstår ikke at dette er en overlegen kvalitativ metode, men hevder at basert på sine erfaringer er CQR en metode som integrerer de beste trekkene fra eksisterende kvalitative metoder.

3.5.2 Generelle begrensninger

En begrensning ved bruk av kvalitativ metode kan være at våre egne forventninger som forskere påvirker både utformingen av forskerspørsmål, utføring av intervjuprosessen samt analysering og presentasjon av data. Polkinghorne (2005) hevder at ved å være oss dette bevisst, vil det kunne bidra til å redusere disse effektene noe. Vi har tilstrebet objektivitet ved å anerkjenne dette.

Fordi vår studie er en selvrporteringsstudie kan en annen mulig feilkilde være at behandlerne har misoppfattelser om sin egen terapeutiske utvikling. Siden terapeuter er trent i å observere og forstå både sine egne og pasientens opplevelser, virker det imidlertid fornuftig å ta utgangspunkt i terapeutenes egne erfaringer når det gjelder psykoterapeutisk trening (Orlinsky et al., 2001). Det må allikevel tas i betraktning at vår undersøkelse gjengir behandlernes subjektive erfaringer, uten garanti for at det er dette som objektivt har hatt innflytelse.

3.5.3 Begrensninger ved intervjuprosessen i vår studie

For å oppnå god kvalitet på datamaterialet med dype beskrivelser, kreves en åpen og tillitsfull relasjon mellom informant og forsker, og dette kan ta tid og etablere. For å oppnå mer dybde i datamaterialet anbefaler Polkinghorne (2005) derfor å utføre mer enn ett intervju. Vi valgte av

tidshensyn å gjennomføre kun ett intervju pr informant. Vi gjorde noen grep for å subsidiere behovet for flere intervju. Før selve intervjuene hadde vi et informasjonsmøte hvor behandlerne fikk informasjon om prosjektet og mulighet til å spørre spørsmål. Behandlerne fikk så tilsendt første del av intervjuet pr e-post hvor de ble bedt om å svare på noen spørsmål. Gjennom dette fikk de mulighet til å reflektere over egne opplevelser og erfaringer i forkant av selve intervjuet. Å være to forskere til stede under selve intervjuene medvirket til at vi hadde muligheten til å fange opp tvetydigheter, samt komme med oppfølgingsspørsmål. Det kan være at kun ett intervju hindret noen av informantene i å føle tilstrekkelig fortrolighet til å avsløre sine mest personlige opplevelser. Gitt gangen i intervjuprosessen som beskrevet ovenfor, anser vi allikevel å ha ivaretatt anbefalingene om flere intervjuer.

I forhold til intervjuguiden ble det mot slutten av datainnsamlingen åpenbart for oss at spørsmålsformuleringen om sekundær traumatisering ikke var tydelig nok. Behandlerne var usikre på hva vi mente med ”egne reaksjoner”, og vi fikk inntrykk av at de var noe tildekkende i svarene. I tillegg oppdaget vi da vi analyserte dataene, at det lå flere nivåer i dette spørsmålet som vi ikke fikk avdekket. Et annet spørsmål som kunne vært bedre formulert viste seg å være spørsmålet om behandlerne opplevde en endring i behandlerrollen. Det kom frem at det var utydelig for behandlerne om spørsmålet dreide seg om behandlerrollen generelt eller spesifikt i forhold til traumebehandling.

Noen behandlere sa også at de hadde blitt noe forlegne fordi de følte at de ikke klarte å svare utfyllende nok, eller de ble klar over at det var enkelte ting som de ikke hadde fått med seg fra utdanningen. For de fleste var ikke dette noe problem, og hovedinntrykket var at behandlerne synes det var nyttig å reflektere rundt utdanningsprogrammet fordi det fikk kunnskapen lengre frem i bevisstheten igjen.

4 Resultater

4.1 *Hvilke domener og kategorier fant vi?*

Ved å se på utsagn fra behandlerne som berører endrings- og implementeringskvaliteter fant vi fire ulike domener gjennom analyseprosessen. Vi har forsøkt å fange opp de beskrivelsene som handler om en endring i behandlerrollen som vi mener kan tilskrives utdanningen.

Hvert domene er organisert med flere kategorier under seg. Tittelen på domenet beskriver hovedtemaene i informantenes opplevelser knyttet til utdanningsprogrammet, og gir en oversikt over kjernen i kategoriene.

Tittelen på hver kategori beskriver det sentrale innholdet i kjerneideene. Kategoriene presenteres med en innledning som utdyper hva essensen i behandlernes utsagn er, og dette illustreres videre med sitater som er valgt for å understreke innholdet i kategoriene.

I resultatene har vi valgt å presentere behandlerne med bokstaver, fra A til K. Alle behandlernes erfaringer er nyttige tilskudd i oppgaven, og bidrar til den samlede materien. Sitatene som er brukt er betegnende for de generelle meningene som ble uttrykt i de ulike kategoriene. På neste side følger en oversikt over domener og kategorier i tabell 1.

Tabell 1

Oversikt over kategorier organisert i domener (totalt antall deltakere 11)

Domener	Kategorier	Frekvens
I. Opplevelse av endring som kan tenkes å fremme implementering	A. Behandleren har fått en økt bevissthet på traumeproblematikk	9/11
	B. Behandleren kjenner seg som en tryggere traumeterapeut	10/11
	C. Traumearbeid oppleves mindre utfordrende for behandleren etter utdanningen	8/11
	D. Behandleren har fått en bedre modell å jobbe etter	9/11
	E. Behandleren bruker debriefing mer etter utdanningen	9/11
	F. Behandleren synes det var nyttig å lære nye stabiliseringsteknikker	11/11
	G. Behandleren liker den psykoedukative tilnærmingen	7/11
II. Faktorer ved terapeuten som kan tenkes å hindre implementering	A. Behandleren lærte bearbeidingsteknikker, men opplever behov for mer kunnskap og praktisk erfaring	8/11
	B. Behandleren opplever kroppslig ubehag, tanker eller følelser når pasienter forteller sine traumehistorier	11/11
	C. Behandleren er engstelig for at pasienten skal retraumatiseres	7/11
	D. Behandleren synes det kan være vanskelig å bruke fysiske stabiliseringsteknikker	5/11
	E. Behandleren kan fortsatt kjenne seg litt usikker, og ønsker seg trening for å bli tryggere	8/11
III. Faktorer ved systemet som berører implementering	A. Behandleren mener det er en inkongruens mellom behandlingsmodellen og rammer på arbeidsplassen	6/11
	B. Behandleren likte at utdanningen var et felles prosjekt på arbeidsplassen	6/11
	C. Behandleren synes det kan være vanskelig å endre sin praksis fordi det ikke tilrettelegges tilstrekkelig på arbeidsplassen	6/11
	D. Behandleren opplever det utfordrende at mange pasienter ikke ønsker eller evner å bearbeide traumene	11/11
IV. Faktorer ved utdanningsprogrammet som berører implementering	A. Behandlerne synes at kursholderne hadde en entusiasme som smittet og motiverte for traumearbeid	4/11
	B. Behandleren likte veiledning og praktiske øvelser	7/11
	C. Behandleren kunne ønsket seg noe annerledes i veiledningstilbudet	6/11
	D. Uklarheter rundt ressursperson-ordningen	11/11
	E. Behandleren savnet nyansering av traumetilnærminger	3/11
	F. Behandleren er kritisk til modellen	3/11
	G. Lite undervisning om rehabiliteringsfasen	11/11

4.2 Domene I - Opplevelse av endring som kan tenkes å fremme implementering

I vårt første domene inngår kategorier med utsagn hvor behandlerne beskriver hvilken rolle utdanningen har hatt for deres behandlerrolle og eventuelle endringer som har oppstått i deres praksis. Dette er endringer ved behandleren som antas å fremme implementering. Vi fant sju kategorier under domene I, og disse blir presentert videre.

Kategori A - Behandleren har fått en økt bevissthet på traumeproblematikk

Flere av behandlerne (9/11) opplever at traumeproblematikk har fått en høyere plass i bevisstheten etter utdanningen. Dette viser seg gjennom et større fokus på å spørre pasienter om opplevde traumer, opplevelsen av forventet økt bruk av traumerelaterte diagnoser og generelt grundigere kartlegging av traumeproblematikk.

For noen betydde økt bevissthet rundt traumeproblematikk at de fulgte bedre med på pasienters kroppsspråk for lettere å gjenkjenne og eventuelt forhindre dissosiering. Økt bevissthet og fokus på traumer har også hjulpet noen av behandlerne å få problematikken mer tydeliggjort, og ga dem en retning å gå i behandlingen av traumepasienter. G opplever dette som noe av det viktigste ved utdanningen, og mener en slik tydeliggjøring gjør kartleggingsfasen enklere:

"Det første jeg tenker på er at det blir mer tydeliggjort, eller litt klarere hva det handler om. Hva som skiller den type problematikk fra annen type psykiske vansker da. Hva som kjennetegner de vanskene, hvordan de slår seg ut i symptomene, det blir lettere å kjenne igjen raskere."

Kategori B - Behandleren kjenner seg som en tryggere traumeterapeut

Tittelen på traumeutdanningen er som kjent "Tryggere traumeterapeut", og derfor er det av stor interesse å finne ut om behandlerne faktisk opplever seg som tryggere i traumearbeid. Så godt som alle (10/11) behandlerne kunne fortelle om opplevelsen av å være tryggere. I denne kategorien beskriver mange at det å få en plan, et redskap og en tro på at de kan gjøre godt traumearbeid har ført til opplevelsen av å være en tryggere traumeterapeut. C forklarer endringen på denne måten:

"Jeg er ikke så engstelig for å få en traumatisert pasient lenger. Nei, jeg tenker at jeg har en plan (humoristisk, som Egon Olsen). Jeg har fått en plan. Sånn at jeg føler at jeg er en litt tryggere traumeterapeut, som jo var det som skulle komme ut av dette."

Flere av behandlerne nevnte det å få konkrete verktøy som et sentralt element i det å oppleve seg tryggere. D uttrykker tydelig å være tryggere som traumeterapeut:

"Ja, jeg har blitt tryggere på det å jobbe med traumer. Helt klart. Og også det å utvide repertoaret og kunne jobbe litt mer konkret i timene med disse stabiliserende teknikkene. Gjøre det samme som pasienten, vise, gå rundt i rommet, sånne ting kan jeg sikkert bruke på andre ting og."

Kategori C - Traumearbeid oppleves mindre utfordrende for behandleren etter utdanningen

I denne kategorien er flere av behandlerne (8/11) representert. Kategorien er nært knyttet til kategori B (behandleren kjenner seg tryggere), men er ulik i det at behandlerne her direkte beskriver situasjoner innen traumearbeid som har vært vanskelig før utdanningen, men som nå etterpå har blitt lettere for dem. C sier konkret at utdanningen har bidratt til å redusere frykten for å gå inn i traumearbeid:

"En av grunnene til at jeg var ivrig på å være med på denne utdanningen var at jeg hadde en pasient som jeg strevde veldig med, som hadde mye gjenopplevelser av tidligere traumesituasjoner, som jeg syntes var vanskelig. Så denne utdanningen viste meg noen måter å håndtere en del ting som jeg synes jeg ikke håndterte så godt, blant annet voldsomme nattlige mareritt og sansetap. Det er ikke så skremmende lenger, hvor man ikke aner hva man skal gjøre med det."

Kategori D - Behandleren har fått en bedre modell å jobbe etter

Flere av behandlerne (9/11) uttrykker at utdanningen har bidratt til økt forståelse for traumepasienter, samt et bedre utvalg av modeller og verktøy til hjelp i traumearbeidet. For mange av behandlerne oppleves det at den faseorienterte modellen gir et godt rammeverk å forstå traumer i, og de la også vekt på at utdanningen ga nyttige verktøy å bruke i arbeid med traumatiserte. K sier det slik:

"Jeg synes jeg har en bedre modell å jobbe etter nå. Jeg synes ikke at jeg har jobbet dårlig før, men jeg synes at jeg har strevd da. Og så tror jeg det som faktisk har endret meg mest, er at jeg jobber mer med pust enn jeg gjorde før kurset. Kjenner meg tryggere på det og bruker det mye mer, både i forhold til traumepasienter og angstpasienter. Det er en endring."

Kategori E - Behandleren bruker debriefing mer etter utdanningen

Alle behandlerne forteller om reaksjoner de kan få når de hører sterke historier fra pasientene. For å mestre sine egne reaksjoner virker det mest vanlige å være at man snakker med kollegaer eller veileder for å håndtere det. Etter utdanningen ser det ut til å ha blitt økt oppmerksomhet på dette. Flere nevner at de etter utdanningen synes det er lettere å snakke om egne reaksjoner med kollegaer, da dette var noe som ble tematisert både i undervisningen og veiledningsgruppene. Her representeres 9 av behandlerne (9/11). Behandler D er en av de som opplever at det var nyttig at egne reaksjoner ble snakket om i utdanningen, og beskriver dette slik:

"Det at de fortalte om konkrete erfaringer på hva ting gjorde med dem, synes jeg var bra for da legitimerer de jo veldig at man kan bli berørt. Det å få et språk på det og at det er greit å snakke om det, fordi alle har det, og det må man gjøre noe med. Man skal ikke bare la det gå og skyve det unna og tenke på noe annet. Men så må man ikke gjøre alt på egenhånd heller og jeg synes vi har fått det mer opp i kollegiet her nå."

Kategori F - Behandleren synes det var nyttig å lære nye stabiliseringsteknikker

I denne kategorien forteller behandlerne at utdanningens fokus på stabiliseringsteknikker opplevdes nyttig for dem. Alle behandlerne er representert i kategorien (11/11), og alle forteller at de har begynt å bruke teknikkene. Noen behandlere kunne en del stabiliserings-teknikker fra tidligere, men alle beskriver allikevel opplevelsen av å lære noe nytt og få en ny opplevelse av nytten ved å bruke dette i traumearbeid. Flere kunne også fortelle at stabiliseringsteknikkene opplevdes hjelpsomme også fordi de er konkrete virkemidler som tidlig kan bidra til å hjelpe pasientene å gjenopprette kontroll. B illustrerer dette:

"Stabiliseringsteknikkene er det jeg synes jeg kan bruke mest å jobbe med. Både de konkrete teknikkene og det å formidle mer psykoedukativt rundt de ulike teknikkene. At jeg kan gjengi en enkel og billedlig forståelse som er litt håndfast, det er det jeg føler at jeg har lært. Det er alltid godt å kunne komme med noe konkret, framfor bare å sitte å prate. I hvert fall når de har vanskelig for å prate og er overvelda, å gi dem et eller annet som gir effekt, som gjør at de føler at de får mer kontroll."

Kategori G - Behandleren liker den psykoedukative tilnærmingen

Sentralt i den faseorienterte behandlingsmodellen er samarbeid mellom behandler og pasient. Behandlerne liker at det å formidle kunnskap om traumereaksjoner til pasientene gjør at

pasientene oppnår en større forståelse som bidrar til at de blir mindre redd sine egne reaksjoner. I denne kategorien er 7 behandlere representert (7/11). Flere behandlere opplever å ha fått tilbakemeldinger fra pasienter om at de liker denne måten å jobbe på. A er en av de som liker denne arbeidsformen:

"En ting jeg vil fremheve er det psykoedukative, fordi det er så veldig takknemlig å undervise pasienter i dette. Det at det er så menneskelig, det er lov å prøve og feile. Hvis noe ikke fungerer kan vi ta et skritt tilbake, da trenger vi mer stabilisering. Du kan hele tiden flekse mellom de forskjellige fasene fordi her er det virkeligheten som styrer."

Kunnskapsformidling gjennom metaforer kan oppleves nyttig, og i utdanningen ble det referert ofte til en indre, mental beskyttelsesvegg. Flere av behandlerne verdsatte denne metaforen, og har tatt den i bruk sammen med sine pasienter. I beskriver dette:

"Dette bildet med å ha en vegg mellom seg og disse vonde opplevelsene, som kan bli for tynn, sånn at disse opplevelsene kan trenge seg inn. Det er et godt bilde å bruke ovenfor pasienter, det er noe jeg har begynt å bruke noen ganger."

4.3 Domene II - Faktorer ved behandleren som kan tenkes å hindre implementering

Dette domenet omhandler faktorer ved terapeuten som antas å bremse implementeringsprosessen. I domene I gjorde vi rede for endringer som har oppstått i terapeuten som synes å være positive for implementeringen. I denne undersøkelsen fant vi ingen endringer som kunne sees som negative for tilegnelsen av ny kompetanse hos behandlerne. Det var allikevel enkelte områder innen traumebehandling som behandlerne enten ikke opplevde noen endring, eller de opplevde at endringene ikke var store nok til at de kunne føle seg trygge på å ta i bruk den nye kunnskapen i sin praksis uten mer trening eller erfaring. Vi fant fem kategorier under dette domenet.

Kategori A - Behandleren lærte nye bearbeidings teknikker, men opplever behov for mer kunnskap og praktisk erfaring

Flere av behandlerne (8/11) forteller at de har lært nye bearbeidings teknikker i løpet av utdanningen, men de erfarer også at det var for lite praktisk opplæring på dette og de ytrer et behov for ytterligere kompetanseheving når det gjelder denne fasen av behandlingen. Mange husker bearbeidingsfasen fra undervisningen, men de ønsker seg mer praktisk erfaring med egne pasienter framfor mer teoretisk kunnskap. K setter ord på ønsket om å kunne mer om bearbeidning, og forteller hvordan bearbeidingsarbeidet har endret seg etter utdanningen:

"Det er den delen jeg fortsatt synes jeg kan minst om etter kurset, og jeg kjenner veldig på behovet for å kunne mer. Det som allikevel er en forskjell er at jeg før har brukt "den gangen da", mens jeg nå bruker mer presens når vi går inn og bearbeider."

Kategori B - Behandleren beskriver kroppslig ubehag, tanker eller følelser når pasienter forteller sine traumehistorier

I denne kategorien beskriver alle behandlerne (11/11) at de i større eller mindre grad har opplevd en form for fysisk eller emosjonell respons som en reaksjon når pasienter forteller sine traumehistorier. Slike reaksjoner er som tidligere beskrevet naturlige og forventede, men kan allikevel fremkalle et ubehag og en usikkerhet. Mange forteller at det berører dem sterkt å høre pasientene fortelle om alvorlige traumer, og ønsket om å hjelpe er sterkt. Samtidig kan det kjennes utfordrende å klare å hjelpe. D beskriver dette godt:

"Jeg blir jo følelsesmessig berørt, men jeg blir veldig opptatt av at jeg må holde meg rolig og klar ovenfor pasienten og ikke begynne å gråte. Men det er klart, man sitter ofte igjen med en avmaktfølelse."

Vanligst virker det å være at behandlerne kan få følelsesmessige reaksjoner som kan henge i litt i etterkant. B forteller om en hendelse:

"Jeg kjente det i kroppen, også ble jeg trist, en sånn massiv fortvilelse. Det var både tanker, følelser og kroppslig. Jeg var helt sånn tom, utlada på et vis. Også sint da."

Mange behandlere kjenner også kroppslige reaksjoner når pasientene legger frem sine traumeerfaringer. Sterke historier kan fremkalle sterke reaksjoner, og K deler en opplevelse med oss:

"Det hender at jeg kan bli kvalm. Og jeg har kastet opp en gang i etterkant, jeg har faktisk det."

Kategori C - Behandleren er engstelig for at pasienten skal retraumatiseres

I denne kategorien er flere av behandlerne representert (7/11). Mange forteller om at det før utdanningen, og fortsatt, kan kjennes vanskelig å arbeide med traumatiserte pasienter fordi de er engstelig for å sette i gang reaksjoner som er overveldende for pasienten, og som behandlerne selv føler de ikke håndterer så greit. Flere deler at de føler seg hjelpeløse i forhold til sterkt traumatiserte pasienter. De er engstelige for å gå i gang med direkte bearbeiding av traumer i frykt for å retraumatisere pasientene. Som for eksempel D beskriver:

”Den balansen med, når skal du presse pasienten inn i å snakke om noe, og når skal du la det ligge. For det er jo åpenbart en del som ikke tåler det. Men den hjelpeløsheten, og også ikke helt vite hvordan du skal gå inn i det for å ikke retraumatisere pasienten. At jeg ikke følte meg trygg på teknikker eller måter å jobbe på da, gjorde nok at jeg har holdt meg litt mer unna det.”

Kategori D - Behandleren synes det kan være vanskelig å bruke fysiske stabiliseringsteknikker

Noen av behandlerne har ytret at de synes det har vært uvant og ubehagelig med noen av stabiliseringsteknikkene, særlig de som involverer direkte arbeid med kroppen. Fem behandlere er representert her (5/11). Dette vises gjennom K sin kommentar:

”For en som har jobbet med samtaler i så mange år, så er alt som handler om å involvere mer kropp litt uvant. Jeg er litt sjenert på det, det kjennes ikke naturlig ut for meg. Jeg har aldri gjort det her, og det hadde vært rart å trekke stolen min bort der og komme veldig nær.”

B forklarer også at det kjennes unaturlig med fysiske øvelser i sin praksis:

”Det blir veldig ubehagelig når jeg sitter og tramper med beina for å vise. Det er ikke helt min stil. Men jeg bruker noe av det fordi jeg synes det fungerer. Det er jo synd at man kan miste en behandling som hjelper bare fordi man har vært uheldig å få en behandler som ikke liker å trampe med beina.”

Kategori E - Behandleren kan fortsatt kjenne seg litt usikker, og ønsker seg mer trening for å bli enda tryggere

Selv om nesten alle behandlerne opplevde å ha blitt tryggere traumeterapeuter var det mange av dem (8/11) som allikevel fortsatt kunne kjenne seg utrygge innen visse områder av traumearbeid. Mange uttrykte ønske om å jobbe mer med problematikken for å få mer erfaring på traumebehandling. På spørsmål om hva som skal til for å bli enda tryggere var det flere som ønsket seg mer praktisk veiledning direkte knyttet til pasienter de hadde i behandling, sånn som E forteller:

”Det jeg hadde trengt for å føle meg tryggere, hadde vært praktisk veiledning på enkeltsaker. Det kjenner jeg veldig behov for. Jeg hadde i hvert fall følt meg veldig alene og usikker hvis jeg skulle gjort det individuelt. Jeg ville ha gjort det i et slags team, eller i en slags veiledningssituasjon.”

4.4 Domene III - Faktorer ved systemet som berører implementering

I dette domenet er det samlet utsagn fra behandlerne som handler om hvordan systemet kan bidra til å enten svekke eller styrke implementeringen av den nye kunnskapen fra utdanningen. Vi fant fire kategorier i domene IV.

Kategori A - Behandleren mener det er en inkongruens mellom behandlingsmodell og rammer på arbeidsplassen

Her representeres 6 av behandlerne (6/11). Flere av behandlerne uttrykte at innholdet i utdanningen var bra, men at det ikke så lett lar seg gjøre å bruke modellen i den settingen de jobber i fordi det er for lite tid og ressurser. Noen fortalte om opplevelsen av at de ble lovet mindre krav til produksjonstall under utdanningen fordi den tok mye tid, men at dette ikke ble innfridd. Flere nevner også at selv om det er relativt gode rammer på poliklinikken til å ha noen pasienter i langvarig behandling, er ikke den faseorienterte modellen en modell de kan bruke på alle og det blir en prioriteringssak hvilke pasienter man vil beholde. J beskriver forholdet mellom behandlingsmodell og rammevilkår slik:

”Jeg ser en stor divergens mellom hva man lærer, og hva man får brukt. Og det er litt sørgelig synes jeg, hvis vi får mange motiverte pasienter hvor vi kan bruke metodene, så får vi et problem her. Men det er et dilemma vi er blitt satt i, vi har blitt lært opp i behandlinger som må skje grundig over lang tid, men på den annen side så er vi bedt om å jobbe bare enda kortere med folk for å få flere inn.”

Selv om mange opplever det slik, er det flere som forsøker å finne en måte å bruke redskapene fra utdanningen på så godt som mulig innenfor de rammene som foreligger. G illustrerer dette:

”Man kan plukke ut deler av det, men hele teorigrunnlaget er ikke helt overførbart i forhold til behandlingsapparatet i virkeligheten. Det betyr jo ikke at det er unyttig, man plukker jo og bruker det i den rammen man jobber. I hvert fall synes jeg det har vært nyttig likevel.”

Kategori B - Behandleren likte at utdanningen var et felles prosjekt på arbeidsplassen

Her representeres 6 av behandlerne (6/11). Mange mener at det er viktig at de ved poliklinikken har fått en felles forståelse av, og språk om traumer etter utdanningen. At kollegaer bruker de samme begrepene og samme måten å se pasienten på, gjør at det blir

lettere å forstå hverandre. H sier noe om at utdanningen virker å ha åpnet for gode diskusjoner omkring traumer:

”Det viktigste ved utdanningen synes jeg var at det har blitt mange som kan noe av grunnideene her, så det er lettere å snakke om traumebehandling, lettere å diskutere.”

E mener også at det har vært positivt med et felles fokus på arbeidsplassen.

”At det har vært felles oppslutning om noe, som har vært et felles prosjekt. Og at det har vært et gjennomgående tema over tid. Det synes jeg har vært veldig bra!”

Kategori C - Behandleren synes det kan være vanskelig å endre sin praksis fordi det ikke tilrettelegges tilstrekkelig på arbeidsplassen

Her representeres 6 av behandlerne (6/11). Av ulike årsaker er det flere av behandlerne som ga uttrykk for at det er vanskelig å implementere noe av kunnskapen de har tilegnet seg gjennom utdanningen. Flere savner tid til å lese, drøfte traumesaker, samt ivareta kunnskap fra utdanningen. Mange savner muligheten til å samles med kolleger for å utveksle erfaringer og diskutere hvordan man skal gå frem og uten at det trenger å bli formelt med veiledere. Som for eksempel A setter ord på:

”Det vi diskuterer nå er hvordan vi skal ivareta dette videre her på poliklinikken. Flere av oss ser et behov for å ha et forum hvor vi kan kollokviere. Å få utveksle erfaringer, tenke høyt, ha referansegrupper på traumesaker. Også blir det dessverre litt formalistisk noen ganger, også koker det litt bort i kålen. Så må vi vente på å få en veileder, men det er ikke det vi har bestilt. Vi vil bare begynne et sted og ta litt av arbeidstiden for å sette oss ned og utveksle noe. Vi trenger ikke nødvendigvis eksterne veiledere, men bare ha et forum hvor vi kan kaste ball med noen.”

Kategori D - Behandleren opplever det utfordrende at mange pasienter ikke ønsker eller evner å bearbeide traumene

I denne kategorien uttrykker alle behandlerne (11/11) at det er vanskelig å begynne på bearbeiding av traumer sammen med pasientene. Selv om de gjerne ønsker å prøve ut, lar det seg ikke gjøre fordi det er noe ved pasientene eller deres situasjon som vanskeliggjør dette. Mange av behandlerne beskrev at når de har jobbet med stabilisering en periode, så stopper det opp litt, og pasientene er fornøyd med det. Som C forklarer:

”Det er utfordrende at mange flyktninger ikke vil nærme seg traumene, for det de trenger først og fremst, er å ha på plass de nødvendige livsvilkårene, og når dette er på plass ønsker de ikke videre behandling.”

Eller som D forteller:

”Mange pasienter vil ikke bearbeide traumer, fordi det ikke er riktig timing, og de har nok med å holde seg flytende, de har ikke nok energi eller ressurser.”

Det beskrives også at det kan være egenskaper ved pasienten selv som hindrer dem i å komme videre i traumearbeidet. J forteller:

”Det er utfordrende at mange pasienter ikke ønsker, eller ikke orker, eller ikke har evne til å gå inn i bearbeidingen fordi de ikke er psykologisk-minded nok.”

4.5 Domene IV - Faktorer ved utdanningsprogrammet som berører implementering

I dette domenet har vi samlet kategorier som sier noe om sider ved utdanningsprogrammet som kan tenkes å påvirke implementeringen. Vi fant totalt sju kategorier her. De to første kategoriene innebærer utsagn som tenkes å ha en positiv effekt på implementering. Her har behandlerne fortalt om spesifikke sider ved programmet som de likte godt. Vi vil understreke at behandlernes utsagn i de domene som allerede er presentert også kan vitne om elementer som virker fremmede for implementeringsprosessen, men her i domene IV er fokus på faktorer som knyttes mer til pedagogikken i programmet.

Det er verken forventet eller mulig at alle som følger et utdanningstilbud fullt ut skal like programmet i sin helhet. Noen vil savne noe, og det er naturlig at noen har innvendinger til innholdet hvis det kjennes ut som det går i mot ens eget teoretiske ståsted og behandlingstilnærming. Utsagn som uttrykker ønsker om noe annerledes ved utdanningen inngår i de fem siste kategoriene i dette domenet.

Kategori A - Behandleren synes at kursholderne hadde en entusiasme som smittet og motiverte for traumearbeid

Noen av behandlerne (4/11) uttrykte begeistring for modellen, det pedagogiske opplegget og foredragsholderne. De mente at dette bidro til et større engasjement og en større behandlingsoptimisme, for traumefeltet enn de hadde hatt tidligere. C sa det slik:

”Jeg var utrolig begeistret etter første kursdag. De var entusiastiske, morsomme og fulle av begeistring, og jeg synes at den skiftingen mellom videosnutt, tørr teori, øvelser og rollespill gjorde det hele veldig levende og morsomt. De greide virkelig å vekke begeistring.

Det at det var komponert sånn som det var gjorde at jeg fikk en veldig entusiasme for dette fagfeltet. Jeg tenkte at nå skal jeg hjem og lese alle artiklene."

Kategori B - Behandleren likte veiledning og praktiske øvelser

Mange behandlere (7/11) beskriver hvor fint det var at det ble vekslert mellom ulike typer undervisningsformer. De trekker frem de praktiske øvelsene i utdanningen som avgjørende for å bli tryggere i traumebehandling. Særlig veiledningsgruppene blir fremhevet som viktig i dette henseende, da trening på teknikker ble godt ivaretatt der. I tillegg til de som deltok i veiledningen, kan det nevnes at tre behandlere ytret at de i etterkant skulle ønske at de hadde tatt seg til å være med på veiledningsgruppene. G forteller om sine erfaringer fra veiledningen:

"Så hadde vi regelmessig veiledning også. Jeg føler at det var veldig relevant. Både å legge frem selv og høre på andres saker, var veldig lærerikt. Blandingen av teori og konkrete saker synes jeg var veldig nyttig. Da fikk man en slags teoretisk forståelse på plass, samtidig med trening og øvelser. Vi fikk akkurat den lille puffen til å begynne å prøve. Jeg tror jeg hadde prøvd mindre ting her etterpå hvis vi ikke hadde hatt veiledningen. Trinnet ble plutselig ikke så veldig stort da. Og at jeg hadde pasienter som var relevante underveis, det var meningsfylt for meg."

Kategori C - Behandleren kunne ønsket seg noe annerledes i veiledningstilbudet

Generelt inntrykk fra intervjuene er at alle behandlerne som deltok i veiledningsgrupper var svært fornøyd med dette, fordi dette gjorde at kunnskapen satte seg bedre, og de fikk øvd på teknikker slik at de følte seg tryggere på det. Flere av behandlerne uttrykte allikevel at de kunne ønsket seg noe annerledes i veiledningstilbudet. Seks av behandlerne er representert her (6/11). Eksempelvis nevnte noen behandlere at de tror de ville fått mer utbytte av utdanningen hvis det hadde vært mindre fellesundervisning i plenum, og heller mer veiledningsgrupper. F sier det slik:

"Jeg kunne nok ha tenkt meg et annet undervisningsopplegg enn sånne store fellesdager. Rett og slett fordi jeg synes at det var mye basiskunnskap som kunne vært byttet ut med kortere bolker. Og så heller hatt mer veiledningsgrupper."

Men det kom også frem at det var noe som kunne vært gjort annerledes i selve veiledningen. Flere av de som gikk i veiledningsgruppene ga uttrykk for at de ønsket at veiledningsgruppene skulle vært mer homogene. De mener de ville hatt større nytte av

veiledningen om ikke ulike yrkesgrupper hadde vært blandet, men at det heller hadde vært samlet behandlere i samme grupper. E sier:

"I forhold til veiledningsgruppen, at de blandet miljøterapeuter og behandlere, det hadde vært lettere hvis de ikke hadde gjort det synes jeg. For det ble mye saker som ikke var relevant for meg, som tok en del tid. Selv om det er spennende å høre om miljøterapi, så blir det ikke så relevant for min forståelse."

K beskriver i tillegg et savn om mer praktiske øvelser og veiledning i forhold til bearbeidingsfasen:

"Jeg skulle ønske at vi jobbet litt mer med bearbeidingsdelen i veiledningsgruppen. Jeg skulle gjerne hatt erfaringen av å ha det under huden, sånn som med pusteøvelsene. Det hadde vært bra, som en sånn utvidelse av kurset."

Kategori D - Uklarheter rundt ressursperson-ordningen

Angående ressursperson-ordningen kom det frem at verken de som var ment som ressurspersoner eller kollegaene deres opplever at denne ordningen ble benyttet i etterkant av utdanningen. Alle behandlerne synes det var utydelig hva som lå i det å være ressursperson, og alle er representert her (11/11). Flere nevnte at de alle så på hverandre som like kyndige. Som K sier:

"Jeg oppfatter ikke meg som noe mer ressursperson enn noen andre, her er vi på en måte mange ressurspersoner. Det er alltid litt vanskelig, den overgangen fra å ha et systematisk opplegg og en veiledningsgruppe utenfra. Vi har ikke fått til den overgangen, men det er heller ikke dødt som tema."

E setter ord på den forvirringen som behandlerne opplever rundt dette temaet:

"Hva ligger i det å være ressursperson da? For det har vært veldig uklart for meg. Jeg vet ikke hva det binder meg til."

Kategori E - Behandleren savnet nyansering av traumetilnærminger

Ikke alle behandlerne var begeistret for selve modellen, selv om opplegget i seg selv ikke ble kritisert. Noen savnet drøfting av alternative modeller, og mer problematisering rundt enkelte begreper. Her er noen av behandlerne representert (3/11). B sier noe om dette:

"Jeg savner en mer nyansert teoretisk modell, for å kunne tenke litt alternativt rundt det. Når det begynner å bli litt sånn vekkelsespreg så velger jeg å trekke meg stille og rolig bort fra det. Det hadde nok vært lettere å få innpass med modellen helt, hvis den hadde vært

nyansert med andre modeller. Men jeg hadde veldig glede av det med mentalisering og det mer kjente, og da falt jeg ikke så mye ut som jeg gjorde rundt den kontroversielle modellen om den dissosiative strukturen av personlighet. Den er ikke regna for god fisk i mange miljøer. Jeg savnet mer problematisering rundt det, litt mer rundt falske minner burde de hatt, fordi det hoppet de bukk over. De nevnte det i forbifarten dag èn, tror jeg, dette med indusering av falske minner. Og det elementet kunne det ha vært mer om.”

Kategori F - Behandleren er kritisk til modellen

Utsagn fra intervjuene som uttrykker kritikk ovenfor modellen har vi valgt å sette i denne kategorien. I denne kategorien er tre behandlere representert (3/11). B ytrer en skepsis, og beskriver hvordan deler av modellen ikke samsvarer med teoretisk ståsted og arbeidsmetode:

”Jeg er ikke begeistra for den teoretiske modellen de har rundt forklaringen av dissosiasjon. Det å snakke til barnedelen, det gjør jeg nok på en annen måte. Jeg har en psykodynamisk grunnpakke i bunn som er mer naturlig for min måte å tenke på, enn disse ANP, EP. Jeg er veldig bekymret for å indusere falske minner, så der vil jeg spare på den type aktive spørring rundt alderstrinnene. Hos de pasientene jeg får prater jeg mer om det som jeg ville gjort ellers også. Det er ikke så mye nytt der som jeg har valgt å ta med meg.”

En annen behandler uttrykker en skepsis for systematikken i den faseorienterte behandlingsmodellen. H sier:

”Jeg er ikke så veldig begeistret for den der faseorienterte tenkningen rundt det ene og det andre. Det gir et inntrykk av en sånn systematikk som jeg ikke synes noe om.”

Kategori G - Lite undervisning om rehabiliteringsfasen

De fleste av behandlerne kunne si noe om rehabilitering, men det kom klart fram at de snakket på et generelt grunnlag og med basis i kunnskap de hadde fra før, og ikke på grunnlag av utdanningen. I forhold til rehabiliteringsfasen opplevde alle behandlerne (11/11) at de hadde for lite kunnskap om den. Dette kommer fram av B sitt utsagn:

”Husker ikke den fasen engang jeg, så det sier jo litt... Hva var det den handla om?”

G følger opp dette:

”Der følte jeg at jeg var litt sånn lightere, jeg vet ikke om det var noe med min motivasjon, eller om hele kurset var litt lightere på rehabiliteringsfasen? Kanskje det var litt lite på det? Kom vi til det på et vis? Eller sveipa vi så vidt innom?”

5 Diskusjon

På grunnlag av de fremlagte resultatene vil vi i denne delen av oppgaven drøfte hvordan opplevelsen av endring i rollen som traumebehandler kan forstås i lys av litteratur om terapeututvikling og implementeringsteori. Vi vil løfte frem det som behandlerne beskriver som betydningsfullt for dem i etterkant av utdanningen, og se på hvordan det kan ha endret deres rolle som traumebehandlere og eventuelt påvirket deres praksis. Hva vekter behandlerne som sentralt i sin profesjonsutviklingsprosess? Har de opplevd endring mot å bli tryggere traumeterapeuter etter skoleringen? Vi vil ha et gjennomgående fokus på implementering, da god implementering vil være nødvendig for internalisering av nye arbeidsmetoder hos behandleren. Det er tydelig at kompetansen er økt på mange områder, men har behandlerne begynt å implementere kunnskapen fra utdanningen i sin praksis? Hva har bidratt til å fremme og eventuelt hemme denne implementeringen?

5.1 *Opplevd endring i behandlerrollen*

De fleste behandlerne forteller at de opplever å ha blitt tryggere i traumearbeid etter utdanningen. Når vi spurte om hva som gjør at de føler seg tryggere som traumeterapeuter svarte de gjennomgående at det å få en plan og en retning på behandlingen, samt redskap var utslagsgivende. I rapporten fra RVTS ble det hevdet at behandlere generelt etterspør kunnskap som gjør det lettere å gjenkjenne fysiske traumereaksjoner og dissosiasjon hos pasienter. Reflekteres dette hos behandlerne vi har intervjuet? Det ser slik ut da de beskriver at de har større fokus på traumer og de har blitt mer oppmerksomme på kroppsspråk. De sier at dette har bidratt til å gjøre dem i bedre i stand til å håndtere dissosiering. Dette stemmer overens med en av hensiktene med utdanningen, og behovet ser ut til å ha blitt dekket til en viss grad av utdanningsprogrammet.

På direkte spørsmål om behandlerne merker endring i behandlerrollen svarer allikevel flere at de ikke merker noen endring. I formuleringen av problemstillingen undret vi oss over om endring kan forekomme uten at det er tydelig for behandlerne selv og hvordan det kan komme til uttrykk. Noen behandlere beskriver ikke eksplisitt at de har forandret seg. Betyr dette at de ikke er klar over endringene, eller betyr det at utdanningen ikke har ført til endringer i traumebehandlerrollen?

Behandlerne har lang erfaring og hadde allerede før utdanningen god kompetanse på traumebehandling. Det kan være at behandlerne derfor opplevde seg trygge nok, og at utdanningen ikke har tilføyd dem noe nytt som har ført til en opplevd endring i

traumeforståelse eller praksis. En annen måte å tenke rundt det på er at de behandlerne som svarer at de ikke merker noen endring muligens ikke knytter det å bli tryggere i traumearbeid til en endring i sin behandlerrolle. Vi fikk inntrykk av at behandlerne oppfattet at det å få mer kunnskap spesifikt om traumebehandling ikke førte til en forandring i behandlerrollen generelt. Som påpekt i metodekritikken kan det være at spørsmålet vedrørende dette ikke var presisert godt nok, og at dette er årsaken til svarene vi fikk.

Hos de samme behandlerne ser vi allikevel gjennom utsagnene deres flere tydelige tegn på at en slik endring kan ha funnet sted. Behandlerne erfarer å ha lært noe under utdanningen som gjør at deler av deres praksis innen traumearbeid er annerledes enn før. De forteller om en dypere forståelse av traumer, en økt bevissthet på traumeproblematikk og en bedre modell å jobbe etter. Det kan synes som at behandlerne har mer tro på egne ferdigheter, som igjen antas å gi en følelse av mer trygghet i dette fagfeltet. Dette bekreftes ved at så godt som alle beskriver seg som tryggere traumeterapeuter. At mange kan si seg tryggere selv om de ikke alltid føler seg trygge nok tyder også på en endring i behandlerrollen.

Noen av behandlerne beskriver at det fortsatt er utfordringer i traumearbeid. Er dette et tegn på at utdanningen ikke har vært til god nok hjelp? Utsagnene fra behandlerne vitner om en tydeliggjøring av utfordringer i traumeproblematikk, og en evne til refleksjon rundt vanskeligheter. Som nevnt i teoridelen er det viktig at terapeuter reflekterer over vanskeligheter de møter i sitt arbeid, for at de skal lære å håndtere det og utvikle seg til enda bedre terapeuter (Rønnestad & Skovholt, 2003). Denne tydeliggjøringen kan tenkes å ha ført til at behandlerne er i bedre stand til å tenke gjennom hva fastlåstheten i traumebehandlingen dreier seg om. Dette kan føre til at det er lettere å vite hva man skal gjøre med utfordringene. En slik bevisstgjøring kan også tenkes å øke motivasjon for videre læring, samt øke pågangsmotet i anstrengende situasjoner. Utdanningen virker derfor å ha vært nyttig for behandlerne selv om de ikke opplever seg som fullstendig trygge, og en slik reflektering vil trolig medvirke positivt i terapeututviklingsprosessen.

Hva har alle disse endringene å si for implementeringen? Når så mange av behandlerne opplever seg tryggere i rollene som traumebehandlere er det gode sjanser for at de også kommer til å bruke mer av det de har lært på utdanningen i sin praksis. Disse resultatene peker derfor i retning av at utdanningen har skapt en positiv endring i rollen som traumeterapeuter som manifesterer seg gjennom endret praksis.

5.2 Stabiliseringsteknikker gir trygghet

Behandlerne rapporterer at de har lært nye teknikker til å håndtere ting som tidligere var vanskelig i traumearbeid. Særlig stabiliseringsverktøy trer frem som gode hjelpemidler. Hva kan være grunnen til at alle behandlerne fremhever stabiliseringsverktøy som noe av det viktigste de lærte på utdanningen?

Inntrykket fra behandlerne er at stabilisering var det som ble vektlagt mest av forelesere og veiledere på utdanningen, og det var fokus på stabilisering gjennom hele løpet. Gjentakelse, samt bruk av øvelser og rollespill i undervisningen og praktiske øvelser i veiledningen, kan synes å være viktige faktorer som medvirker til at behandlerne fikk disse teknikkene under huden. Betydeligheten av dette støttes av terapeututviklingsforskningen, som viser til at interpersonlige og praktiske erfaringer er av de mest innflytelsesrike kildene i profesjonell utvikling (Orlinsky et al., 2001; Rønnestad & Skovholt, 2003). Undervisning alene er som regel ikke nok hvis målet er at terapeutene skal benytte teknikkene i praksis (Herschell et al., 2010). ”Tryggere traumeterapeuter” integrerer teori og øvelser, og kan sammenlignes med en multikomponent-treningspakke beskrevet i innledningen. Dette samt at modellen som fremstilles integrerer elementer fra flere terapiretninger, gjør at man vil tro at kunnskapsøkning og praksisendring vil kunne inntreffe i større grad enn ved andre programmer.

En annen mulig årsak til at stabiliseringsteknikker oppleves nyttig er at det å lære seg redskaper til å håndtere gjenopplevelser kan gi en trygghet som kan bidra til å redusere frykten for retraumatisering. Stabilisering kan brukes helt i starten av traumearbeid og det innebærer helt konkrete teknikker som trygger pasienten og legger grunnlaget for det videre arbeidet. Dette kan i tillegg tenkes å gi behandlerne selv en trygghet, da de får noe håndfast som de kan bruke i komplekse saker med traumatiserte pasienter. Dette kan medvirke til at de tåler mer, og det kan motvirke hjelpeløshet. Flere behandlere bekrefter dette ved å si at de er mindre engstelige for traumearbeid nå. Dette er i overensstemmelse med intensjonen for utdanningsprogrammet. Behandlerne forteller også at pasienter gir tilbakemelding om at teknikkene virker. Når behandlerne prøver seg på nye teknikker og får positiv feedback er det rimelig å tenke at dette fører til at de opplever mestringsfølelse og fortsetter å bruke teknikkene slik at det fester seg enda bedre.

Det er ingen tvil om at videreutdanning gir økt kunnskap ved å tilby ny teori og nye teknikker, men vil dette garantert føre til endret klinisk praksis? Fixsen med kolleger (2005) hevder at selv når man ønsker å lære kan det i praksis vise seg å være vanskelig å få ting til å

sitte. Dette gir grunn til å undre seg over hvorfor så mye av etterutdanningen til helsepersonell baseres på kurs og seminarer, når vi husker fra teoridelen at det ser ut til å være lite virkningsfullt hva endret praksis angår. Betyr dette at utdanningen ikke setter varige spor hos behandlerne i vår studie? Resultatene våre tyder ikke på dette, da alle våre behandlere hevder at de i sin praksis har begynt å bruke stabiliseringsteknikker de lærte på utdanningen. Det at behandlerne sier dette kan på den ene siden være en indikasjon på at utdanningen har hatt en viktig innflytelse på behandlernes praksis og implementeringen har vært vellykket.

På den andre siden vet vi at selvrapportering av endret praksis hos terapeuter ikke alltid stemmer overens med observasjonsmålinger (Herschell et al., 2010; Miller et al., 2004). Det kan være at behandlerne vurderer sin egen praksis til å være endret, men at dette ikke er i samsvar med faktisk bruk av nye behandlingsteknikker. For å måle dette mer nøyaktig må mer objektive målemetoder tas i bruk, for eksempel observasjon i terapitimene.

Behandlerne i vår undersøkelse verdsetter imidlertid kunnskapen om stabiliseringsteknikker høyt, og under intervjuene beskriver de nøyaktig og detaljert hvordan de har begynt å ta teknikkene i bruk i konkrete saker. Dette kan sees som tegn på at de også har integrert stabiliseringsteknikkene i sin praksis, som var et ønsket mål med utdanningsprogrammet.

5.2.1 Ubehag ved å ta i bruk nye teknikker

Selv om alle behandlerne vektla stabiliseringsteknikker som noe av det viktigste de hadde lært på utdanningen, var det ikke alle som synes det var like lett å ta disse i bruk. Hva kan det komme av at noen av behandlerne uttrykte ubehag i forhold til noen av teknikkene i den faseorienterte behandlingsmodellen?

En mulig årsak kan være at pasientene ikke responderer på øvelsene som forventet eller ønskelig. I teoridelen ble det nevnt at pasienter kan føle at deres behov blir oversett når behandlere tar i bruk nylærte manualer (Henry et al., 1993). Det er lett å tenke seg at hvis pasienter reagerer negativt på intervensjoner vil dette være et signal som terapeuten tar til seg og bruk av nye teknikker kan da føles ubehagelig. Det er heller ikke unaturlig at noen av behandlerne strever med å integrere de nye teknikkene i sin praksis, når det er funnet at det kan ta meget lang tid før nye metoder sitter (Henry et al., 1993; Steinfeld et al., 2009). Det var på intervjutidspunktet bare et halvt år siden behandlerne våre fullførte utdanningen, og flere uttrykker ønske om mer praktisk trening for å føle seg tryggere. Dette viser hvordan veiledning og praktiske øvelser trer frem som en nøkkelbestanddel i implementering og

profesjonsutvikling (Bernhard & Goodyear, 2004; Fixsen et al., 2005; Rønnestad & Ladany, 2006; Rønnestad & Skovholt, 2003).

En annen mulig forklaring på ubehagsfølelsen kan tenkes å være at behandlernes personlige preferanser, teoretiske forankring og erfaringsbakgrunn spiller en rolle. Ubegag ved bruk av de nye teknikkene kan tenkes å ha sammenheng med at behandlere kan kjenne en slags forsvarsinnstilling når de prøver å lære en ny modell. Henry med kolleger (1993) mener dette kan være fordi modellen strider mot behandlerens allerede organiserte tankemønstre og arbeidsvaner. Vil behandlere med teoretisk bakgrunn som divergerer fra de tilnærmingene som ble vektlagt i utdanningen reagere på ulikhetene i arbeidsmåter? I vårt utvalg kom det frem at det var behandlerne med psykoanalytisk bakgrunn synes det fortøner seg som ubehagelig med en del av stabiliseringsteknikkene i den faseorienterte modellen. Behandlerne med mer kognitiv orientering virker mer åpne for stabiliseringsteknikker som involverer berøring og fysiske øvelser. Dette virker forståelig i og med at den integrative tilnærmingen i utdanningsprogrammet er tuftet på felt som er nærmere kognitiv tenkning og arbeidsmetoder.

Betyr disse resultatene at behandlerne med psykoanalytisk bakgrunn ikke vil internalisere stabiliseringsteknikkene som bestanddeler av sitt behandlingsrepertoar? Terapeututviklingsforskningen avviser dette, da det er funnet at selv om behandlere har ulik teoretisk forankring, så er fortsatt klinisk erfaring, veiledning og egenerapi viktigere faktorer for terapeututviklingen enn teoretisk forankring (Orlinsky et al., 2001). Dette impliserer at ulik teoretisk bakgrunn ikke skulle være en forhindrede faktor for implementering av kunnskapen. Dette ser ut til å stemme blant våre behandlere, da flere som synes teknikkene var uvante kunne fortelle at de forsøkte å bruke dem allikevel med begrunnelse at teknikkene ser ut til å fungere.

5.2.2 Fellesfaktorer framfor spesifikk terapi?

Fellesfaktorer i psykoterapi har som vi har sett vist seg å være viktigere for utfallet av en behandling enn selve terapiformen i seg selv (Lambert & Ogles, 2004). Hvis det er slik at fellesfaktorene alene gjør en behandling effektiv, kunne man tenke seg at det var tilstrekkelig å trene behandlere i empatisk innlevelse og alliansedanning. I så tilfelle ville det vært meningsløst å investere så mye ressurser på et omfattende opplæringsprogram innen traumebehandling. Det kan for eksempel være slik at eventuelle positive effekter av traumefokusert terapi kommer av at det å bli tryggere på kunnskap i traumebehandling gjør det lettere å være empatisk. Dette kan tenkes at fører til bedre grunnlag for en god allianse med pasienten, som igjen fører til bedre terapeutisk utfall.

På den annen side er traumefokuserte metoder vist å være de mest effektive behandlingsformer for traumeutsatte pasienter (Bisson & Andrew, 2005; Courtois, 2004; Dyregrov, 2004; Ford, Courtois, Steele, van der Hart & Nijenhuis, 2005). Behandlerne våre beskriver at de har økt sin kunnskap og terapeutiske verktøykasse innen traumefeltet, og de får tilbakemeldinger fra pasienter om at de traumefokuserte metodene oppleves virkningsfulle. Om det er dette som faktisk gir bedre utfall i terapien kan vi ikke vite sikkert, men det ser ut til at den spesifikt traumefokuserte behandlingstilnærmingen er grunnen til pasientenes positive tilbakemeldinger. Uansett opplever behandlerne at traumeutdanningen har vært nyttig for dem i sitt arbeid.

5.3 Forankring av kunnskap gjennom veiledning

Flere av behandlerne trekker frem veiledningsgruppene som noe av det mest betydningsfulle ved utdanningen. Veiledning bidro til å gi trygghet i behandlerrollen ved at de fikk mulighet for trening og øvelse på teknikker, og ved at de fikk høre hvordan andre fagfolk jobber i traumesaker. På den måten økes sannsynligheten ytterligere for at behandlerne opplever en positiv utvikling og integrerer nye behandlingsrutiner.

5.3.1 Tryggere, men ikke trygg nok?

Selv om så godt som alle behandlerne i vår undersøkelse gjennomgikk en endring i retning av å kjenne seg mer trygge i rollen som traumebehandlere, var det flere som fortsatt kunne kjenne seg noe usikre på enkelte elementer innen traumearbeid. Er det nødvendig å komme dit at man kjenner seg helt trygg? Eller kan det være slik som en av behandlerne uttrykker: *"Jeg tviler på at det er så viktig å være så forbanna trygge, kanskje det er bedre å være litt utrygge for da blir vi mer oppmerksomme"*? Allikevel fremtrer et gjennomgående ønske og behov for mer praktisk erfaring med traumeproblematikk, og flere sa de ønsket at utdanningen kunne tilby mer veiledning direkte knyttet til pasienter de hadde gående i behandling. Behandlerne ønsket seg mer veiledning og mindre undervisning i plenum. Dette sammenfaller med teori som peker ut veiledning som en viktig innflytelseskilde i profesjonell utvikling, samt at praktisk erfaring er viktigere for terapeuter enn akademisk læring (Bernhard & Goodyear, 2004; Herschell et al., 2010; Orlinsky et al., 2001; Pearlman & Mac Ian, 1995; Rønnestad & Ladany, 2006; Rønnestad & Skovholt, 2003). Dette gir grunn til å stille seg spørsmål om det vil være gunstig å erstatte vanlig undervisning med å ha kun veiledningstilbud?

Undervisning i seminar og kurs er som vi har sett tidligere ikke tilstrekkelig hvis ønsket resultat er praksisendring (Herschell et al., 2010). Allikevel er vanlig undervisning

nødvendig for å tilby kursdeltakere en grunnforståelse for et temaområde. Samtidig er fellesundervisning med mulighet for å ha mange tilhørere tilstede langt mer kostnadseffektivt enn mindre grupper med en betalt veileder i hver. Et utdanningsprogram som kun satset på veiledningsgrupper ville blitt langt mer kostbart, og sannsynligheten for at et stort helseforetak ville velge å tilby alle sine ansatte å delta i en slik videreutdanningsform ville blitt svært liten. Undervisning i fellesskap kan se ut til å være et nødvendig tilbud, både for å gi alle deltakerne i utdanningen en grunnleggende forståelse om traumebehandling, og for å holde seg innenfor økonomiske rammer som gjør at flere får muligheten til å delta i utdanningen. Det kan allikevel være nødvendig å vurdere hvor mye man skal vektlegge tilbudet om undervisning i forhold til veiledning. Dette fordi det ser ut til å være et gjennomgående ønske fra mange behandlere om et enda mer omfattende veiledningstilbud samtidig som forskningen bekrefter at det er dette som gir best resultater.

Undervisning kombinert med veiledning ser altså ut til å være en gunstig kombinasjon som er med på å styrke behandlernes opplevelser av endring i behandlerrollen i traumearbeid. Hvor lenge bør veiledningstilbudet vare? Behandlerne kunne fortelle om et ønske om mer veiledning også i etterkant av utdanningen. De opplevde at dette var noe de trengte for å kunne bli enda tryggere. Gitt at det kan ta så mye som to år for en terapeut å bli komfortabel med å bruke nye behandlingsteknikker i terapirommet (Steinfeld et al., 2009), er det rimelig å tenke at behovet for videre veiledning fortsetter å være tilstede i den tiden det tar å bli trygg. Selv om behandlerne sier at de ser begrensninger i økonomi og formelle ressurser til å ha en ekstern veileder med seg videre, er det flere som nevner at de ønsker å danne en kollokviegruppe på arbeidsplassen hvor de kan drøfte aktuelle traumesaker de jobber med. Dette kan ses som nok et tegn på at behandlerne opplever veiledningen som betydningsfull og nyttig for deres terapeututvikling, selv der hvor det ikke tilbys til dem i ferdig organisert form.

5.3.2 Veiledning som kjernekomponent

Kontinuerlig veiledning til alle deltakere i et program ble i teoridelen lagt frem som et element som må være til stede for å oppnå god implementering. Et eventuelt fravær av veiledning må bli kompensert for (Fixsen et al., 2005). Ikke alle deltakerne på utdanningen ved vår poliklinikk deltok i veiledningsgrupper, men "Tryggere traumeterapeuter" hadde en ressursperson-ordning. Denne ordningen innebar at de som deltok i veiledningsgrupper skulle være ressurspersoner for sine øvrige kollegaer. Var dette et forsøk på å kompensere for mangelen på veiledning til alle? Hvordan kan dette ha påvirket implementeringen? Hvis en slik ordning fungerer kan dette dekke opp for mangelen på kjernekomponenten veiledning til

alle. Hvis ordningen derimot ikke fungerer, kan fraværet av veiledning for alle sees som en svikt i en kjernekomponent. Som følge av dette kan organisasjonens storsatsning ha blitt mindre vellykket.

Man kan undre seg over hvorvidt kollegaveiledning er en god erstatning for ekspertveiledning. Behandlerne i vår undersøkelse opplevde at dette med ressurspersoner ikke ble nevneverdig vektlagt i utdanningen, og at det heller ikke ble fulgt opp av arbeidsplassen i etterkant. Både de som var ment å være ressurspersoner og de andre synes det var utydelig hva oppgavene til ressurspersonene innebar. Det synes som det var motsetninger i oppfatningene til de som mottok og de som ikke mottok veiledning. Ressurspersonene opplevde seg ikke som mer kompetente enn de andre kollegaene. De andre kollegaene synes imidlertid at ressurspersonene hadde fått mer faglig tyngde i traumefeltet gjennom veiledningen. Samtidig som ressurspersonene mente at alle kunne like mye, så erfarte de selv at de lærte mye mer av å delta i veiledningsgruppene enn bare undervisningen. Kan det være at ressurspersonene er redde for å bli oppfattet som om de tror de er bedre enn kollegaene? Dette kan i så fall tenkes å bidra til at de ikke trer inn i rollen som ressursperson.

Slik det har blitt gjennomført ved denne poliklinikken kan det synes som om behandlerne opplever at denne ressursperson-ordningen ikke ga noe særlig utbytte. Ved å være mer tydelige på hva som ligger i rollen som ressursperson kan utdanningsprogrammet muligens bidra til å oppklare misforståelser og dermed fremme et bedre resultat av slik pyramidetrening. Hvis en slik ordning er ment å erstatte behovet for videre veiledning i implementeringsprosessen er det mye som tyder på at den må forbedres.

5.3.3 Ønske om noe annerledes i veiledningen

Ved SABHF var det bestemt at alle arbeidsgrupper innen psykisk helsevern skulle få tilbud om å være med i veiledningsgruppene. Det var noen av behandlerne som ønsket at veiledningsgruppene hadde vært forbeholdt yrkesgrupper som satt med individuelt behandlingsansvar, da de kunne oppleve at det ble brukt for mye tid på ting som ikke kjentes relevant for behandlerens forståelse og daglige virke. Sammensetning av veiledningsgrupper kan sees i sammenheng med implementeringsteori, hvor utvelgelse av personale er en kjernekomponent (Fixsen et al., 2005). Dette relaterer seg til diskusjonen om hvorvidt utdanningsprogrammet skal tilbys både behandlere og miljøpersonale. Hva slags bakgrunnskunnskap man forutsetter at de ulike gruppene innehar vil ha en påvirkning på hvordan RVTs legger opp undervisningen og veiledningen. Samtidig vil inkludering og ekskludering påvirke miljøet på arbeidsplassen.

Et problem som kan fremtre ved feil utvelgelse er at kunnskapsnivået blir for høyt for de som ikke har den nødvendige forhåndskunnskapen fra sin utdanning. For andre kan det hende det blir for kjedelig og lett fordi mye av stoffet er kjent fra før. Utsagnene fra noen av behandlerne i denne undersøkelsen går i retning av dette.

På den annen side var det noen behandlere som opplevde at det at alle fikk delta i utdanningen skapte et felles prosjekt på arbeidsplassen. Dette dannet en felles forståelse og et felles språk på arbeidsplassen, og som igjen kunne åpne for diskusjon fordi traumeproblematikk ble lettere å snakke om. Dette kan tenkes å fremme implementering. Dette støttes av teori om at det å ha et felles utgangspunkt blant de ansatte, og det å dele visjoner er vist å være faktorer som fremmer implementering (Durlak & DuPre, 2008).

Når kostnadene av å sende alle på utdanningen veies opp mot fordelene må organisasjonen gjøre seg opp en mening om hvorvidt det er lønnsomt å gå inn for en felles løsning hvor man ikke differensierer mellom profesjonene. Det kan synes som at det valget som har blitt gjort med tanke på utvelgelse av deltakere både har sine fordeler og ulemper for behandlerne. Tatt i betraktning de utsagnene som behandlerne har om dette, kan det være nyttig for RVTs Øst å vurdere om noe skal gjøres annerledes ved senere implementeringsforsøk.

5.4 Behov for mer kunnskapsformidling om bearbeiding og rehabilitering

På et generelt grunnlag ser utdanningsprogrammets innhold ut til å være bra. Behandlerne formidler at de har lært masse om traumearbeid. Særlig beskrives det at fase I er godt internalisert, med økt kunnskap om og bruk av stabiliseringsteknikker. Men når det gjelder de to siste fasene i behandlingsmodellen, bearbeiding og rehabilitering, viser det seg at ingen husker noe særlig fra undervisningen. Det blir også hevdet at disse to fasene ikke ble spesielt vektlagt i veiledningen heller. Flere av behandlerne etterlyser mer skolering og øvelse i denne delen av utdanningen.

5.4.1 Ønske om mer øvelse på bearbeidingsteknikker

Mange av behandlerne forteller om økt kjennskap til ulike *bearbeidingsteknikker* som følge av utdanningen. Allikevel forteller få behandlere om bruk av de spesifikke bearbeidingsmetodene. Hva kan være grunnen til at behandlerne ikke bruker metoder de har fått opplæring i?

Det kan tenkes at manglende følelse av kunnskap og erfaring er en årsak. Flere behandlere bekrefter dette ved å si at bearbeiding er et tema de ikke føler seg trygge nok på,

og som de kunne ønsket seg mer kunnskap om. Særlig ytrer flere at de savnet mer praktiske øvelser på disse metodene under veiledningen, for å lettere kunne ta det i bruk på egen hånd. Igjen ser vi hvordan ønsket om å gjøre praktiske øvelser for å bli tryggere gjør seg gjeldende hos behandlerne.

Det kan også være at behandlerne ikke har implementert bearbeidingsteknikker fordi det ikke er rammer for å utføre bearbeiding i arbeidssituasjonen deres. Noen opplever at pasientene krever langvarig stabilisering, og at de ikke har kommet lenger enda. Andre mener at mange pasienter er fornøyd etter stabilisering, og ikke ønsker å gå inn i selve bearbeidingen. Dette er en utfordring for flere behandlere som sier at de ønsker å ta i bruk teknikker de har lært. Kan det allikevel være at det ikke bare er pasientene som holder tilbake? Hvis behandlerne opplever seg usikre på bearbeidingsarbeid, er det ikke unaturlig å tenke at de selv er tilbakeholdne når det gjelder å gå inn i slikt arbeid.

Det er interessant å finne at behandlerne opplever en vedvarende frykt for at pasienten skal retraumatiseres, og at de føler seg mindre trygge på bearbeiding. Dette med tanke på at RVTS Øst forfekter at det er en vegring blant behandlere mot å gå inn i bearbeiding av traumer. Et viktig mål for utdanningen er at traumebehandlere skal overkomme dette og tørre å gå inn i aktiv traumbearbeiding når tiden er riktig. Samtidig ser det ut til at bearbeiding ikke blir vektlagt i tilstrekkelig grad i det omfattende opplæringsprogrammet. Resultatene tyder på at det kan være hensiktsmessig å fokusere enda mer på bearbeiding i utdanningen hvis den passive tendensen skal endres. Dette bør gjøres gjennom enda mer praktiske øvelser og tilbakemeldinger til behandlerne.

5.4.2 Ikke nok om rehabiliteringsfasen

Behandlerne i denne studien kunne fortelle at de følte seg usikre på hva rehabiliteringsfasen handlet om. Alle kunne si noe om denne fasen ut fra en generell kompetanse, men det kom tydelig frem at denne kunnskapen ikke var grunnlagt i utdanningen. Flere nevnte at de ikke en gang kunne huske å ha hørt noe om rehabiliteringsfasen på utdanningen. Dette kan tyde på at temaet ikke ble godt nok dekket i utdanningsprogrammet. Det kan argumenteres for at rehabilitering burde være forventet forhåndskunnskap hos behandlerne, fordi det er arbeid som de intuitivt og erfaringsmessig kan mye om. I så tilfelle bør dette klargjøres tydeligere for behandlerne gjennom undervisningen. Modellen som presenteres er en trefaset modell og det synes åpenbart at den siste fasen kunne fått mer fokus i undervisningen.

5.5 Andre faktorer som påvirker implementering

Hele meningen med utdanningsprogrammet er at god traumekompetanse skal skape endring i traumebehandleres praksis, og dermed nå ut til den enkelte pasient. En slik praksisendring vil være avhengig av at flere viktige faktorer på ulike nivåer faller på plass. Som vi har sett er det å oppleve en endring i rollen som traumebehandler mot å bli tryggere og øke sin kompetanse i stor grad med på å fremme implementeringskvaliteten ved et intervensjonsprogram. I vår undersøkelse kom det imidlertid også fram andre elementer som i implementeringsteori er ansett å være medvirkende i prosessen med å etablere ny kunnskap i gjeldende praksis. Vårt fokus er på behandlerens opplevelser, og vi kan av den grunn ikke si noe om hvordan implementeringen er gjennomført i organisasjonen, men vi kan få tilgang til viktig informasjon fra den enkelte behandler om hvordan det oppleves å være i et system som blir satt i endring.

5.5.1 Modell som ikke passer?

Flere av behandlerne påpeker at de synes det er et sprik mellom de rammene de jobber innenfor og den faseorienterte behandlingsmodellen som er lagt frem i traumeutdanningen. Dette samsvarer med RVTs sin rapportering om at det i spesialisthelsetjenesten ikke er tilrettelagt for å ha mange kompliserte traumebehandlinger som krever lange behandlingsforløp (Anstorp et al., 2008). De mener at det kan være mangel på spesifikk fagkompetanse, økonomiske eller andre rammebetingelser som gjør at enkelte pasienter ikke får adekvat behandling. At intervensjonsprogrammet legger opp til en behandling som harmonerer dårlig med organisasjonens arbeidsform og holdninger er ansett som en faktor som kan svekke implementeringskvaliteten (Sørli et al., 2010).

Til tross for at mange behandlere kjenner frustrasjon over diskrepansen mellom hva den traumatiserte pasienten trenger og hva systemet kan tilby, erfarer de imidlertid at modellen har vært nyttig å lære allikevel. De forteller at de kan plukke ut deler av den som de synes passer, og tilpasse metodene til sin arbeidssituasjon. Dette vil trolig være en medvirkende faktor til at behandlingstilbudet bedres. Behandlerne synes å være bevisst problematikken, og viser forståelse både for modellens bruksområder og sine egne rammer på arbeidsplassen.

5.5.2 Ledelsens betydning

En ledelse som legger til rette for implementering ved å gi gode rammebetingelser for gjennomføringen er ansett som en kjernekomponent for god implementering (Fixsen et al.,

2005). Når hindringer for en implementeringsprosess oppstår er det som regel manglende tid, konkurrerende gjøremål og mangel på prioriteringer mellom oppgaver som gjør seg gjeldende (Sørli et al., 2010). Behandlerne i vår undersøkelse bekrefter en opplevelse av høye krav til produksjonstall og mangel på tid på arbeidsplassen. Flere av behandlerne opplever tvetydige signaler fra ledelsen om at de på en side skal delta på utdanningen og integrere en ny praksis i sin terapeutiske virksomhet, samtidig som det kreves at de skal opprettholde samme antall pasienter som før utdanningen. Noen nevner at de ble forespeilet en nedgang i krav om produksjon, men at dette ikke har blitt fulgt opp. Hva kan det ha hatt å si for implementeringen? Det kan ha ført til at det å skulle tilegne seg ny kunnskap gjennom undervisning, lesing og veiledningsprosesser oppleves som en byrde snarere enn et gode. Behandlerne kan dermed stå i fare for å oppleve seg overarbeidet. Noen av behandlerne uttrykte gjennom intervjuene en form for skyldfølelse eller dårlig samvittighet for at de ikke har lest nok eller satt seg inn i materialet fra utdanningen godt nok på grunn av tidspress.

Et annet ønske som fremkom gjennom resultatene i undersøkelsen vår, var ønsket om å danne en traume-kollokviegruppe. En slik gruppe hvor behandlerne får mulighet til å utveksle erfaringer fra praksis og lære av hverandre kan være et godt alternativ til videre veiledning. Behandlerne selv sier også at de ikke har behov for en ekstern veileder, men ønsker å drøfte praktisk rettede problemstillinger med hverandre. Støtte og oppmuntring fra ledelsen angående en slik form for aktivitet kan bety økt sjanse for god implementeringskvalitet.

Å tilrettelegge for implementering over tid er viktig for det ønskede resultatet i organisasjonen. Siden det kan ta lang tid å bli komfortabel med nye teknikker, er det viktig at ledelsen følger opp og støtter implementeringsprosessen helt frem til behandlingen har blitt integrert del av personalets behandlingsrepertoar. Ut fra utsagnene fra behandlerne kan man stille spørsmål ved om denne kjernekomponenten har blitt tilstrekkelig ivaretatt ved poliklinikken. Det er imidlertid viktig igjen å understreke at våre resultater kun gjenspeiler behandlernes opplevelser, og ikke direkte hvilke administrative tiltak organisasjonen har innført.

5.5.3 Ubehagelige reaksjoner i traumearbeid

Alle behandlerne uttrykker at de kan oppleve kroppslige ubehag, tanker og følelser knyttet til å høre pasientenes traumehistorier. Mange beskriver et sterkt ønske om å hjelpe pasientene, samtidig som de kan kjenne avmakt fordi pasientens problemer er sammensatte. Selv om

erfarne terapeuter oftere opplever vanskelige reaksjoner enn rutinerterapeuter, ser vi at også meget erfarne behandlere som i vårt utvalg kan oppleve en form for reaksjoner.

De fleste av behandlerne rapporterer at de bruker debriefing til å håndtere egne reaksjoner mer nå enn tidligere. Det har blitt mer legitimt å snakke med kollegaer om dette, som en konsekvens av at det ble fokusert på sekundær traumatisering i utdanningen. Dette er en viktig endring, da vi vet at mange terapeuter unnlater å si noe til kollegaer på grunn av skamfølelse og bekymring for andres meninger (Neumann & Gamble, 1995). Behandlerne ytrer at samtaler med kollegaer er betydningsfullt for dem underveis og etter utfordrende traumesaker.

5.5.4 Kritikk av modellen eller utdanningen

Det kom frem av resultatene at ikke alle behandlere var like begeistret for behandlingsmodellen. Noen uttrykte at de savnet nyansering i fremleggelsen av teorier og problematisering rundt tematikken. Det som virker å være grunnen til den kritiske holdningen er at behandlerens teoretiske ståsted ikke samsvarer med modellen, og at det er en skepsis i forhold til teoriene om hukommelse og dissosiasjon. Særlig er det en uttalt bekymring for å inducere falske minner hos pasientene. En tilbakeholdenhet kan forklares av at terapeuter ofte vil holde seg til den terapiformen de kjenner best, og innvendinger mot nye behandlingsformer er vanlig (Gabbard, 2010).

Hva betyr det for implementeringen at noen på arbeidsplassen har et kritisk blikk? Hvis en av behandlerne er kritisk minsker sjansen for at vedkommende bruker modellen. Vil dette smitte over på medarbeiderne slik at også de vil få betenkeligheter, som igjen kan føre til at implementeringen bremses? Det at noen behandlere er skeptiske til behandlingsmodellen har ikke nødvendigvis negative konsekvenser for implementeringen hos alle i organisasjonen. Ulike holdninger og tanker rundt et tema kan inspirere til diskusjon og økt engasjement, og alternative vinklinger kan utvide den terapeutiske horisonten. Kritiske perspektiver kan også sees som viktige tilbakemeldinger til programutviklerne.

5.6 Implikasjoner av studien

Det er få kvalitative studier rettet spesifikt mot terapeututvikling innen traumebehandling. Vår studie tar for seg behandlerens opplevelse av et omfattende opplæringsprogram, og kan stimulere til videre forskning på terapeuters opplevelse av egen kompetanse på traumebehandling.

Hensikten med implementering er å omsette kunnskapen fra evidensbasert forskning til å innføres i gjeldende praksis. Et viktig ledd i dette er gode utdanningsprogrammer. Fra teorien husker vi at spesifikke traumetilnæringer er dokumentert mest virksomt i behandling av traumerelaterte lidelser. Resultatene våre indikerer at behandlerne opplever at de ikke har nok kompetanse på slike metoder. Implikasjonen av dette er at utdanningsprogrammet må vektlegge opplæring i konkrete traumefokuserte teknikker enda mer. Selv om det ble undervist i noen teknikker, bør programutviklerne finne en form for å lære bort disse metodene enda tydeligere. I tillegg bør alle deltakere bli grundig skolert i EMDR, traumefokusert eksponeringsterapi, TFCBT og lignende, når det er dette som er vist virksomt. For å sikre god implementering er det ikke tilstrekkelig med ren undervisning, men også gjentatte praktiske øvelser med konkrete tilbakemeldinger for å sementere kunnskapen, da øvelse og veiledning regnes som kjernekomponenter.

Til nå har svært få studier tatt i bruk grundig overvåking og rapportering av kjernekomponenter i implementeringsprosessen når de har undersøkt virkningene av å innføre et program i en organisasjon. Erfaringer fra behandlerne i vår undersøkelse viser at fremtidige studier av implementering vil tjene på en grundig kartlegging av viktige faktorer som kan påvirke prosessen. Gjennom en slik kartlegging vil man få større innblikk i hvilke områder ved enten organisasjonen eller programmet som bør forbedres for å øke gjennomslagskraften. Dette vil være med på å effektivisere satsninger på ulike utdanningsprogram, og dermed øke omfanget av bruk av evidensbasert praksis i organisasjonen. Videre fokus på de kvalitative aspektene ved implementeringsprosessen så vel som de kvantitative vil bidra til å belyse viktige utviklingsområder innen temaet.

"Tryggere traumeterapeuter" er et utdanningsprogram som retter seg mot behandlere. Det å spørre nettopp brukere av slike programmer er en måte å få innblikk i viktige implementeringsfaktorer. Videre studier med et behandlerperspektiv som tar i bruk andre metoder og design vil være relevant for en økt forståelse av hva som påvirker praksisendring. For å vurdere effekten av slike programmer vil også det å undersøke flere ledd som for eksempel ledelsen, underviserne eller pasientene kunne vise seg nyttig. For eksempel kan man gjøre undersøkelser av pasienttilfredshet og terapiutfall. Andre innfallsvinkler kan være å se på hvordan kartlegging og bruk av diagnoser endrer seg etter et utdanningsprogram. Dette kan gi nyttige innspill for videre tilrettelegging av utdanningen og innholdet i den. Funnene i denne studien kan tenkes å bidra til å forbedre utdanningstilbudet til behandlere på en meningsfull måte. Viktige fokusområder som trer frem kan for eksempel være at det er

hensiktsmessig for utdanningsprogrammer å fokusere enda mer på mellommenneskelige og praktiske erfaringer gjennom veiledning.

Resultatene fra denne undersøkelsen indikerer også at ledelsen bør sette av nok tid og ressurser hvis en innføring av ny praksis på traumebehandling er ønskelig. Undersøkelsen vår viser at behandlere kan oppleve at implementering ikke følges godt nok opp etter endt utdanning, til tross for at ledelsen har satt inn mange ressurser og utdanningen er en storsatsning innen helseforetaket. Dette viser hvor stor organisasjonell innsats som kreves ved innføring av nye intervensjonsprogrammer. Det er ikke nok å bare gi tilbud om kurs til de ansatte, men langvarig fokus på temaområdet med oppfølging og vedlikehold fra ledelsens side bør også være tilstede.

Undersøkelser av endret praksis og bruk av nye behandlingsteknikker går som oftest over relativt korte tidsperioder. Terapeuters praksis er vanskelig å endre, og når de er endret, kan terapeuten over tid vende tilbake til gamle metoder igjen. Dette viser til et behov for å undersøke hvordan endring av praksis fastsetter seg over tid. En oppfølgingsstudie kan i så måte være interessant for å se om utviklingen hos behandlerne i vår undersøkelse fortsetter i samme retning over lengre tid.

6 Konklusjon: Mot en tryggere traumeterapeut

Når vi ser på resultatene under ett er hovedinntrykket at behandlerne opplever en endring i rollen som traumebehandler etter fagutviklingsprogrammet ”Tryggere traumeterapeuter”. Endringen går i retning av å bli nettopp en tryggere traumeterapeut. Stabiliseringsteknikker viser seg å være spesielt nyttige for behandlernes traumebehandlingspraksis. Alle behandlerne beskriver hvordan de har begynt å ta dette i bruk. Behandlerne formidler at det var en mangel på kunnskapsformidling og øvelser i fase II og III av den faseorienterte modellen. Dette anses som et forbedringsområde for utdanningsprogrammet. Som et viktig middel for læring vektlegger behandlerne veiledningsgruppene. Gjennom beskrivelsene deres får vi innblikk i hvordan veiledningen muliggjorde det å knytte teori og praksis sammen. Dette støttes av forskning på både terapeututvikling og implementering. Dette indikerer at veiledning fortsatt bør fokuseres på i videre implementeringsforsøk av utdanningsprogrammet. Implementeringsteorien understreker at det er viktig å ivareta alle kjernekomponentene underveis i hele implementeringsprosessen. For å sikre god implementering må også ledelsen tilrettelegge oppfølging som ivaretar og videreutvikler kunnskapen.

Funnene i denne studien kan være nyttige tilbakemeldinger til programutviklere og organisasjoner som skal implementere nye behandlingsmodeller i sine system. En annen tilbakemelding er at behandlerne generelt var imponert over utdanningsopplegget og synes det var positivt med et felles fokus på arbeidsplassen over en periode. Utdanningen klarte å skape en entusiasme og en større interesse for traumefagfeltet.

Samlet kan det se ut som behandlerne har blitt tryggere traumeterapeuter. Vi har valgt å la en av behandlerne avslutte oppgaven med et sitat som rammer inn denne opplevelsen:

"Jeg tror mer på det jeg gjør nå. Jeg er litt tryggere. Jeg vet hva slags landskap vi skal inn i. Selv om jeg ikke vet hva som kommer fra den andre, så vet jeg noe om en vei å gå, mer enn jeg gjorde før."

7 Referanser

- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D. & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood - A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256 (3), 174-186.
- Anstorp, T., Araldsen, T. & van der Weele, J. (2008). *Tryggere traumeterapeuter – 1-årig fagutvikling for DPS. Oppsummering med forslag til videreføring*. Lastet ned 11. september 2009, fra <http://ost.rvts.no/Details.asp?aid=143>
- Anstorp, T., Benum, K. & Jacobsen, M. (2007). *Dissosiasjon og relasjonstraumer - Integrering av det splittede jeg* (2. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Benum, K. (2007). Når tilknytningen blir traumatisert - En psykologisk forståelse av relasjonstraumer og dissosiasjon. I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (Red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer - Integrering av det splittede jeg* (2. utgave, s. 22-42). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bernhard, J. M. & Goodyear, R. K. (2004). *Fundamentals of clinical supervision* (3. utgave). Boston: Allyn & Bacon.
- Bisson, J. & Andrew, M. (2005). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2). Lastet ned 05. mai 2010, fra http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD003388/pdf_fs.html
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 412-425.
- Domitrovich, C. E. & Greenberg, M. T. (2000). The Study of Implementation: current findings from effective programs that prevent mental disorders in school-aged children. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 11 (2), 193-221.
- Durlak, J. & DuPre, E. (2008). Implementation Matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41 (3), 327-350.
- Dyregrov, A. (2004). Hjelper terapi for traumatiserte mennesker? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41 (10), 787-794.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. & 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.

- Figley, C.R. (2002). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *Psychotherapy in Practice*, 58 (11), 1433–1441.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: a Synthesis of the Literature*. Lastet ned 14. september 2010, fra <http://nirn.fmhi.usf.edu>
- Ford, J. D., Courtois, C. A., Steele, K., van der Hart, O. & Nijenhuis, E. R. S. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 437-447.
- Fosse, R. & Dersyd, A. K. (2007). *Forekomsten av traumeutsatte pasienter ved distriktpspsykiatriske sentre i spesialisthelsetjenesten*. Aker universitetssykehus HF, Klinikk for psykisk helse. Lastet ned 24. februar 2010, fra http://ost.rvts.no/Lib/Download.asp?fn=Images/Assets/Dokuments/360943266_Forekomsten%20av%20traumeutsatte%20pasienter%20ved%20distriktpspsykiatriske%20sentre%20i%20spesialisthelsetjenesten_1.pdf
- Fosse, R., Stensrud, T. L. & Read, J. (under utgivelse). *Relational stress in the etiology of mental health problems: a pilot study of a tailored research design*.
- Gabbard, G. O. (2010). Nevrobiologi: skreddersydd terapi mulig. *Psykisk Helse*, 4, 7.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010). *Vold og traumatisk stress*. Lastet ned 26. august 2010, fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/psykisk_helse/vold-og-traumatisk-stress.html?id=440616
- Helsedirektoratet (2010). *Helsedirektoratet - God helse og omsorg for alle*. Lastet ned 15. september 2010, fra <http://www.helsedirektoratet.no/>
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Butler, S. F., Schacht, T. E. & Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (3), 434-440.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Herman, J. L. (1995). *I voldens kjølvand*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Herschell, A. D., Kolko, D. J., Baumann, B. L. & Davis, A. C. (2010). The role of therapist training in the implementation of psychosocial treatments: a review and critique with recommendations. *Clinical Psychology Review*, 30 (4), 448-466.
- Hesse, A. R. (2002). Secondary trauma: how working with trauma survivors affects therapists. *Clinical Social Work Journal*, 30 (3), 293-309.

- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A. & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: an update. *Journal of Counseling Psychology*, 52 (2), 196-205.
- Hill, C. E., Thompson, B. J. & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist*, 25 (4), 517-572.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2009). Det kvalitative forskningsintervju (2. utgave). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfields handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 139-193). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Lyons-Ruth, K. & Spielman, E. (2004). Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: Integrating attachment research with clinical intervention. *Infant Mental Health Journal*, 12, 94-104.
- Merriam, S. B. (Red.). (2002). *Qualitative research in practice: Examples for discussion and analysis*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J. & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (6), 1050–1062.
- Neumann, D. A. & Gamble, S. J. (1995). Issues in the professional development of psychotherapists: countertransference and vicarious traumatization in the new trauma therapist. *Psychotherapy*, 32 (2), 341-347.
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, (2006). *Kartlegging av tilbudet til traumatiserte ofre for vold, overgrep, ulykker og katastrofer, flyktninger og torturofre*. Lastet ned 12. mai 2010, fra <http://www.nkvts.no/biblioteket/Publikasjoner/KartleggingTilbudTraumatiserteOfre.pdf>
- Orlinsky, D. E., Botermans, J. F. & Rønnestad, M. H. (2001). Towards an empirically grounded model of psychotherapy: four thousand therapists rate influences on their development. *Australian Psychologist*, 36 (2), 139-148.
- Panagioti, M., Gooding, P. & Tarrier, N. (2009). Post-traumatic stress disorder and suicidal behavior: a narrative review. *Clinical Psychology Review*, 29 (6), 471-482.

- Pearlman, L. A. & Mac Ian, P. S (1995). Vicarious traumatization: an empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26 (6), 558-565.
- Perry, B.D. (2003). *The cost of caring - Secondary traumatic stress and the impact of working with high-risk children and families*. Lastet ned 01. oktober 2010, fra <http://www.harmonyadoptions.org/uploads/pdf/The%20Cost%20of%20Caring%20-%20Secondary%20Traumatic%20Stress.pdf>
- Polkinghorne, D. E. (2005). Language and meaning: data collection in qualitative research. *Journal of Counseling Psychology*, 52 (2), 137-145.
- RVTS (2010). Velkommen til RVTS Øst. Lastet ned 03.juni 2010, fra <http://ost.rvts.no/>
- Rønnestad, M. H. & Ladany, N. (2006). The impact of psychotherapy training: introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 16 (3), 261-267.
- Rønnestad, M. H. & Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and the therapist: research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development*, 30, 5-44.
- Saakvitne, K. W. (2002). Shared Trauma: the therapist's increased vulnerability. *Psychoanalytic Dialogues*, 12 (3), 443-449.
- Schwarz, N. (1999). Self-Report: how the questions shape the answers. *American Psychologist*, 54 (2), 93-105.
- Steele, K., van der Hart, O. & Nijenhuis, E. R. S. (2007). Faseorientert behandling av kompleks traumatisering. Arbeid med dissosiasjon og traumerelaterte fobier. I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (Red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer - Integrering av det splittede jeg* (2. utgave, s. 105-121). Oslo: Universitetsforlaget.
- Steinfeld, B. I., Coffman, S. J. & Keyes, J. A. (2009). Implementation of an evidence-based practice in a clinical setting: what happens when you get there? *Professional Psychology: Research and Practice*, 40 (4), 410-416.
- Sørli, M.-A., Ogden, T., Solholm, R. & Olseth, A. R. (2010). Implementeringskvalitet – Om å få tiltak til å virke: en oversikt. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47 (4), 315-321.
- van der Wee, J. (2007). Styrk den indre veggen - Arbeid med stabilisering og kontroll av gjenopplevelser. I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (Red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer - Integrering av det splittede jeg* (2. utgave, s. 138-154). Oslo: Universitetsforlaget.

- Weinberger, J. (1993). Common factors in psychotherapy. I G. Stricker & J. R. Gold (Red.), *Comprehensive handbook of psychotherapy integration* (s. 43-58). New York: Plenum Press.
- WHO (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. (Reprinted: 2003).
- Zachrisson, A. (2008). Motoverføring og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45 (8), 939-948.

8 Appendiksoversikt

Appendiks A: Forespørsel om å delta på intervju i hovedoppgaveprosjekt.....	I
Appendiks B: Samtykkeerklæring – deltakelse i hovedoppgaveprosjekt.....	II
Appendiks C: Intervjuguide del I: Spørreskjema.....	III
Appendiks D: Intervjuguide del II.....	IV
Appendiks E: Kursprogram – Undervisningsdager.....	V
Appendiks F: Mailkorrespondanse - til REK.....	VI
Appendiks G: Mailkorrespondanse - fra REK.....	VII
Appendiks H: Svarbrev fra Personvernombudet, NSD.....	VIII

Appendiks A

Forespørsel om å delta på intervju i hovedoppgaveprosjekt

Bakgrunn og hensikt

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en forskningsstudie, som skal brukes i en hovedoppgave av to studenter ved Profesjonsstudiet i psykologi, ved Universitetet i Oslo. Temaet for oppgaven vår er traumebehandling. Vi er interessert i å finne ut hvordan *Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging* (RVTS) sitt utdanningsprogram «Tryggere traumeterapeuter» har påvirket holdninger og praksis for de behandlerne som har tatt utdanningen, når det gjelder traumebehandling.

For å finne ut av dette, ønsker vi å gjennomføre dybdeintervju av de behandlerne ved en psykiatrisk poliklinikk på Østlandet som har gjennomført utdanningsprogrammet. Intervjuene vil forsøke å avdekke behandlernes egen opplevde kompetanse på traumebehandling, og eventuelle konsekvenser av utdanningen for deres egne kliniske praksis. Vi ønsker også å spørre om det er noe behandlerne opplever som mangelfullt ved opplegget for å kunne praktisere god traumebehandling. Vi er opptatt av behandlernes subjektive opplevelser.

Ved å delta i studien vil du bidra til å gi et bilde av traumebehandlingskompetanse i psykisk helsevern, samt gi en nyttig tilbakemelding til utdanningsprogrammet. Du kan få tilgang til å lese oppgaven når den er ferdig.

Deltakelse i studien

Å delta i studien innebærer å stille opp på et intervju om hvilke erfaringer du har gjort deg i forbindelse med å ha deltatt i utdanningsprogrammet ”Tryggere traumeterapeuter”, og hvordan dette har påvirket deg og din praksis. Vi vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted. Du velger selv hva du vil snakke om og hvor mye du vil si. Svarene vil bli brukt til å skape et bilde av behandlernes opplevelse av utdanningsprogrammet.

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven eller noe annet skriftlig dokument. Opplysningene og lydopptakene vil bli slettet når oppgaven leveres, innen utgangen av oktober 2010. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Din deltakelse er verdifull for oss

All informasjon du kommer med er verdifull, også eventuelt negative tilbakemeldinger er nyttige bidrag. Vi setter stor pris på at du deltar! Deltakelsen er frivillig, og du har mulighet til å trekke deg, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen.

Hvis du lurer på noe, kan du ringe eller sende e-post til oss (se kontaktopplysninger nedenfor) eller kontakt vår veileder Kirsten Benum, ved Psykologisk Institutt, telefonnummer 22 84 50 00.

Med vennlig hilsen

Jamie Norum

Tlf 97 02 94 08

jamien@student.sv.uio.no

Victoria Tidemand

Tlf 92 20 45 86

victoh0@student.sv.uio.no

Appendiks B

Samtykkeerklæring – deltakelse i hovedoppgaveprosjekt

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om denne studien, som omhandler behandlere i psykisk helsevern sine subjektive opplevelser i forbindelse med RVTS sitt kompetansehevingsprogram ”Tryggere traumeterapeuter”.

Jeg ønsker å stille til intervju i dette hovedoppgaveprosjektet.

Sted/dato

Signatur Telefonnummer

Appendiks C

Intervjuguide del I: Spørreskjema

Introduksjon

Takk for at du er med på intervjuet i forbindelse med hovedoppgaven vår.

Under selve intervjuet vil vi spørre deg om din egen opplevde kompetanse på traumebehandling og eventuelle konsekvenser av traumeutdanningen for din kliniske praksis. Men for å spare tid under samtalen, har vi noen få, enkle spørsmål som vi vil sette pris om du kan fylle ut i forkant av intervjuet. På forhånd, tusen takk!

Vennligst fyll ut svar på disse spørsmålene i forkant av intervjuet:

1. Hvilken arbeidsgruppe tilhører du/stilling/profesjon/yrkestittel?

Svar:

2. Hvor lenge har du arbeidet i denne profesjonen?

Svar:

3. Hvor lenge har du jobbet på denne poliklinikken?

Svar:

4. Hvordan opplevde du din egen traumebehandlingskompetanse **før** utdanningen? Med dette mener vi din samlede opplevelse av å ha erfaring, kunnskap og behandlingsverktøy tilgjengelig.

Svaralternativer: (sett kryss ved ett av alternativene)

- lite kompetanse
- noe kompetanse
- god kompetanse

- svært god kompetanse

5. Hvordan opplever du din egen traumebehandlingskompetanse nå **etter** utdanningen?

Med dette mener vi din samlede opplevelse av å ha erfaring, kunnskap og behandlingsverktøy tilgjengelig.

Svaralternativer: (sett kryss ved ett av alternativene)

- lite kompetanse
- noe kompetanse
- god kompetanse
- svært god kompetanse

6. Hva bidrar til at du vurderer din kompetanse slik?

Svar:

Appendiks D

Intervjuguide del II

Introduksjon

Takk for at du er med på intervjuet.

Vi er to stykker som gjennomfører det, men vi kommer til å ha hver våre roller. Jeg vil stille spørsmålene, mens den andre vil ta seg av det tekniske, passe tiden og observere samtalen. Ved å se på samtalen fra sidelinjen, vil hun ha mulighet til å fange opp utydigheter, og kan komme med innspill eller oppfølgingsspørsmål der det føles naturlig. Det vil bli tatt lydopptak av samtalen. Dette vil slettes etter at vi er ferdig med analysen.

Spørsmålene jeg stiller deg vil handle om din egen opplevde kompetanse på traumebehandling og eventuelle konsekvenser av traumeutdanningen for din kliniske praksis. Vi ønsker også å se om det er noe du opplever som mangelfullt ved opplegget for å kunne praktisere god traumebehandling.

Vi er interessert i din subjektive opplevelse av utdanningen. Noen spørsmål vil handle om det du har lært i utdanningen, men det er ikke for å teste konkret hva du har fått med deg. Vi er ute etter å se hva slags nytte du føler du har fått av det du har lært på traumeutdanningen. Vi er opptatt av å høre om dine erfaringer, og det er ingen svar som er riktige eller gale.

Intervjuet tar ca 1 time. Hvis det er noe du lurer på, eller hvis du ikke forstår spørsmålet kan du spørre meg. Hvis det er noen spørsmål du ikke vil svare på, så kan du velge å la være. Si fra hvis du trenger pause underveis.

FØR TRAUMEUTDANNINGEN

Introduksjon: Jeg vil begynne med å stille deg noen spørsmål om traumearbeid før du gikk traumeutdanningen.

1. Hva slags erfaring hadde du når det gjelder traumebehandling **før** utdanningen?
 - For eksempel arbeid med egne pasienter, kurs, lest litteratur
2. Før utdanningen, hvordan gikk du frem i behandlingen når du hadde en traumepasient?

- Gikk frem annerledes enn du gjorde med andre pasienter?
 - Fulgte du en spesiell behandlingsmodell?
 - Brukte du noen spesielle verktøy eller teknikker underveis?
3. Stilte du direkte spørsmål om traumatiske erfaringer til alle pasienter tidligere?
- Eventuelt, hvorfor ikke?
4. Brukte du faseorientert traumebehandling tidligere?
5. Kan du nevne noen eksempler på utfordringer du møtte i arbeidet med traumatiserte pasienter **før** utdanningen?
- For eksempel usikker på fremgangsmåte, utrygg ved gjenopplevelser

ETTER TRAUMEUTDANNINGEN

Introduksjon: Videre vil jeg spørre deg litt om det du har lært på traumeutdanningen.

6. Hva sitter du igjen med etter kurset er ferdig, som var spesielt viktig for deg?
- Hva er det som gjør at dette ble viktig for deg?
 - Kan du gi et eksempel på det?
 - Kan du beskrive det nærmere?
7. Hvilke nye stabiliseringsverktøy lærte du gjennom kurset? (fase 1)
- Har du begynt å bruke dem?
 - Føles det naturlig å bruke dem?
 - Er det noen som oppleves unaturlig/ubehagelig for deg å bruke? Kan du beskrive det nærmere?
 - Er det noen teknikker du ikke ser mening med? Kan du fortelle hvorfor?
8. Hvilke nye verktøy for bearbeiding av traumer lærte du gjennom kurset? (fase 2)
- Har du begynt å bruke dem?
 - Føles det naturlig å bruke dem?
 - Er det noen som oppleves unaturlig/ubehagelig for deg å bruke? Kan du beskrive det nærmere?

- Er det noen teknikker du ikke ser mening med? Kan du fortelle hvorfor?
9. Hva slags kunnskap om rehabiliteringsfasen har du tilegnet deg? (fase 3)
- Har du begynt å bruke noe av dette?
 - Føles det naturlig å bruke det?
 - Er det noe som oppleves unaturlig/ubehagelig for deg å bruke? Kan du beskrive det nærmere?
 - Er det noe du ikke ser mening med? Kan du fortelle hvorfor?
10. Hva var kjent fra før for deg i kurset?
- Var den traumeforståelsen dere lærte under kurset kjent fra før?
 - Var faseorientert behandlingsmodell kjent fra før?
 - Var stabiliseringsteknikkene kjent fra før?
11. Hvordan går du frem i behandlingen når du har en traumepasient nå? Kan du gi et eksempel på det? (*forsøke å finne ut om de bruker verktøy/strategier nevnt i spørsmål 13, 14 og 15*)
- Kanskje det er lettere å svare på dette hvis du tenker på en pasient?
 - Går du frem annerledes enn du gjør med andre pasienter?
 - Følger du en spesiell behandlingsmodell?
 - Bruker du noen spesielle verktøy eller teknikker underveis?
12. Stiller du direkte spørsmål om traumatiske erfaringer til alle pasienter nå?
- Hvordan kjennes det ut for deg å spørre om?
13. Diagnostiserer du flere pasienter med traumerelaterte lidelser nå enn tidligere?
- Kan du si noe om hvilke diagnoser du stillere oftere?
 - Hva er grunnen til det?
14. Bruker du faseorientert traumebehandling nå?
- Føler du deg sikker i fremgangsmåten av den faseorienterte tilnærmingen?
 - Eventuelt, hva mangler for at du skal føle deg sikker?

15. Merker du en endring hos deg selv i forhold til behandlerrollen i etterkant av kurset?
- På hvilken måte? Kan du beskrive det nærmere?
16. Har du blitt en tryggere traumeterapeut? (*Med dette mener vi: at du føler deg sikker i din rolle som behandler, at du opplever å ha god kunnskap om traumebehandling, at du har god selvtilit som behandler, opplever at du kan ivareta både pasienten og deg selv i traumearbeid*).
- Hva er det som gjør at du føler det?
17. Hva kunne du ha trengt for å bli en enda tryggere traumeterapeut?
- Tror du at du kan beskrive det litt nærmere?

For de som deltok i veiledningsgruppen:

18. Har veiledningsgruppene tilført deg noe i tillegg til undervisningen?
- Hvordan har dette bidratt til å gjøre deg til en bedre traumeterapeut?
 - Kan du beskrive det nærmere?
19. Kurslederens intensjon var at de som deltok i veiledningsgrupper skulle være ressurspersoner på sin arbeidsplass. Hvordan utformet du rollen som ressursperson?
- Hvordan har det vært for deg å være ressursperson?
 - Selv om de kursansvarlige ikke formidlet dette godt nok, så har du allikevel kanskje delt noe av din kunnskap med de andre på din arbeidsplass? Hvordan?
 - Evt. hvorfor ikke?

For de som ikke deltok veiledningsgruppen:

20. Har du inntrykk av at de som har deltatt på veiledningsgruppen har opparbeidet seg mer kompetanse enn de som ikke har deltatt?
- Har du ønsket at du også kunne vært på veiledningsgruppene?
21. Kurslederens intensjon var at de som deltok i veiledningsgrupper skulle være ressurspersoner på sin arbeidsplass. Hvordan opplever du at ressurspersonene har utformet sin rolle?

- Er det noe du kunne ønsket at ressurspersonene hadde bidratt mer med?

SEKUNDÆR TRAUMATISERING

Introduksjon: Nå vil jeg spørre deg litt om egne reaksjoner i forbindelse med traumepasienter.

22. Har du **selv** opplevd å få reaksjoner i terapirommet eller etter timen når pasienter har gått inn i sine traumehistorier?
- Hvordan merket du dette? Kroppslige reaksjoner? Tanker? Følelser?
 - Kan du nevne noen eksempler på dette?
23. Hvordan håndterer du disse emosjonelle reaksjonene?
- Kan du gi noen eksempler på dette?

OPPSUMMERINGSSPØRSMÅL

Introduksjon: Ja, det er viktig å ivareta seg selv i et så krevende arbeid.

Nå begynner vi å nærme oss slutten av intervjuet. Avslutningsvis har jeg noen oppsummerende spørsmål.

24. Hva vil du trekke frem som det mest betydningsfulle for deg ved å ha gått denne utdanningen?
- *Dersom svaret er utenom det vi er ute etter (feks samhold på arb.plassen osv):* Hva var det ved **utdanningen** som var betydningsfullt for deg som behandler?
 - Kan du forklare hvorfor dette har vært viktig for deg som behandler?
 - Hvordan har dette hjulpet deg i ditt arbeid?
 - Opplever du at dette har bidratt til at du tenker annerledes om traumepasienter? Kan du gi noen eksempler på dette?
 - Opplever du at dette har bidratt til at du tenker annerledes om deg selv som terapeut? Kan du gi noen eksempler på dette?
25. Hva kunne du ønsket hadde vært annerledes i utdanningen for at du eventuelt kunne hatt større utbytte av den?

- *Dersom svaret er utenom det vi er ute etter (feks tok mye tid osv): Dette er viktig informasjon som vi kan ta med tilbake til kurslederne, men er det noe med **innholdet** i kurset som du kunne ønske deg var annerledes?*
- Var det noe som ikke ga deg mening?
- Var det noe som var ubehagelig?

26. Er det noe jeg ikke har spurt deg om som du har lyst til å fortelle om?

27. Hvordan var det å være med på dette intervjuet?

- Var det noen spørsmål som var vanskelige eller ubehagelige å svare på?
- Er det noe jeg kunne ha sagt annerledes slik at det ble lettere for deg å uttrykke det du ønsket?

AVSLUTNING

Da er jeg ferdig med intervjuet.

Kan jeg kontakte deg senere for eventuelle spørsmål eller oppklaringer til det du har sagt under samtalen vår? Hvis det er noe du lurer på i etterkant av intervjuet kan du kontakte enten oss eller vår veileder Kirsten Benum.

Til slutt – vil jeg igjen si tusen takk for at du tok deg tid til å svare på alle spørsmålene våre. Vi setter stor pris på at du delte dine erfaringer med oss. Informasjonen du har gitt oss vil komme til god nytte i undersøkelsen vår ☺

Appendiks E

Kursprogram - Undervisningsdager

Kursgang	Dato	Tema	Forelesere
1	25. og 26. februar	Forståelse	Trine Anstorp/ Judith van der Weele
2	25. og 26. mars	Diagnostisering	Ingunn Holbæk/ Kathinka Salvesen/ H. Jørgensen
3	22. og 23. april	Stabilisering	Judith van der Weele/ Annika With
4	27. og 28. mai	Tilknytning	Kirsten Benum/ Kathinka Salvesen
5	26. og 27. august	Vold	Mette Skålholt/ Harald B. Jørgensen
6	16. og 17. september	Bearbeiding	Ingunn Holbæk/ Trine Anstorp
7	28. og 29. oktober	Rus/ Sekundær traumatisering	Astrid-Marie Tafjord/ Arild Steinsholt Jervell

Appendiks F

Mailkorrespondanse - til REK

Emne: Emne: Hovedoppgave Universitet i Oslo - usikker om vi må søke REK

Dato: 06.01.10, kl 20.31

Fra: Jamie Norum <jamien@student.sv.uio.no>

Til: REK sør-øst <post@helseforskning.etikkom.no>

Kopi: Victoria Tidemand <victofo@student.sv.uio.no>

Hei,

Jeg og en medstudent ved profesjonsstudiet i psykologi ved universitetet i Oslo er i gang med hovedoppgaven. Vi skal intervjuere behandlere ved en psykiatrisk poliklinikk som har deltatt i et utdanningsprogram om traumebehandling. Intervjuene vil forsøke å avdekke behandlernes holdninger til traumebehandling og deres opplevde nytteverdi av kurset. Det er altså en undersøkelse av subjektivt opplevd nytteverdi av kurset i traumebehandling for de ansatte ved poliklinikken.

Vi tror at vi ikke må søke REK for denne undersøkelsen, da den ikke berører pasienter eller utgjør noen forskjell for den behandling pasientene får. Vi har forsøkt å dobbelsjekke dette med veileder Kirsten Benum ved Psykologisk institutt og andre fagpersoner ved universitetet. Det er ingen som har hatt mulighet til å avkrefte eller bekrefte vår mening. Derfor har vi blitt anbefalt å kontakte REK direkte for å være på den sikre siden.

Er det noen hos dere som kan hjelpe oss med å finne ut om vi må søke eller ikke? Kan dere evt sende meg en forespørsel dersom dere trenger mer informasjon om prosjektet før dere kan svare.

På forhånd takk.

Mvh Jamie Norum

Appendiks G

Mailkorrespondanse - fra REK

Emne: Re: Hovedoppgave Universitet i Oslo - usikker om vi må søke REK

Dato: 13.01.10, kl 07.36

Fra: REK sør-øst <post@helseforskning.etikkom.no>

Til: Jamie Norum <jamien@student.sv.uio.no>

Kopi: Victoria Tidemand <victofo@student.sv.uio.no>

Kjære Jamie Norum

Din forespørsel er vurdert av komiteens leder, Stein A. Evensen. Slik prosjektet er presentert i din henvendelse vurderes det som ikke-fremleggelsespliktig for REK.

Beste hilsen,

Ingrid Middelthon

seniorrådgiver REK Sør-Øst D

Appendiks H

Svarbrev fra Personvernombudet, NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Heald Hørlagens gate 29
N-007 Bergen
Norway
Tel: +47 55 58 21 17
Fax: +47 55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 905 221 884

Kirsten Benum
Psykologisk institutt
Universitetet i Oslo
Postboks 1094 Blindern
0317 OSLO

Vår dato: 12.04.2010

Vår ref: 23925 / 2 / 7901

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.03.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

23925	<i>Kvalitativ undersøkelse av behandlernes opplevelse av effekten av R1/TS sitt utdanningsprogram "Triggere traumeterapeuter"</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Kirsten Benum
Student	Jamie Norum

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/foesk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 25.10.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Hennrichsen


Ragnhild Kise Haugland

Kontaktperson: Ragnhild Kise Haugland tlf: 55 58 83 34
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Jamie Norum, Kløfteneveien 7, 1642 SALTNES

Kundingskontore / Client Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0818 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. nsd@uib.no
BERGEN: NSD, Bergen tekniske høgskole/lage og institutt, 7401 Tysseleira. Tel: +47 55 59 19 01. nsd@iuh.uib.no
TRONHEIM: NSD, IFF, Universitetet i Trondheim, 7037 Trondheim. Tel: +47 77 64 42 36. nsd@iuh.uib.no



Utvalget består av 12 behandlere i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern, som har deltatt på et traumeutdanningsprogram.

Utvalget har blitt rekruttert gjennom et informasjonsmøte på deres arbeidsplass der potensielle informanter fikk muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet. De som ønsker å delta i prosjektet samtykker skriftlig. Personvernombudet finner informasjonsskrivet vedlagt meldeskjema godt utformet.

Opplysningene samles inn gjennom spørreskjema og personlig intervju. Det gjøres lydopptak av intervju, men opptakene lagres ikke på PC. Det registreres navn på informantene, og navn erstattes med et referansenummer som kan knyttes til en navneliste som oppbevares atskilt fra det øvrige datamaterialet.

Innsamlede opplysninger registreres på privat PC, og Personvernombudet legger til grunn at bruk av privat PC er i tråd med Universitetet i Oslo sine rutiner for datasikkerhet.

Senest innen prosjektslutt, 25. oktober 2010, skal datamaterialet anonymiseres ved at lydopptak og navneliste/koblingsnøkkel slettes og indirekte identifiserende bakgrunnsopplysninger slettes eller omskrives/kategoriseres slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.