



**Høgskolen  
i Innlandet**

**Fakultet for Helse- og sosialvitenskap**

**Mastergradsoppgave i psykisk helsearbeid**

**Studieprogram 4PM791**

**«Hvilke erfaringer har helsepersonell i første og  
andrelinjetjenesten innen psykisk helsearbeid med  
traumebehandling?»**

**“What experiences do health personnel in first- and  
second-line services have in mental health work  
with trauma treatment? »**

**Marie Therese Odsbu**

**Antall ord: 24273**

**Mai 2023**

## Forord

Det har vært en lærerik studieperiode med forelesninger, gruppearbeid og fremføringer av relevante temaer som er nært knyttet til praksisfeltet. Gode og dyktige foreleser har gjort masterstudiet i psykisk helsearbeid interessant og givende. Det har samtidig også vært tidkrevende og utfordrende ved siden av familie og jobb.

Min motivasjon for studie har vært å fullføre siste del av et tidligere påbegynt masterstudie. Da jeg den gang hadde små barn som gjorde at tiden ikke strak til. Ved oppstart tenkte jeg at nå er tiden inne for å fullføre, men jeg har opplevd utfordringer underveis, da livet skjer. Nå når barna har blitt store, krever andre familiemedlemmer som foreldre mye tid og omsorg. Men nå ser jeg at målet om å fullføre siste del av masterstudiet nærme seg slutten.

Min faglige motivasjon for studiet var at jeg ønsket å fordype meg i tema om traumebehandling. Da jeg nå underviser i videreutdanningen «psykisk helsearbeid og rusarbeid» ved Fagskolen i Viken og jeg møter mange pasienter i min jobb i spesialisthelsetjenesten, som har store utfordringer med tidligere eller nylige opplevde traumatiske hendelser. Jeg ønsket mer kunnskap innenfor et tema som kan åpne opp for dypere forståelse og styrke min kompetanse ute i arbeidsfeltet. Denne studien har gitt meg muligheter til å se sammenhenger mellom mine kliniske erfaringer og tilegne meg ny kunnskap om hvordan helsepersonell ved andre institusjoner i både første- og andrelinjetjenesten har av erfaringer med traumebehandling. Målet med mine funn og min kunnskaps økning i denne studien er å videreføre det ved å engasjere både studenter og kollegaer ute i klinisk praksis og ta det i bruk i undervisningssammenheng.

Jeg vil benytte anledningen til å takke alle institusjoner og informanter som takket ja til å delta i min studie. Ved at de tok seg tid og delte sine erfaringer og kunnskaper innen traumebehandling. Denne deltagelsen og deres engasjement var avgjørende for å gi meg et rikt datamateriale av deres erfaringer, tanker og opplevelser som har utvidet min innsikt og forståelse fra deres arbeidshverdag. Jeg vil også takke nær familie, venner og kollegaer for støtte og tålmodighet og at jeg har kunnet dele tanker, kunnskap og frustrasjoner med dere. Takk for nyttige innspill og refleksjoner. Takk til medstudenter og lærere som har bidratt til gode innspill og faglige diskusjoner under opponentskapet. Takk til min barndomsvenninne som har lest igjennom teksten og gitt meg tilbakemeldinger på ufullstendige setninger, skrive og kommafeil. Til slutt vil jeg takke min dyktige og tålmodige veileder Anne Mari Steigen for alle innspill og din fleksible tilgjengelighet underveis i prosessen. Uten dere alle hadde jeg ikke lært alt som jeg har gjort i denne prosessen.

## Sammendrag på norsk

**Tittel:** Traumebehandling sett fra helsepersonells perspektiv.

**Undertittel:** En studie som beskriver hva slags behandlingsmetoder som blir brukt og hvordan metodene praktiseres i behandlingsforløpet. Videre belyses helsepersonells erfaringer med traumekunnskap, ferdigheter, tverrfaglige og tverretatlige samarbeid og hva de opplever som spesielt viktig for behandlingsprosessen.

**Problemstilling i studien:** Hvilke erfaringer har helsepersonell i første og andrelinjetjenesten innen psykisk helsearbeid med traumebehandling?

**Bakgrunn:** Forskningsartikler og egenerfaring viser ulik praksis på hvordan traumebehandling tilbys og hva som vektlegges i traumebehandlingsprosessen. Selv om det har kommet nyere forskning og behandlingsmetoder som viser seg å gi bedre resultater, velger noen institusjoner å tilby den faseindelte traumebehandlingen.

**Hensikt:** Med denne studien har jeg hatt til hensikt å utforske og utvikle dypere kunnskap innen traumebehandling. Dette kan være med å bidra til bedre forståelse og økt innsikt i hva pasienter har behov for i traumebehandling av oss helsepersonell. En slik forståelse kan være med på å sette oss helsepersonell i bedre stand til å planlegge, tilrettelegge og justere behandlingsforløpet for våre pasienter under behandlingsprosessen.

**Metode:** Dette er en kvalitativ studie med (induktiv tilnærming), hvor syv ansatte ved forskjellige institusjoner som jobber med traumebehandling ble intervjuet ved hjelp av et semistrukturert intervju. I intervjuene ble de bedt om å fortelle om hvilke metoder og hvordan de jobbet med traumepasientene, og de delte erfaringer, tanker og historier fra sin arbeidshverdag. Intervjuene ble transkribert og analysert fenomenologisk, ved hjelp av Malterud sin analysemetode systematisk tekstkondensering (-STC).

**Resultater:** Studien har følgende tre hovedfunn etter å ha brukt STC; «Felles faglig forankring og klinisk erfaring», «behandlingsprosessen» og «samhandling».

**Konklusjon:** Funnene kan tyde på at det ikke er behandling metodene og manualen som er selve utfordringen, men det kom frem forskjellige årsaksforklaringer i forhold til implementeringen. Noen trakk frem indre motstand, da de erfarte at tidligere metoder fungerte. Andre trakk frem mer tydelig forankring i ledelsen, slik at helsepersonell får en god fagliginnføring av behandlingsmetoder og manualer, slik at alle ansatte skal tilby og praktisere nye behandlingsmetoder. Det kom frem at når helsepersonell var trygge på teori og metode, da var de mer fokusert på betydningen av å være oppmerksom på seg selv i forhold til tilstedeværelse og inntoning i behandlingsrelasjonen. Tidsperspektivet ble trukket frem som viktig i alle hovedfunnene. I samhandlingsprosessen viste det seg at kommunikasjon, relasjon og samarbeid var essensielt. Det kom frem at både internt og eksternt samarbeid var viktig i behandlingsprosessen, men det var forskjellige erfaringer blant informantene om hvor godt det fungerte i praksis.

**Nøkkelord:** Traumebehandling, helsepersonell, psykisk helsearbeid

## Summary in English

**Title:** Trauma treatment seen from the perspective of health personnel.

**Under title:** This is a study describing what kind of treatment methods are used and how the methods are practiced in the course of treatments. Health personnels experiences with trauma knowledge, skills, interdisciplinary and interagency collaborations and what they perceive as particularly important for the treatment process are also highlighted.

**Research question in the study:** What experiences do health personnel in the first- and second-line services have in mental health care with trauma treatment?

**Background:** Research articles and personal experience show different practices on how trauma treatments is offered and what is being emphasized in the trauma treatment process. Although new research and treatment methods have shown improved results, some institutions still choose to offer the phase-oriented trauma treatment.

**Purpose:** To explore and develop deeper knowledge in trauma treatment has been the purpose of this study. Hopefully, my research can contribute to a better understanding and increased insight into what patients need in trauma treatments of us health personnel. Such an understanding can aid us health personnel to improve planning, adapt and adjust the treatment course for our patients during the treatment process.

**Method:** This is a qualitative study with an inductive approach. Seven informants from different institutions working with trauma treatment were interviewed using a semi-structured interview, in which they were asked to explain which methods they preferred and how they worked with trauma patients. Informants shared experiences, thoughts and stories from their everyday work. The interviews were transcribed and analyzed phenomenologically, using Malterud's analytical method systematic text condensation –(STC).

**Results:** The study has the following three main findings after using STCs; “joint professional grounding and clinical experience”, “treatment process” and “interactions”.

**Conclusion:** The findings may indicate that it is not the treatment methods nor the manuals that are the actual challenge, but rather the different causal explanations that emerged in relation to the implementation. Some informants highlighted internal resistance when they found that previous methods worked. Others again, highlighted a clearer grounding in management, so that health personnel receive good professional introduction of treatment methods and manuals, so that all employees will offer and practice new treatment methods. Findings show that when health personnel were confident in their theory and method, they were more focused on the importance of paying attention to themselves in relation to their presence and atonement in the treatment relationship. The time perspective was highlighted as important in all the main findings. In the collaborative process, it turned out that communication, relationships and cooperation were essential. The findings showed that both internal and external collaboration was important in the treatment process, but the informants had different experiences of how well it worked in practice.

**Keywords:** Trauma treatment, health personnel, mental health work

# Innhold

1.0 Innledning .....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	8
1.2 Presentasjon av problemstillingen .....	9
1.4 Begrepsavklaringer og avgrensninger .....	9
1.5 Personlig begrunnelse for valg av tema .....	10
1.6 Oppgavens struktur .....	11
2.0 Traumeteori og forskning .....	12
2.1 Psykisk helsearbeid .....	12
2.1.1 Psykisk helse .....	12
2.2 Traumeteori .....	13
2.2.1 Polyvagale teori -en del av traumeteorien.....	15
2.2.2 Modellen om toleransevinduet .....	17
2.3 Konsekvenser av traumer .....	17
2.4 Traumebehandling.....	20
2.5 Tidligere og nyere forskning.....	21
2.5.1 Litteratur og artikkelsøk - søkeprosessen .....	24
3.0 Metode .....	25
3.1 Vitenskapeteoretisk forankring.....	25
3.2. Valg av metodisk tilnærming -design .....	26
3.3 Forforståelse .....	27
3.4. Utvalg, rekruttering og beskrivelse av informantene.....	28
3.5 Utarbeidelse av intervjuguide -forarbeidet.....	29
3.6 Kvalitativt forskningsintervju – Gjennomføring av intervjuene.....	30
3.7 Analyse av datamaterialet .....	30
3.7.1 Transkribering.....	31
3.7.2 Systematisk tekstkondensering som analysemetode .....	32
3.8 Forskningsetikk .....	35
4.0 Resultat- Funn.....	37
4.1 Felles faglig forankring og kliniske erfaring .....	37
4.1.1 Nok viten om hva som jobbes med.....	38
4.1.2 Implementering av nye arbeidsmetoder .....	38
4.1.3 Den som skal hjelpe andre må kjenne seg selv .....	38
4.2 Behandlingsprosessen .....	39
4.2.1 Læring på tvers .....	40
4.2.2 Etablere et trygt gruppeterapeutisk miljø.....	41

4.2.3 Parallelt behandlingsforløp som inkluderer første og andre linjetjenesten.....	42
4.3 Samhandling .....	42
4.3.1 Samarbeid .....	42
4.3.2 Kommunikasjon .....	43
4.3.3 Relasjon.....	43
5.0 Diskusjon av funn og metode.....	44
5.1 Felles faglig forankring og kliniske erfaringer.....	44
5.2 Behandlingsprosessen .....	46
5.3 Samhandling .....	55
5.4 Diskusjon av metoden.....	56
5.1.1 Validitet.....	57
5.1.2 Overførbarhet og konsistens .....	57
5.1.3 Intern og ekstern validitet.....	58
5.4 Praktiske implikasjoner av mine funn om videre relevans for psykisk helsearbeid.....	59
6.0 Konklusjon .....	60
7.0 Referanser .....	61
8.0 Vedlegg .....	67
8.1 Vedlegg 1 Forespørsel og orientering til ledere ved institusjoner .....	67
8.2 Vedlegg 2 Informasjon om forskningsprosjektet og informert samtykke til behandling av personopplysninger til deltakere i forskningsprosjektet.....	68
8.3 Vedlegg 3 Intervjuguide .....	71

## 1.0 Innledning

Undersøkelser som «Livskvalitet i Norge 2020» (SSB, 2020) og «2021» (SSB, 2021) viser at en stor andel opplever et traume i løpet av livet. Livskvalitetsundersøkelsene viser at noen mennesker rammes mer av negative livshendelser enn andre. De som er mest utsatt er mennesker med lav utdanning, mottakere av sosialhjelp, de som har nedsatt funksjonsevne og enkelte grupper blant ikke-heterofile. De har i større grad opplevd vold, trusler, ydmykkelser og seksuelle overgrep gjennom livsløpet. Psykisk vold og andre voldshendelser har langsiktige konsekvenser, knyttet til økt risiko for utenforskap og nedsatt psykisk helse. Begrepsforståelsen av hva et traume er skaper likevel uklarhet rundt tallgrunnet. Oppfattelsen av hva som er traumatiske hendelser kan komme an på hvem man spør, og hvordan spørsmålene formuleres, og den enkeltes forståelse av begrepet. Traumatiske opplevelser kan være alt fra utsagn som fremsettes over den enkelte -som andre nødvendigvis ikke reagerer på til de mer komplekse og livstruende situasjoner som overgrep, ulykker og krigshandlinger. Noen grupper for eksempel utrykningspersonell og soldater i utenlandstjeneste, er spesielt utsatt på grunn av sitt yrke og de risikosituasjoner disse yrkene medfører. Andre grupper som rusmisbrukere eller flyktninger, vil av sosiale og miljømessige grunner være mer risikoutsatte enn befolkningen for øvrig, og vil derfor oppleve mer traumatiske hendelser enn befolkningen ellers (SSB, 2022).

En landsomfattende undersøkelse i 2014 av vold og overgrep blant den voksne befolkningen i Norge viste at svært mange har traumeerfaringer. Nesten halvparten av menn og en fjerdedel av kvinner har blitt utsatt for fysisk vold etter fylte 18 år. Nesten 10 % av kvinner og 1 % av menn har opplevd å bli voldtatt. 10 % har opplevd fysisk vold i familien under oppveksten, mens 10 % av kvinner og 3.5 % av menn har opplevd en form for seksuelt overgrep før de fylte 13 år. Tallene fra studien om vold i et livsløpsperspektiv viser at til tross for at Norge er et fredelig land, har mange opplevd svært belastende hendelser, som kan føre til plager i ettertid (NKVTS, 2014).

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress -NKVTS har i perioden 2014-2018 hatt ett forskningsprogram -som omfatter vold mellom voksne og vold mot barn og unge i Norge. Formålet med forskningsprogrammet var å oppnå mer kunnskap om hvordan vold påvirker mennesker over tid, samt forstå volden som et fenomen samfunnsmessig og kulturelt. Videre var det fokus på, dens årsaker og konsekvenser, helsetjenestens tilnærming til den voldsutsatte og voldsutøveren og rettsapparatet oppfølging. I dag utføres en videreføring av dette forskningsprogrammet ved NKVTS. Studiet er i perioden 2019-2024, og er en utdypning av forskningsprogrammet fra 2014-19, hvor man nå særlig vil stille nye og utdypende spørsmål fra funnene som ble gjort i det første studiet. Man ønsker nå å få ytterligere kunnskap om forekomst og konsekvenser av vold og overgrep i ett makro og mikroperspektiv. Andre punkter er seksuell vold i nære relasjoner mellom unge. Et tredje fokusområdet er vold i parforhold og andre nære relasjoner (NKVTS, 2022).

Det kommer frem i St.meld. nr.32 (2020-2021) – Ingen utenfor -En helhetlig politikk for å inkludere i arbeids og samfunnslivet at koronapandemien grunnet isolasjon medførte forsterket de psykiske utfordringene blant unge og voksne. Dette til tross for at de fleste barn og unge vokser opp i trygge omgivelser, med gode levekår og muligheter til å utvikle seg. I Norge finnes flere tilgjengelige tjenester innen helse, NAV, skole og utdanning, som bidrar til like muligheter og til å redusere forskjellige levekår. Men for noen barn og unge er likevel oppvekstsituasjonen medvirkende til at de får utfordringer og problemer, som igjen kan medføre komplekse traumer i barn-ungdomsår eller voksen alder (Regjeringen, 2021).

For voksne påvirker vold i nære relasjoner den enkeltes hverdagsmestring og kan medføre utvikling av traumer. Riktig helsehjelp, tett tjenesteoppfølging her under tiltak og/eller behandling, kan være med på å gjenskape trygge mennesker og familier. Slik innsats vil også redusere risikoen for at levekårsutfordringer vil gå i arv. Ubearbeidede traumeerfaringer medfører store omkostninger, både helsemessig og økonomisk. Ikke bare for den enkelte, men for samfunnet som helhet (Regjeringen, 2021). Under Koronapandemien har unge gått glipp av viktige læringsarenaer på skole og fritidstilbud (Folkehelseinstituttet, 2021, s. 18). Folkehelseundersøkelser fra 2020 viser at andelen med psykiske helseplager er høyest blant unge, men avtar med alderen. Blant de voksne er et signifikant funn at andelen psykiske plager er høyere i arbeid som har hatt hjemmekontor, enn de som har utført arbeid på arbeidstedet. Flere har utfordringer med ensomhet og psykiske helseplager, unge og alene boende sliter mest (Aarø et al., 2020).

Psykiske helseutfordringer ser ut til å ha økt i omfang og alvorlighetsgrad, og det er en bekymring for at flere kan ha blitt utsatt for vold, overgrep og negativ sosial kontroll under pandemien. Vi helsepersonell har under pandemien opplevd økte behov for akutt og subakutte sykehusinnleggelses. Pr. dags. dato mangler likevel tilstrekkelig empiri, som kan dokumentere dette. St.meld.nr. 32 – Ingen utenfor – En helhetlig politikk for å inkludere flere i arbeids og samfunnslivet, tar opp utfordringene i kjølvannet av epidemien. De langsiktige konsekvensene koronapandemien medfører for enkeltes utdanning, helse, sysselsetting, integrering og deltagelse i samfunnet, kjenner vi ennå ikke omfanget av. Innsatsen for at barn, unge og voksne ikke blir gående fortsatt inaktive nå da pandemien er på tilbakegang har fokus i Stortingsmeldingen.

I 2006 etablerte Helsedirektoratet fem Regionale Ressurssentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging -RVTS, i Norge. Da skulle arbeidet rundt og med traumatiserte bygges opp og styrkes, med offentlige helsemyndigheter i ryggen. Ved RVTS-Øst var det erfarne traumeterapeuter som utviklet et traumefaglig kompetanseprogram som fikk navnet *Tryggere Traumeterapeuter -TT* rettet mot spesialisthelsetjenesten. Kompetanseprogrammene har gitt opplæring i traumeteori, med



fokus på hvordan en kan forstå, kartlegge og behandle mennesker som har vært utsatt for traumer. Noen ansatte i spesialisthelsetjenesten fikk tilbud fra 2008 om å øke sin kompetanse i hjelpeapparatet, i forhold til traumeutsatte (Anstorp & Benum, 2014, s. 321). RVTS Nord har på oppdrag av Helsedirektoratet utviklet ett e-læringskurs som heter *Stø kurs* for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten (RVTS-vest, 2022).

Ettersom det på traumefeltet finnes en del forskning på effekten av kunnskapsbasert og tradisjonelle behandlingsmetoder for PTSD, vet vi helsepersonell en god del om hva som kan være god behandling, som vi kan lene oss på i vårt møte med pasientene. I dag finnes det flere typer modeller som kan tilbys pasienten. De siste årene har det vært stor endring i behandlingstilbudet til traumepasienter via pakkeforløp -helsedirektoratet sine retningslinjer, som kom i 2018. Her ble det utarbeidet og presentert 8 forskjellige pakkeforløp innen psykisk helse og rus, i hvert av disse pakkeforløpende inngår traumeperspektivet. Regionalt i Midt-Norge har det satsset på å utarbeide ett eget regionalt pasientforløp for mennesker som har opplevd traumer. Intensiv traumebehandling, som utfordrer etablert praksis i spesialisthelsetjenesten. De startet med ett pilotprosjekt i mars 2019 (NKVTS, 2019).

I takt med framtidens behov for raske behandlingsforløp og spesialisert helsepersonell, har interessen og oppmerksomheten rundt traumebehandling økt og hvordan vi kan høyne kvaliteten på en god måte. Helsevesenet med sine behandlingsmetoder er i en spennende utvikling. De siste årene har det blitt store endringer i lover og forskrifter som regulerer helsevesenet sin posisjon til å hjelpe. Økte forventninger og krav om rask tilfriskning fra enkelt individet, pårørende, til stor samfunnet. Lovverket som gir føringer og spiller en stor betydning i selve behandlingsforløpet er psykisk helsevern, helsepersonell, pasient og brukerrettighetsloven.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hensikten med denne studien er at jeg skal få belyse og utvikle fordypet kunnskap om helsepersonells opplevelser av det behandlingstilbudet de gir sine pasienter. Det å undersøke dette fra helsepersonellens perspektiv kan bidra til at jeg får bedre forståelse og økt faglig innsikt i hvor utfordringene ligger. Det er lite forskning på hva helsepersonell erfarer og tenker rundt det behandlingstilbudet vi tilbyr for personer som har vært utsatt for traumer. Det er forsket mye på traumebehandlingsmetoder, men mindre på helsepersonellens opplevelser og erfaringer fra behandlingen. Det er en kunnskapsbegrensning jeg ønsker å se nærmere på i min masteroppgave. Hvordan kan vi i helsevesenet best behandle mennesker med traumelidelser. Hvilke faktorer som spiller inn og hva helsepersonell tenker pasienter har behov av og trenger i behandlingsprosessen, for å få en bedre hverdag. Det kan gjøre oss helsepersonell bedre i stand til å tilrettelegge og tilby den enkelte pasienten gode behandlingsmetoder, for at pasienten får best utbytte av sitt

behandlingsforløp. I tilgjengelig litteratur er det beskrevet lite om metodene og behandlingstilbudet vi i dag gir er av god nok kvalitet.

## 1.2 Presentasjon av problemstillingen

På bakgrunn av overstående har jeg valgt følgende problemstilling:

### «Hvilke erfaringer har helsepersonell i første og andrelinjetjenesten innen psykisk helsearbeid med traumebehandling?»

Denne problemstillingen medfører oppfølgingsspørsmål rundt hva slags behandlingsmetoder som blir brukt og hvordan metodene praktiseres i behandlingsforløpet? Videre belyses kunnskap og ferdigheter helsepersonell opplever som spesielt viktig og hvor stor betydning det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet har for behandlingsprosessen?

## 1.4 Begrepsavklaringer og avgrensninger

I problemstillingen bruker jeg begrepet **erfaringer** da det er naturlig å bruke begrepet i sammenheng med den enkeltes helsepersonell opplevelse av konteksten, den hjelperollen de står i ved å tilby informasjon, veiledning og terapi. **Helsepersonell** forstår jeg i denne studien som alle yrkesgrupper som jobber direkte med pasienten i behandlingsforløpet som eksempel miljøpersonell, psykolog og psykiater. Helsepersonell som deltar i studien, vil bli benevnt som **informantene**. Det er en anbefalt terminologi av Malterud (2017, s.42). **Traumebehandling** er det behandlingstilbudet den enkelte institusjon tilbyr sine pasienter i behandlingsforløpet. I studiens problemstilling er **første- og andrelinjetjenesten** blitt brukt. Norsk helsevesen er nivådelt, alle har sine ansvarsområder, oppgaver og sin organisering. Mange av våre pasienter mottar hjelp fra de ulike nivåene samtidig eller til ulik tid i behandlingsforløpet. **Førstelinjetjenesten** er kommunalnivå. Dette vil si tjenester og behandlingstilbud som er lokalt lett geografisk tilgjengelig for kommunenes innbyggere. Førstelinjetjenesten er underlagt lov om kommunale helse og omsorgstjenester. I §3-1 har kommunen ett overordnet ansvar for personer som oppholder seg i kommunen, de tilbys nødvendige helse og omsorgstjenester (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011, s. §3.1). Videre i § 3-2 kommer det frem hva kommunen skal tilby av helsefremmende og forebyggende tjenester, ved ulykker og andre akutte situasjoner psykososialt beredskap og oppfølging og psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, ss. § 3-2). Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid fremheves i helse og omsorgstjenesteloven og i folkehelseloven. Denne studien omfatter tverrfaglig helsepersonell som jobber med psykisk helsearbeid i oppsøkende virksomhet og dagtilbud i kommunen.

**Andrelinjetjenesten** -spesialisthelsetjenesten er nivået over førstelinjetjenesten. Andrelinjetjenesten er statlig og fylkeskommunalt nivå som tilbyr spesialiserte tjenester og behandlingstilbud. De yter tjenester til ett helt fylke eller tilbyr spesialiserte tjenester på regionalt nivå. I lov om spesialisthelsetjenester § 2-1 har staten det overordnede ansvar. «*Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon*» (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, ss. § 2-1a). Denne studien er informantene i andrelinjetjenesten tverrfaglig helsepersonell fra Psykiatrisk akuttmottak, Distriktpsikiatrisk senter-DPS døgn og Distriktpsikiatrisk poliklinikk. Jeg har valgt å avgrense denne studien ved å ikke trekke inn TSB som er den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingen innen spesialisthelsetjenesten, da det er for omfattende for denne studien. Det er i utgangspunktet viktig å se psykisk helsearbeid og rusarbeid i en sammenheng og tjenestene må samarbeide seg imellom og mellom første og andrelinjetjenesten. TSB er en del av det lokale psykisk helse og rusarbeidet og traumeforståelsen (Helsedirektoratet, 2014).

Videre i oppgaven bruker jeg betegnelsen **pasient** om pasienten som har vært utsatt for traume eller som defineres med de traumene mennesket har vært utsatt for. Det er viktig å huske på at et traume er en hendelse, og mennesker som har vært utsatt for traumer er mer enn de opplevde hendelsene. Ved å unngå stigmatisering vil det i denne studien bli brukt begrepet pasient og ikke traumepasient. Fagfeltet er stort, og jeg har tatt bevisste avgrensninger i forhold til problemstillingen.

### 1.5 Personlig begrunnelse for valg av tema

Jeg har 25 års sykepleier praksis innen offentlige helsetjenester og jobbet siden 2002 som psykiatrisk sykepleier i akutt psykiatri, subakutte behandlingsavdelinger og i TSB-tverrfaglig spesialisert rusbehandling i andre linjetjenesten -spesialisthelsetjenesten. Min rolle og arbeidssituasjon bidro til at jeg ønsket å fordype meg i tema traumebehandling. Jeg har noen tanker om at visse faktorer må være til stede i behandlingsprosessen, og er nysgjerrig på om masteroppgaven vil gi svar på **hva helsepersonell tenker og vektlegger som en god behandlingsprosess innen traumebehandling**. Er det noen faktorer som er viktige for å lykkes med å hjelpe våre pasienter til å få en bedre hverdagsmestring?

Den høye forekomsten av traumeerfaringer påvist hos pasientene bør gjenspeiles i fagligkompetanse hos oss som skal arbeide med problematikken. I spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern forventes det at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap til å kunne arbeide med traumatiserte pasienter. Virkeligheten kan oppleves i noen avdelinger å være annerledes og helsepersonell blir til tider usikre og tviler på påbegynte behandlingsmetoder. Utsagn som kommer på vaktrommet; «*Det ser ut som om pasienten ikke blir bedre av den behandlingen vi gir*», «*Jeg vet ikke hvordan jeg skal*

*hjelp pasienten nå*» betyr at det finnes usikkerhet og tvil blant enkelte helsepersonell som skal ha den faglige kompetansen i å behandle pasientene. Traumekompetanse viser seg å være en mangel på flere av behandlingsstedene inne spesialisthelsetjenesten, og mangelen har kanskje økt samtidig som pandemien utviklet seg. Pandemiens konsekvenser ga utslag i at for eksempel all kursvirksomhet ble stoppet opp i en lang periode. Som kompensasjon fikk etter hvert helsepersonell igjen tilbud om oppfriskning av de digitale kursprogrammene, men denne gangen i digital form med flere ansatte sittende rundt en skjerm. Dette kan ha gitt konsekvenser for læringsutbyttet og resultere i den usikkerheten som sitatene overfor gir uttrykk for.

Hovedtema for min masteroppgave er traumer. Vi har hatt om traumer i undervisningen, studiet 4PM782-1 21 V Psykisk helsearbeid. Jeg valgte da å skrive om tema i gruppe med problemstillingen «Hvordan kan vi hjelpe pasienten vår fra alarmberedskap til hverdagsmodus ved traumebevisst omsorg». Traumer er et kunnskapsområde jeg er engasjert og interessert i å lære mer om. Jeg og mine kollegaer i helsevesenet møter forskjellige traumeutsatte mennesker i vår arbeidshverdag. I mitt arbeid i spesialisthelsetjenesten ser jeg at vi ikke alltid kommer i mål med å tilby våre pasienter et gunstig nok tilbud, som fremmer pasientenes utvikling i hverdagsmestring. Derfor ønsker jeg å fordype meg ytterligere i tema, via nyere forskning. Jeg ser viktigheten av å ha gode kunnskaper og behandlingsstrategier for å kunne gi våre pasienter et bedre behandlingstilbud.

## 1.6 Oppgavens struktur

Masteroppgaven er inndelt i 6 kapitler. Etter introduksjonen i kapittel 1 følger det i kapittel 2 en beskrivelse av teori og tidligere forskning, litteratur gjennomgang og en redegjørelse for studiens rammeverk. Her presenteres den teoretiske bakgrunnskunnskap og begreper som vil bli brukt når resultatet blir tolket. I kapittel 3 blir metoden beskrevet og diskutert. I kapittel 4 blir resultatene presentert. I kapittel 5 vil resultatene bli diskutert sammen med funn fra tidligere forskning og teoretisk rammeverk. I kapittel 6 blir studien avsluttet med en konklusjon. Hovedhensikten i disse kapitlene har vært å utdype og besvare oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål.

## 2.0 Traumeteori og forskning

I dette kapittelet vil jeg presentere aktuell teori og forskning som er en del av min teoretiske referanseramme. Teoretisk referanseramme menes modeller, teorier, definisjoner og forskningstradisjoner som jeg bruker for å forstå og støtte oppunder de empiriske funnene fra mine intervjuer (Malterud, 2017, s. 47). Med dette mens at den teoretiske referanserammen utvikles underveis. Teori og forskning om traumer støtter opp og hjelper meg til å forstå de empiriske funnene i en større sammenheng. De belyser forståelsen av hva som ligger bak mine funn i denne studien. Den forskningen og teorien jeg har valgt har blitt endret og justert underveis. Da bearbeidingen av datamaterialet har åpnet opp for annen teori og forskning som har relevans til min problemstilling. Ordet teori har gresk opprinnelse, og betyr å se på eller granske noe, brukes til å forstå og forklare sammenhenger (Malterud, 2017, ss. 188-190). Når jeg benytter teori, er hensikten å komme frem til en enklest og best mulig treffende beskrivelse av virkeligheten.

### 2.1 Psykisk helsearbeid

I veilederen *psykisk helsearbeid i kommunen* defineres **psykisk helsearbeid** som «tiltak rettet mot mennesker med psykiske lidelser og konsekvenser av lidelsene hos den enkelte, deres familier og nettverk. Psykisk helsearbeid er både ett kunnskaps- og et praksisfelt, og det omfatter også arbeid på systemnivå som forebygging av psykiske lidelser, opplysningsarbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering» (Helsedirektoratet, 2005, s. 7).

Med dette sitatet menes i første rekke at begrepet er rettet mot psykisk helse i førstelinjetjenesten som vektlegger betydningen av sosiale forhold i befolkningen, der det setter søkelys på å forebygge psykiske uhelse, psykiske problemer og lidelser. Psykisk helsearbeid er en del av vårt helsesystem og ivaretar mennesker som har behov for hjelp. Det er forankret i et grunnleggende recovery (-personlige og sosiale bedringsprosesser), mestring og folkehelseperspektiv. Psykisk helsearbeid er den offisielle betegnelsen på behandlingssystemet, som finnes for mennesker med psykiske problemer. Mennesker som er under en kartlegging og utredningsfase og de som har fått diagnostisert en psykisk lidelse.

#### 2.1.1 Psykisk helse

Studien og problemstillingen omhandler traumebehandlingstilbud for pasienter med traumelidelser og begrepet psykisk helse er relevant å begrepsavklare. Verdens helseorganisasjon (Who) definerer **psykisk helse** slik; sitert av Nes & Clench-Aas (2011);

*“En tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og er i stand til å bidra overfor andre og i samfunnet”* (Folkehelseinstituttet, 2021).

Dette betyr at god psykisk helse i befolkningen er sentralt for å kunne opprettholde et velfungerende samfunn som er i stand til å skape grunnlag for god velferd og gode livsbetingelser. **Psykisk helsearbeid** gjør oss oppmerksom på at behandlingen og forståelsen av både psykisk lidelse -sykdom og psykisk helse inneholder flere fagdisipliner enn den medisinske (Herheim & Langholm, 2006, s. 12).

## 2.2 Traumeteori

Begrepet traume er definert ulikt i faglitteraturen, traume viser til konsekvensene og reaksjonene hos personen og ikke selve den dramatiske hendelsen. Et traume er *«en hendelse eller vedvarende betingelser som overvelder personens kapasitet til å integrere den emosjonelle opplevelsen, og som oppleves som en trussel mot eget eller nære andres, liv eller kroppslige integritet»* (Saakvitne et al, 2000). Det forklarer at slike belastende erfaringer ble vektlagt i forståelsen av menneskers psykiske helse og har røtter langt tilbake i psykologien. Den ble en egen fagdisiplin i traumepsykologi etter at diagnosen PTSD- Posttraumatisk stressforstyrrelse ble inkludert i den amerikanske psykiatreforeningens diagnosemanual for mentale lidelser, DSM-III i 1980. Diagnosen ble i utgangspunktet laget av symptomer psykiaterne og psykologer så hos amerikanske vietnamveteraner (van der Kolk & Najavits, 2013).

Traumebegrepet kommer opprinnelig fra gresk og betyr sår (Anstorp & Benum, 2014, s. 23). Noe som gjenspeiler at det å bli traumatisert er en subjektiv reaksjon på en mulig traumatiserende hendelse. Et traume er i psykologisk forstand en mer fenomenologisk vurdering, som er basert på enkeltpersonens opplevelse av hendelsen. Selve reaksjonen på hendelsen sier noe om alvorlighetsgraden, da det kan oppleves ulikt alt etter belastningens karakter og en rekke omkringliggende omstendigheter. Utviklingen av et psykisk traume er at påkjenningene overskrider den evnen personen har, til mestring og tilpasning i hverdagen. En reaksjon på uutholdelige hendelser som overvelder sentralnervesystemet, der aktivering som følger med hendelsen ikke blir stabilisert. Traumebegrepet handler om sår som ikke er leget (Anstorp & Benum, 2014, s. 24).

Mulige traumatiske hendelser kan deles inn i ulike kategorier eller typehendelser som for eksempel innholdet og mengden i de ulike hendelsene, og om hendelsen skjer i relasjon til andre mennesker eller ikke. Psykiater Leonore Terr utviklet i 1991 to hovedkategorier som hun kalte type 1-hendelser og type 2-hendelser. Type 1 traumer er som regel et resultat av enkeltstående vonde opplevelser som oppstår uventet, i et ellers trygt liv. For eksempel en ulykke eller en naturkatastrofe, men kan også være menneskeskapte hendelser for eksempel ran eller fysisk vold. Type 2 traumer dreier seg om vedvarende hendelser over tid slik som familievold, omsorgssvikt, krigshandlinger eller seksuelle overgrep med fravær av grunnleggende beskyttende faktorer, som alle mennesker trenger for en sunn utvikling og tilpasning (RVTS Øst, 2023). Vedvarende innebærer at mennesket lever i en konstant frykt

for nye episoder. Skillet mellom type 1 og type 2 traumer er ikke alltid like klart, de kan ha glidende overganger. Det er ikke nødvendigvis en sammenheng mellom størrelsen på hendelsen og traumets alvorlighetsgrad, om hendelsen fører til et traume eller et sår er avhengig av menneskets opplevelse av hendelsen. Felles for type 1 og type 2 er at de truer menneskets overlevelse, eksistens og integritet. Traumene overvelder personens vanlige mestringsstrategier. De overveldende hendelsene fører til sterke tankemessige -kognitive, følelsesmessige og kroppslige reaksjoner og påvirker relasjoner til andre mennesker (Nordanger D. et al., 2011). Det å kategorisere traumer kan være nyttig for å få bedre forståelse av sammenhengen mellom hva slagstype hendelse mennesket har vært utsatt for og de reaksjonene som oppstår i ettertid.

Innen traumefeltet er både den nevrobiologiske forskningen, det å forstå de nevralt konsekvensene av traumatisk stress, samtidig som forskningen innen utviklingspsykologien, det å forstå hvordan hjernen påvirkes av miljøet er to viktige forhold som henger sammen med hverandre (Anstorp & Benum, 2014, ss. 39-40).

Både forskning innen utviklingspsykologi og nevrobiologi tilsier at traumatiske påkjenninger som skjer i livet forstyrrer og hindrer hjernens utvikling og evne til å håndtere og regulere stressbelastninger. Helsepersonells kjennskap til det grunnleggende fundament for reguleringsperspektivet henger sammen med hvordan hjernen utvikler seg og fungerer, kan gjøre det enklere å forstå hva som er hensiktsmessig og ikke, i møte med pasienten. Disse kroniske belastningene fører ikke bare til skade, men det innebærer tap av viktige erfaringer for god utvikling. Dette er traumatisering som blir omtalt som utviklingstraumer - sammensatte belastningsforhold. Begrepet komplekse traumer benyttes ved vedvarende belastninger som begynte i barndommen (Nordanger & Braarud, 2017, ss. 23-24). I lys av dette kan man forstå at konsekvensene av utviklingstraumer er noe annet og noe mer, enn de reguleringsvanskene man kan se etter traumatiske enkelthendelser.

Det trekkes frem to nøkkelbegreper *regulering* og *toleransevinduet* som er avgjørende elementer i nevrobiologisk kunnskap og utviklingspsykologi (Nordanger & Braarud, 2014). *Regulering* betyr i denne sammenheng det å kunne styre eller kontrollere sin egen kropp, adferd og affekter. *Toleransevinduet - den optimale aktiveringssonen* er den sonen av kroppslig aktivering som er optimal for det enkelte menneske. Da kan mennesket klare å være utforskende, forholde seg oppmerksomt til andre og kan konsentrere seg og lære. Den øvre og nedre grensen i toleransevinduet varierer hos den enkelte, fordi spennvidden er individuell (Siegel, 2020). Traumatiserte pasienter viser symptomtrykket med enten hyper -overaktivering eller hypo -underaktivering i sitt toleransevinduet. Den forståelsen vi har i dag om utviklingstraumer, er svært viktig for nevrobiologisk forskning. Forskingen indikerer at type 2 traumer, bygger og styrker nevralt nettverk som modulerer affekt. Det doble belastningsforholdet, for

mye av en negativ stimulering og for lite av en positiv stimulering kjennetegner utviklingstraumer. Når det opptrer over tid i barndommen, vil det innebære en sensitivisering av hjernens alarmsystem og en underutvikling av hjernens reguleringsystem (Nordanger & Braarud, 2014). Hjernens reguleringsystem blir underutviklet, slik at affekten blir overveldende og uhåndterlig for mennesket. Et sensitivt alarmsystem og et underutviklet reguleringsystem vil lett utløse alarmreaksjoner som løper løpsk fordi mennesket mangler nevralt forutsetninger som skulle ha vært utviklet i barndommen for å kunne regulere affekt. En måte å forstå konsekvensene av utviklingstraumer på er at barnet-mennesket blir lett sittende fast i overlevelsesmodus. Disse konsekvensene gir reguleringsvansker på de fleste funksjonsområder som involverer affekt, adferd og oppmerksomhet (Anstorp & Benum, 2014, ss. 42-44).

### 2.2.1 Polyvagale teori -en del av traumeteorien

Steven Porges sin Polyvagale teori (2006) har fått særlig stor betydning for vår forståelse av de to grunnleggende overlevelsesstrategiene, som innebærer både hyper og hyporeaksjoner (Porges S. W., 2009). Hans teori forklarer de underbevisstprosessene som skjer automatisk i kropp og sinn, et underbevisst skanningssystem. Når man blir utsatt for alvorlige trusler og det ikke er mulig å komme seg unna ved å foreta seg noe, utløses ofte en hyporeaksjon -immobiliseringstilstand som er mennesket mest grunnleggende overlevelsesreaksjon (Nordanger & Braarud, 2017, ss. 82-83, 91). Porges teori (2006) forklarer hvordan immobiliseringsreaksjonen styres av et evolusjonsmessig eldre system som slår inn og ut og beskytter pasienten dersom «*fight*» eller «*flight*» er nytteløst. Det autonome nervesystemet står sentralt i teorien og hjelper oss til å se hvordan den autonome nervesystemet innvirker på atferd. Porges teori gir forståelse av hvordan det autonome nervesystemet påvirkes av pasientens omgang med andre mennesker, og hvordan den ubevisste regulerer pasientens grunnleggende overlevelsesreaksjoner i møte med mulige trusler i omgivelsene.

Før den banebrytende teorien ble lagt frem i 1995 tenkte man seg at det autonome nervesystemet bestod av to undersystemer, det sympatiske og det parasympatiske som var i et balanseforhold. Det sympatiske nervesystemet hyperaktiveringsreaksjon mobiliserer til handling og inngår i kroppens forsvar mot fare, mens det parasympatiske nervesystemet styrer immobiliseringsreaksjonen. Den polyvagale teorien viste at denne modellen var forenklet og unøyaktig. Polyvagale teorien argumenterte for at samspillet mellom det sympatiske og det parasympatiske nervesystemet ikke bare handler om balanse. Vagusnerven er ikke bare en enkel nerve, men har videre utviklet seg til forgreininger i evolusjonen. I følge Porges har Vagusnerven to forgreininger som griper inn i det autonome nervesystemet og sørger for hensiktsmessig atferd og fysiologisk aktivering i møte med utfordringer. Vagusnerven er den aller viktigste forbindelseslinjen mellom hjernen og kroppen vår. Ifølge Porges teori består det autonome nervesystemet av tre systemer fremre vagus, det sympatisk



nervesystem og bakre vagus. Porges hevder at et hierarki av responser i det autonome nervesystemet skjer med 3 steg; immobilisering, mobilisering og sosialt engasjement (Porges S. W., 2009).

*“The social interactions are a very important component of our psychological experience as human beings. And this system, the social engagement system, is what determines the quality of those interactions—the features that we show other people, the facial expression, the intonation of our voice, the head nods, even the hand movements, are part of this”* (Porges S. , 2006).

Vi har tre forsvarsmurer mot trusler som står sentralt i den polyvagale teori. Det sosiale engasjement-systemet er den nyeste yngste forgreiningen – fremre vagus som mennesket tar først i bruk ved farer. Er en del av det parasympatiske som er nervesystemets sosiale forbindelse. Vi prøver da å løse faren - problemet på en sosial måte gjennom et samarbeid, ved å kommunisere eller be om hjelp. Når mennesket er optimalt aktivert og omgivelsene er trygge, er det sosiale engasjement av forsvarssystemet som er aktivert. Forgreiningen som det sosialt engasjement-systemet er forbundet med er nerver som styrer ansiktsmuskulaturen, slik at mennesket bruker mimikk-nonverbalt og verbalt språk til å etablere sosialkontakt og trygge seg selv gjennom sosial samhandling. Sosialt engasjement-systemet fungerer også som en brems -Vagusbrem for aktiveringen i det sympatiske nervesystemet, slik at alarmreaksjoner ikke utløses så lett. Er ikke det nok til å løse problemet – dempe faren, aktiviseres det sympatiske nervesystemet ved å slå av Vagusbremsen og mennesket settes i en hyperaktivert tilstand. Nå handler det om mobilisering, intens fysisk aktivering rask puls, pust, enten bekjemper trusselen eller unnslipper den via «*fight*» og «*flight*». I følge den Polyvagale teorien aktiveres bakre Vagus-den eldste og mest primitive forgreiningen av alle beskyttelsessystemer i Vagusnerven, når mobilisering - «*fight/flight*» ikke løser problemet, da er bevegelse ikke mulig. Det er menneskets eldste del av Vagusnerven som refleksivt imiterer død i fare situasjonen, frossenhet, følelsesmessig kollaps. Denne reaksjonen er typisk for mennesker med utviklingstraumer, mennesket går ned i en hypoaktiveringsreaksjon, inn i en immobiliseringstilstand. Innebærer mindre oksygen til cellene og kommer til uttrykk som passivitet, følelsesmessig nummenhet og avstengthet overfor omgivelsene (Porges S. W., 2009).

Teorien forklarer hvordan ulike forgreininger av Vagusnerven styrer hyper og hyporeaksjoner. Porges Polyvagale teori forklarer ikke bare utviklingstraumatiserte barns reaksjonsmønstre, men gir innblikk i mennesker som både har et utviklet og et underutviklet sosialt engasjement-system, og er belastet med traumatisk stress. Mennesker med en svak Vagusbrem har et hypersensitivt og sterkt alarmsystem og/eller et underutviklet og svakt reguleringsystem for regulering av affekt. For mennesker som har opplevd traumer og utfallet ble immobilisering under hendelsen, blir konsekvensen at evnen til å skanne nye situasjoner etter tegn for fare bli alvorlig forvrengt. Mennesket

kan være mye mer følsom overfor tegn rundt seg som en bestemt type kroppsspråk for eksempel ansiktsuttrykk, tonefall, blir oppfattet og tolket som en trussel og kan utløse en ubevisst forsvarsrespons. Det forklarer hvordan traumatiske belastninger gir mennesker store utfordringer etter traumer (Nordanger & Braarud, 2014). Porges polyvagale teori forklarer hvordan ulike forgreininger av Vagusnerven styrer hyper og hyporeaksjoner. De traumatiske belastningene utvikler hjernens alarmsystem, mens reguleringsstøtte utvikler hjernens reguleringsystem (Porges S. , 2006). I lys av dette ser man at type 2 utviklingstraumer er noe annet og noe mer enn de reguleringsvanskene man kan se etter traumatiske enkelthendelser type 1 -PTSD. Type 2 utviklingstraumer påvirker hjernes utvikling og må forstås som en nevrobiologisk skjevutvikling, ikke som en bestemt tilstand eller lidelse. Avvikene er hjernefunksjonelle og ikke av hjerneorganiske forhold. Hjernen er plastisk, det betyr at potensialet er til stede for at underutviklede funksjoner kan utvikle og endre seg dersom betingelsene forbedres (Nordanger & Braarud, 2017, ss. 77-78).

### 2.2.2 Modellen om toleransevinduet

Begrepet toleransevinduet refererer til det spennet av aktivering som er gunstig for mennesket, ikke for høyt og ikke for lavt (Siegel, 2020). Det gir en god forståelse av mennesket aktiverings og affektsvingninger og hvordan omsorg handler om å hjelpe mennesket inn i toleransevinduet når det er over eller underaktivert. Mennesker som har levd med alvorlige og gjentatte traumatiske belastninger har ofte et smalt toleransevindu. De trenger å få hjelp til å komme i den optimale sonen ved hjelp av regulerende omsorg, da utvides toleransevinduet litt etter litt, og mennesket utvikler selv etter hvert strategier for å regulere seg selv (Nordanger & Braarud, 2017, ss. 85-86). Et smalt toleransevindu gjør at mennesket har et sensitivt alarmsystem at de lett kommer utenfor den optimale aktiveringssonen. Nervesystemet blir da raskt hyperaktivert eller hypoaktivert. Når trygghet oppleves som reell vil systemet bidra til tilknytning og sosialt engasjement. Vi speiler kontinuerlig tilstanden av vårt autonome nervesystem gjennom vårt språk og våre sosiale interaksjoner (Nordanger & Braarud, 2014).

### 2.3 Konsekvenser av traumer

Boken «Hvordan krenkede barn blir syke voksne» (2015) viser til nyere forskning nasjonalt og internasjonalt innen tema helsefølger. Forfatterne dokumenterer fra sin forskning hvordan slike erfaringer samtidig påvirker menneskers fysiske og psykiske helse. Forskning på helsefølger av vold, overgrep, fornedrelse og omsorgssvikt viser at disse erfaringene kan påvirke nervesystemet, hormonsystemet og immunforsvaret vårt (Kirkengen & Næss, 2015, s. 35). Dette skaper ofte sammensatte og komplekse sykdoms og lidelsestilstander. Konsekvensene omfatter alvorlige fysiske skader, psykiske og somatiske helseplager og sykdom, atferdsforstyrrelser og utviklingsavvik. Noen ganger er opplevelsene og reaksjonene kraftige eller tilgangen til støtte og hjelp så liten, at den som

har opplevd slike hendelser blir syke. Da minsker ofte kapasiteten til å fortelle om hva som har skjedd, be om hjelp, gi og ta imot omsorg blir fraværende (Hafstad & August, 2019).

Forskningen har identifisert noen faktorer som synes å ha stor betydning for hvor alvorlige konsekvensene blir, knyttet til kjennetegn ved selve belastningene. Det er egenskaper hos den som rammes, og forhold ved den sosiale konteksten som familie og nettverk (Collishaw et al., 2007). Desto mindre hyppige belastningene har vært, mindre alvorlige synes konsekvensene å bli. Egenskaper hos den som rammes, som gode sosiale ferdigheter, selvtillit og opplevd innflytelse over hva som hender en, viser seg å være beskyttende. Faktorer som fremstår som de aller mest beskyttende, er knyttet til trygghet, stabilitet i relasjoner, omsorg og støtte fra familiemedlemmer eller andre nære relasjoner (Nordanger & Braarud, 2017, s. 28).

Kirkengen og Næss (2015) s.57 samt Anstorp og Benum (2014) s. 82 omtaler studier (Felitti et al., 1998) som viser at det kan være sammenhenger mellom å være utsatt for traumer i barndom og oppvekst, vil gi en større risiko for en rekke somatiske tilstander. Overveldende hendelser kan gi en høyere fysiologisk beredskap, en ansenhet over tid kan resultere i smertetilstander og somatiseringslidelser. En rekke somatiske plager som hjertesykdom, kreft, muskel og skjelettsykdommer viser seg i voksen alder. Det sees også sammenhenger for økt risiko for alkoholisme, suicidalitet, familievold og psykologiske plager i livsløpet. Gjennom deres publikasjoner støtter de seg blant annet på omfattende internasjonale studier. En sentral studie i denne sammenheng er den store britiske studien «*NCDS- National Childhood Development Study*» (2015). Studien er basert på 7500 menn og kvinner i Storbritannia som er født i 1958, hvor forskere har fulgt de i en årrekke på nært hold. Forskerne fant ut at de som hadde opplevd traumatiske opplevelser i barne- og oppvekstårene, skåret høyt på det forskerne beskriver som generell slitasje, da de var 45 år. Generell slitasje forklares som et mål, sier noe om kroppsmasseindeks, helse, utdanning og inntekt. Sammenhengene bekreftes også i ACE-studien. Det peker mot at traumatiske barndoms og oppvekstopplevelser viser seg som den sterkeste prediktoren for helsefølger i voksen alder (Solis et al., 2015).

Folkehelseinstituttet publiserte i 2019 en folkehelse rapport om forekomsten av alvorlig og mindre alvorlig fysisk vold, psykisk vold, seksuelle overgrep og voldtekt blant barn, unge, voksne og eldre. Helsefølger og konsekvenser av vold og overgrep er store (Folkehelseinstituttet, 2019). Traumer har ikke bare store helsefølger og konsekvenser for enkelt individet, men også for samfunnet som helhet. Tidligere undersøkelser har vist at ungdom som har vært utsatt for vold og overgrep er blant dem som ikke fullfører videregående skole (Strøm et al., 2013). I «*UVEO- studien*» (2019) som gjenspeiler den yngre ungdomsbefolkningen i Norge hadde funn av at det begynte å danne seg et mønster tidlig på

ungdomskolen som kan føre til videre frafall fra skolegang, og uteblivelse i arbeidslivet som voksen. I «UEVO-studien» kommer det tydelig frem sammenhenger mellom mengden vold og helseplager. Flere ulike traumatiske hendelser personen har opplevd, et høyere symptomtrykk beskriver de. I rapporten kommer det frem en kumulativ effekt. De negative helsekonsekvensene øker med antall hendelser og antall ulike typer av vold personen har opplevd. Mange av funnene i studien understreker viktigheten av tidlig oppdagelse, forebygging og at det å finne gode behandlingsmetoder vil kunne gi mennesket som er utsatt for traumer høyere livskvalitet. Pasienten vil da kanskje ikke utvikle store senskader etter traumene sine, og kanskje ha mindre behov for langvarig somatisk og psykiatrisk hjelp fra helsevesenet. Flere mennesker får dessverre ikke den hjelpen de trenger til rett tid. Da menneskets hjelpebehov blir sett og oppdaget sent av forskjellige årsaker. Årsakene kan være at personen selv ikke har opplevd hendelsen som et overgrep, eller har et syn på hva man bør tåle eller finne seg i, skyld, skam og frykt for konsekvenser kan være årsak. Informasjon og opplæring i hvordan man kan be om hjelp kan fremme evnen og viljen til å fortelle (Hafstad & August, 2019).

Studien til Reid et al (2021) indikerer at ambulanspersonell rapporterer høyere PTSD symptomer grunnet deres yrke, sammenlignet med andre helsepersonell og befolkningen ellers. PTSD - Posttraumatisk stresslidelse utløses av en traumatisk hendelse du enten har opplevd selv, eller ha vært vitne til. Det er normalt å få traumereaksjoner etter en dramatisk hendelse, men de som er diagnostiserte med PTSD sitter fast i de traumatiske minnene. I studien ser det ut til at lav grad av kollegastøtte og dersom personell ikke har en tett samarbeidspartner ser ut til å påvirke utviklingen og nivået av PTSD-symptomer (Reid et al., 2021). Utsatte yrkesaktive som opplever traumebelastning over tid og ikke ber om hjelp uformelt via kollegaer eller formelt via kollegastøtteordninger som er satt i system, kan gi store ringvirkninger på sikt for enkelt individet, arbeidsplassen og for samfunnet. Det understøttes i artikkelen Våge (2022) Holdninger blant spesielt utsatte yrkesaktive kan bidra til å høyne terskelen til å kontakte helsevesenet for hjelp. «De yrkesaktive innen helsevesenet stiller ofte høye krav til seg selv, både egne og andres forventninger, om at de må tåle disse belastningene» (Våge, 2022). Når traumereaksjonene ikke gir seg og går utover den daglige fungeringen, da er det på tide å søke hjelp. Det er mulig at økt kvinneandel innen ambulansyrket har bidratt til en kultur med noe mer åpenhet og aksept for å ha et økende fokus på mentalt velvære, fremme kunnskap og senke terskelen for å søke hjelp. (Reid et al., 2021) Første steg for en utredning er å ta opp de plagsomme minnene og flashbacks med fastlegen. Fleste fastleger vil kunne kartlegge via ett spørreskjema om PTSD-plager og gi videre veiledning angående videre hjelp. Ved store plager har man rett på hjelp via DPS- distriktpsikiatrisk senter. Når den sykemeldte endelig får hjelp i helsevesenet har det ofte gått flere måneder kanskje år, da DPS ofte har lang ventetid og behandlingstiden er ofte kortet ned. Det kan virke som både barrierer og effektivisering står i fokus.

## 2.4 Traumebehandling

En start på behandling av traumer er en utredning der det blir kartlagt hva slags traumatiske hendelser pasienten har opplevd og hvilke plager pasienten har (NKVTS, 2023). Det er viktig å forklare pasienten hva behandlingsprosessen går ut på, hvorfor og hvordan vi gjør det. Det å være tydelig og konkret på at vi er interessert i symptomer og hvordan disse preger hverdagen til pasienten. Det å tidlig fortelle at vi ikke skal gå dypt inn i enkelt hendelser og detaljer av historien, men forholde oss til «*nøkkelord-overskrifter*» (Helsedirektoratet, 2022). Både pasienten og helsepersonell må jobbe med å observere - forstå og lese pasientens kroppslige signaler. Kartlegging kan være triggerende for pasienten, og over og underaktivering må reguleres (RVTS Nord, 2023). I en tidlig etableringsfase kjenner vi ikke pasienten godt nok til å vite hva som er de beste formene for regulering og vi må kanskje prøve oss frem med noen av de vanligste reguleringsteknikkene. Det er derfor nyttig å presisere at det er vanlig at prosessen medfører ubehag, og at vi skal tilpasse og regulere i samarbeid med pasienten. Det at pasienten tidlig er kjent med å gi stoppsignal når pasienten kjenner seg overveldet er viktig og pasienten må oppleve å bli respektert av oss hjelpere. Veilederen fra RVTS gir så en innføring i teori og legger vekt på hvordan denne forståelsen kan omsettes i det miljøterapeutiske arbeidet med pasienter (Melgård & Ramm, 2021). Andre sentrale navn innenfor norsk forskning på feltet er Nordanger og Braaruud (2014). De har gjennom sin forskning på traumefeltet satt søkelys på kompleksiteten av traumebelastninger, og utarbeidet arbeidsmetoder som benyttes i fagfeltet. Mennesker som utvikler traumelidelser, opplever ofte at kroppen er i langvarig beredskap og de får både psykiske og fysiske plager (Traumepoliklinikken- Modum Bad i Oslo, 2014).

Mennesker som har opplevd traumer trenger trygge og kvalifiserte helsepersonell og omsorgspersoner som kan gi dem omsorg og en følelse av trygghet. Hvordan vi helsepersonell fremtrer i og under behandlingsforløpet er essensielt. Det fremhever både forskningsfeltet og litteraturen. God fagkompetanse og gode arbeidsmodeller blir vektlagt (Traume bevisstomsorg, 2021). I mange av de traumatiske hendelsene mennesket har gjennomgått kan det nettopp være trygge omsorgspersoner, de nære relasjonene som sviktet. Hjemmet er det stedet der alle skal føle seg trygge, men det er også stedet hvor mange opplever vold i det skjulte. Da blir hjemmet et sted med frykt for vold.

Traumepoliklinikken ved Modum Bad har lenge brukt den faseorienterte forståelsesmodellen i arbeidet med mennesker som har opplevd psykiske traumer, som er skrevet av Boon, Steel og Van der Hart (2011). I manualen vektlegges fasene i traumebehandling. Behandlingsmanualen heter «*Traumerelatert dissosiasjon*», den er oversatt og utgitt i 2014 av Modum Bad. Manualen tilbyr strukturert ferdighetstrening for personer med traumerelaterte dissosiative lidelser. For pasienter som ikke fremstår med samme symptomtrykk, men oppfyller kriteriene for en PTSD-diagnose -komplekse

traumelidelser har Modum Bad utarbeidet en egen manual for håndtering av traumereaksjoner. Boken heter: «*Tilbake til nåtid*», den beskriver hvordan traumehendelser kan påvirke menneskers liv gjennom endringer i reaksjoner, følelser, tanker og handlinger. Manualen og arbeidsheftet gjennomgår øvelser og teknikker, som gjør det lettere for pasientene å håndtere disse endringene. Målet med manualen og arbeidsheftet er å fremme mestring og stimulere til utvikling av nye ferdigheter som bidrar til at traumereaksjonene ikke overskygger hverdagslivet. Manualen brukes av helsepersonell, som gir individuell eller gruppebehandling til pasienter (Traumepoliklinikken- Modum Bad i Oslo, 2014). Målet med behandlingen er å hjelpe pasientene å prosessere og definere det som har skjedd som noe som hører til fortiden.

## 2.5 Tidligere og nyere forskning

Å få tilgang til nyere forskning som finnes på traumefeltet, er en styrke. Forskningsfeltet og utviklingen av behandlingsmetoder har endret seg og fått et bedre fokus, samt blitt mer effektivt og målrettet. Samtidig ble det en utfordring å velge ut og komme frem til de funn i de forskjellige engelske og norske artiklene som var mest mulig dekkende og relevant for min problemstilling. Prosessen ble noe lettere etter at jeg hadde gjennomført intervjuene og analysert materiale, ettersom det da kom det mer tydeligere frem hvilke forskningsartikler som støttet eller kom frem til andre resultater, enn det jeg hadde funnet. Det vil derfor alltid være en risiko for å utelate studier som kunne vært viktig for min studie. Jeg valgte ut forskningsartikler fra søkeord fra min problemstilling og forskningsspørsmål. Og ut fra resultatene i denne prosessen, fant jeg flere forskningsartikler som understøttet mine funn fra intervjuene.

Forskningen viser betydningen av tidlig hjelp og støtte, samt at hjelper innehar riktig kunnskap til å kunne hjelpe den traumeutsatte. Komplekse traumer krever ofte støtte eller behandling over tid. Ved traumatiske enkelthendelser vil kroppen og hjernen vanligvis reparere seg selv, og det er mulig å komme over en traumatisk hendelse uten profesjonell hjelp. Traumereaksjoner som strekker seg over måneder etter hendelsen er langvarige og bør utredes. I dag finnes det Regional enhet for traumebehandling – REFT som kombinerer forskning, døgntilbud og poliklinikk. Enhetene finnes bare ved Modum Bad, Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge som tilbyr et helhetlig spesialisert traumebehandlingstilbud for mennesker med alvorlige og komplekse traumelidelser, men også korttidsbehandlinger og intensivt traumebehandlingsprogram som strekker seg over ca. 10 og 6 uker, som traumeutsatt har godt nytte av.

I 2019 startet REFT opp et nytt intensivt traumebehandlingsprogram med varighet i to uker, målgruppen er pasienter som har blitt henvist til poliklinikken. Behandlingsprogrammet går over fire dager traumebehandling hver uke. Hvor det er daglig rotasjons på behandlere og grupper 90 minutter

x 2 individuell terapi, daglig 45 minutters fysisk aktivitet med fysioterapeut, i tillegg til daglig psykoedukativegrupper. Teamet rundt pasientene drøfter og evaluerer daglig behandlingen til den enkelte pasient i gruppen. Etter avsluttet intensiv traumebehandling ble hver pasient vurdert, 2 uker etter avsluttet behandling, og oppfølging etter 3 og 6 måneder. (LSMO, 2019). Intensiv poliklinisk traumebehandling har gitt positive resultater, som reduksjon av symptomer og rotasjon av terapeuter ble fremhevet som viktig for behandlingseffekten. Terapeutrotasjon og flere terapitimer daglig ble rapportert å motvirke unngåelses adferd og øke pasientens engasjement for traumebehandling. Samhold i gruppeterapien og daglig fysisk aktivitet ble trukket frem som et viktige elementer for at pasientene gjennomførte traumebehandlingsprogrammet (Thoresen et al., 2022).

Nordanger har i de siste årene forsket på støtte til komplekst traumatiserte barn og trekker frem at mennesker som reagerer ulikt på samme type hendelse handler ofte om faktorer som ligger utenfor en selv. Ideen om at mennesker er født motstandsdyktige mot traumer, har forskere gått bort i fra (Baksaas, 2022). Resiliensbegrepet handler om å klare seg bra til tross for erfaringer eller opplevelser av risiko. Mennesket er skapt for å overleve, og stressreaksjoner etter alvorlige hendelser er ikke i seg selv sykeliggjørende (Anstorp & Benum, 2014, s. 26). En uvurderlige faktorer er sosial støtte i etterkant av en traumatisk hendelse, «*mennesket blir først og fremst sterke gjennom hverandre*» sier Nordanger. Forskningen retter fokus mot hvordan helsepersonell kan omskape traumer til muligheter og mestingsopplevelser for pasienten, samt bidra til pasientens helse og livskvalitet, ved å få en god fungering både nå og senere. Den relasjonelle tilnærmingen og allianse byggingen pekte seg ut og må fremmes og tilpasses den enkelte pasient (Nordanger & Braarud, 2017).

Andre forskningsstudier viser at stabiliseringsgrupper i mindre grad enn antatt virker for mennesker med komplekse traumelidelser. Stabiliseringsgrupper er et behandlingstilbud som gir stabiliserende behandling av traumereaksjoner ved hjelp av informasjon om typiske kjennetegn og undervisning om lidelsen, om hvordan den kan håndteres via spesifikke metoder og håndtere symptomene på, som ferdighetstrening gjennom øvelser og hjemmearbeid (Bækklund et al., 2021). Det er en behandlingsmetode som er utbredt i Norge og internasjonalt for mennesker med traumelidelser. Bækkelund sin studie fra (PhD- Disputasopplag , 2021) belyser han nytteverdien til denne behandlingsmetoden og han kom frem til funn som gir ny innsikt i fagfeltet (Bækkelund, 2021). For pasientene som deltok i forskningsstudiet: Group treatment for Complex Dissociative Disorders: A randomized controlled trial fant forskerne ut at denne type behandling ikke bidro til større bedring enn vanlig individuell oppfølging (Bækklund et al., 2021). Pasientgruppen som hadde fått diagnosen PTSD pekte seg ut her. Den andre pasientgruppen de forsket på var mennesker som hadde fått diagnosen dissociative lidelser. Her så det ut til at funnene antydte at gruppebehandling kunne ha positive langtidseffekter, men det trengs mer forskning for å avklare dette. Stabiliserende

gruppebehandling bør derfor ikke være første valget som behandling for pasientgruppen med PTSD slår forskerne fast (Bækklund et al., 2021). Det er fortsatt mye vi ikke vet om hvordan vi skal forstå kompleks traumatisering, og hvordan vi i helsevesenet best kan hjelpe og behandle mennesker med slike psykiske helseplager.

I en annen studie som omhandler individualbehandlers erfaringer med traumespesifikk gruppebehandling på DPS påpeker at slik behandling er viktig, men kan være utfordrende grunnet små fagmiljøer ved mange distrikt psykiatriske senter -DPS. Gruppebasert behandlingstilbud kan styrke det traumespesifikke behandlingen ved mindre DPS, men kan også påvirke de kliniske oppgavene til individualbehandlere. Funnene i studien Stige et al. (2015) belyste utfordringer som rolleusikkerhet blant individualbehandlere, men også funn av økt kompetanse og styrket behandlingstilbud. Det at grupper øker muligheten til å gjennomføre systematisk traumespesifikk behandling. Det gir pasientgruppen mulighet til å møte andre med lignende erfaringer, noe som kan være spesielt viktig, da pasientene opplever sosial isolasjon, stigma og trenger hjelp og støtte til nye mestringsstrategier. Gruppebehandling gjør det mulig å nå ut til flere pasienter samtidig. Erfaringer fra behandlere her i Norge viser at det kan være nyttig å tilby egne grupper for pasienter med komplekse traumelidelser (Bækklund et al., 2021).

Men på en annen side blir utfordringen å tilby traumespesifikke grupper basert på type symptom ved små DPS, da pasientgrunlaget er lite for en slik organisering. Men allikevel er det mulig å tilby gruppebehandlingstilbud, selv om pasientene har ulike traumeerfaringer og et ulikt symptombilde (Stige et al., 2015). Organiseringen av grupper viser seg at det er mulig å nå mange pasienter selv når det er få behandlere som har gruppespesifikk kompetanse. Det kan vise seg at samarbeidet er av stor betydning mellom gruppeterapeuter og individualbehandler. Det bidrar til god behandlingskontinuitet for pasientene og bidrar videre til å heve spesialisert kompetanse i DPS. Det at behandlingsteamet hadde felles faglig plattform og kunne bruke samme metode ord, bilder overfor pasientene, skapte kontinuitet og mindre misforståelser. I studien kom det frem at rolleusikkerheten handlet om i møte med stabiliseringsgruppen i oppstartsfasen, usikkerhet rundt egen terapeutrolle. For mange av behandlingsansvarlige var det å vite at kollegaene hadde kunnskap om traumer, opplevdes som støttende og trygt. Samtidig som de selv ønsket en innsikt i hva pasientene hadde lært i gruppeterapien, slik at de kunne holde det levende i individualterapien. Nye triggere kan oppstå og det er viktig å hjelpe pasienten til å friske opp kunnskap og ferdigheter fra gruppeterapien. I denne studien var funnene at behandlingsforløpet oppnådde et bedre traumehandlingsforløp ved å tilby både gruppe og individuellbehandling. Pasientene oppnådde bedre kontinuitet som viste seg å ha betydning for utfallet. Ved at pasientene fortsatte videre hos sin individualterapeut, når gruppeterapien var ferdig. I tillegg jobbet individualbehandler videre med det pasienten hadde startet



opp med i stabiliseringsgruppen, noe som resulterte i økt kunnskap og spesialisert kompetanse hos behandler. Funnene viser at gjennom samarbeid kan gi et godt utbytte til behandlingsteamet og utvikle behandlingstilbudet som vil nå mange flere pasienter og samtidig styrke kompetansen i DPS (Stige et al., 2015).

### 2.5.1 Litteratur og artikkelsøk - søkeprosessen

I oppstarten av min masteroppgave foretok jeg ett innledende søk etter relevante artikler og forskningsresultater om traumebehandling fra helsepersonells ståsted. Jeg ønsket å finne teori og forskning som et bakgrunnstykke. Jeg søkte i Helsebiblioteket, Helsedirektoratet, og på Folkehelseinstituttet sine nettsider for å få en bredere forståelse. Deretter søkte jeg videre i forskning og forskningsartikler av både type 1 og type 2 traume, og traumebehandling av komplekse traumelidelser. Jeg satte meg inn i forskjellige arbeidsmodeller, behandlingsmanualer, litteratur og forskningsartikler slik at jeg fikk et større oversiktsbilde over fagfeltet. Jeg har brukt noe anbefalt litteratur fra pensumlisten i studiet, men har brukt mer selvalgtlitteratur og en del forskningsartikler, noen av forskning artiklene jeg har brukt er fagfelleverdert. Ut ifra disse søkene fikk jeg formulert mitt første utkast til problemstillingen. Før jeg laget prosjektskissen til masteroppgaven, utførte jeg artikkelsøk i den norske databasen Oria ved Høgskolen. Deretter foretok jeg systematisk søk videre i følgende databaser ved Høgskolen Academic Search Premiere, Idun, PsykINFO, Cinahl, SveMed+ og PubMed. Søkeordene er begrenset til engelsk og skandinavisk språk og varierte noe avhengig av hvilken database som ble benyttet, men hoved søkeordene var «therapeutic alliance», «treatment and/or traumatized», «attachment and/or trauma» «treatment method» da fikk jeg veldig mange treff. Søkeordene ble valgt for de dekket tema i oppgaven. I databasene begrenset jeg meg mest til kvalitative studier. Når jeg hadde utarbeidet min endelige problemstilling etter opponentskapet og etter at alle intervjuene var gjennomført var jeg langt ute i skriveprosessen. Da bestilte jeg en time hos bibliotekar, for å få hjelp i søkeprosessen. I januar 2023 søkte jeg i Academic search premiere og fikk 31 på søkeordene «trauma therapy phase», «intensive trauma», «methods» «health personnel or healthcare professionals» «experiences or perceptions or attitudes or views». I Cinahl fikk jeg 63 treff ved å ta i bruk de samme søkeordene. Jeg har jobbet parallelt med skiving og søk. Videre har jeg forsøkt å systematisere funnene og skrevet referanseliste fortløpende.

## 3.0 Metode

En metode er et redskap som hjelper meg i å samle inn den informasjonen jeg trenger, i forhold til det jeg vil undersøke. Det finnes ulike metoder som kan anvendes og å velge en bestemt metode er å overveie ulike fremgangsmåter, og velge den fremgangsmåte som vil belyse problemstillingen på en faglig og interessant måte (Dalland, 2017, s. 54). I denne delen av oppgaven vil jeg redegjøre for studiens metodevalg og begrunnelsen for forskningsdesign. Jeg starter med å beskrive min vitenskapsteoretiske forankring. Deretter presenteres fremgangsmåten for datainnsamling, bearbeiding og analyse av data ved bruk av Malterud systematiske tekstkondensering. Til slutt redegjør jeg for mine etiske betraktninger og studiets forskningsetiske vurderinger. Methodedelen avsluttes med en oppsummerende refleksjon.

### 3.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Hermeneutisk forståelse er en gammel erkjennelsestradisjon. Ifølge den filosofiske hermeneutikken hviler all erkjennelse på fortolkning, forforståelse og fordommer (Gilje, 2019, s. 176). Ordet hermeneutikk betyr bringe til forståelse gjennom tolkning av meninger i menneskelige uttrykk (Malterud, 2017, s. 44). Det er en måte å forstå verden på, da vi alltid fortolker omgivelsene våre når vi tenker, opplever eller utfører handling. Den hermeneutiske posisjonen legger vekt på fortolkning av mening i alle menneskelige fenomener. Det defineres i litteraturen som den hermeneutiske sirkel, og sees i sammenheng med forskerens forforståelse og forståelse (Malterud, 2017, s. 28). Den tyske filosofen Gadamer (1900-2002) er kjent for sin teori om forforståelse og hvordan menneskets verdier og fordommer virker inn på tolkning (Gilje, 2019, ss. 175-176). Gadamers hermeneutiske sirkel handler om når vi skal forstå noe nytt, da bruker vi den kunnskapen vi allerede har – forforståelsen til å fortolke hva som skjer i fortellingen eller i situasjonen. I tolkning av tekst legger hermeneutikken spesielt vekt på forholdet mellom deler og helhet (Malterud, 2017, s. 28). Etter hvert som historien beveger seg frem, glir opplysningene inn i forforståelsen vår. Det viser hvordan forståelsen hele tiden er i endring. I tolkning av tekst eller en historie legger hermeneutikken vekt på forholdet mellom deler og helhet i det som studeres, sammen med betydningen av kontekst og selvrefleksjon. Det dannes en ny forståelse og etter hvert endres helhetsforståelsen. Menneskers fordommer og forståelse er alltid i bevegelse. På den måten er fortolkningen hele tiden ett møte mellom meg og det jeg oppfatter. Det som kjennetegner hermeneutikken er forskerens intuisjon og innsikt av egen fordom, forståelse og refleksjon, i strev etter ny kunnskap (Gadamer, 2010, ss. 302-303). Bevissthet på egne fordommer og egen forforståelse er sentralt, uansett om det er tolkning av en tekst eller i møte med ulike pasientfenomener.

Grunnforståelsen er at verden kan oppfattes i ulike versjoner, avhengig av hvilket ståsted man har. Hermeneutikken er knyttet til den induktive tilnærmingen. Den induktive tilnærmingen innebærer her å trekke slutninger fra det enkeltstående og spesielle til det allmenne (Malterud, 2017, s. 27). Det vil sikre en mest mulig riktig gjengivelse av virkeligheten. De kvalitative forskningsmetodene bygger på dette paradigmet (Malterud, 2017, s. 27). Kvalitativt forskningsmetoden bygger på en induktiv tilnærming ved å samle inn kunnskap fra empiri til teori (Malterud, 2017, s. 113). Selv ved en hermeneutisk tilnærming er jeg klar over at jeg ikke går inn i studien og intervjusituasjonene med helt blanke ark, da jeg er påvirket av teori, forskning og praksiserfaringer.

### 3.2. Valg av metodisk tilnærming -design

Kvalitativ metode bygger på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi) (Malterud, 2017, s. 28). Metoden man benytter er avgjørende for om forskningen som blir utført klarer å besvare problemstillingen. Det finnes flere ulike kvalitative metoder. Metode er et teknisk hjelpemiddel for hvordan undersøkelser gjennomføres. Det betyr å følge en bestemt vei mot et mål (Johannessen et al., 2019, ss. 25-27). Denne studien søkte å forstå verden sett fra helsepersonells ståsted og avdekke deres opplevelser av i behandlingsprosessen, noe det kvalitative forskningsintervjuet egner seg godt til (Malterud, 2017, ss. 37-38). Valget av kvalitativmetode for denne studien er derfor basert på flere forhold, og ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er temaet for denne undersøkelsen som bestemmer metoden. På bakgrunn av dette er hva jeg skal finne svar på i undersøkelsen, som omhandler hvordan ting faktisk er fra et helsepersonells ståsted. I studien vil jeg undersøke hvilke erfaringer helsepersonell i institusjonene har med traumebehandling og hvordan de bruker sin/e metode/r. Jeg ønsker å få frem helsepersonellens tanker, opplevelser og holdninger til behandlingsmetodene og videre belyses kunnskaper og ferdigheter helsepersonells opplever som spesielt viktig. Derfor vil den fortolkningsbaserte tilnærmingen være mest hensiktsmessig. Kvalitativ forskning er forskningsstrategier som ligger i ett beskrivende, analyserende og fortolkende paradigme, som består av tekst fra samtaler og observasjon (Malterud, 2017, s. 30). Ut ifra problemstillingen og den metodiske tilnærmingen er det subjektive det fortolkende paradigme, som settes i sentrum. For å belyse helsepersonellens erfaringer vil det være hensiktsmessig å utføre en kvalitativ studie. I følge Malterud (2017) handler det om å rette fokus mot hvordan verden oppleves og erfares, det handler om informantens subjektive opplevelser og bevissthet. Jeg har valgt en kvalitativ metode som bygger på en Systematisk tekstkondensering -STC som er en pragmatisk tverrgående analysemetode (Malterud, 2017, s. 97). Tilnærminger er innenfor det fortolkende paradigme og tar utgangspunkt i kvalitative data. STC bygger ikke på en spesiell tradisjonstilhørighet, noe som Malterud mener er pragmatisk. Kvalitative metoder egner seg spesielt når man vil utdype spesifikke trekk eller egenskaper ved fenomenet som skal studeres. Målet med min studie er å beskrive helsepersonells erfaringer på

en nyansert måte. Studien søker en forståelse fremfor en forklaring. Ved å bruke kvalitativ metode kan jeg oppnå en helhetlig innsikt i prosesser og nyanser innen et avgrenset felt.

### 3.3 Forforståelse

I følge Malterud (2017) er begrepet forforståelse den personlige ryggsekken man bringer med seg inn i forskningsprosjektet. Hvordan forskeren nærmer seg det som skal utforskes med sin egen forforståelse. Hvordan studien formes avhenger av erfaringer, hypoteser, teoretiske referanserammer og faglig perspektiv jeg har i bagasjen. Forforståelsen jeg hadde ved oppstart av studien, ble utfordret underveis gjennom informantenes beskrivelser, faglitteratur og forskningsartikler. Jeg har min forforståelse basert på min bakgrunn og erfaring i behandling av traumepasienter i en akutt og subakutt fase, som ett utgangspunkt for undersøkelsen. Ved mange års erfaring som psykiatrisk sykepleier i spesialisthelsetjenesten, er min forforståelse preget av praksisbasert erfaring og den teoretiske plattformen jeg har gjennom min grunnutdanning, videreutdanning og kurs innen traumebehandling. Det er viktig at jeg er bevisst min egen forforståelse, slik at den ikke gir meg begrensninger, men er en bagasje som kan gi styrke og næring til studien. Forforståelsen kan bli en tung bær hvis det handler om det jeg bærer med meg fremfor det jeg ser og plukker opp langs veien (Malterud, 2017, ss. 44-45).

Det å forske på et tema man allerede kjenner og har tilgang til er engasjerende. I den kvalitative tilnærmingen blir dette sett på som en ressurs å studere og forstå det fenomenet man står ovenfor. Forforståelsen er en viktig side av min motivasjon for å sette i gang studien. Interessen er utgangspunktet for valg av forskningstema. Studien ble bygd på et ønske om å få dypere kunnskap og forståelse i hva helsepersonell opplever som spesielt viktig i behandlingsprosessen (Malterud, 2017, s. 45). På en annen side kan det være vanskelig å distansere seg når jeg har kjennskap til og arbeider innenfor fagfeltet. Derfor valgte jeg å ikke intervju noen av mine kollegaer på min arbeidsplass, fordi jeg var en del av det miljøet og virksomheten i det daglige arbeidet med denne pasientgruppen. I boken «Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag» refereres dette til som «feltblindhet» (Malterud, 2017, s. 155). Hvis jeg hadde valgt å intervju mine egne kollegaer, ville jeg kunne ha vært forutinntatt i intervjuene, da vi har felles erfaringer og (nære) kollegiale relasjoner. Kanskje jeg hadde vært på jakt etter sammenhenger som kunne ha støttet opp om min egen forforståelse. Dette er ifølge Gadamer (1997) tankegang om at alle tolkninger skjer innenfor en sammenheng, og at forskeren må nærme seg forskningsmaterialet med utgangspunkt i egen samtid. Ulempen ved å studere egen organisasjon kan være å ivareta objektivitet. Når man forsker på egen arbeidsplass kan man stå i fare for å grave seg ned i problemstillinger som kanskje ikke er av betydning for andre enn meg selv. Malterud advarer mot en slik fordypning da det kan redusere kunnskapens gyldighet og overførbarhet.

Derfor valgte jeg tidlig i prosessen å intervju helsepersonell fra andre institusjoner både i spesialist og kommunehelsetjenesten (Malterud, 2017, s. 155).

### 3.4. Utvalg, rekruttering og beskrivelse av informantene

I utvalgs og rekrutteringsprosessen ble det gjort et strategisk utvalg av informanter. Et strategisk utvalg sier noe om hvem og hvilken gruppe man ønsker data fra for å belyse problemstillingen (Johannessen et al., 2019, s. 117). Jeg ønsket en bestemt gruppe helsepersonell som best mulig kunne belyse det jeg ønsket å studere. Det var informanter som kunne tilføre ny kunnskap for videre funn i datainnsamlingen. Intern validitet står sentralt, da det er viktig med et bevisst utvalg som har relevans til fagfeltet (Malterud, 2017, s. 58). Inklusjonskriteriene var informanter som jobber i fagfeltet som tilbyr traumebehandling. I rekrutteringsprosessen søkte jeg informanter både fra førstelinjetjenesten - kommunehelsetjenesten og andrelinjetjenesten -spesialisthelsetjenesten fra døgnavdeling til polikliniske avdelinger. Et førende prinsipp er innsamling av tilstrekkelig datamateriale. Målsetningen med studien var at materialet skal ha potensiale til å belyse ulike sider av problemstillingen som jeg har valgt og et strategisk utvalg ble gjort i studien (Malterud, 2017, ss. 58-59). Jeg fikk tildelt informanter i min studie som har kvalifikasjoner som er relevante i forhold til tema. Informantene ble rekruttert ved at jeg kontaktet ledere på ulike behandlingssteder i Norge. Jeg henvendte meg skriftlig til ledelsen ved de forskjellige institusjonene (se vedlegg 1 og 2). Lederne plukket ut tverrfaglig helsepersonell med forskjellig grunnutdanning som jobber klinisk med pasientgruppen. Utvalget i min studie er tverrfaglig helsepersonell (kvinner og menn) fra både første og andrelinjetjenesten, som har blitt kurset og/eller tatt videre utdanning i forskjellige traumebehandlingsmetoder og som jobber klinisk med pasienter med traumer.

Deretter henvendte jeg meg muntlig via mobil til de stedene jeg ikke fikk noe svar, for å høre om jeg hadde riktig mailadresse og om min forespørsel hadde kommet frem til rett person. Alle informantene fikk oversendt samme informasjonsskriv som var oversendt først til ledelsen ved institusjonene. Informasjonsskrivet beskrev en kort presentasjon av meg, studiens hensikt og problemstilling, inklusjonskriterier, etiske overveielser, forventet tidspunkt for ferdig resultat og hvordan funnene var ment å publiseres. Det sikret lik og nødvendig informasjon til alle involverte (se vedlegg 2.) Problemstillingen som stod i informasjonsskrivet ble noe justert senere i prosessen.

Da informantene skulle rekrutteres var jeg oppmerksom på reliabilitet, samtidig som mitt mål om kunnskapsoppnåelse. Jeg var avhengig av at informantene ble rekruttert på riktig måte. Malterud (2017, s.68) beskriver; «*Det å redusere forhold som bidrar til å forstyrre kunnskapsutvikling*». Dette betyr å unngå utvalgsbias er viktig, derfor var det ledelsen ved de respektive institusjonene som plukket ut informantene for meg. Jeg hadde ingen påvirkning på hvem informant jeg fikk tilgang til å

intervjue. Ledelsen forespurte aktuelle deltagere som jobbet klinisk med pasientgruppen, om de ønsket å delta i studien. De som ønsket å delta som informanter kontaktet meg via e-post eller mobil.

Jeg fikk svar fra fem forskjellige institusjoner som er noe ulikt organisert, og har intervjuet syv helsepersonell. Jeg hadde som mål å intervjuer ti informanter, men pga sykdom lot det seg ikke gjøre. Behandlingsstedene var fra første og andrelinjetjenesten. Tre av informantene hadde arbeidserfaring både i første og andrelinjetjenesten opp imot mitt tema og problemstilling i studien. En av informantene hadde under intervjuet en todelt stilling i poliklinikk og DPS døgntilbud. Spesialisthelsetjenesten har «satellitter» utenfor sykehusene ved å tilby lokalt psykisk helsearbeid spesialisthelsetjenester på DPS-døgn og poliklinisk behandling i kommunen der pasienten bor. Tre av informantene intervjuet jeg digitalt på Teams og de fire andre møtte jeg på informantenes arbeidsplass. Alle fikk tilsendt informasjonsskriv i god tid før intervjuet og jeg sendte en påminnelse e-post dagen før intervjuet. Informantenes yrkesbakgrunn var psykolog, psykiater, psykiatriske sykepleiere og barnevernspedagog. Jeg har valgt å ikke bare intervjuer psykiatriske sykepleiere, da jeg ville ha en tverrfaglig tilnærming i min problemstilling.

### 3.5 Utarbeidelse av intervjuguide -forarbeidet

I forkant utarbeidet jeg en intervjuguide med semistrukturerte spørsmål som datasamlingsmetode (vedlegg 3). Dybdeintervju eller semistrukturerte intervjuer er intervjuer med individuelle deltagere (Malterud, 2017, s. 133). Det åpne og individuelle intervjuet er en av de vanligste og mest egnede datainnsamlingsmetodene innenfor kvalitativ forskning. For å komme i dybden på min problemstilling valgte jeg denne metoden, ettersom den er mest egnet og tillater få begrensninger på hva informanten innenfor fagfeltet kan fortelle om tema. Det ga rom for at informantene kunne prate fritt, slik at de kunne få tid til å reflektere og hente frem erfaringer. Intervjuguiden var mitt arbeidsverktøy under selve intervjuene over temaene jeg ville belyse i studien om helsepersonells erfaringer med traumebehandling. Semistrukturert intervjuguide ga en balanse mellom standardisering og fleksibilitet. Det ga meg muligheter til å stille oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuet. Mitt mål var å belyse tema og problemstillingen fra flere ståsteder, ved å nyansere og få frem flere fenomener, samtidig som intervjuguiden ga meg en god struktur, slik fikk jeg berørt alle temaene i hvert intervju. Denne metoden fremheves som hensiktsmessig når målet er å få informasjon om hva informantene i studien tenker, mener eller har erfart om et bestemt fenomen (Malterud, 2017, s. 26). Metoden innebærer innsamling og systematisering av kunnskap med mål om å få en dypere innsikt i problemstillingen.

### 3.6 Kvalitativt forskningsintervju – Gjennomføring av intervjuene

Intervjusituasjonen startet med en presentasjon av meg og formålet med studien. Informanten startet med å fortelle om seg selv og sin arbeidsbakgrunn. Det var med på å skape kontakt og tilstedeværelse for hverandre under intervju. Intervjuprosessen varte mellom 30 -60 minutter pr. informant.

Informantene snakket fritt om temaer som jeg ønsket å berøre og de tok opp nye fenomener som informantene kom på underveis i intervjuprosessen. Avslutningsvis fikk informantene anledning til å ta opp temaer de ønsket å utdype eller ta opp andre, som informantene ikke hadde snakket om tidligere i intervjuet. Ved at jeg hadde en fleksibel tilnærming fikk jeg muligheten underveis å stille oppklarende og oppfølgende spørsmål fra intervjuguiden. I flere av intervjuene gikk temaene over i hverandre og informantene kom selv innom tema som jeg hadde satt opp i intervjuguiden. Mine informanter var engasjerte i min problemstilling og jeg kommuniserte heller mye med mitt nonverbale kroppsspråk nikk, smil og «hmm» under intervjuet og lot informantene snakke. Jeg var opptatt å fange opp små nyanser og få tak i det som ikke ble direkte sagt, da stilte jeg oppfølgingsspørsmål til informantene. Jeg fikk da et bredt og godt innblikk i arbeidshverdagen som omhandlet traumebehandling til de syv informantene. Stemningen i intervjusituasjonen bar preg av ro og tid, i de fysiske og i de digitale møtene. Det at jeg hadde en bevisst naivitet, var lydhør og interessert i informantens stemme og det som ikke ble sagt verbalt var viktig. Nyttig tilleggsinformasjon som jeg observerte og registrerte var non-verbalkommunikasjon informantene ga underveis i intervjuet. Jeg valgte å ikke gjøre notater underveis da jeg brukte diktafon-app, men noterte meg mine observasjoner rett i etterkant av hvert intervju. Dette hjalp meg å erindre tilbake til intervjusituasjonen når jeg transkriberte lydfilene.

Intervjuene er tidkrevende og ga store mengder datamateriale, som skal bearbeides i etterkant. Malterud (2017, s.63) skriver; «Informasjonsstyrken i utvalget bestemmer hvor mange deltagere det er behov for». Det betyr at jeg må skaffe meg oversikt over datamaterialet og at det ikke er antall deltagere som bestemmer om informasjonsstyrken er god. Et førende prinsipp er innsamling av tilstrekkelig datamateriale, det menes ved høy informasjonsstyrke fra utvalget trengs færre deltagere. Etter transkripsjonen av de syv informantene, ble det nådd et metningspunkt hvor informasjonsstyrken var å anse som tilstrekkelig. Intervjuene ble transkribert, noen samme dag og andre opptil en uke senere på grunn av tidsmangel. Analyseprosessen ble gjort en tid etter selve transkripsjonen.

### 3.7 Analyse av datamaterialet

De syv intervjuene ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering - STC, en tematisk tverrgående analyse (Malterud, 2017, s. 94). Malterud sin metode fulgte jeg systematisk for å sikre at datamaterialet skulle bli sammenfattet, fortolket og presentert på en strukturert måte. STC er en

pragmatisk metode og egner seg godt til analyse av semistrukturerte intervjuer. Analyseprosessen til Malterud, (2017, s.97-98) har en hovedstruktur og ble utført i fire trinn; **1. Tilegne meg et helhetsinntrykk, 2. Identifisere meningsbærende enheter, 3. Kondensering gå fra kode til mening og 4. Syntese -sammenfatte og re-kontekstualisere.**

### 3.7.1 Transkribering

Det å transkribere innebærer å overføre tekst fra muntlig til skriftlig form. Analyseprosessen begynner i praksis allerede under selve intervjuet, lydfilene fra diktafonappen omformes til tekst (Malterud, 2017, ss. 78-79). Jeg transkriberte alle intervjuene selv. Noen av informantene snakket ikke alltid i hele setninger, den muntlig tale var oppstykket og en av mine informanter snakket noe lavt. Det gjorde det utfordrende og tidkrevende å transkribere. Resultatet fra noen av transkripsjonene kunne ved første blick virke noe mindre meningsfylt, enn hva min opplevelse var under selve intervjuet. Det er grunnen til at det anbefales at transkripsjonen bør gjøres rett etter intervjuet (Malterud, 2017, ss. 79-80). Da tale skulle oversettes til skriftspråk, mistet jeg en del av den samhandlingen vi hadde under intervjuet og derfor ble notatene om den sosiale settingen som jeg skrev ned under og rett etter hvert intervju til hjelp. Jeg noterte stikkord og korte setninger av informantens nonverbale kroppsspråk, gestikulering og ansiktsmimikk. Det å fange opp stemning og huske meningen rundt det som ble sagt og formidlet av informanten, gjorde at jeg da ble kjent med datamaterialet fra en ny side. Notatene hjalp meg i ettertid av intervjuet, og var spesielt nyttige i analysedelen.

I oppstarten av intervjuprosessen transkriberte jeg samme dag eller i løpet av uken. Mitt mål var i utgangspunktet å transkribere rett etter hvert intervju, men det ble vanskelig for meg tidsmessig. Da transkripsjonene tok mye lengre tid, enn jeg hadde forestilt meg. Derfor varierte ferdigstilling av transkripsjonene fra intervjuene opp til ca.to uker etter selve intervjuet. Transkripsjonene innebar en god læringsprosess for meg, ved å være mellomledet mellom tale og tekst, og åpnet for andre refleksjoner og slutninger (Malterud, 2017, s. 80). Det var viktig å gjøre dette arbeidet nøye for å få god kvalitet på transkripsjonen. Jeg måtte lytte til hvert intervju flere ganger, slik at transkripsjonen ble riktig. Jeg har vært opptatt med å holde på informantens utsagn, men i sluttproduktet valgte jeg å omgjøre dialekt til bokmål og fjerne fyllord, da det ikke hadde relevans. Det var nyttig å lytte til lydfilene, og få med seg ordrett både hva jeg sa og hva informantene svarte. Jeg ble oppmerksom på min intonasjon, hvordan jeg hørtes ut i intervjusituasjonene. Jeg justerte noe i forhold til hvordan jeg intervjuet videre, prøvde da å ikke si så mange ord. Tok heller i bruk mer av mitt nonverbale kroppsspråk med nikk og smil, for at informantene skulle snakke mest mulig selv. Jeg ble oppmerksom på viktigheten av å stoppe opp og bruke taushet, slik at mine informanter fikk mulighet til å reflektere, før de besvarte spørsmålet.



Videre var det viktig å følge opp utsagn ved å stille oppfølgingsspørsmål, for å få den mengde datamateriale som jeg ønsket. Alle temaene i intervjuguiden ble berørt. Jeg kom frem til at selve intervjuguiden var bra, da alle informantene ga meg relevant og rikelig datamateriale. Intervjuguiden ble noe justert, ved at jeg la til noen flere oppfølgingsspørsmål underveis. Transkripsjonene ble lagt i samme database som lydfilene, og slettes etter eksaminasjonen.

### 3.7.2 Systematisk tekstkondensering som analysemetode

I systematisk tekstkondensering er det første trinnet å bli kjent og få oversikt over datamaterialet, og å tilegne seg et helhetsinntrykk. I følge Malterud (2017, s. 97-98) er det viktig at jeg i trinn 1 setter mine egne for forståelser til side, og lytter til informantens stemmer. Da datamaterialet var ferdig transkribert, og nettopp for å danne meg dette helhetsinntrykket, leste jeg over det transkriberte materialet flere ganger. Jeg noterte stikkord i margin underveis ut fra hvilke temaer jeg mente gjorde seg gjeldende. Det ble hele veien fokusert på deler og helhet fra intervjuene. I denne første fasen endte jeg opp med foreløpige hovedtemaer som dannet grunnlag for neste trinn i analysen.

Videre identifiserte jeg meningsbærende enheter i trinn 2. Hensikten er å organisere og systematisere datamaterialet jeg ønsket å se nærmere på. Det å jobbe induktivt og iterativt – tre skritt frem og to tilbake, er en omfattende prosess som tar tid (Malterud, 2017, ss. 113-114). Meningsbærende enheter ble hentet ut og sortert under ulike kodegrupper. Jeg gikk systematisk gjennom hver transkripsjon og valgte "klipp og sorter-metoden", som betyr at jeg klippet ut meningsbærende enheter som hadde en selvstendig mening opp imot problemstillingen. Dette lot meg konsentrerte oppmerksomheten om få temaer og kodegrupper. Videre ble meningsbærende enheter med likt innhold gruppert sammen og gitt en kode. Kodearbeidet handlet om å se hva som var sammenfallende og hva som var ulikt. For å sikre reliabilitet i arbeidet ble transkribert tekst gjennomgått på nytt for å sikre grundig analyse av hele materialet, her jobbet jeg bevisst med Malterud sin beskrivelse av den hermeneutiske sirkel (Malterud, 2017, s. 28). Det er i denne fasen mulig å skille mellom det som er relevant og det som er irrelevant informasjon og jeg sorterte ut tekst som ikke var relevant for problemstillingen. Kodene ble justert underveis i analyseprosessen og sammenfattet i fem kodegrupper. Disse kodegruppene ble grunnlaget videre i analyseprosessen.

1. **Felles faglig forankring.**
2. **Kliniske erfaringer**
3. **Behandlingsprosessen.**
4. **Kommunikasjon og samarbeid.**
5. **Utfordringer og muligheter.**

I trinn 3 i analyseprosessen er steget å gå fra kode til mening -kondensering. Det vil si at analysen går fra abstraksjon av innhold til meningsbærende enheter til å arbeide med subgrupper under hver kodegruppe. I dette trinnet organiserte jeg subgrupper under kodegruppene. Hver enkel kodegruppe ble gjennomgått igjen på nytt, da ble materialet ytterligere systematisert. Materialet fra intervjuene var utfordrende å analysere på grunn av mye av materialet gikk i hverandre og det var omfangsrikt. Tre subgrupper ble lagt under kodegrupper, for å nyansere innholdet av de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017, ss. 105-107). I den tredje fasen ble det gjort observasjoner som førte til at kodegruppene i trinn to ble ytterligere justert. Kodegruppe 1 **felles faglig forankring** og kodegruppe 2 **kliniske erfaringer** ble slått sammen og heter nå Kodegruppe 1 **felles faglig forankring og kliniske erfaringer**. Kodegruppe 4 **Kommunikasjon og samarbeid** ble endret og justert til en ny kodegruppe og fikk navnet **samhandling** og ble til kodegruppe 3. Kodegruppe 5 **utfordringer og muligheter** ble fjernet, da de gikk inn i de andre kodegruppene. Da satt jeg igjen med tre kodegrupper, som ble grunnlaget for resultatdelen;

1. Felles fagligforankring og kliniske erfaringer
2. Behandlingsprosessen
3. Samhandling

Mange av de meningsbærende enhetene var relevant for flere kodegrupper -hovedkategorier og derfor brukte jeg mye tid på denne prosessen. All transkribert tekst ble igjen gjennomgått på nytt for å sikre en grundig analyse og markert med fargekode i hvilke av de kodegruppene de tilhørte. Den systematiske tekstkondenseringen inkluderer alle de meningsbærende enhetene i hver av kodene med subgrupper. Prosessen er ikke lineær, jeg gikk tilbake til forrige analysetrinn når en kodegruppe skulle justeres. I trinnet benyttet jeg anledningen til å justere kodegruppene etter hvert som subgruppene ga meg ny innsikt i hva jeg kan lære.

Tabellen under er et eksempel for hvordan jeg har gått frem fra meningsbærende enhet, subgrupper og kodegruppe. Kode og subgrupper ble utgangspunkt for resultatdelen. Tabell 1 viser eksempel på analyse fra hovedkategori 1.

Meningsbærende enheter	Subgrupper	Hovedkategori
Pasienter som kvalifiseres til døgnet trenger kompetente helsepersonell for videre traumejobbing, for å kunne nyttiggjøre seg videre behandling i poliklinikken eller i	1. Helsepersonell som ikke har nok viten om hva pasientene har jobbet med.	Felles faglig forankring og kliniske erfaringer

<p>kommunale tilbud. Tidsperspektivet er viktig, når gruppeterapien i 1. eller 2.linjetjenesten er ferdig trenger pasientene ofte videre støtte i sin behandlingsprosess. Ved å opprettholde den gode prosessen individuelt sammen med individualbehandler i spesialisthelsetjenesten eller oppfølgingstjenesten i kommunen, som må få innsikt i gruppeprosessen</p>		
<p>I vår arbeidshverdag må vi få tid til faglig oppdatering og utvikling av kunnskap, det gir trygghet. Vi trenger også å dele våre erfaringer, da vi har opplevd usikkerhet rundt innføring av nye metoder. Vi mangler en felles fagligplattform her hos oss. Undervisningen bør også bli satt i system, slik som pakkeforløpet -tilbudet som gis til våre pasienter.</p>	<p>2. Implementering av nye behandlingsmetoder</p>	
<p>Helsepersonell må ha kontakt med seg selv. Inneha bevissthet om seg selv og jobbe med å bli bevisst egne følelser og hvordan de kommer til uttrykk kroppslig i arbeidshverdagen.</p>	<p>3. Den som skal hjelpe andre, må kjenne seg selv.</p>	

Tabell 1 viser meningsbærende enheter, subgrupper og en hovedkategori -kodegruppe, et eksempel på analyse.

De tre kodegruppene jeg kom frem til inneholder nå flere subgrupper. Videre i analyseprosessen lages et kondensat, som forsterker eller nyanserer teksten. Kondensatene skal være et arbeidsnotat og en sum av informantenes stemme om fenomenet som subgruppen forteller om. Målet er å sammenfatte og gjenfortelle innholdet i subgruppene. Et kondensat for **subgruppe 3** fra eksemplet over er; **Jeg må tåle å føle meg unyttig og ikke fikse alt. Mye viktigere å lytte og sitte i situasjonen, selv om pasienten og jeg kan oppleve det ubehagelig til tider. Hverdagsstress er en påvirkningsfaktor. Jeg må se mitt eget stressnivå, lære å gjenkjenne det og hvordan det kan påvirke meg og pasienten.** Det er en tekst med flere ulike nyanser som beskrev forskjellige meningsaspekter av det kodegruppene omfattet. Det utarbeidede kondensat i jeg-form hadde til hensikt å omsette innhold fra kodegruppene og de meningsbærende enheter til en mer allmenn form (Malterud, 2017, ss. 105-107).

I trinn 4 av analysen skulle jeg sammenfatte ved hjelp av fortolkende synteser, det gir grunnlag for nye beskrivelser og begreper som skal gi innsikt og deles med leseren, men samtidig skal formidles på en måte som er lojal til informantenes stemme. Re-kontekstualisere som betyr å sette sammen bitene igjen. Ved å ivareta det må jeg gå tilbake å kontrollere i de originale transkripsjonene. I siste trinn av analyseprosessen leste jeg igjennom alt datamaterialet på nytt, og vurderte det jeg hadde kommet frem til, om det kunne jamføres med det opprinnelige datamaterialet. Opplysningene fra hver enkel kodegruppe og subgruppe ble sammenfattet, og jeg utarbeidet en analytisk tekst som inneholder en sammenfatning av hva datamaterialet kunne gjenfortelle om problemstillingen (Malterud, 2017, ss. 108-110). I dette trinnet fikk begrepet «iterativ» (Malterud, 2017, s. 113) en ny mening jeg opplevde at det var nødvendig å repetere og bevege meg frem og tilbake i trinnene på en gjentakende måte. Det kan sees i lys av den hermeneutiske sirkel som er beskrevet i kap.3.1., opplevelsen av å få en ny forståelse av hver gang datamaterialet ble gjennomgått på nytt, ble betydningsfull for min læringsprosess i denne studien. I analysefasen ble de fem kodegruppene redusert til tre, og subgrupper ble endret og redusert. Malterud (2017, s.109) skriver at resultatene man skal presentere, representerer mange av informantenes stemme med ulike variasjoner. Det må formidles som fellestrekk av alle historiene, da unngår man å fortelle enkelthistorier.

### 3.8 Forskningsetikk

Jeg hadde godkjenning for å gjennomføre min studie fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste – NSD. Studiens formål var utenfor helseforskningslovens virkeområde. Det skulle ikke innhentes pasient eller helseopplysninger, derfor krevdes det ikke samtykke fra REK- Regionalt Etisk Komité. Ifølge forskningsetiske retningslinjene skal tre hensyn ivaretas. De omhandler informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, forskerens plikt til å respektere informantens privatliv og forskerens ansvar til å unngå skade (NEM, 2010). Skriftlig informasjon og informert samtykke er en forutsetning for forsvarlig forskningsetisk fremgangsmåte (World Medical Association, 2015). Alle informantene fikk tilsendt ett informasjonsskriv og ett samtykkeskjema som de fylte ut og signerte skriftlig (Vedlegg 2). Informantene skal kjenne til studien for å kunne ta stilling til om de ønsker å bidra med sin kunnskap eller ikke. I forkant av intervjuet skal informanten informeres om studiens overordnede mål og vite nok om hvordan data skal innsamles og håndteres. Det skaper trygghet og tillit (Malterud, 2017, ss. 214-215). Informantene fikk informasjon om at de kan når som helst si nei til å delta i studien. Selv om informantene har underskrevet informert samtykke kan informanten bryte intervjuet eller reservere seg før, under eller etter intervjuet. Da det kan oppstå situasjoner der informanten angrer på det som er sagt, eller opplever at intervjuet utviklet seg annerledes, enn informanten hadde tenkt. Jeg gå både skriftlig og muntlig informasjon i forkant av hvert intervjuet, slik at informanten var trygge på at de kan

be om å stoppe opptaket eller slette materialet i etter tid, hvis man allikevel ikke ønsket å delta i studien. Ingen av informantene har kontaktet meg når det gjelder å trekke seg fra studien.

Informantene fikk informasjon om fortrolighet. Alle intervjuene vil bli slettet etter min eksaminasjon av masteroppgaven fra diktafon appen. Jeg informerte alle informantene om at personvern og anonymitet ble ivaretatt at det ikke var risiko for gjenkjenning av det den enkelte hadde bidratt med i intervju. Det ble ikke opprettet navnelister eller andre lister som kunne identifisere informantene. Jeg må analysere og vurdere sitater fra informantene, som om informantenes arbeidsgiver eller kollegaer leser min masteroppgave, slik at ikke informanten blir gjenkjennbar.

Dialektuttrykk, informantens alder, yrke, opplysninger om hvor intervjuet er gjennomført, og historier som forteller om en spesifikk hendelse, er eksempler på økt risiko for gjenkjenning. Jeg må være bevisst når jeg forandrer noe av gjenkjennbar informasjon under transkriberingen. Betingelsen er at det gjøres uten å forstyrre grunnleggende forutsetninger for for forståelsen av det som studien skal utforske. Transkriberingen ble utført på bokmål for å sikre informantenes anonymitet. Ingen av sitatene jeg har tatt i bruk blir gjengitt i dialekt eller uttrykk som kan knytte informantene til deres sted eller landstilhørighet. Fordreid dokumentasjon utgjør en risiko for svekket pålitelighet. Er sitatet fylt med gjenkjennbarhet, skal det ikke brukes i hensyn til personvern. Det er aldri etisk akseptabelt å kompromittere informanters personvern (Malterud, 2017, ss. 214-216).

Det skal være et skille mellom forskeren og informanten og hvor jeg skal tilstrebe og ikke ha noen påvirkning på informantens utsagn. Kritikken er at forskeren og informanten har en påvirkning på hverandre under intervjuet og at forskeren selv vil påvirke resultatet på en eller annen måte og at det bare er et spørsmål om å minimere påvirkning av resultatet. Siden min studie ønsker å gå dypere inn i den enkelte informant sin opplevelse, erfaring, forståelse og fortolkning, er det viktig for meg å velge nærhet til informantene, slik at de får god informasjon i forkant av intervjuet om at deres personopplysninger og forskningsetiske hensyn blir fulgt og ivaretatt. Informantene fikk tilbud om å kontakte meg pr e-post eller telefon hvis de hadde ytterligere spørsmål om studien, etter at de hadde takket ja til deltagelse. To av informantene gjorde dette. Forskerne bør da gå inn i en likeverdig relasjon med informantene og forstå disse på deres premisser. Informantene skal være trygge på at de kan når som helst takke nei til å bli intervjuet eller å fortsette intervjuet. (Malterud, 2017, ss. 211-212)

Det var en informant som kjente til meg fra tidligere. Vi hadde jobbet sammen på en psykiatrisk akuttavdeling, men det utfordret ikke min egen forståelse eller påvirket intervjuet. Da vi ikke har nær kollegial relasjon. Det er lenge siden vi har vært kollegaer i en stor akuttavdeling. Tema for min studie og mine spørsmål i intervjuguiden var ikke av en slik karakter at det kunne forventes noen etisk belastning for helsepersonellet å delta som informant (Vedlegg 3).

Tidspunktet for intervju var ingen økonomisk ulempe for informantene. De deltok i sin arbeidstid og det var avklart i forkant med institusjonen, slik at det ikke skulle gå utover ivaretagelsen av pasientene. Alle intervjuene ble avsluttet med om informanten ville tilføye noe mer avslutningsvis. Noen utdypet sin informasjon og andre bekreftet at de ikke hadde mer å tilføye. Etter at diktafon appen ble slått av kom noen informanter med noe tilleggsinformasjon som hadde vært naturlig og inkludert i selve intervjuet. Ut fra etisk vurdering har jeg valgt å ikke ta det med i analysedelen da dette ikke har blitt tatt opp i diktafonappen.

## 4.0 Resultat- Funn

Hensikten med studien var å undersøke erfaringer helsepersonell hadde i første og andrelinjetjenesten med traumebehandling. Hovedfunnene i denne studien kan oppsummeres i tre hovedkategorier; **1. Felles faglig forankring og kliniske erfaringer, 2. Behandlingsprosessen, og 3. Samhandling.** Videre blir resultatene presentert etter hovedkategorier med tilhørende subgrupper, som presenteres som en analytisk tekst med sitater merket i kursiv.

Hovedgrupper	Subgruppe	Subgruppe	Subgruppe
<b>Felles faglig forankring og kliniske erfaring</b>	Nok viten om hva som jobbes med	Implementering av nye arbeidsmetoder	Den som skal hjelpe andre må kjenne seg selv
<b>Behandlingsprosessen</b>	Læring på tvers	Etablere et trygt gruppeterapeutisk miljø	Parallelt behandlingsløp som inkluderer 1. og 2.linjetjenesten
<b>Samhandling</b>	Etablere relasjon	Kommunikasjon	Samarbeid

### 4.1 Felles faglig forankring og kliniske erfaring

En kompetent helsepersonellgruppe som øker og fornyer sin kunnskap trakk samtlige av informantene frem som grunnleggende viktig. Varierende kunnskap og forståelse fremkom fra informantene da det hadde vært nyansettelser og omorganiseringer på arbeidsplassene. Informanter som jobbet med gruppe eller i individualterapi vektla at;

*«Alle må ha en faglig innføring i arbeidsverktøyet vi har valgt å bruke i arbeidsprosessen, slik at vi helsepersonell ikke forvirrer pasienten».*

Det var vesentlig at alle hadde innsikt i behandlingsmetoden, kunnskap og kompetanse. Det ga en felles forståelse, trygghet i arbeidet og et engasjement trakk informantene frem for å lykkes med å gi god traumebehandling. Informantene var delte i hvor mye klinisk erfaring det enkelte helsepersonell i personalgruppa trengte. Flertallet av informantene trakk frem at kunnskapsforståelsen var en viktig grunnpilar og den kliniske erfaringen ble gradvis bygget opp etter hvert.

#### 4.1.1 Nok viten om hva som jobbes med

*«Gruppeterapien vi tilbyr kan ikke være lukket».* Flere av informantene trakk frem viktigheten med informasjonsflyt mellom gruppelederne, individualterapeutene og miljøpersonalet, slik at vi får en helhetlig innsikt i vårt arbeid rundt pasienten. Informantene nevnte at personalgruppen burde få tid til å jobbe sammen om metoden og manualen, for å oppnå nok kjennskap til hverandres arbeid. Noen hadde fora som fagdager, fagmøter eller faglunsjer jevnlig, andre institusjoner hadde det ikke. *«Vi har i perioder dårlig tid (lite tid) og da blir kommunikasjonene mellom oss ansatte redusert. Vi får ikke alltid den helhetlige oversikt i arbeidet rundt pasienten, da må vi bare lene oss på de skriftlige journalnotatene. Men det er nødvendig å sette av tid og ha fellesarenaer for møter».*

#### 4.1.2 Implementering av nye arbeidsmetoder

Flere trakk frem at de måtte få tid til faglige oppdateringer og det må være rom for å dele sine kliniske erfaringer. Tydelig informasjon ga personalgruppen en trygghet og oversikt, slik at personalet kunne få en felles forståelse. *«Skal vi implementere noe nytt, er det viktig at vi har en tydelig ledelse i seksjonen».* Det ble også trukket frem viktigheten med eget fagligansvar, å lese e-post, møte opp på faglunsj, personalmøter, -og å selv være aktiv og dele kunnskap og erfaringer, slik at alle ble opplyst om endring og implementering av ny behandlingsmetode. Undervisning av helsepersonell bør også bli satt i system slik som pakkeforløpet -behandlingstilbudet vi gir våre pasienter. Noen av informantene trakk frem at de savnet samlingsbasert kursvirksomhet årsaksforklaringer som ble nevnt var at de ikke hadde fått mulighet til det grunnet tidspress og økonomi i institusjonen, men digitale kurs ble nevnt som et enklere alternativ for å tilegne seg ny kunnskap, et rimeligere alternativ og at man kunne være tilgjengelig på institusjonen.

#### 4.1.3 Den som skal hjelpe andre må kjenne seg selv

Flertallet av informantene fortalte at når de hadde fått god nok kunnskap og forståelse i forhold til traumer, fikk de mer innsikt i betydningen av å være oppmerksom på seg selv i behandlingsrelasjonen. Bevisstheten om egne følelser og reaksjoner nevnte de var en forutsetning for å greie å ta ansvar for

relasjonen. De trakk frem viktigheten av å hjelpe seg selv og pasienten til å stabilisere seg ved å bevisstgjøre seg sine egne følelser og være bevisst på hvordan følelsene kommer til uttrykk kroppslig.

*«Erfaringsbasert kunnskap kommer underveis når man har jobbet og samarbeidet med teamet og pasientene en stund».*

Det å inneha en indre trygghet ble trukket fram av alle informantene som viktig. Det kom frem at det «å være forankret i seg selv og å jobbe med inn-toning overfor pasientene». Utrykket å tone seg inn forteller informantene at det handler om å jobbe med sin egen aktivering, ut fra det de observerer hos pasienten. «Inn toningen bør være passelig nært opptil der pasienten befinner seg. Jeg må gjøre det oppnåelig ved å speile neste nivå jeg ønsker å få pasientene på». Samtidig jobber informantene bevisst med pasientrelasjon ved å være oppmerksom på pasienten og bevisst seg selv i kontakten med pasienten, ved å dele tanker om sin egen fremtoning. Informantene fremhever at det er viktig at vi er lett å lese for pasientene. «Er nøytral og fremhever ikke vårt eget ytre».

Flere av informantene trakk frem; «Det å jobbe med min egen tilstedeværelse for at pasienten skal kunne bli mer til stede i seg selv er mye av essensen». Informantene forteller hva som ligger i å være til stede i seg selv, som nærvær, forutsigbar, tydelig og rolig. Noen av informantene forteller om «hvordan de selv jobber kroppslig. Det å kjenne at jeg puster og lytte til pusten. Noen forteller om å kjenne at jeg sitter, har støtte, kjenne at jeg har kontakt med gulvet». Ikke alle informantene er tydelig verbalt i intervjuet rundt dette tema, men de formidler ved å vise med sin kropp, midtstiller seg selv i stolen. De viser i sitt nonverbale kroppsspråk viktigheten av kroppslignærvær. Beskrivelsen som går igjen hos flere av informantene er det å være «passelig regulert» om det å være til stede i seg selv. Informantene er opptatt av «å passe sin egen aktivering, og hvordan pasientens kropp er i samspill med informantens, hvordan nervesystemene spiller hverandre».

## 4.2 Behandlingsprosessen

Alle informantene presiserte bruken av psykoedukasjon individuelt eller i gruppe fra traumebehandlingens oppstart, som en viktig grunnmur for pasientene. Noen av institusjonene hadde satt i system i arbeidsgrupper for ansatte, noen jobbet med psykoedukasjon, andre i angstmestringsgrupper eller aktivitetsgrupper som f.eks. psykomotorisk trening eller fysisk aktivitet. Det kom frem fra informantene at hvis de ga pasientene en god oversikt og forståelse av traumeteorien var det en god grunnmur for det videre arbeid med praktiske eksempler og øvelser, som vil gi mening i stabilisering, bearbeiding og i reparasjonsfasen. Psykoedukasjon om den tredelte hjernen, den indre veggen, om normale reaksjoner etter traumer som flukt, kamp og frys. Slik at pasientene kan gjenkjenne under og overaktivering i kroppen, om hvordan regulering og



toleransevinduet fungerer. Informantene var opptatt av å validere klokskapen til kroppens reaksjoner. *«Det å koble ut kroppen var en ressurs, men det har sin pris, samtidig det å være i konstant beredskap har sin pris»*. Det å gi kunnskap om kroppens autonome nervesystem og hjernenes reaksjonsmønster, ble nevnt av flertallet av informantene som svært viktig. Pasienten fikk da innsikt og forståelse om kroppens triggere og overlevelsesmekanismer, men også om hvordan traumeminner lagres. Symptombildet og forsvarsmekanismene til pasienten gir da mening, slik at pasientene forstår sine egne reaksjoner. Å få egen forståelse om at det ikke er noe galt, men det er en normal reaksjon på en unormal opplevelse var av stor betydning ble nevnt av flere. Informantene forteller at det *«å få ny forståelse kan bidra regulerende og gi gunstig endring i pasientens toleransevindu»*. Pasientene lærte om kroppens forsvar. Via kartlegging ble pasientene bevisst sine triggere som satte dem ut av spill og de fikk prøvd ut forskjellige øvelser for å dempe triggerne. Toleransevinduet til pasientene ble da utvidet, når de hadde oppnådd å koble på tenkehjerne, slik at ikke bare de automatiske reaksjonene som dominerte. Forstå situasjoner, vurdere fare, jobbe aktivt med teknikker-øvelser, utviklet evnen til å påvirke kroppens automatiserte farereaksjoner og deretter mestre situasjonen ble nevnt.

Forståelsen øker innsikten i hva som skjer i kroppen og i hjernen. *«Jeg som helsepersonell må starte ved å demonstrere øvelsen, da kommer ofte pasientene etter. Mange blir overrasket over effekten»*. Pasientene tar etter hvert i bruk nyttige verktøy for å dempe triggere og sterke følelsesmessige reaksjoner i situasjoner som hører nåtiden til og ikke utgjør en reell fare. De klarer da etter hvert å skille mellom nåtid og fortid. En av informantene forteller om *«Hvordan aktiviseringsnivået til pasienten og mitt endrer seg igjennom samtalen. Det må jeg som hjelper være bevisst på. Å holde meg rolig når pasienten blir overaktivert er viktig nonverbalt kroppsspråk i hele min fremtoning, hvile blikket ved å bruke pust. Det verbale kroppsspråket må jeg også være bevisst på hvordan bruker jeg stemmen.»* Ved en underaktivering er det også lett å bli påvirket i situasjonen» oppgir samme informant.

#### 4.2.1 Læring på tvers

Informantene både fra første og andrelinjetjenesten oppfølgingsteam, inneliggende, poliklinikken, korttids -intensiv traumebehandling og langtidsbehandling trakk frem at fokuset etter traumekartleggingen i oppstart av behandling var det å være i prosess og fremme læring.

Det at behandlingsteamet og pasienten finner muligheter for individuell tilpasning ble trukket frem som et viktig element. Flere av informantene forteller at de *«sammen med pasienten snakker om grensene til pasienten, og det å hjelpe pasienten til å lytte, oppdage og forstå kroppens alarmsystem»*. Tidlig i behandlingsforløpet *«tematiseres nærhet og avstand, f.eks. Hvordan vil pasienten sitte i rommet?»* Pasienten skal tidlig få informasjon om og *«skal oppleve at de er med på å påvirke behandlingen»*. Informanten forteller at *«pasienten får vite at det ikke er noe de må gjøre og at de kan*

*si ifra når det er temaer eller øvelser, som de ikke ønsker å snakke om eller gjøre der og da».*

Informantene fremhever at tidlig informasjon og samtaler om brukermedvirkning -å involvere pasienten i sin egen behandling kan styrke trygghet og forutsigbarhet».

Ikke alle pasientene var klare for psykoedukasjon i gruppe. De trengte å få en myk oppstart av individuell psykoedukasjon for ekstra stabilisering og støtte. En av informantene påpekte at det også kunne være hemmende for pasienten å ikke gi gruppetilbudet en sjanse i oppstartsfasen. Det medførte at pasienten ble værende lengre i sin stabiliseringsfase. Som en av informantene sa: *«Pasienten kan ikke bare hoppe rett inn i en gruppe når pasienten føler seg klar for gruppeterapi, men må vente på en ny gruppeoppstart».* De nyttige erfaringene med å jobbe med sine unnvikelsesstrategier, oppøve ferdigheter som konsentrasjon, lytte, reflektere, motta råd og tips fra andre i lignede situasjoner, oppleve gruppetilhørighet, gikk pasienter som ønsket bare individuell behandling glipp av, i sin oppstart av traumebehandling.

#### 4.2.2 Etablere et trygt gruppeterapeutisk miljø

En av informantene fortalte at alle i pasientgruppen følte på utrygghet i oppstart av en gruppe, da ingen av pasientene kjente hverandre. *«Vi som gruppeledere har et ansvar for å etablere trygghet med forutsigbarhet og kontinuitet i gruppa».* Pasientene hadde ofte en utfordrende oppstart og opplevelsen av konsentrasjon og innlæringsvansker var ofte fremtredende. Det at noen av pasientene formidlet symptomtrykket gjorde at andre gruppemedlemmer gjenkjente seg i den andre, ved å nikke eller bekrefte det verbalt. Flere av informantene nevnte at gruppeoppstarten var krevende, men det å tilrettelegge godt her var viktig for gruppedannelse og tilhørighet, relasjonsbygging og mentallisering. Noen av pasientene kunne ha terapeuten eller co-terapeuten som behandler eller kontaktperson i miljøterapien. Informanten som nevnte det, hadde jobbet ved institusjonen i over 20 år. Hun fortalte at det ikke var gitt at de pasientene som hadde en trygg relasjon i utgangspunktet til helsepersonellet som driftet den ukentlige gruppen, hadde best progresjon i sin traumebehandling. Det var flere faktorer enn relasjon til terapeutene og gruppen som spilte en rolle her. Informanten beskrev at aktiv jobbing ved bruk av arbeidsheftet å trene på anbefalte øvelser for å utvikle indre trygghet viste seg å ha best utbytte for å utvikle god hverdagsmestring. Det handler om at pasienten oppnår positive mestringsopplevelser, går stegene selv -går varsomt og trygt, med støtte fra helsepersonell og gruppen. Informanten fortalte at gruppen ofte så synlige resultater -før den enkelte pasient. Pasientene kunne i perioder oppleve håpløshet og ingen endring og opplevde prosessen som utfordrende og krevende, da var pasientene avhengig å få tilbakemeldinger om små positive endringer som gruppen hadde observert hos pasient. Når pasienten selv oppdaget endring delte de det etter hvert med gruppen som positive mestringsopplevelser.

#### 4.2.3 Parallelt behandlingsforløp som inkluderer første og andre linjetjenesten

Arbeidsheftet «*Tilbake til nåtid*» ble trukket frem som et godt hjelpemiddel og henvist til av informanter fra både første og andrelinjetjenesten. Flere av metodene som ble nevnt hadde gode arbeidsmanualer både for pasient og behandlingsteamet. Manualene var et godt pedagogisk verktøy, da de finnes både som fysisk arbeidshefte, lydfil og e-bok. Informantene opplevde manualen som gunstig, da det var lett tilgjengelig for den enkelte pasient og kunne tas frem i ettertid. Flere av informantene nevnte at det ga en bred og lett tilgang til øvelsene og var et godt ytre motivasjonsverktøy. Det kan hjelpe pasientene å oppøve og holde konsentrasjonen oppe, føle forutsigbarhet, mestringsevne, få indre struktur og bli trygge. Pasienten jobbet da aktivt, samtidig er det viktig at vi helsepersonell trygger og har innlevelse i at det er til tider svært utfordrende å jobbe med bearbeiding og mestringsopplevelser.

Pakkeforløpet gir et strukturert og standardisert behandlingstilbud til pasientene, men informantene trakk frem at vi må ikke glemme at vi jobber med mennesker. «*Jeg tenker at vi noen ganger må få litt mer tid med pasienten, at pasienten ikke får opplevelsen at de er bare en pakke som skal videre i systemet. Jeg er opptatt av at pasientene føler de får plass og rom, nok av tid hos oss.*» Noen ganger må systemet tilpasse seg den enkelte pasient. Flere av informantene nevnte at vi må være åpne for justering og endring underveis. Det å ha tid, være fleksibel og trekke inn mer tverrfaglighet og tverretattlig samarbeid, for å få til en bedre overgang i behandlingssystemet ble nevnt av alle informantene. «*Jobbe aktivt med hverdagsmestring, og ha samtaler med første og andrelinje tjenesten samtidig, for å få en trygg og jevn oppfølging*». En av informantene hadde en todelt stilling i andre linjetjenesten på døgnet og poliklinikken. Pasientene fra døgnet fortsatte ofte en periode i poliklinikken. Informanten trakk frem viktigheten med kontinuitet i sårbare overganger ved å følge opp pasienten poliklinisk i en periode, spesielt når det var nødvendig å etablere kontakt med første linjetjenesten.

### 4.3 Samhandling

Å etablere relasjoner kan gjøre det lettere å opprettholde god kommunikasjon og åpne for mer samarbeid mellom første og andre linjetjenesten. Organiseringen av institusjonene der informantene jobbet var noe ulikt organisert i både første og andre linjetjenesten. Begrepet brukermedvirkning ble nevnt av flere av informanter, det å se og lytte til pasienten, deres behov og ønsker.

Forventningsavklaring er et nøkkelord som kom frem i intervjuene viktig å snakke om mellom første og andrelinjetjenesten, men også sammen med pasienten.

#### 4.3.1 Samarbeid

Samarbeidet mellom samarbeidspartnere oppga informantene noe ulike typer samarbeid alt fra pårørende, Nav- IPS, oppsøkende team, dagtilbud, døgntilbud og poliklinikk. «*Jeg som har arbeidserfaring både fra første og andre linjetjenesten, er godt kjent med behandlingstilbudet og*

*samarbeidspartnerne når pasienten skal videre i pakkeforløpet. Jeg tror jeg har lavere terskel i å ta kontakt i samråd med pasienten». Det kom frem hos en av informantene at samarbeidet ikke alltid fungerte verken intern og eksternt. Andre fortalte at; «Informasjonsflyt mellom gruppeledere, miljøpersonell og individualbehandlere bør jo fungere, vi jobber tross alt på samme arbeidsplass». Noen informanter trakk frem at informasjonsflyten internt mellom de som hadde ansvaret for gruppeterapien og resten av behandlingsteamet var bra. De savnet bedre retningslinjer og rutiner som omhandlet eksternt samarbeid rundt den enkelte pasient. Flertallet av informantene opplevde at eksternt samarbeid var bedret etter Covid-tiden, mye av samarbeidet med eksterne samarbeidspartnere foregikk nå digitalt. Informantene opplevde forskjeller og tverretattlig samarbeid kan alltid bedres.*

#### 4.3.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon blir trukket frem av informantene som en viktig del av samhandlingen mellom samarbeidspartnere. «Vi må være tydelig på bestillingen av videre hjelpe og traumebehandlingstiltak for våre pasienter». Hvis kommunikasjonen ikke fungerer, kan det handle om mangel på kunnskap om rammene for hvor mye den enkelte helsepersonell kan dele av informasjon til samarbeidspartnere. Informantene opplevde at flere av pasientene ikke formidlet sine behov, de kunne være diffuse og tvetydige. Det handler også om hvor åpen og ærlig den enkelte pasient er og hvor tydelige vi helsepersonell er til å etterspørre hva er deres behov er videre. Noen informanter trakk frem at det var trygt og støttende å jobbe sammen med erfarende kollegaer som oppdaget og forstod den enkelte pasients ønsker og behov, ved å være tydelig, etterspørre og utforsket sammen med pasienten. Tydelig og konkrete journalnotater og epikriser er noe enkelte informanter trakk frem. Relevant informasjonsdeling blant første og andre linjetjenesten er viktig for å gi pasienten kontinuitet i behandling.

#### 4.3.3 Relasjon

Informantene trakk frem den personlige kompetansen og relasjonskompetansen som viktige faktorer for å danne gode og trygge relasjoner som har betydning for behandlingsprosessen og behandlingsresultatet. «Det er tidkrevende å tilrettelegge for og hjelpe pasienter til å bli trygge i relasjoner, da pasientene tidligere har erfaringer med å bli skadet i relasjoner og er veldig redde». Da må vi lytte aktivt, ikke bare til hva pasienten sier, men også det pasienten ikke sier». Personsentrert kommunikasjon ble også nevnt av noen informanter, når de snakket om relasjon. Det at vi er til stede, slik at pasienten opplever å bli sett, hørt og forstått. Det gir trygghet, tillit og grobunn for å oppleve nye og gode relasjoner.»

## 5.0 Diskusjon av funn og metode

I dette kapittelet vil jeg drøfte hovedfunnene fra resultatdelen opp imot min problemstilling; «**Hvilke erfaringer har helsepersonell i første og andrelinjetjenesten innen psykisk helsearbeid med traumebehandling?**» Hovedfunnene skal belyses og diskuteres ved hjelp av det teoretiske rammeverket jeg har presentert, og tidligere forskning. Til slutt kommer en metodediskusjon.

### 5.1 Felles faglig forankring og kliniske erfaringer

Det å dele og fornye kunnskap og kliniske erfaringer kom i resultatene frem som et sentralt tema, hvor det fremkom ønske om bedre organisering av møtefora. Det å få tid til å reflektere sammen med kollegaer over metodene institusjonen brukte. Andre elementer som spilte inn var endringer som nyansatte, implementering av nye behandlingsmetoder, samt pakkeforløpet som stiller flere og nye krav til helsepersonell i psykisk helsearbeid. Informantene hadde erfaringer med at det ikke alltid var tid og økonomi til å bli oppdatert på nyere forskning via kurs og fagdager, men noen av informantene nevnte at de hadde fått digital opplæring etter pandemien. Informantene trakk det frem som positivt og tidsbesparende, men på en annen side fikk de ikke innsikt i hva som rører seg hos andre institusjoner og samarbeidspartnere. Informanter fra andrelinjetjenesten som tidligere hadde deltatt på Tryggere traumeterapeuter sitt kompetanseprogram trakk frem det med aktiv deltagelse. Snakke sammen i gruppearbeid -workshops og mingle i pauser er av stor betydning for fagligkompetanse og nettverksbygging (Anstorp & Benum, 2014, s. 326). Det å kjenne til hvem, hva og hvordan det jobbes med traumebehandling i de forskjellige linjetjenestene beskrev informantene i studien at ga dem større innsikt. Det kan kanskje føre til at helsepersonell gir mer støtte og forutsigbar oppfølging i alle ledd i pasientens behandlingsprosess, slik at behandlingsforløpet blir helhetlig og forutsigbart, uten unødvendig ventetid. Det er i samsvar med sentrale retningslinjer for pakkeforløpet. (Helsedirektoratet, 2022).

I studien til Stige et al (2015)kom det frem av artikkelen at det var behov for felles faglig plattform og det var et stort behov for informasjon om gruppebehandlingen av de andre ansatte på DPS. Det samsvarer med mine funn fra informantene jeg intervjuet. De som jobbet med gruppebehandling, hadde konkrete erfaringer med at hele personalgruppas engasjement var av stor betydning for å sikre den felles faglige forståelsen av metodene som ble tilbudt og brukt ved institusjonene. Innsikt i gruppeterapien og oversikt i den enkelte pasient sine mestringsopplevelser, utfordringer og reaksjonsmønstre er betydningsfullt, men det krever noe ekstra av helsepersonellgruppa i forhold til tettere samarbeid.

På en annen side kom det frem i forskningsartikkelen til Stige et al (2015) at de ønsket en kunnskapsbase og et slags oppslagsverk slik at alle i behandlingsteamet kunne bruke samme bilder og

ord overfor pasientene for å skape behandlingskontinuitet og flere ønsket å være observatør i gruppene. Det å være observatør tenker jeg kan by på utfordringer da ofte denne pasientgruppen er sensitive og reagerer på endring og mange mennesker i rommet. Jeg tenker at det kanskje kunne vært nyttig om individualterapeut hadde deltatt aktivt i gruppen enn å være observatør. Her ønsker jeg å trekke inn forskningsartikkelen Thoresen et al (2022) der det viser seg at 2-ukers intensiv poliklinisktraumebehandling har gitt gode resultater for pasienter som har rotasjon av behandlere i behandlingsteamet. Det må sies at de ansatte har gjort et grundig forarbeid og kartlagt den enkelte pasient (Helsedirektoratet, 2022), som blir tilbudt å delta i intensiv traumeterapiprogrammet. Alle i behandlingsteamet er aktive deltagere i behandlingsprosessen.

Informanten med kortest arbeidserfaring innen traumebehandling vektla at organisering og bedre tid i fora som ga fagligoppdatering var noe som burde prioriteres mer av ledelsen. Informanten trakk frem at behovet kanskje var størst ved nyansettelse og at de burde bli tilbudt kompetanseprogram på lik linje med kollegaer, som hadde jobbet årevis med traumebehandling. Da man ikke alltid innehar nok kunnskap og erfaring, det opplevdes at man kom til kort, samtidig nevnte informanten at det handlet kanskje om egen usikkerhet og utrygghet. Det støttes i artikkelen Stige et al. (2015) som beskriver utfordringer som rolle usikkerhet, -og at økt kompetanse gir et styrket behandlingstilbud. Viktigheten av å ha og bruke møtearenaer med kollegaer som man kunne rådføre seg med, ved at de gir hverandre støtte, veiledning og deler erfaringer ble nevnt av flere. Jeg antar at nyutdannede og nyansatte trenger å opparbeide seg en faglig trygghet samme med erfarne kollegaer. Da støtte fra kollegaer ble nevnt under flere av intervjuene, forslaget om å ha en mentor man kan henvende seg til få råd og veiledning, ble nevnt av den ene informanten. Studien til Reid et.al (2021) tyder på støtte og tett samarbeid med kompetente kollegaer er av stor betydning. Det kom frem av studien at helsepersonell spesielt førstehåndshjelpere som ambulanspersonell hadde høyere symptomtrykk på stress symptomer og PTSD når de utsettes for stress og traumatiskstressbelastning over tid. Lavgrad av kollega støtte ser ut til å påvirke negativt og kan gi store ringvirkninger på sikt for helsepersonell. Studien til Våge (2022) påpeker viktigheten at helsepersonell blir tilbudt emosjonell førstehjelp og kollegastøtte etter sterke uønskede hendelser eller opplevelser. Kollegastøtteordningen gjelder støtte på et organisatorisk nivå og blir brukt aktivt for helsepersonell i uttrykningstjenesten. Andre helsepersonell har ikke systematisk oppfølging av kollegastøtteordningen, men er mer prisgitt nære kollegaer og ledelsen innad i institusjonen.

Et annet interessant funn i min studie var at informantene med lang ansiennitet kunne også kjenne på følelsen av å være i en situasjon de ikke hadde oversikt. Og derfor kjente på egen motstand, fordi de manglet kunnskap rundt implementeringen av ny behandlingsmetode eller var i en omorganiseringsfase i institusjonen. De hadde opplevd at de ikke hadde fått nok eller tydelig

informasjon fra ledelsen om endring. Flertallet av informantene hadde lang arbeidserfaring, de fortalte at det ikke alltid var like lett å omstille seg og endre praksis. Her vil jeg dra paralleller til forskningsartikkelen Stige et.al (2015), som peker på hvordan de kliniske arbeidsoppgavene påvirkes av implementeringen av et nytt behandlingstilbud og viktigheten at helsepersonellgruppen får delta aktivt sammen i implementeringsarbeidet med ledelsen for å tilstrebe en felles faglig plattform. Selv om informantene har fått kunnskap om ny forskning, nye behandlingsforløp og manualer som de skal følge, kom det frem i min studie at det ikke alltid var like lett. De kunne kjenne på indre motstand, da de hadde gode erfaringer med tradisjonell traumebehandling, som fungerte for pasientene.

Andre informanter nevnte at de hadde opplevd motstand og lite engasjement fra kollegaer, når forslag om nye ideer og innspill fra deltagelse på digitale kurs stod i kontrast til den fase orienterte behandlingsmodellen i institusjonen. Noen informanter trakk i denne sammenheng frem viktigheten at institusjonen blåste støv av kompetanseprogram og igjen hadde fagdager i løpet av året, for å sikre faglig påfyll, dele erfaringer i metode og manualer. Fra mine intervjuer fremkom det av informantene som jobber med intensiv traumebehandling at helsepersonellgruppen har blitt kurset og er trygge i forkant på metoden. Det var også et tettere samarbeidet med kollegaer under kursprogrammet for at pasientene skal få best mulig behandlingsutbytte. Videre vektla flere av disse informantene viktigheten med den ytre motivasjon fra helsepersonell i behandlingsteamet. Det kom tydelig frem at helsepersonellet må ha fokus på manualen i samspill med pasienten og kollegaer, det gir engasjement. Det handlet om at helsepersonellet etablerte håp om endring og tro på behandlingsmetoden. Alt dette forsterket pasientens indre motivasjon til å jobbe med seg selv. Både informanter med lang og kort arbeidserfaring nevnte at arbeidsmanualen ga en faglig trygghet i arbeidet, knyttet både til egen og kollegaers kompetanse.

## 5.2 Behandlingsprosessen

I fagfeltet er stabiliseringsfasen mye omdiskutert da det fremkommer at pasienter kan bli værende for lenge i stabilisering av følelser og ikke gå videre til bearbeiding og reparasjonsfasen. Pasientene kan bryte rammene for behandling ved for eksempel mye fravær, eller at behandlingsansvarlig helsepersonell ikke har en avklart og tydelig ramme. En annen mulig forklaring kan være at helsepersonell har egne utfordringer i sin terapeutiske stil, slik at mangel på trygghet og kontinuitet uteblir (Anstorp & Benum, 2014, s. 135). Flere av informantene i min studie påpekte at det er viktig å gå videre i behandling og de spesifikke traumeminnene skal jobbes med og bearbeides, hvis pasienten er klar for og ønsker dette. Noen av informantene kommer med innspill at det ikke handler bare om at pasienten ikke er klar for bearbeiding. Da en annen mulig forklaring kan være at enkelte

helsepersonell ikke føler seg faglig nok kompetent, de er ikke helt trygge på eller gruer seg til å bruke behandlingsmetoder, som innebærer at pasienten gjenopplever traumeminner.

Selv om fasemodellen, med egen stabiliseringsfase i forkant av traumebehandling har blitt kritisert de senere årene via forskning (De Jongh et al., 2016). Viser allikevel faseorientert behandling også positive resultater på lik linje med traumefokusert behandling. Spesielt for pasienter som har utviklingstraumer og kompleks PTSD, denne pasientgruppen trenger ofte langvarig traumebehandling. Slike studier antyder at tradisjonell faseorientert er bedre for denne pasientgruppen, enn traumefokusert behandling. Stabiliseringsfasen er effektive mot symptomer på komplekst PTSD, men behandlingsvarigheten er langvarig, og det trengs ofte mer ressurser. I studien til van Vliet et al. (2021) ble det ikke funnet signifikante forskjeller mellom de to behandlingsformene fra vurdering før til etter behandling. Resultatene bekrefter funn som indikerer at både fasebaserte og traumefokuserte terapier er begge trygge behandlingsformer, både langvarig eksponeringsterapi og EMDR-terapi vil være effektive behandlinger for denne pasientgruppen (van Vliet et al., 2021). Det å ta i bruk det som fungerer samtidig fylle på med nye anerkjente metoder ut ifra pasientene sine forutsetninger, vil kanskje gi et utvidet behandlingstilbudet og en høyere kompetansehevning hos alle i behandlingsteamet. Da den faseorienterte behandlingsmetoden fokuserer ofte bare på symptomene uten å adressere det direkte til hendelsen. Det diskuteres mye i fagmiljøet om hvor lang stabiliseringsfasen skal vare og om den skal kombineres samtidig med annen behandling, og hvilke pasienter som har best utbytte av bare fokus på stabilisering (Stige et al., 2015).

Det er viktig med stabilisering for å skape trygghet, det er en forutsetning for at endring kan skje påpeker informantene. Men når pasienten er i toleransevinduet sitt og innehar indre trygghet, da er det nødvendig å jobbe med bearbeiding slik at pasienten får jobbet seg videre i behandlingsprosessen. Når pasienten er mottagelig for læring -har kognitive ressurser og utvikler hvordan man skal organisere seg selv. Pasienten utvider sitt toleransevindu og informantene nevnte at da må helsepersonell hjelpe pasienten over i fase to, slik at pasienten får utfordret seg selv og jobbe på kanten av sitt opprinnelige toleransevindu. Det er her pasienten får utvidet sitt vindu og tilegnet seg nye ferdigheter og opplevd mestring. Det å oppleve utrygghet i perioder gjør at de kan hente seg inn, da blir situasjonen oversiktlig og pasienten er ikke langt utenfor sitt toleransevindu. Det trekkes også frem i studien til Bækklund et al., (2021).

Informantene formidlet at det var viktig at pasientene ble informert tidlig om at de ville at pasientene skulle jobbe aktivt med å være til stede i kroppen og legge merke til hva som skjer, samtidig som de er i kontakt med informanten. Alle behandlingsmetodene som ble nevnt var EMDR-eye movement



desensitization and reprocessing, PE- prolonged exposure therapy, NET-narrativ eksponeringsterapi, som er ulike anerkjente kognitive tilnærminger (Auren et al., 2021). De innebærer en viss grad av eksponering, samt skape mening. Det å velge rett metode som helsepersonellet er godt kjent med og som pasienten ønsker å jobbe med er elementer for å bevare engasjementet og motivasjonen. Det at pasientene får mulighet til å øve gir de mulighet til å oppdage at noen av øvelsene i manualen fungerer i gitte situasjoner som var kanskje uutholdelig og forvirrende før, og at øvelsen hjelper dem inn i sitt toleransevindu. Pasientene opplever kanskje da en styrket kontroll over situasjonen her og nå. Det ser ut som om psykoedukasjon gir pasientene økt forståelse for utfordringer som symptomtrykket som oppstår i stressede situasjoner og andre utfordringer i hverdagen ut ifra hva informantene fortalte. Det å bygge seg opp traumekunnskap og egen forståelse, gir ofte pasientene mening, da kan de få håp, motivasjon og energi til å jobbe videre med endring. Fagartikkelen til Michalopoulos (2012) støtter dette, her trekkes det frem at stabilisering ved hjelp av ferdighetstrening og psykoedukasjon er viktige ledd i traumebehandling. Michalopoulos (2012) begrunner det ved at først når pasienten er stabilisert vil psykoterapi kunne nyttiggjøres av pasienten. Da kan teorien gi pasienten en trygghet ved at man kan ta innover seg kunnskap og oppdage å kjenne seg igjen.

På en annen side bør helsepersonell være oppmerksomt på at noen pasienter faller ut, de har ikke konsentrasjon eller husker ikke hva de har lært. Det er viktig å snakke om at det er vanlig at noen ikke husker eller hører det som blir sagt, da hjernen pendler mellom overlevelseshjernen og tenkehjernen (Michalopoulos, 2012). Det å få forståelse tidlig om at det er et normalt reaksjonsmønster, kan gjøre at pasientene senker skuldrene og forstår meningen bak sine reaksjoner da de har vært utsatt for unormale hendelser. Mange pasienter har utfordringer med følelsen av å være annerledes og være alene om det. Det kom frem fra informantene at det å samles i gruppe var spesielt utfordrende i oppstart. Men etter hvert når pasientene ble trygge på gruppesamlingene åpnet det opp for oppdagelser av å ikke være gal eller annerledes. Ved å inneha traumeforståelse og innsikt i andre mennesker sin situasjon både forskjeller og likhetstrekk fra en selv. Informantene fortalte at når pasientene oppdaget at trigger og kroppens reaksjonsmønster er veldig normale reaksjoner opplevde de at pasientene ble lettet eller fikk en slags trygghet i den vanskelige situasjonen.

Noen av informantene fra andre linjetjenesten var fortsatt opptatt av og inne i tradisjonell traumebehandling -faseorientert behandling ved å vektlegge stabiliseringen, samt vektlegge støttebehandling. De trakk frem viktigheten av å jobbe grundig med stabiliseringsverktøy med pasienten. De trakk frem mulighetene pasienten har til å opparbeide seg og inneha god kontroll i selvregulering, når traumeminnene skal bearbeides og blir for intense. Stabilisering er en forutsetning for videre behandling og god hverdagsmestring fortalte informantene. Informantene som jobbet med tradisjonell traumebehandling, vektla at de jobbet med dårlig fungerende pasienter. Fagartikkelen til

(Michalopoulos, 2012) trekker frem det informantene berører her ved at nyere traumeteori i fagfeltet kanskje krever noe, som pasienten ikke har forutsetninger til å være med på. Det at nervesystemet er den glemte faktoren og dissosiasjon som den største hindringen for effektiv traumebehandling.

På en annen side trekker også nyere traumeforskning frem at stabilisering er viktig i traumebehandlingen, men det bør gjøres parallelt med bearbeiding og reparasjon. I de intensive traumebehandlingsforløpene fokuseres det direkte på arbeidet med traumehendelsen. I nyere traumebehandling starter de direkte med traumefokusert arbeid og integrerer stabiliserende elementer ved behov (Auren et al., 2021). Studien til van Vliet et al. (2021) støtter opp under dette ved å ta i bruk EMDR-terapi alene som traumefokusert tilnærming hos personer med barndomsrelatert PTSD i motsetning til den fasebaserte behandlingstilnærmingen som tar i bruk forberedende intervensjon. Andre studier har antydnet at den fasebaserte tilnærmingen er bedre enn den traumefokuserte tilnærmingen. Det er vanskelig å trekke noen konklusjoner da det alltid er flere elementer som spiller inn (van Vliet et al., 2021).

Et annet relevant punkt er at det er krevende og følelsesmessig belastende for pasientene, da de hadde gjentatte gjensyn med traumeminnene, men traumeminnene var viktig og et meningsfylt element for bearbeidingsprosessen og reparasjonsfasen i studien til Auren et al. (2021).

Behandlingsintensiteten ga begrenset unngåelse og ga økt støtte, sammenlignet med tradisjonelltraumebehandling som fremkom i studien til Thoresen et al. (2022). Pasientene møtte ulike helsepersonell fra økt til økt, det resulterte i reduksjon av symptomtrykket til pasientene, begrenset distraksjoner og unngåelse, i tillegg økte behandlingen engasjement og motivasjon for alle parter (Thoresen et al., 2022). Terapeutrotasjon utløste skepsis hos pasientgruppen, men det ble beskrevet som positivt både fra pasienter og behandlere etter behandlingen som støttes i de overnevnte studiene. Ingen av pasientene droppet ut av den intensive polikliniske behandlingen, men noen av pasientene møtte ikke opp på alle øktene grunnet utfordringer med traumeminner. Det viste seg at frafallet i intensivbehandling var lavere sammenlignet med tradisjonell poliklinisk behandling (Sciarrino, 2020).

Informantene jobbet under nyere traumebehandlingsprinsipper ved å jobbe med stabilisering-støtte, bearbeiding og reorientering samtidig. De var mer bevisst på og opptatt av hva pasienten trenger akkurat her og nå. Disse informanter trakk også frem at både stabilisering og støtte er fortsatt nødvendig i behandlingsprosessen, men vi er ikke faseorienterte slik som tidligere. Alle elementene kan være med hele veien i behandlingsprosessen, ut ifra pasientens behov da behandlingen er følelsesmessig belastende, men meningsfull. Det støttes av Auren et al. (2021). En av informantene som jobbet i en inneliggende enhet for intensiv traumebehandling fortalte om varigheten på fire ukers

behandlingsopphold var ideelt. De hadde testet ut varighet på 6 uker tidligere, men den ble ikke intensivt da innsatsen til pasientene, behandlingsutbytte og intensiviteten forsvant litt.

Behandlingsteamet justerte og prøvde ut et tilbud som hadde 3 ukers varighet, men det ble for kort for pasientgruppen.

En annen informant som jobbet på en enhet for intensiv traumebehandling fortalte at de nå hadde et behandlingstilbud som varte i 10 dager og viste til fornøyde pasienter med vellykkede resultater. De ga oppfølgingssamtale etter 14 dager, 3 mnd. og 6 mnd. etter endt intensivt traumebehandling, men var pasientene i behov av tettere og videre behandlingsoppfølging ble de tilbudt det. Behandlingen som bestod av individuell langvarig eksponering -PE, EMDR, psykoedukasjon og fysisk aktivitet i grupper. Pasientene møtte ulike terapeuter fra sesjon til sesjon det var her åtte pasienter i gruppen. Informanten og de andre i teamet fikk tilbakemelding av pasientene at behandlingsformen var følelsesmessig belastende men meningsfullt, tilsvarende funn kom det frem i studien til Thoresen et al. (2022). Pasientene var fornøyde etter avsluttet behandling, da de opplevde stor reduksjon av PTSD-symptomer. Det viser seg at traumebehandling som kombinerer flere typer traumefokusert behandling, psykoedukasjon og fysisk aktivitet, men også rotasjon av helsepersonell kan vise seg å ha god effekt på traumesymptomer og er håndterbart for pasientene. Behandlingen kunne justeres ut ifra pasientenes behov. Informantene begrunnet det med at traumer rammer hele mennesket og behandling innebærer arbeid samtidig i kropp, følelser, tanker, relasjoner og identitet. Det samsvarer med resultatene i studien til Thoresen et al., (2022). Med bakgrunn i dette kan man hevde viktigheten med fleksibilitet i behandlingstilbudet, slik at det kan justeres for å gi gode resultater og hverdagsmestring for pasientene.

Andre funn som ble vektlagt i behandlingsprosessen var forankring av egen tilstedeværelse og å jobbe aktivt med inn-toning ved å inneha en god tone, vise åpenhet og være varm som sentrale elementer i arbeidet (Traume bevisstomsorg, 2021). Informantene vektla at det å lære inn-toning og bli mer bevisst den enkelte pasient sine behov for tilnærming i behandlingsprosessen var viktig erfaringsbasert kunnskap. En informant vektla at hun etter hvert ble mer bevisst og har oppøvd sin observasjonsevne i forhold til seg selv og pasienten, når hun var trygg i sin rolle som helsepersonell. Det å tune seg inn og møte pasienten der han eller hun nå er, var viktig. Heimstad og Biong (2014) trekker frem lignende erfaringer som informantene delte under intervjuene.

Alle informanter trakk frem tidspress som et negativt element som kunne utfordre og forstyrre sin egen tilstedeværelse og påvirke det nonverbale kroppsspråket. Allen (2013) hevder at helsepersonells dyktighet dypest sett avspeiler ferdigheter i det å være menneskelig. Den terapeutiske relasjon forstår jeg som et møte mellom to tilknytningshistorier. Relasjonskompetansen til den som skal hjelpe er

sentral og må ta ansvar for sine reaksjoner ved å være bevisst på sitt nonverbale kroppsspråk, hva som påvirker og hvordan man påvirker hverandre i positiv og negativ retning. For å kunne være til hjelp må helsepersonell ha et bevisst forhold til seg selv, men helsepersonell trenger også støtte. Kanskje det er i møte med traumatiserte mennesker, at mange ulike sider ved helsepersonell kommer tydelig til syne, som avmakt, håpløshet og slitenhet, men også den sterke gleden man kan kjenne ved å være til hjelp (Benum, 2014, ss. 349-350).

Flere av informantene utdyper hva som ligger i å være til stede i seg selv, som nærvær og forutsigbarhet. De trekker frem hvordan de jobber kroppslig ved å kjenne at de sitter, har støtte og kjenne kontakt med gulvet. Andre forteller om å skape trygghet i rommet med bevisst pust, ved å kjenne og lytte til pusten. De trekker frem viktigheten med å formidle kroppslignærvær nonverbalt med sitt kroppsspråk, da det påvirker pasientene. Det samsvarer med teori som beskriver hvordan pasientens kropp er i samspill med behandler, hvordan nervesystemene speiler hverandre (Porges S. W., 2009). I fagartikkelen til Nordanger og Braarud (2014) trekker de frem viktighet av det informantene forteller om selv ta i bruk virksomme teknikker, oppgaven er å holde pasienten innenfor toleransevinduet ved å hjelpe pasienten ned fra en hyperaktivering eller henter pasienten opp fra en hypoaktivering (Porges S. , 2006). Informantene forteller om at de må være bevisste for å ikke bli med inn i pasientens over eller underaktivering, ved at de selv er passelig regulert, og heller påvirker og veileder pasienten i riktig retning. Det samsvarer med Porges (2006) sin forskning, ved for eksempel underaktivering var informanten mer bevisst på å gi mer energi i kroppsspråk og stemme. Flere av informantene snakker om bevissthet på sitt eget kroppsspråk og ordene de brukte. En annen informant sier det er viktig å tilpasse språket slik at det virker regulerende for pasienten, eller hvis hensikten er å utfordre, alt etter hva hensikten er og hva pasienten tåler. Flere av informantene uttrykte nødvendigheten av dette for å gi god traumebehandlingen.

Brukermedvirkning var et begrep som informantene brukte og trakk frem for å engasjere pasienten mer i sin egen behandling ved at informanten lyttet til pasienten individuelle behov og ønsker for behandlingsprosessen (Helsedirektoratet, 2022). Flertallet av informantene trakk frem helsepersonellens ansvar for gruppen, det at de er observante og bevisste på alle pasientene. Det å stille åpne og undrende spørsmål ut i gruppen for å få i gang refleksjonsprosesser trakk de frem som positivt. På en annen side kan noen pasienter oppleve det som utfordrende å føle seg presset til å snakke, andre kan oppleve det positivt som å bli sett og føle seg betydningsfull (Benum, 2014, ss. 352-353). Det kan tenkes at ikke alle er åpne og setter ord på hvordan de har det, men det nonverbale kroppsspråket er viktig å observere og lese. Det å ha kjennskap til pasientens handlingsmønster og samarbeide tett som behandlingsteam vektla informantene, for å få innsikt som helsepersonell i den enkelte pasient sin situasjon og prosess. Derfor var etterarbeidet av en gruppesamling viktig å gjøre. Å

gi skriftlig informasjon i journalsystemet og muntlig i møtevirksomhet om den enkelte pasient sin prosess, både fremgang og utfordringer ble nevnt av informantene.

En annen informant som jobbet i gruppebehandling så på pauser som et viktig element de var oppmerksom på og satte av tid til gode pauser. Det at pasientene hadde mulighet til å ha jevnlig pauser gå ut å trekke frisk luft, gå en rask tur eller ta en kopp kaffe eller røyk, gjorde at de kom i snakk med sine medpasienter og jobbet med seg selv i forhold til relasjonsbygging. Noen av informantene valgte bevisst å gå på pauserommet, slik at pasientgruppen fikk litt alene tid i pausen. Da hadde informantene mulighet til å snakke seg imellom å dele observasjoner og tanker.

Det å «ta et skritt om gangen» var et viktig poeng, da noen pasienter ønsker å jobbe med flere utfordringer samtidig og det kan bli for krevende. Helsepersonellet som trakk frem dette hadde opplevd at alt kunne stoppet opp, og pasienten erfarte det som et nederlag. Pasienten må ikke alltid trene på øvelsene, hele tiden. Det at pasienten får mulighet til å stoppe opp når vedkommende er tappet for energi og har en vanskelig dag. Da trenger ikke helsepersonell å utfordre pasienten, for hensikten er da ikke å komme på kanten av toleransevinduet. Det at pasientene lærer å kjenne etter, balansere aktivitet og hvile, er nyttig. Det kan være en vel så viktig øvelse å kjenne på i behandlingsfasen, ved å hente seg inn og restituere. Det ble trukket frem fra informanter at helsepersonell må ta ansvar, stoppe opp og ta et tilbakeblikk og se på alt hva pasienten har utført og fått til, i arbeidsheftet. Det å jobbe med å hjelpe pasienten til å finne en balanse mellom nederlag og mestring trekkes frem i studien til Bækklund et al. (2021).

En annen viktig del i gruppeprosessen er at pasientene ser at ikke alle i gruppen øvde på de samme øvelsene. Det kan være nødvendig for pasientene å oppleve forskjeller og finne ut hva som fungerer og ikke fungerer for den enkelte. De forskjellige øvelsene kan bli brukt til å håndtere triggerende -skape seg en tryggbase eller utfordre. Det å erfare at ikke alle øvelsene som blir lært bort ikke alltid vil hjelpe den enkelte pasient inn i sitt toleransevindu er også nødvendig å erfare for å finne sin vei. Den enkelte måtte finne ut av de øvelsene som hjelper, samtidig fikk de støtte og trygghet fra gruppen (Jørgensen & Steinkopf, 2013). Noen øvelser trenger repetisjon dersom de skulle fungere. Flere av informantene hadde erfart at pasienter syntes det var vanskelig å gjøre øvelser alene og huske dem. Øvelsene må vi helsepersonell kunne og ha øvd godt på i forkant, hvis pasienten skal få riktig utbytte ble nevnt under intervjuene. Informantene var opptatt av å vise og øve sammen med pasientene i gruppe eller i individuell behandling, men vel så viktig var det at pasientene løsrev seg, jobbet med å stole på seg selv, utforsket og trente på øvelsene på egen hånd. Andre trengte å ha tryggheten med å finne en hjelper, som kunne støtte og motivere. En av informantene nevnte at det å informere pasientene at de kanskje bør spørre et familiemedlem, en venn som de stolte på og kjente, som kunne støtte dem til

å jobbe videre med sine øvelser var nyttig. Det at pasienten fikk tilgang på nye ferdigheter og mestringsstrategier førte til styrket evne å ta tak i, håndtere å være til stede og skille bedre mellom fortid fra nåtid, enn å unngå hverdagsmestring (Traumepoliklinikken- Modum Bad i Oslo, 2014).

Både i første og andrelinjetjenesten jobbet helsepersonellet med støtte og stabilisering av pasienten. Under intervjuene kom det frem at helsepersonellet i andre linjetjenesten jobbet aktivt med stabilisering, bearbeiding og reorganisering samtidig. Andrelinjetjenesten hadde ikke så mye søkelys på faseinndeling av traumebehandlingen. Informantene var bevist på at det skjer mye bearbeiding under stabilisering i oppstartsfasen av traumebehandlingen. Informantene i førstelinjetjenesten vektla mye stabilisering og tanker på faseinndeling av traumebehandling, selv om nyere forskning viser at det ofte ikke er den gunstigste måten å drive traumebehandling på. Flere av informantene i førstelinjetjenesten jobbet fortsatt etter den gamle modellen om faseinndeling i traumebehandling. De jobbet mye med fase1 stabilisering. De delte inn traumebehandlingen inn i videre fase 2 som bearbeiding av spesifikke traumeminner og fase 3 reorganiseringsfasen. I andrelinjetjenesten var flere av informantene bevist på at det var noen av pasientene som var veldig dårlig fungerende og trengte et slikt langvarig stabiliseringstilbud. Selv om fasene har glidende overganger anses stabilisering som viktig av alle informantene, slik at pasienten skal kunne regulere seg selv, når triggerer kommer og traumeminner og reaksjoner blir for overveldende. Informantene trakk frem erfaringer med spesielt pasienter som hadde traumeerfaringer langt tilbake i tid. Informantene forteller at de pasientene med komplekse utviklingstraumer har ofte mer gjenopplevelser og re-traumatisering. Det må jobbes mer ved å bruke lengre tid i stabiliseringsfasen, dersom pasienten ikke har gode nok reguleringsferdigheter i sitt handlingsmønster (Michalopoulos, 2012).

Noen av informantene forteller at de dårligst fungerende pasientene i spesialisthelsetjenesten var det nødvendig og riktig å avsette lengre tid til å jobbe i et lengre tidsperspektiv med stabiliseringsverktøy. Denne pasientgruppen var veldig dårlig fungerende i sin hverdagsmestring ble omtalt av informantene, at pasientene ikke hadde psykologisk kraft for at det skal være faglig forsvarlig å gå i gang med bearbeiding samtidig som stabilisering. Informantene fortalte at fokus området for de dårligst fungerende pasientene var å styrke egenomsorg i forhold til primære behov, finne meningsfulle aktiviteter- balanse mellom aktivitet og hvile. Forstå symptomer og plager uten å gå inn i historien. Lære seg gode avledende aktiviteter og opparbeide seg evne til å ta imot og søke støtte, men også evnen til å tåle å være alene. Informantene var opptatt av å øke reguleringsferdigheter før pasienten ble kartlagt om man var mottagelig og klar for å gå inn i bearbeiding. Flertallet av informantene gav uttrykk for at pasientene som hadde en bedre hverdagsfungering var det nå ikke så stort fokus på faseinndelingen. Flere av informantene var opptatt av og jobbet inn under nyere traumebehandlingsmetoder -et noe fleksibelt behandlingstilbud som ble tilpasset den enkelte pasient

og justert underveis, når utfordringer og behov oppstod. Det kom frem av flertallet av informantene at det nå er mer vanlig at det jobbes pararelt med stabilisering og bearbeiding, men det kommer an på pasientens utfordringer og behov.

Noen av informantene fortalte at helhetlig behandling med stabilisering og bearbeiding går mye inn i hverandre og bearbeiding skjer spontant. En av informantene som jobbet både i første og andre linjetjenesten fortalte at metoden har endret seg mye de siste 10 årene og faseinndeling er ikke vanlig å vektlegge nå, men enkelt pasienter som er i påvente av inneliggende behandling i spesialisthelsetjenesten er det nødvendig å bare jobbe med stabilisering før en innleggelse. Det var flere av informantene fra førstelinjetjenesten som vektla viktigheten ved å kartlegge, ta utgangspunkt i pasientens forutsetninger. Alle informantene opplevde et bedret samarbeidet mellom første og andre linjetjenesten, enn for 10-15 år siden. Etatene har et aktivt samarbeid rundt den enkelte pasient og er tydeligere på «bestilling». Begge etater er tydelige på hvilken type vedtak den enkelte pasient trenger i pakkeforløpet. Flere av pasientene går i et pararelt behandlingsforløpet i første og andrelinjetjenesten når de bor hjemme i egen bolig.

En informant fra førstelinjetjenesten jobbet i en lengre periode med andrelinjetjenesten -poliklinikken. De ansatte fra begge etatene hadde jevnlig samarbeidsmøter og pasienten gikk til individuell behandling i andrelinjetjenesten og gikk i gruppebehandling hos informanten i førstelinjetjenesten. I gruppebehandlingen brukte pasienten manualen og arbeidsheftet «Tilbake til nåtid», samtidig som pasienten jobbe aktivt med manualen i sin individuelle behandling med sin terapeut i andre linjetjenesten (Traumepoliklinikken- Modum Bad i Oslo, 2014). De jobbet sammen som ett tverrfaglig og tverretatlig team. I førstelinjetjenesten ble det en ekstra støtte av gruppen da alle i gruppen jobbet med det samme tema f.eks.; «integrering av følelser». Informanten opplevde det som nyttig for pasienten og teamet. I mine funn ble samarbeidet opplevd av informanten som en faglig styrke og vekst. I samarbeidsmøter ble det delt kunnskap og erfaringer som sikret felles forståelse. Informantene formidlet at det var en god arena for å ivareta nødvendig kommunikasjon og helhetsforståelsen rundt pasienten. I dag jobbes det med en nasjonal implementering av kunnskapsbasert behandling av for PTSD i spesialisthelsetjenesten på oppdrag fra Helsedirektoratet, for å sikre bruk av metodene over tid ved landets DPS'er (NKVS, 2022). I Norge har vi ikke spesifikke retningslinjer for traumebehandling, men lener oss på de internasjonale og de nasjonale retningslinjene til Helsedirektoratet pakkeforløpet til psykiske lidelser. Noen av informantene nevnte at det kunne forekomme tilfeldigheter og kanskje ikke alle i helsepersonellgruppen var så bevisst sitt samarbeidsansvar.

### 5.3 Samhandling

Når informantene kom videre inn på pakkeforløp og internt samarbeid, trakk alle frem eksternt samarbeid med andre instanser i første eller andre linjetjenesten og Nav -IPS som betydningsfullt. Pasienten trenger ofte vern mot unødige belastninger i behandlingsprosessen. Ved at behandlingspersonell deltar på møter sammen med pasienten kan være til en god støtte. Det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet er viktig, og taushetsplikten mellom de ulike partene i samarbeidet kan by på utfordringer. Det pekes på hvilken informasjon som skal gis, i hvilket omfang og til hvem. Mange velmente anbefalinger fra forskjellige instanser kan også gjøre at behandlingsprosessen stopper opp. Samhandlingen må fungere hvis de forskjellige tjenestene skal lykkes som riktig støtte til rett tid rundt den enkelte pasient. Det bør skje en informasjonsdeling i samråd med pasienten, slik at pasienten bestemmer hva som skal deles videre av informasjon mellom første og andre linjetjeneste, Da unngår kanskje hjelpeapparatet misforståelser og å ha feil fokus. Den enkelte pasient blir mer autonom, får gradvis mer ansvar i sin egen behandling. Ved å etter hvert ytre egne behov og kommer kanskje ut av passive eller uhensiktsmessig adferdsmønstre. Helsepersonell trenger da heller ikke å være bekymret for å trå feil i forhold til informasjon og taushetsplikt, når pasienten er delaktig og deltar. Da formidles og kvalitetssikres informasjonen av pasienten ble nevnt av flere informanter. Det støttes i litteraturen i tema pasientens stemme (Strand, 2014, s. 313).

Videre pekes det på ulike forventninger til hverandre kan skape utfordringer, samt manglende ansvarsfordeling mellom første og andre linjetjenesten. Informantene påpeker at ved samarbeid, kan vi helsepersonell skape en felles forståelse. Manglende kunnskap om retningslinjer av andre tjenester ble nevnt av informantene som en utfordring og hemmer samhandlingen. Det viser seg at første og andre linjetjenesten fortsatt har for lite kunnskap om hverandre, det gjør at det kan bli utfordrende å få til et godt samarbeid rundt den enkelte pasient. Svikt i muntlig og skriftlig kommunikasjon gjør noe med samhandlingen både internt og eksternt. Det kan resultere i at bestillinger videre i behandlingsforløpet blir misforstått eller det blir satt andre forventninger til pasienten. Utfordringer i samarbeid oppstår når problemforståelsen ikke er sammenfallende mellom linjetjenesten som skal samarbeide. Ifølge noen erfaringer fra informantene i 2.linjetjenesten hadde unødvendige utfordringer oppstått da forventningen til hverandre og mellom linjetjenestene hadde vært utydelige i samarbeidet. Informantene hadde erfaringer med at det ble satt høye krav og forventninger til hva 2 linjetjenesten -spesialisthelsetjenesten kunne utføre og bidra med, før 1-linjetjenesten kom inn i bildet. Andrelinjetjenesten oppfattet at første linjetjenesten ikke hadde innsikt i det tidspresset og at det handler om kortere liggetid enn tidligere opp imot dagens pakkeforløp.

Andre informanter har opplevd at samarbeidet på tvers av etatene nå har blitt mye bedre, enn det var tidligere for denne pasientgruppen. Informanten som hadde både arbeidserfaring i første og andre



linjetjenesten uttalte seg om nytteverdien for både helsepersonell og ikke minst pasienten av det tverretatlige samarbeidet, som har utviklet seg til det bedre. Flere av informantene opplevde at samarbeidet har bedret seg etter Corona perioden og flere tar i bruk digitale kanaler som Teams mer nå enn tidligere, når fysiske møter ikke lar seg gjennomføres grunnet f.eks. tidspress. De har flere samarbeidsmøter i dag via Teams, norsk helsenett og PLO-det elektroniske meldingssystemet. Det er tidsbevarende og gir god kommunikasjonsflyt og samarbeid mellom etatene. Noen av informantene trekker frem at det også er viktig med de fysiske møtene, få satt seg ned og kommunisert sammen.

#### 5.4 Diskusjon av metoden

I forskning er det av betydning å spørre om metoden som er valgt viser en logisk vei til kunnskap og om den bidrar til å besvare problemstillingen (Malterud, 2017.s.32). For å sikre kvalitet i forskningen er reliabilitet et kriterium. Begrepet sier noe om mitt arbeid er til å stole på og det skal gjennomføres en kvalitetsvurdering, som gjenspeiler de valg jeg har tatt. Jeg brukte Malteruds forståelse av begrepene reliabilitet -pålitelighet, validitet -kunnskapens gyldighet, og generaliserbarhet -overførbarhet som indikatorer for forsvarlig kvalitet. Malterud (2017 s.18) henviser til tre grunnlagsbetingelser for den vitenskapelig kunnskap, som er refleksivitet, relevans og validitet. Jeg må forholde meg til min forskerrolle, mine forutsetninger og det som skal kunne gjøres gjeldende. Malterud (2017, s. 19) trekker frem at det handler om refleksivitet, en aktiv holdning og en posisjon jeg må vedlikeholde. Malterud (2017, s.36) påpeker det å være transparent og vise veivalg er av stor betydning. Begrepet intersubjektiv beskriver noe som foregår mellom mennesker, det handler om kunnskap som deles når jeg redegjør for den teoretiske referanserammen i studien. I denne metodediskusjonen skal studiens styrker og svakheter diskuteres. Svakheter ved studien kan være at jeg har lignende erfaringer fra tilsvarende arbeidsmiljø, som jeg har valgt å studere. Det gir grunnlag for gjenkjennelse og kan bli et utgangspunkt for den forståelsen jeg som forskeren etter hvert kommer frem til. Min tolkning kan utvikles ved gjenkjennelse eller jeg kan overse det som er forskjellig fra mine arbeidserfaringer, ved at jeg har vært mindre våken og observant, for andre nyanser informantene har formidlet. Andre svakheter ved min studie kan være at en av informantene visste hvem jeg var fra tidligere og muligens ikke ønsket å si noe ufordelaktig. Dette ble forsøkt ivaretatt ved at jeg var tydelig på min rolle som masterstudent og ønsket å utvide min kunnskap om tema. Samtidig presiserte jeg at det ikke fantes riktige eller gale svar, men bare nyttig informasjon. En annen svakhet var at jeg ikke sendte ferdigstilte transkripsjoner for gjennomlesning tilbake til den enkelte informant. Grunnen var min tidsramme for studiet og informantenes hektiske arbeidshverdag.

### 5.1.1 Validitet

I trinn fire i analysen beskriver Malterud (2017, s.110) at funn skal valideres. Det handler om hvor gyldig og relevante resultatene jeg legger frem er, og hvordan jeg har tolket resultatene. Validering gjorde det nødvendig at jeg gikk tilbake til mine transkripsjoner og avdekket faktorer som tid og stress ble inkludert, da flere av deltagerne formidlet det som viktig opp imot min problemstilling. Har jeg valgt riktig metode og kan datamaterialet jeg har innhentet, besvare min problemstilling. Intern validitet handler om å vurdere om en har benyttet relevante begreper og kartleggingsmetoder (Malterud, 2017, s. 23). Intern validitet kan vurderes ved å stille spørsmål om funnene kartlegger det som skal undersøkes, men fra en annen vinkel handler det også om å være kritisk til hvor man har hentet datamaterialet i fra. Jeg valgte en kvalitativ studie med dybde intervjuer og jeg formulerte min problemstilling og intervjuguide for å kunne ha kvalitative intervjuer. En kvantitativ undersøkelse ville ikke fått frem samme perspektiv. Hensikten med studien var å få innsikt og forståelse i hvordan det enkelte helsepersonell erfarer behandlingstilbudet de tilbyr og gir pasientene.

### 5.1.2 Overførbarhet og konsistens

Malterud (2017, s. 24) sier også noe om at validitet handler om spørsmål om overførbarhet. I studien har jeg beskrevet valg av metodisk tilnærming, også de tolkningene jeg har gjort. Jeg har gitt konkrete eksempler, slik at det er lett å lese og følge analysen. Det handler om å være transparent. Det vil si at prosessen skal være tilgjengelig for innsyn og utfordring (Malterud, 2017, s. 36). Resultatene skal deles med andre med sikte på overførbarhet ut over den lokale konteksten der studien er gjennomført.

Malterud (2017, s.25) trekker frem et annet spørsmål knyttet til validitet, som hun setter i sammenheng med kravet om konsistens. Det må være en logisk forbindelseslinje mellom problemstillingen, teori, metode og datamaterialet som fører frem til kunnskap. Under gjennomgangen var jeg opptatt av sammenhengen mellom min problemstilling, den teoretiske referanserammen jeg har valgt og mine funn. Jeg har forsøkt å vurdere om det finnes tematikk som bør belyses videre, for å få utvidet kunnskap om problemstillingen. På en annen side har overførbarhet alltid sine begrensninger, det er bare unntaksvis at forskning kan levere allmenngyldige resultater. Det er subjektet, den individuelle, men også opplevelsen av gruppen helsepersonells erfaringer som er i fokus i denne studien. Alle informantene jobbet inne traumefeltet og hadde et godt erfaring og kunnskapsgrunnlag. Det er med på styrket validitet og er en viktig betingelse at utvalgsstrategien som er med på å bestemme om tema er relevant. Funnene i studien kan gi ny innsikt som andre kan ha nytte av i andre sammenhenger, enn der studien ble utført. Malterud trekker frem at det å spørre etter overførbarhet er en måte å operasjonalisere spørsmålet om ekstern validitet (Malterud, 2017, s. 66).

### 5.1.3 Intern og ekstern validitet

I min studie har jeg brukt nyere anerkjent teori og forskning, og i intervjusituasjonene opplevde jeg at spørsmålene fra intervjuguiden ga svar på tema, slik jeg vurderer det som en styrket indre validitet. Validitet handler om at jeg har forsikret meg om at jeg har forstått informantene riktig. Det knyttes til konteksten mine funn er kartlagt fra, og på hvilken måte funnene kan sikre overføringsverdi til en annen kontekst -ekstern validitet. For å validere gjentok jeg svarene underveis i intervjuene ved hjelp av parafrasering. På den måten sikret jeg at informasjonen som ble gitt av informantene, ble forstått av meg på den måten informanten ønsket å formidle. Jeg fikk da tilbakemeldinger og bekreftelse på mine utsagn, før jeg gikk videre i min intervjuguide. På denne måten fikk jeg en felles forståelse med mine informanter. Jeg var bevisst på min egen forforståelse. Tilstrebet at den ikke skulle påvirke spørsmålsformulering eller forutinntatthet i forkant og underveis i intervjuene. En kritikk i kvalitativ forskning er at funnene kanskje ikke er gyldige, fordi informantene ikke alltid forteller sannheten om de faktiske forhold. Men på en annen side tenker jeg at det å samle inn data fra kvalitative semistrukturerte intervju er den mest relevante metoden ut ifra problemstillingen, noe som øker sannsynligheten for gyldige svar. Opplevelsen under intervjusituasjonen var at mine informanter ga troverdige svar og at utsagnene ga sannhet om deres subjektive oppfattelse og erfaringer. Jeg opplevde at intervjusituasjonen var god og avslappet med en trygg atmosfære. Alle deltagerne viste med sitt kroppsspråk engasjement under intervjusituasjonen og samtlige avsluttet intervjuet ved å si at de ville lese studien når den er ferdig.

Studien sier noe om enkelttilfeller og den enkelte informant som er kjennetegnet ved kvalitative studier. Motsetningen til min studie er kvantitative studier, de kan generaliseres til en større populasjon, men de kan ikke brukes til å si noe om enkelte hendelser eller enkeltmenneske. Derfor kan mine funn være utfordrende å generalisere til en større populasjon. Malterud trekker frem at studien bør ha informasjonsstyrke, men det betyr ikke at det handler om et visst antall deltagere, men det er kvaliteten på intervjuene som veier tyngst. Malterud (2017, s.65) hevder at metning er oppnådd når ny empiri ikke avdekker ny informasjon og bidrar med ny kunnskap. Troverdighet vil også stå i sammenheng med hvorvidt funnene i tilstrekkelig grad omhandler kjernen i min problemstilling.

Problemstillingen er min rettesnor for retningen jeg studerer. Min problemstilling ble justert underveis i samråd med veileder. Det ble diskutert på opponentskapet og med veileder i ettertid. Det var ett lydopptak som ikke var av like god lydvalkvalitet, men jeg hørte alt som ble sagt og det første utkastet ble transkribert ordrett. Alle de andre lydfilene var av god kvalitet. Under intervjuene hadde jeg en god intervjuguide, men jeg la til noen oppfølgingsspørsmål etter hvert som intervjuet utviklet seg innenfor mitt forskningstema. Jeg ser i ettertid at jeg kanskje kunne ha avgrenset noe på tematikken da jeg fikk

fyldige svar fra informantene. Den rikelig mengde datamateriale jeg fikk gjorde at jeg måtte gå flere runder for å sortere hva jeg kunne ta med meg videre i prosessen.

5.4 Praktiske implikasjoner av mine funn om videre relevans for psykisk helsearbeid  
Studien er kvalitativ og derfor kunne svarene og funnene vært annerledes dersom det hadde vært andre informanter. Det jeg sitter igjen med etter studiens slutt er at helsepersonell innehar variert kunnskap og kompetanse om traumebehandling, samtidig kommer det fram fra informantene at de trenger å få videre utviklet sin faglige kompetanse ved at kompetanseheving blir satt i system, som kan favne ansatte med både kort og lang arbeidserfaring. Det at ansatte får mulighet til å få oppgradert sin fagkunnskap ved kurs, og forskjellige møte fora er viktig. Andre elementer som ble berørt var å håndtere arbeidsbelastninger som tidspress, vise åpenhet og tydelighet på egne behov. Informanter med lengre erfaring var ikke så opptatt å vite og kunne alt, noe som kanskje gjorde at de ikke fikk indre stress. Vi helsepersonell skal ikke sitte med «fasiten» det er det pasientene som gjør, vi skal bare støtte og hjelp de til å finne sin vei gjennom det vanskelige som har vært ved hjelp av tydelige retningslinjer og forskningsbaserte traumebehandlingsmetoder det gir resultater mestringsopplevelser. Det gjør det mer håndterbart å navigere i arbeidsbelastninger som tidspress og når man kan begrunne med fagkunnskap og erfaringer er det lettere å stå opp for pasienten, når den enkelte trenger mer tid i sin behandlingsprosess, selv om pakke forløpet og nye pasienter står for tur til inntak. Indre trygghet i sin rolle, samt kompetanse ga informantene større mulighet til å utøve skjønn, fleksibilitet og kreativitet i de mellommenneskelige møtene vektla de som viktig og kom gradvis med erfaring.

Jeg ser hvor komplekst traumebehandling er og har bare skrapet på overflaten på alle perspektivene av traumefeltet innebærer. Likevel har jeg gjort meg noen tanker underveis i skriveprosessen om temaer som kunne vært interessert å utforske videre Forebygge symptomer på utbrenthet og sekundærtraumatisering hos helsepersonell slik at de klarer å stå i sine yrker over lengre tid. Viktigheten med å bearbeide tanker og følelser hos helsepersonell, slik at man unngår en skjevutvikling i form av stress symptomer og reaksjoner som er svært uheldige å påvirke pasientgruppen som er ekstra sårbar. Det å ikke bære med seg utfordringer man opplever fra jobb med seg hjem eller grubler på det i sin fritid. Det at det er tid og rom for veiledning og støtte blant kollegaer eller andre ansatte i systemet, da det er taushetsbelagte opplysninger som ofte utfordrer og krever en sparringspartner som har kompetanse og har innsikt i problematikken.

## 6.0 Konklusjon

Tidligere forskning og faglitteratur har vært interessant lesning, jeg har sett verdien av og behovet for å bidra med mer forskning på traumefeltet og spesielt rettet mot helsepersonells erfaringer under norske forhold. Denne studien har vært lærerik og nyttig ved at jeg har fått dypere innsikt om ulike sider som har betydning for helsepersonell skal komme i posisjon til å gi pasientene god kvalitet i traumebehandling, som kan dempe hverdagsutfordringer og livskvaliteten til den enkelte pasient. Det har vært interessant og engasjerende å jobbe med studiens tema og problemstilling. Jeg ser verdien av å forske på et tema jeg er fagliginteressert i og som jeg er nysgjerrig på å en dypere forståelse av. Det å ha hatt engasjerte kollegaer og en støttende veileder har bidratt til å opprettholde mitt engasjement og motivasjon i forskningsprosessen. Det var spesielt meningsfullt at informantene ga uttrykk for at tema og problemstillingen var relevant og viktig å forske på, de satt pris på å bli lyttet til og ønsker å lese masteroppgaven når den er ferdig.

Da jeg startet med prosjektbeskrivelsen så jeg for meg at jeg skulle finne konkrete funn som kunne svare på min problemstilling. Jeg har funnet konkrete elementer av betydning. Men jeg ser at det har vært en overordnet prosess, som har vært av betydning i forhold til traumebehandling. Veien mot å finne god og hensiktsmessige behandlingsmetoder, er formet av en større helhet i behandlingstilbudet til den enkelte pasient. Jeg vil derfor trekke frem veien til å finne gode behandlingsmetoder og manualer, er noe som informantene var opptatt av i intervjuene, ved å ikke bare hatt søkelys på behandlingsmetoden med sine styrker og svakheter. Gjennom denne forskningsprosessen ser jeg nå at min problemstilling er mer sammensatt, men også er i et nyttig perspektiv, enn det jeg hadde forståelse av under min prosjektskisse. Jeg tenker at denne studien kan gi en ny innsikt knyttet til viktigheten av hva skal til og hvordan tilby traumebehandling som gir et godt behandlingsutbytte. Studien indikerer viktigheten av hva informantene trenger som grunnlag for hvordan informanten videre håndterer jobben sin både det konkrete med kunnskaper, erfaringer, bygge relasjon, balanse mellom den profesjonelle rollen og den mellommenneskelige omsorgen, kommunikasjon, tverrfaglig og tverretatlig samarbeid, men også det abstrakte -overordnede «nok viten», «ikke forvirre pasienten», «den som skal hjelpe andre må kjenne seg selv», «senke skuldrene jeg kan ikke fikse alt», «pasienten kan ikke bare hoppe in i en gruppe» som jeg belyste i kapittel fire.

## 7.0 Referanser

- Allen, J. G. (2013, Juni 24). Treating Attachment Trauma with Plain Old Therapy. *Journal of Trauma & Dissociation Volume 14*, ss. 367-374.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/15299732.2013.769400>
- Anstorp, T., & Benum, K. (2014). *Komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Auren, T. J., Gjerde, J. A., Klæth, J. R., Maskic, E., & Solem, S. (2021, Mai 14). Intensiv poliklinisk behandling for PTSD: en pilotstudie som kombinerer langvarig eksponeringsterapi, EMDR, fysisk aktivitet og psykoedukasjon. *European Journal of Psychotraumatology*, ss. Volum 12 - utgave 1. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1917878>
- Baksaas, J. M. (2022, Mars 14). *Hva skal til for å komme over et traume*. Psykologisk.no:  
<https://psykologisk.no/2021/07/hva-skal-til-for-a-komme-over-et-traume/>
- Benum, K. (2014). Terapeuten i møte mellom sterke påkjenninger og profesjonell egenomsorg. I T. Anstorp, & K. Benum, *Traumebehandling komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (ss. 349-350). Universitetsforlaget.
- Blanke, E. S., Brose, A., Kalokerinos, E. K., Erbas, Y., & Riedigier, M. K. (2021, Mai 10).  
<https://psycnet.apa.org/record/2019-05722-001>. APA PsycNet:  
[https://www.researchgate.net/publication/330858728\\_Mix\\_It\\_to\\_Fix\\_It\\_Emotion\\_Regulation\\_Variability\\_in\\_Daily\\_Life](https://www.researchgate.net/publication/330858728_Mix_It_to_Fix_It_Emotion_Regulation_Variability_in_Daily_Life)
- Bækkelund, H. (2021, Januar). *PhD- Disputasopplag* . [www.duo.uio.no](http://www.duo.uio.no):  
<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/86408/PhD-Baekkelund-DUO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bækklund, H., Ulvenes, P., & Boon, S. A. (2021, Januar 21). *Group treatment for Complex Dissociative Disorders: A randomized controlled trial*. <https://doi.org/10.31219/osf.io/9gw57>
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007, Mars 30). *Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample*. Science Direct: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.004>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- De Jongh, A., Resick, P., Zoellner, L., van Minnen, A., Lee, C., Monson, C., Foa, E., Wheeler, K., Broeke, E., Feeny, N., Rauch, S., Chard, K., Mueser, K., Sloan, D., van der Gaag, M., Rothbaum, B., Neuner, F., de Roos, C., Hehenkamp, L., Rosner, R., & Bicanic, A. (2016, Mai). KRITISK ANALYSE AV GJELDENDE BEHANDLINGSRETNINGSLINJER FOR KOMPLEKS PTSD HOS VOKSNE.  
<https://doi.org/10.1002/da.22469>
- Eide-Midsand, N. (2017, Oktober 5). Betydningen av å være trygg. Utviklingstraumatiserte barns affektreguleringsvansker forstått i lys av Stephen Porges Polyvagale teori. *Psykologitidsskriftet*, ss. 530-536.
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edward, V., Koss, M., & Marks, J. (1998, Mai). *Relationship and childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults*. American Journal of Preventive Medicine:  
[https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(98\)00017-8/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(98)00017-8/fulltext)

- Folkehelseinstituttet. (2019, Juni 24). <https://www.fhi.no/nettpub/hin/skader/vold/>
- Folkehelseinstituttet. (2021, November 9). *Psykisk helse i Norge*.  
<https://www.fhi.no/contentassets/b669d0bbb94943efae9793b33526d415/folkehelse rapport ens-temautgave-2021---folkehelsen-etter-covid-19.pdf>
- Gadamer, H.-G. o.-H. (2010). Den hermeutiske sirkel og fordommenes problem. I H.-G. o.-H. Gadamer, *Sannhet og metode - Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Pax Forlag - Norsk utgave.
- Gilje, N. (2019). *Hermenutikk som metode*. Det Norske Samlaget.
- Hafstad, G. S., & August, E.-M. (2019, Juli 1). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten - Rapport nr 4/2019*.  
[https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport\\_4\\_19\\_UEVO.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport_4_19_UEVO.pdf)
- Heimstad, G. F., & Biong, S. (2014). Pasienter med dissosiativ lidelse: Sykepleieres erfaringer med stabiliseringssituasjoner. *Klinisk Sygepleje vol 28, utg. 4*, ss. 4-15.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.18261/ISSN1903-2285-2014-04-02>
- Helse og omsorgstjenesteloven. (2011, Juni 24). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/§3-1>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011, Juni 24). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/§3-2>
- Helsedirektoratet. (2005, Desember). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunen*. Veileder IS-1332:  
<https://jusboka.no/wp-content/uploads/2016/01/IS-1332-Psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014, Mars). Veileder -Sammen om mestring:  
[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/\\_/attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c)
- Helsedirektoratet. (2022, Desember 12). *Brukermedvirkning*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- Helsedirektoratet. (2022, September 30). *Nasjonale forløp psykiske lidelser voksne -Kartlegging og utredning*. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-voksne/kartlegging-og-utredning-psykiske-lidelser-pakkeforlop-voksne>
- Helsedirektoratet. (2022, September 30). *Psykiske lidelser -voksne nasjonalt pasientforløp - om forløpet*. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-voksne/om-forlopet>
- Herheim, Å., & Langholm, K. (2006). *Psykisk helsearbeid -teori og arbeidsmåter*. Latvia: Damm & Søn AS.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Oslo: Cappelen Damm.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2019). *Samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Jørgensen, T., & Steinkopf, H. (2013). *Traumebevisstomsorg*. Rvts-sør:  
<https://rvtssor.no/filer/backup/Artikkel3-Traumebevisstomsorg.pdf>

- Kirkengen, A. L., & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo : Gyldendal Akademiske.
- Lassemo, E., Sandanger, I., Nygård, J. F., & Sørgaard, K. W. (2017, Januar). Epidemiologien av posttraumatisk stresslidelse i Norge: traumekarakteristika og eksisterende psykiatriske lidelser. *Soc Psykiatri Psykiatri Epidemiol*, ss. 11-19.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00127-016-1295-3>
- LSMO. (2019, April 30). *Helse midt-Norge får til traumebehandling -REFT er et særegent og helhetlig tilbud*. <https://lmsno.no/hmn-traumebehandling-reft/>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Melegkovits, E., Blumberg, J., Dixon, E., Ehntholt, K., Gillard, J., Kayal, H., Kember, T., Ottisova, L., Walsh, E., Wood, M., Gafoor, R., Brewin, C., Billings, J., Robertson, M., & Bloomfield, M. (2022, November 25). The effectiveness of trauma-focused psychotherapy for complex post-traumatic stress disorder: A retrospective study.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2346>
- Melgård, T., & Ramm, C. (2021, Mai). *Hva er det som hjelper? Miljøterapeutiske verktøy i møte med traumatiserte pasienter*. <https://stokurs.rvtsnord.no/kapitler/traumesensitiv-miljoterapi/>:  
[https://stokurs.rvtsnord.no/kapitler/traumesensitiv-miljoterapi/#identifiser\\_1\\_428](https://stokurs.rvtsnord.no/kapitler/traumesensitiv-miljoterapi/#identifiser_1_428)
- Michalopoulos, I. (2012, Juli 5). *Psykologitidsskriftet.no*.  
<https://psykologitidsskriftet.no/fagartikkel/2012/07/stabilisering-det-viktigste-leddet-i-traumebehandling>
- NEM. (2010). *Kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag - NEM*.  
<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/publikasjoner/veiledning-kvalitative-forskningsprosjekt-medisin-og-helsefag/>:  
<https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/4-publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>
- NKVS. (2022, Desember). *Implementering av kunnskapsbasert traumebehandlingstilbud til voksne*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress:  
<https://www.nkvts.no/prosjekt/implementering-av-traumebehandlingstilbud-til-voksne-itv/>
- NKVTS. (2014, Mai 10). *Vold og voldtekt i Norge -En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv:  
[https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/11/vold\\_og\\_voldtekt\\_i\\_norge.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/11/vold_og_voldtekt_i_norge.pdf)
- NKVTS. (2019, Juni 6). *Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress*.  
<https://www.nkvts.no/aktuelt/intensiv-traumebehandling/>
- NKVTS. (2022, August 10). *NKVTS*. NKVTS: <https://www.nkvts.no/forskningsprogram/vold-i-naere-relasjoner-forskningsprogram-ved-nkvts-2019-2024/>
- NKVTS. (2023, Februar 15). *Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress*.  
<https://www.nkvts.no/kartleggingsverktoy/>



- Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. C. (2014, Juli 2). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologiforening Vol 51, nr 7*, ss. 530-536. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2014/07/regulering-som-nokkelbegrep-og-toleransevinduet-som-modell-i-en-ny>
- Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer. Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Nordanger, D., Braarud, H., Albæk, M., & Johansen, V. (2011, November 5). <https://rvtssor.no/filer/backup/Utviklingstraumatisering.pdf>. Psykologisktidsskrift: <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2011/11/developmental-trauma-disorder-en-losning-pa-barnetraumatologifeltets-problem>
- Porges, S. (2006, March/April Magazin Nexus). Dont talk to me now, I'm scanning for danger. (R. Dykema, Intervjuer) <https://static1.squarespace.com/static/5c631675e5f7d11c36e3f7b7/t/630cd68c80fdd80dc7e59b09/1661785761324/Don%27t+Talk+to+Me+Now+I%27m+Scanning+for+Danger+-+Stephen+Porges+interview>
- Porges, S. W. (2009, April). *The polyvagal theory: new insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system*. PubMed.gov National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19376991/>
- Regjeringen. (2021, Mai 10). *Meld.St. 32 (2020-2021) Ingen utenfor - En helhetlig politikk for å inkludere flere i arbeids- og samfunnsliv*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1f2d9ff9a64db2967817b0b337702c/no/pdfs/stm202020210032000dddpdfs.pdf>
- Reid, B., Næss-Pley, L., Bakkeland, K., Dale, J., Uleberg, O., & Nordstrand, A. (2021, Desember 12). En tverrsnittstudie av psykisk helse, posttraumatiske stresssymptomer og endringer etter eksponering hos norsk ambulansepersonell. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. <https://doi.org/https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-903117/v1>
- Reid, B., Næss-Pley, L., Bakkeland, K., Dale, J., Uleberg, O., & Nordstrand, A. (2021, Desember 12). <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/3044498/s13049-021-00991-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. <https://www.researchsquare.com/article/rs-903117/v1>
- RVTS Nord. (2023, Januar 10). *Stø Kurs -Traumeforståelse og behandling*. <https://stokurs.rvtsnord.no/kapitler/kartlegging/>
- RVTS vest. (2021, Mai). <https://rvtsvest.no/toleransevinduet/>
- RVTS Øst. (2023, Januar). *Traumebehandling med voksne*. Traumebehandling: <https://traumebehandling.no/forsta/overveldende-hendelser/>
- RVTS-vest. (2022, Mai 10). *RVTS-vest*. <https://rvtsvest.no/sto-kurs-nettkurs-om-traumeforstaelse-og-behandling/>
- Sciarrino, N. A. (2020, August). En systematisk oversikt over intensive empirisk støttede behandlinger for posttraumatisk stresslidelse. *Tidsskrift for traumatisk stress*, ss. 443-454. <https://doi.org/DOI:10.1002/jts.22556>
- Siegel, D. J. (2020). *The Developing Mind, How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. Third Edition, New York. Guilford Publications:

- [https://books.google.no/books?hl=en&lr=&id=IKTbDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Siegel,+D.+J.+\(2012\).+Developing+Mind,+Second+Edition.+New+York:+Guilford+Publications.&ots=j4om9iCdkT&sig=O5J-6zcaMScUQzQEHLrK5AVxbPY&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Siegel%2C%20D.%20J.%20](https://books.google.no/books?hl=en&lr=&id=IKTbDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Siegel,+D.+J.+(2012).+Developing+Mind,+Second+Edition.+New+York:+Guilford+Publications.&ots=j4om9iCdkT&sig=O5J-6zcaMScUQzQEHLrK5AVxbPY&redir_esc=y#v=onepage&q=Siegel%2C%20D.%20J.%20)
- Solis, B. C., Kelly, I. M., Fantin, R., Darnaudèry, M., Torrisani, J., Lang, T., & Delpierre, C. (2015, Februar 2). *NCDS- National Childhood Development Study, Adverse childhood experiences and physiological wear-and-tear in midlife: Findings from the 1958 British birth cohort*. PNAS.org: <https://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.1417325112>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999, Juli 2). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61/§2-1a>
- SSB. (2020, Oktober 7). *Livskvalitet i Norge 2020*. [https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/433414?\\_ts=17554096418](https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/433414?_ts=17554096418)
- SSB. (2021, November 2). *Livskvalitet i Norge 2021*. [https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekra/artikler/livskvalitet-i-norge-2021/\\_attachment/inline/c2d3a9a8-5dad-4745-ac05-e5f2417ffec0:b844119bf0cfaaf253f214b7ac75c316792b4624/RAPP2021-27\\_web.pdf](https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekra/artikler/livskvalitet-i-norge-2021/_attachment/inline/c2d3a9a8-5dad-4745-ac05-e5f2417ffec0:b844119bf0cfaaf253f214b7ac75c316792b4624/RAPP2021-27_web.pdf)
- SSB. (2022, September 14). *Negative livshendelser -hvem rammes mest?* <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekra/artikler/negative-livshendelser--hvem-rammes-mest>
- Steele, K., & van der Hart, O. (2009). Behandling av dissosiasjon. I behandling av komplekse traumatiske stresslidelser: En bevisbasert guide. *Courtois, CA og Ford, JD*, ss. 145-165.
- Stige, S. H., Mathisen Grøtthe, V., & Utstøl, K. (2015, Mars 5). Individualbehandleres erfaringer med traumespesifikk gruppebehandling på et mindre DPS. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid volum 12, nr 3*, ss. 229-238. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2015-03-05>
- Strand, A. (2014). Veien ut av dissociativ identitetsforstyrrelse - Klientens stemme. I T. Anstorp, & Benum Kirsten, *Traumebehandling -kompleksetraumelidelser og dissosiasjon* (s. 313). Universitetsforlaget.
- Strøm, I. F., Thoresen, S., & Wentzel-Larsen, T. D. (2013, Januar 6). *Violence, bullying and academic achievement: A study of 15-year-old adolescents and their school environment*. ScienceDirect: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213412002578?via%3Dihub>
- Saakvitne et al. (2000). *Traumeforståelse*. RVT Sør: <https://rvtssor.no/aktuelt/tema/traumeforstaelse/>
- Thoresen, I. H., Auren, T. J., Langvik, E. O., Jensen, A. G., & Klæth, J. R. (2022, April 20). *Intensiv poliklinisk behandling for posttraumatisk stresslidelse: en tematisk analyse av pasientopplevelsen*. <https://doi.org/DOI:10.1080/20008198.2022.2043639>
- Traume bevisstomsorg. (2021, Mai). Handlekraft: [https://www.traumebevisst.no/ordliste/2014/Traumebevisst\\_omsorgs\\_tre\\_grunnpilarer.pdf](https://www.traumebevisst.no/ordliste/2014/Traumebevisst_omsorgs_tre_grunnpilarer.pdf)
- Traumepoliklinikken- Modum Bad i Oslo. (2014). *Tilbake til nåtid*. Oslo: Traumepoliklinikken- Modum Bad.
- van der Kolk, B., & Najavits, L. M. (2013, Mai volume 69, Issue 5). Interview: What is PTSD Really? Surprises, Twists og History, and the Politics of Diagnosis and Treatment. *Journal of Clinical Psychology*, ss. 516-522. <https://doi.org/10.1002/jclp.21992>

- van der Weele, J. (2014). Kultursensitiv traumebehandling. I T. Anstorp, & K. Benum, *Traumebehandling -kompleksetraumelidelser og dissosiasjon* (ss. 167-168). Universitetsforlaget.
- van Vliet, N. I., Huntjens, R. J., van Dijk, M. K., Bachrach, N., Meewisse, M. L., & Jong, A. d. (2021, November 16). Phase-based treatment versus immediate trauma-focused treatment for post-traumatic stress disorder due to childhood abuse: randomised clinical trial. *BjPsych open volume 7 Issue 6*, ss. 211-217. <https://doi.org/https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1057>
- Våge, J. (2022, Juli 21). *Nkt-traume*. <https://nkt-traume.no/2022/07/for-hoy-terskel-for-a-ta-kontakt-med-kollegastotte/>
- World Medical Association. (2015). *Medical Ethics Manual, 3rd edition*. [https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics\\_manual\\_3rd\\_Nov2015\\_en.pdf](https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_en.pdf)
- Aarø, L. E., Nes, R. B., Nilsen, T. S., & Vedaa, Ø. (2020, Desember 17). Livskvalitet og psykisk helse under koronaepidemin november.desember 2020: <https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/livskvalitet-og-psykisk-helse-under-koronaepidemien--nov-des-2020/>

## 8.0 Vedlegg

### 8.1 Vedlegg 1 Forespørsel og orientering til ledere ved institusjoner

#### **Forespørsel og orientering om rekruttering av helsepersonell til semistrukturerte intervjuer tilknyttet mitt masterprosjekt.**

Mitt navn er Marie Therese Odsbu og jeg er mastergradsstudent i utdanningen master i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Innlandet. I den forbindelse skal jeg gjennomføre en studie om hvilke erfaringer helsepersonell har med traumebehandling av pasienter med traumelidelser, for å fremme og utvikle hverdagsmestring. Prosjektet har som tema:

#### **«Helsepersonells erfaringer med traumebehandling».**

Jeg sender ut denne informasjonen til ledere ved relevante institusjoner i forbindelse med at jeg ønsker å rekruttere deltagere til min masterstudie fra deres avdeling.

Jeg ønsker å invitere åtte til ti helsepersonell til semistrukturerte intervjuer. Intervjuperioden blir i månedene april og mai. Intervjuet vil vare ca. en time, og blir tatt opp på lydbåndapp. Etter intervjuet blir data transkribert og analysert. Lydopptaket slettes, når materialet er transkribert. Transkripsjonene slettes etter eksaminasjonen som er i mai 2023.

Deltagelsen er frivillig, og samtykke om å delta kan trekkes tilbake når som helst uten å måtte oppgi grunn. De som deltar, har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert på dem. Deltagere som intervjues vil bli anonymisert og alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt.

Masterprosjektet blir veiledet av Postdoktor Anne-Mari Steigen [anne.steigen@inn.no](mailto:anne.steigen@inn.no) tlf:62430358 Fakultet for helse og sosialvitenskap. Seksjon for psykisk helse og rehabilitering. Studiested Elverum, Høgskolen i Innlandet.

Masterprosjektet er meldt til og godkjent av NSD- Norsk senter for forskningsdata referansenummer: 186704 [Personverntjenester | NSD](#).

Håper å komme i kontakt med helsepersonell som har erfaring å jobbe med pasientgruppen. Flott om du kan formidle min forespørsel videre.

Legger ved samtykkeerklæringen. Den kan sendes til meg pr. epost [marieo@viken.no](mailto:marieo@viken.no) eller leveres til meg før intervjuet. Informanter som ønsker å delta kan ta direkte kontakt med meg pr. telefon, slik at vi kan avtale tid og sted for intervju.

Har dere spørsmål om studien så er det fint om dere tar kontakt med meg, på **mobil 47354147**.

Med vennlig hilsen

Marie Therese Odsbu.

[marieo@viken.no](mailto:marieo@viken.no)

8.2 Vedlegg 2 Informasjon om forskningsprosjektet og informert samtykke til behandling av personopplysninger til deltakere i forskningsprosjektet.

## **Vil du delta i forskningsprosjektet** **” Helsepersonells erfaringer med traumebehandling”**

Dette er et spørsmål til deg om du vil delta i et forskningsprosjekt, hvor formålet er å se på hvilke erfaringer helsepersonell har med traumebehandling.

I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Jeg Marie Therese Odsbu er masterstudent i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Innlandet og arbeider for tiden med min masteroppgave. I oppgaven ønsker jeg å se på hvilke erfaringer helsepersonell har med traumebehandling. Jeg ønsker å intervju ansatte ved behandlingsinstitusjoner som jobber spesifikt med pasienter med traumeproblematikk, for å se hvilke metoder og fremgangsmåter, som brukes, og hvilke erfaringer de ansatte har fra arbeid med disse pasientene. Jeg vil ha fokus på hvordan gi mennesker som har opplevd traumatiske hendelser ett fullverdig behandlingstilbud, som fremmer og utvikler hverdagsmestring.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Master i psykisk helsearbeid ved Høgskolen Innlandet er ansvarlig for studien og førsteamanuensis/postdoktor Anne-Mari Steigen [anne.steigen@inn.no](mailto:anne.steigen@inn.no) er prosjektansvarlig.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får invitasjon om å delta i dette forskningsprosjektet ettersom du er helsepersonell og har erfaring fra arbeid med traumepasienter. Jeg tenker derfor at du sitter med kunnskap og erfaring som jeg kan lære noe av og håper at du kunne tenke deg å delta som informant.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i studien vil det innebære at jeg gjennomfører et individuelt intervju med deg på ca. 1.time. Intervjuet gjennomføres enten på din arbeidsplass eller et annet sted du ønsker. Det kan bli aktuelt å gjennomføre intervjuet digitalt hvis det av ulike grunner ikke kan gjennomføres fysisk. Fokus i intervjuet vil være dine erfaringer fra arbeid med traumepasienter. Jeg vil ha fokus på hvordan vi kan gi mennesker som har opplevd traumatiske hendelser ett fullverdig behandlingstilbud, som fremmer og utvikler hverdagsmestring. Det blir gjort lydopptak under intervjuet og dette vil bli transkribert ordrett i etterkant, men ditt bidrag vil bli anonymisert, slik at verken du eller din arbeidsplass vil kunne bli gjenkjent i det ferdige materialet.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg, hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

## **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det vil kun være meg, Marie Therese Odsbu og veileder Anne Mari Steigen som vil ha tilgang til dine opplysninger. Ditt navn og dine kontakt opplysninger vil erstattes med fiktive navn i transkripsjonen og dine personopplysninger vil oppbevares i en liste som er adskilt fra de øvrige dataene. Datamaterialet vil oppbevares passord beskyttet.

### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes i mai 2023. Opptaket fra intervjuet vil slettes når intervjuet er transkribert og ved prosjektslutt vil alle personopplysninger av deg slettes.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Innlandet har personverntjenester vurdert at behandling av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## **Dine rettigheter**

**Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:**

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Marie Therese Odsbu, e-post [marieo@viken.no](mailto:marieo@viken.no), mobil 47354147
- Høgskolen i Innlandet ved Anne-Mari Steigen [anne.steigen@inn.no](mailto:anne.steigen@inn.no) tlf:62430358
- Vårt personvernombud; Anne Sofie Lofthus, epost: [anne.lofthus@inn.no](mailto:anne.lofthus@inn.no) tlf:61288277

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Anne Mari Steigen

Marie Therese Odsbu

Prosjektansvarlig

Student

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Helsepersonells erfaringer med traumebehandling*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

Signert av prosjektdeltaker, dato

## 8.3 Vedlegg 3 Intervjuguide

### INTERVJUGUIDE

**Presentasjon av problemstillingen: «Helsepersonells erfaringer med traumebehandling».**

**Min masteroppgave skal omhandle «Hvordan gi mennesker som har opplevd traumatiske hendelser ett fullverdig behandlingstilbud, som fremmer og utvikler hverdagsmestring».**

**Informasjon til deltageren: Du behøver ikke å forberede deg til intervjuet på noen annen måte enn at du har sett igjennom spørsmålene dersom du ønsker det. Underveis vil jeg stille naturlige oppfølgingsspørsmål slik at samtalen kan flyte mest mulig fritt**

**Spørsmål til informant:**

**Innledende spørsmål. Bakgrunn:**

Utdanning-Yrke?

Arbeidserfaring- antall år?

Hvilken type institusjon og avdeling jobber du på?

Hvor lenge er pasientene innlagt eller går til behandling her?

**Fortell litt om behandlingstilbud:**

Hvilke terapeutiske **behandlingsformer** og **metoder** tilbyr dere pasienter med traumelidelser?

Har du gjort deg erfaringer som tyder på at det er enkelte elementer innenfor behandlingsmetoden som er spesielt viktig å sette søkelys på?

Hvilke elementer tenker du er vesentlig?

**Tidsramme:**

Hvilken tidsramme har dere å tilby pasientgruppen?

Fortell om dine erfaringer om hva dere får utrettet av behandlingsmetoden ut ifra tidsrammen.

**Etablering:**

Hvordan jobber -har dere jobbet for å etablere behandlingsmetoden som en praksis i enheten-avdelingen?

Kan du gi eksempler på hvordan du bruker behandlingsmetoden?

Hvilke utfordringer opplever du i ditt arbeid med pasientgruppen?

Hvordan jobber dere som helsepersonellgruppe med behandlingsmetoden?

**Metode -Endring:**

Hvordan kan behandlingsmetoden bidra til å hjelpe pasienten med traumelidelse til å tåle egne følelser og kroppslige reaksjoner?



Hvordan kan behandlingsmetoden bidra til å redusere selvdestruktive tanker og handlinger?

Hvordan jobber du/dere, slik at denne pasientgruppen opplever mestringsfølelse innenfor sitt toleransevidu?

Hvordan jobber du/dere med behandlingsmetoden for å unngå triggere som kan utfordre deres relasjon til denne pasientgruppen?

Hvordan møter du/dere de behovene denne pasientgruppen trenger med behandlingsmetoden dere bruker?

**Til slutt:**

Hva sitter du igjen med som du tenker er de viktigste elementene i traumebehandling for pasientene du jobber med?

Er det noe du savner eller skulle ønske var annerledes ved behandlingsmetoden/e dere tilbyr deres pasienter?

Er det noe du tenker vi ikke har berørt av temaer som er viktige, noe jeg har glemt å spørre om?

Viktig informasjon å ha med rundt tema: **Helsepersonells erfaringer med traumebehandling** eller rundt problemstillingen **«Hvordan gi mennesker som har opplevd traumatiske hendelser ett fullverdig behandlingstilbud, som fremmer og utvikler hverdagsmestring»**. Fortell .....

**Tusen takk for intervjuet!**