

2014

Spørreundersøkelse 2014
-Traumpekompetanse

Innledning	3
Beskrivelse av deltakerne i undersøkelsen	3
Representasjon av helseforetakene	3
Respondentenes arbeidserfaring fra psykisk helsevern eller rusbehandling	4
Deltakernes arbeidssted	4
Deltakernes rolle og funksjon	5
Behandlerne	5
Miljøterapeutene	5
Spesialistene	6
Lederne	6
Beskrivelser av det kliniske arbeidet	6
Pasientenes medbestemmelse	6
Samarbeid med andre instanser, pårørende og ressurspersoner	7
Kartlegging av pasientens traumer	8
Kjennskap til faseorientert behandling	9
Bruk av traumespesifikke metoder	10
Vurdering av egen kompetanse	14
Kjennskap til posttraumatisk stresslidelse	16
Kjennskap til dissosiasjon	17
Vurdering av kliniske problemstillinger	17
Fremtidig kompetanse	20
Ønskelige tema for kompetanseheving	20
Synspunkter vedrørende formen på eventuell kompetanseheving	25
Tabell 20 Behandlerne (N = 102) Synspunkter vedrørende formen på eventuell kompetanseheving	27
Sekundærtraumatisering	29
Kvalitet og kvalitetssikring	30
Veiledning	32
Personer som kan bistå med veiledning/undervisning	34

Innledning

Spørreundersøkelsen ble gjennomført som et samarbeid mellom RVTS Nord og Helse Nord RH. RVTS Nord bidro til utformingen, og Helse Nord RH bidro med distribusjon via linjeledelsen. Formålet med undersøkelsen var å få et bredere grunnlag for beslutninger vedrørende kompetanseheving om traumer til spesialisthelsetjenesten. Vi ønsket blant annet å finne ut hvilken kompetanse ansatte i spesialisthelsetjenesten hadde, og hvilken kompetanse de selv mente de hadde behov for. Videre så ønsket vi å få innspill på *hvordan* de eventuelt skulle få kompetansen. Det var ikke et mål i seg selv at undersøkelsen skulle fylle strenge vitenskapelig krav til bl.a. metode.

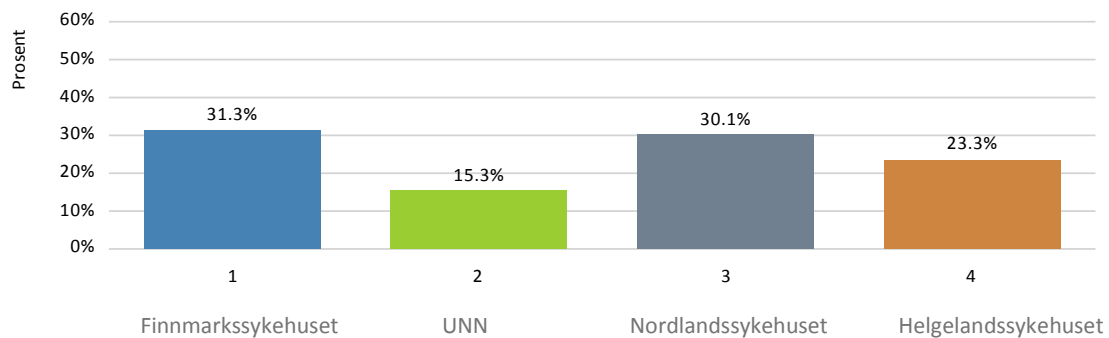
Svarene ble hentet inn ved at potensielle deltakere fikk tilsendt lenke til programmet "Questback" ([ref](#)) på e-post, der respondentene kunne svare elektronisk og anonymt. Målgruppen var alle ansatte innen psykisk helsevern og rus i helseregion Nord.

Dessverre hadde undersøkelsen en lav svardeltakelse. Dette bidrar til at resultatene må tolkes med forsiktighet, fordi vi i liten grad kan være sikre på at tallene som fremkommer i rapporten er representative for helseforetakene i landsdelen. Likevel har vi ikke noen grunn til å tro at de ikke speiler situasjonen i regionen.

Beskrivelse av deltakerne i undersøkelsen

Representasjon av helseforetakene

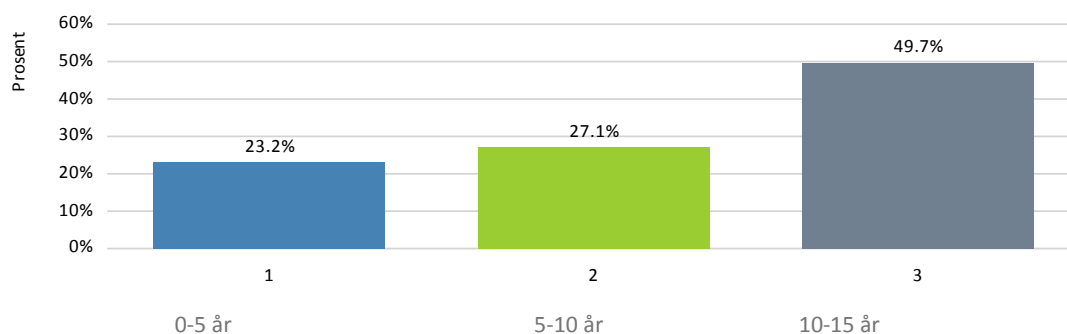
Figur 1



Det var 176 personer som svarte på spørsmålene i undersøkelsen. Deltakelsen fordelte seg ganske jevnt mellom de fire helseforetakene i regionen, med en noe større overvekt av deltakere fra Finmarkssykehuset og Nordlandssykehuset. Dårligst representert var UNN med kun 15 % av respondentene.

Respondentenes arbeidserfaring fra psykisk helsevern eller rusbehandling

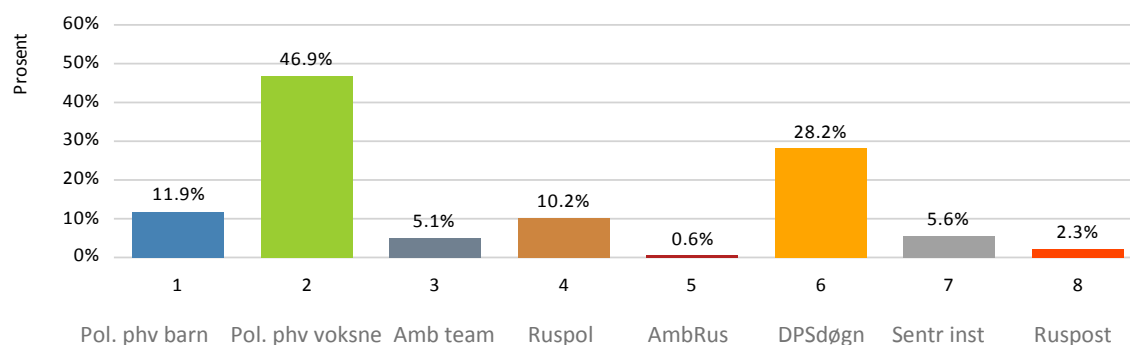
Figur 2



Rundt 50 % av deltakerne hadde jobbet mer enn 10 år innen psykisk helsevern eller rusbehandling, og må derfor karakteriseres som erfarne. Den andre halvparten av deltakere fordelte seg relativt jevnt mellom de som hadde 0-5 års erfaring og de som hadde 5-10 års erfaring fra feltet.

Deltakernes arbeidssted

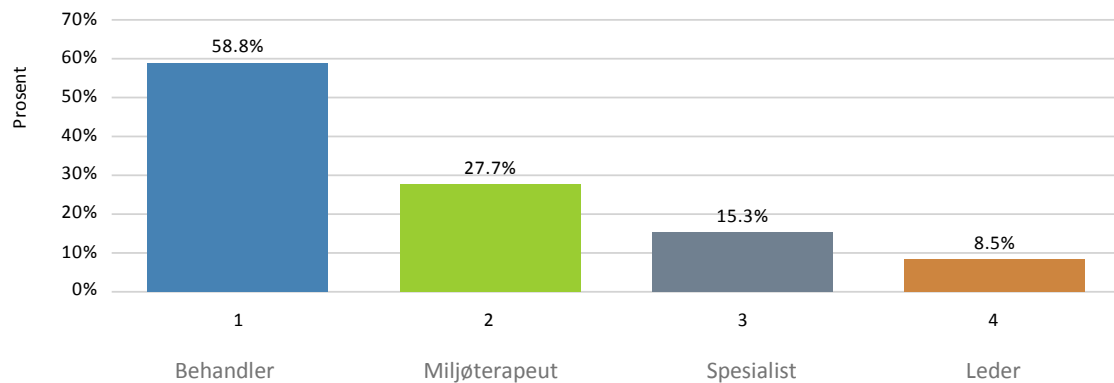
Figur 3



Den største gruppen av respondenter jobbet på poliklinikk innen psykisk helsevern for voksne. Denne gruppen utgjorde nesten halvparten av alle respondentene. Omtrent en tredjedel av respondentene var ansatte ved døgnavdeling på DPS-nivå. Ansatte innen psykisk helsevern for barn og ansatte ved ruspoliklinikk var representert med rundt 10 % hver. Ambulante team, ambulant virksomhet innen rusfeltet, sentraliserte institusjoner og rusposter hadde alle et lavt antall respondenter.

Deltakernes rolle og funksjon

Figur 4



Av de tilgjengelige kategoriene definerte majoriteten av respondentene (58,8 %) seg som behandler. Av behandlerne definerte 9 personer seg også som miljøterapeuter, og 2 av behandlerne krysset av for at de var spesialister. I underkant av 30 % av den totale gruppen var miljøterapeuter, og 15 % var spesialister. Et svært lite antall av respondentene var ledere. Det kan ikke utelukkes at noen har svart ut fra hvilke yrkesgrupper som assosieres med de ulike kategoriene, selv om spørsmålet fokuserte på funksjon/rolle (og ikke yrkesgruppe).

Behandlerne

Gruppen av behandlere utgjorde 103 personer, der 32 hadde 0-5 års erfaring, 26 hadde 5- 10 års erfaring, og 45 hadde mer enn 10 års erfaring. De fire helseforetakene var relativt jevnt representert i behandlergruppen.

17 av behandlerne jobbet ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, 60 jobbet ved voksenpsykiatriske poliklinikker, 6 jobbet i et ambulant team, 13 jobbet på en ruspoliklinikk, 15 jobbet i døgnavdeling ved et DPS, 2 ved en sentralisert døgnavdeling, og ingen i et ambulerende rusteam eller ved en døgnavdeling innen rusfeltet. Her er tallet som jobber ved de ulike stedene høyere enn antall respondenter, fordi enkeltpersoner jobbet flere steder.

Miljøterapeutene

Gruppen av miljøterapeuter utgjorde 49 personer, der 11 hadde 0-5 års erfaring, 14 hadde 5- 10 års erfaring, og 24 hadde mer enn 10 års erfaring. Om lag halvparten (22 respondenter) jobbet ved Finnmarkssykehuset, 4 jobbet ved UNN, 18 jobbet ved Nordlandssykehuset, og 5 jobbet ved Helgelandssykehuset.

2 av miljøterapeutene oppga at de jobbet ved barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, 4 oppga at de jobbet ved en voksenpsykiatrisk poliklinikk, 1 oppga å jobbe i ambulant team, 36 oppga å jobbe ved en døgnavdeling i et DPS, 8 jobbet på en sentralisert døgninstitusjon, 1 jobbet på en døgnavdeling innen rusfeltet, men ingen oppga å jobbe verken ved poliklinikk i rusfeltet eller i ambulerende virksomhet innen rusfeltet. Også her er antallet som jobber ved de ulike stedene høyere enn antallet respondenter, fordi enkeltpersoner jobbet flere steder.

Spesialistene

Gruppen av spesialister utgjorde 27 personer, der 9 av respondentene hadde 5-10 års erfaring. De resterende hadde over 10 års erfaring fra feltet. Respondentene var relativt jevnt fordelt over helseforetakene i regionen, med unntak av Helgelandssykehuset, som kun hadde 4 respondenter.

1 av spesialistene oppga at den jobbet ved barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, 19 oppga at de jobbet ved en voksenpsykiatrisk poliklinikk, 2 oppga å jobbe i ambulant team, 6 oppga å jobbe ved en ruspoliklinikk, 1 oppga å jobbe i ambulerende virksomhet innen rusfeltet, 3 oppga at de jobbet en døgnavdeling i et DPS, ingen jobbet på en sentralisert døgninstitusjon, og 2 jobbet på en døgnavdeling innen rusfeltet. Igjen er antallet som jobber ved de ulike stedene høyere enn antallet respondenter, fordi enkeltpersoner jobbet flere steder.

Lederne

Gruppen av ledere utgjorde 15 personer. Kun to hadde 5-10 års erfaring, de resterende hadde jobbet over 10 år i feltet. De var jevnt fordelt over helseforetakene, med unntak av Nordlandssykehuset, som hadde 7 av de 15 respondentene. På grunn av det lave antallet av ledere rapporteres det ikke hvor mange som jobbet på de ulike arbeidsplassene, men 11 av lederne jobbet enten ved en poliklinikk, eller en døgnavdeling ved et DPS.

Beskrivelser av det kliniske arbeidet

Pasientenes medbestemmelse

Svarene i tabell 1 en oppsummering av svarene fra alle respondentene (uansett rolle/funksjon).

Tabell 1 I hvilken grad kan dine pasienter:

	Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ganske ofte	Alltid
Velge behandlingsform (f.eks gruppebehandling, individuell behandling, innleggelse)?	6,8 %	17,6 %	40,3 %	28,4 %	6,8 %
Velge primærbehandler?	12,6 %	47,1 %	32,8 %	6,9 %	0,6 %
Delta i planleggingen av behandlingen?	0,6 %	1,1 %	14,9 %	33,3 %	50,0 %
Velge behandlingsteknikker og metoder?	2,9 %	22,7 %	35,5 %	32,0 %	7,0 %
Velge behandlingssted (jmf. fritt sykehusvalg)	4,0 %	22,5 %	29,5 %	19,7 %	24,3 %

Det er vanskelig å vite om svarene er representative for enheter i hele helseregionen, og de må derfor tolkes med forsiktighet. Tendensene fra de innleverte svarene viser dog likevel at pasientene i

hovedsak ikke kan velge sin primærbehandler og at det varierer ganske mye hvorvidt de kan velge behandlingsteknikker og metoder. I kommentarfeltet til spørsmålet skriver respondentene bl.a.:

"Opplever at vi er for få behandlere til at pasienten i realiteten kan velge behandler, men dersom det ikke fungerer med behandler som er tildelt forsøker vi å få til et bytte. Skjer svært sjeldent".

"Min opplevelse er at de færreste pasientene vet hva de vil ha av behandlingsteknikker og metoder. De er ikke kunder".

Svarene spriker også noe med hensyn til hvorvidt pasientene kan velge behandlingens form. Kommentarfeltet viser at formen "innleggelse" kan ha påvirket resultatet, da dette kan vurderes som et annet omsorgsnivå, slik som denne kommentaren illustrerer:

"Pasient har alltid innflytelse på behandlingsform, men kan ikke velge innleggelse dersom ikke behandler og avdeling er enig i dette. Alle pasienter får tildelt en behandler. De kan be om ny, men dette skjer sjeldent".

Det er også vanskelig å tolke svarene vedrørende valg av behandlingssted. På den ene siden har pasienter innen psykisk helsevern en kontinuerlig rett til å benytte seg av "fritt sykehusvalg". På den annen side kan svarene i kategoriene "aldri", "sjelden" og "noen ganger" bidra til å så tvil om hvor reell denne muligheten er. For øvrig synes det likevel å være utbredt at pasienten kan delta i planleggingen av behandlingen. Kommentarfeltet avspeiler det ovennevnte:

"Fritt sykehusvalg har jo alle en anledning til å benytte. Vi opplever sjelden at det blir gjort fordi de tar imot tilbudet fra oss".

"Rusfeltet - lite reelle valgmuligheter ift. fritt sykehusvalg".

Samarbeid med andre instanser, pårørende og ressurspersoner

Svarene i tabell 2 er en oppsummering av svarene fra alle respondentene (uansett funksjon/rolle).

Tabell 2 I hvilken grad har du/pasientens behandler brukt å ha jevnlig kontakt med pasientens:

	Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ganske ofte	Alltid
Barn	13,0 %	28,4 %	40,2 %	15,4 %	3,0 %
Partner	4,1 %	15,4 %	48,5 %	29,6 %	2,4 %
Andre pårørende/ressurspersoner?	1,7 %	16,2 %	41,6 %	31,2 %	9,2 %
Samarbeidsinstanser (kommunal rus- og psykiatritjeneste, fastlege, NAV etc)	0,6 %	0,6 %	13,8 %	64,4 %	20,7 %

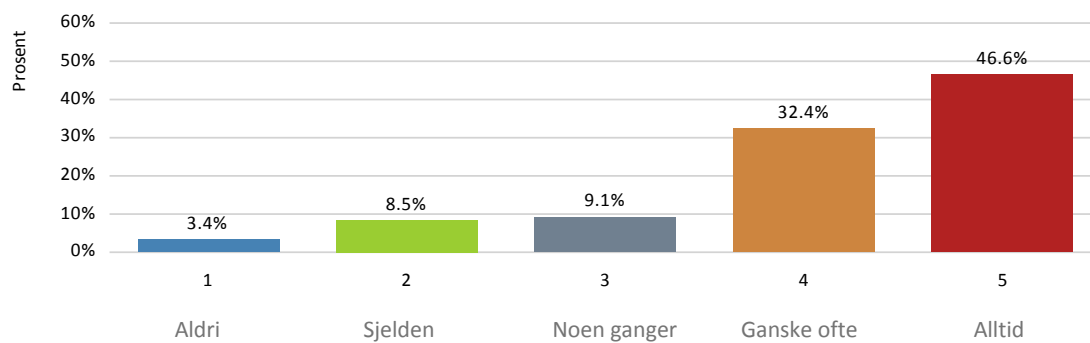
Svarene på spørsmålene om jevnlig samarbeid og kontakt med nettverket til pasienten synes i hovedsak å samle seg rundt det midterste svaralternativet "noen ganger". Samtidig viser svarene at spesialisthelsetjenesten sjeldnere har jevnlig kontakt med barna, men oftere har kontakt med samarbeidende instanser. Noe av grunnen til denne fordelingen skyldes at over 20 av respondentene arbeidet med barn, og dermed hadde deres pasienter svært sjelden egne barn (21 respondenter arbeidet ved barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, i tillegg kommer respondenter som jobber

med barn i andre enheter). For øvrig peker kommentarene i retning av at i de tilfellene pasienten har ønske om at behandler skal ha kontakt med nettverk og ressurspersoner, så blir dette gjennomført.

Kartlegging av pasientens traumer

Svarene i figur 3 er en oppsummering av svarene fra alle respondentene (uansett funksjon/rolle).

Figur 3 Kartlegger du pasientens eventuelle traumeerfaringer?



Ved oppsummering av svarene fra alle respondentene, viser resultatene at ca 88 % kartlegger pasientens traumeerfaringer "noen ganger", "ganske ofte" eller "alltid". Med tanke på at miljøterapeuter også er en del av denne gruppen, og kartlegging sjeldnere er en oppgave som er lagt til miljøterapeuter, så må denne andelen ansees som høy.

Hvis man ser nærmere på **behandlerne** (N= 103), svarer 1 respondent at den aldri kartlegger, 4 kartlegger sjelden, 4 kartlegger noen ganger, 37 kartlegger ganske ofte, og 57 kartlegger alltid. Tilsvarende viser svarene fra **spesialistene** (N = 27) at ingen kartlegger aldri eller sjelden, 2 kartlegger noen ganger, 10 kartlegger ganske ofte, mens 14 kartlegger alltid. En del, både behandlere og spesialister, sier de spør om traumatiske erfaringer i anamneseopptaket, og kartlegger ikke nødvendigvis ved hjelp av kartleggingsverktøy. Noen benytter kun bredere screeningsintervju, slik som MINI Internasjonal neuropsykiatrisk intervju (MINI) eller Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID) ved voksne pasienter. Behandlere for barn benytter ofte Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children (6–18 years): Present and Lifetime Version (Kiddie-SADS (PL)).

Dersom man slår sammen de behandlerne som kun bruker brede screeningsverktøy og/eller kun anamneseopptak, utgjør dette **ca halvparten av alle behandlerne og spesialister**. De resterende bruker i tillegg et bredt utvalg av instrumenter slik som:

- Impact of event scale revised (IES-R)
- PTSD Symptom scale – Self-report (PSS-SR)
- Posttraumatisk symptomskala (PTSS, kommer i forskjellige versjoner med forskjellig antall spørsmål)
- Posttraumatic symptom scale Interview version (PSSI)
- Posttraumatic diagnostic scale (PDS)
- The 20-item Somatoform dissociation questionnaire (SDQ-20)
- Traumatic experience checklist (TEC)
- Dissociative experiences scale (DES)
- The Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorder (SCID-D)

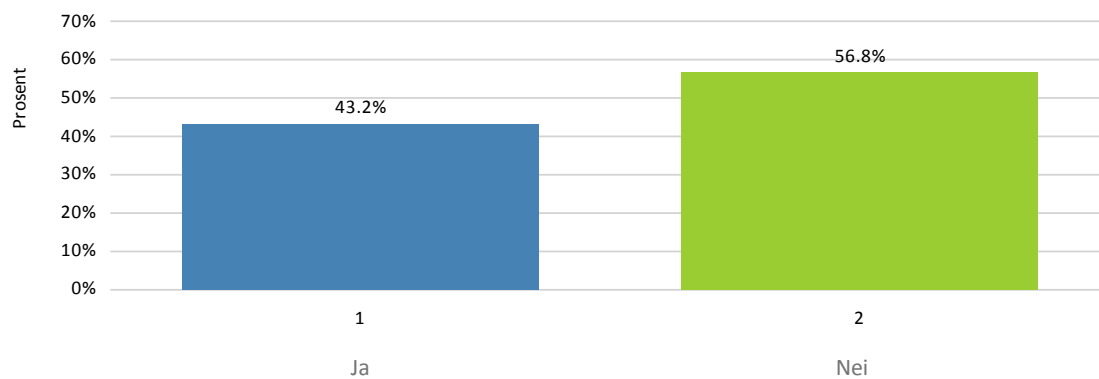
- Interview for dissociative disorders and traumarelated Symptoms (IDDTs)
- Childhood trauma questionnaire (CTQ)
- Trauma symptom checklist for children (TSCC)
- Child PTSD symptom scale (CPSS)
- Kartlegging av traumeerfaringer (KATE, egen versjon for barn, og egen versjon for foreldre)

Av de ovennevnte instrumentene er IES og de ulike PTSD-instrumentene mest brukt ved kartlegging av voksne, mens KATE er mest brukt ved kartlegging av barns traumeerfaringer.

Kjennskap til faseorientert behandling

Svarene i figur 4 er en oppsummering av svarene fra alle respondentene (uansett funksjon/rolle).

Figur 4 Er du godt kjent med faseorientert tenkning i forhold til traumebehandling?



Gruppen av respondenter er delt i to når det gjelder kjennskap til faseorientert tenkning, der 43, 2 % har god kjennskap til faseorientert traumebehandling, mens 56,8 % sier de ikke har det.

Av miljøterapeutene er det kun 7 som svarer at de har god kjennskap til faseorientert tenkning. Av behandlerne er det om lag halvparten som svarer positivt, mens det blant spesialistene er kun 4 som ikke er godt kjent med faseorientert tenkning. Det synes med andre ord å være stor variasjon mellom de ulike funksjonene/rollene.

Bruk av traumespesifikke metoder

Svarene i tabell 3 er en oppsummering av svarene fra alle respondentene (uansett funksjon/rolle)

Tabell 3 I hvilken grad bruker du traumespesifikke teknikker og metoder i ditt arbeid?

	Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ganske ofte	Alltid
Helhetlig psykoedukasjon om hvorfor og hvordan traumeerfaringer påvirker nåtidig fungering (inkludert hjernens reaksjon på traumer)	18,2 %	14,2 %	22,2 %	25,6 %	19,9 %
Gjennomgang av toleransevinduet, og gjenkjenning og overvåking av kroppstilstander	31,6 %	19,5 %	21,8 %	17,2 %	9,8 %
Regulerende teknikker (grunning, pust, vekking, roe ned, tilstedeværelses øvelser etc)	7,4 %	8,0 %	41,1 %	24,0 %	19,4 %
Systematisk arbeid med søvnhygiene og håndtering av mareritt	7,5 %	15,5 %	35,1 %	30,5 %	11,5 %
Strukturering av hverdagen (ukeplanlegging)	1,7 %	11,9 %	23,3 %	42,6 %	20,5 %
Trygt sted	13,5 %	11,8 %	27,1 %	30,0 %	17,6 %
Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	76,0 %	6,9 %	6,3 %	7,4 %	3,4 %
Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT)	49,7 %	17,9 %	19,1 %	10,4 %	2,9 %
Kroppsorienterte metoder	39,4 %	23,4 %	24,0 %	8,6 %	4,6 %
Narrativ eksponeringsterapi	53,1 %	18,9 %	18,3 %	9,1 %	0,6 %
Kreative metoder	46,5 %	22,4 %	22,4 %	5,9 %	2,9 %
Traumesensitiv omsorg/miljøterapi	53,0 %	15,5 %	13,1 %	13,1 %	5,4 %

Det er vanskelig å gi en kortfattet oppsummering av en slikt komplekst materiale. Tabellen peker likevel på noen tendenser dersom man ser alle respondentene under ett. Det kan for eksempel se ut som at mer traumespesifikke *teknikker* er mer utbredt (kanskje med unntak av psykoedukasjon og gjennomgang av toleransevinduet) enn bruk av mer traumespesifikke *metoder*. Dersom man oppsummerer svarkategoriene "noen ganger", "ganske ofte" og "alltid" for de nevnte traumespesifikke metodene, viser resultatene at:

- EMDR brukes av 17,1 % av respondentene
- TF-CBT brukes av 32,4 % av respondentene
- Kroppsorienterte metoder brukes av 37,2 % av respondentene
- Narrativ eksponeringsterapi brukes av 28 % av respondentene
- Kreative metoder brukes av 31,2 % av respondentene
- Traumesensitiv omsorg/miljøterapi brukes av 31,6 % av respondentene

Det er imidlertid ikke alle metodene som vil være like aktuelle å kunne/å bruke for alle roller og funksjoner. Nedenfor følger derfor tall for rollene/funksjonene hver for seg.

Tabell 4 Behandlerne (N=104) I hvilken grad bruker du traumespesifikke teknikker og metoder i ditt arbeid?

	Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ganske ofte	Alltid
Helhetlig psykoeduksjon om hvorfor og hvordan traumeerfaringer påvirker nåtidig fungering (inkludert hjernens reaksjon på traumer)	12	14	26	32	20
Gjennomgang av toleransevinduet, og gjenkjenning og overvåking av kroppstilstander	31	21	20	19	12
Regulerende teknikker (grunning, pust, vekking, roe ned, tilstedeværelses øvelser etc)	8	7	41	22	26
Systematisk arbeid med søvnhygiene og håndtering av mareritt	8	20	35	26	14
Strukturering av hverdagen (ukeplanlegging)	2	19	27	43	13
Trygt sted	14	14	29	27	15
Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	81	4	5	8	5
Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT)	48	18	20	11	5
Kroppsorienterte metoder	41	26	23	7	6
Narrativ eksponeringsterapi	55	17	20	10	1
Kreative metoder	38	23	27	8	3
Traumesensitiv omsorg/miljøterapi	58	17	9	10	3

Tendensene i svarene fra behandlerne synes i hovedsak å speile tendensene i gruppen som helhet. I fritekstfeltet der man kunne liste andre teknikker og metoder som ikke hadde vært nevnt, kommenterer behandlerne bl.a.:

"Metakognitiv tilnærming"

"Å ta på alvor det å våge å være sint, forstå, få kontakt med sinne som ressurs, jfr. Peter Levine sin bok "Væk tigeren"

"Traumebehandling ved psykodramametoden"

"Har fått innføring i forlenget eksponering (prolong exposure) og kurs i dialektisk atferdsterapi av Casper Aaen"

"Nei har ikke utdanning innenfor feltet"

"Somatic experiencing"

"Metoder for å jobbe med dissosiasjon/deler - som feks "dissosiative table" (Fraser). I tillegg elementer fra Skjematerapi".

"Livets tre" (en Narrativpraksis metode)

"I BUP har vi behandlere som jobber både med EMDR og TF-CBR; pasienter med traumer får tilbud om slik behandling".

"Mbt i observasjon av modus, for å kunne avhjelpe pas. som ofte går i psykisk ekvivalens, dvs flashback. Pas. som opplever triggerer, kan identifisere disse og jobbe med toleransevinduet og hvordan dette påvirker mentaliseringsevnen. Eksplisitt gruppe kan gi god psykoedukasjon i forhold til symptomatologi og mentale prosesser hos mennesker med PTSD".

"Prolonged exposure (inkluderer delvis flere nevnte metoder)".

"Somatic Experience, men det går vel under kropporienterte metoder".

"Terapeutisk arbeid med dissosierte deler: ANP/EP (Nijenhuis/Hart)"

Tabell 5 Miljøterapeuter (N = 48) I hvilken grad bruker du traumespesifikke teknikker og metoder i ditt arbeid?

	Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ganske ofte	Alltid
Helhetlig psykoedukasjon om hvorfor og hvordan traumeerfaringer påvirker nåtidig fungering (inkludert hjernens reaksjon på traumer)	16	12	10	7	2
Gjennomgang av toleransevinduet, og gjenkjenning og overvåking av kroppstilstander	18	12	10	6	1
Regulerende teknikker (grunning, pust, vekking, roe ned, tilstedeværelses øvelser etc)	2	4	21	15	4
Systematisk arbeid med søvnhygiene og håndtering av mareritt	5	4	14	19	4
Strukturering av hverdagen (ukeplanlegging)	1	0	1	25	20
Trygt sted	6	4	7	18	11
Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	40	7	0	0	0
Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT)	30	6	5	5	0
Kropporienterte metoder	16	10	14	6	1
Narrativ eksponeringsterapi	27	12	8	0	0
Kreative metoder	22	6	13	4	1
Traumesensitiv omsorg/miljøterapi	15	5	9	13	5

Miljøterapeutene har foruten å nevne "grounding" (hvilket også går inn under "grunning"), ikke nevnt andre metoder eller teknikker.

Tabell 6 Spesialister (N = 27) I hvilken grad bruker du traumespesifikke teknikker og metoder i ditt arbeid?

	Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ganske ofte	Alltid
Helhetlig psykoeduksjon om hvorfor og hvordan traumeerfaringer påvirker nåtidig fungering (inkludert hjernens reaksjon på traumer)	2	1	5	7	12
Gjennomgang av toleransevinduet, og gjenkjenning og overvåking av kroppstilstander	4	3	8	6	5
Regulerende teknikker (grunning, pust, vekking, roe ned, tilstedeværelses øvelser etc)	2	3	11	6	5
Systematisk arbeid med søvnhygiene og håndtering av mareritt	1	3	11	10	2
Strukturering av hverdagen (ukeplanlegging)	0	3	10	12	2
Trygt sted	2	3	8	10	4
Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	14	2	4	6	1
Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT)	9	7	7	4	0
Kroppsorienterte metoder	10	7	7	2	1
Narrativ eksponeringsterapi	11	6	4	6	0
Kreative metoder	15	9	2	0	1
Traumesensitiv omsorg/miljøterapi	13	5	6	1	1

I fritekstfeltet der man kunne liste andre teknikker og metoder som ikke hadde vært nevnt, kommenterer spesialistene bl.a.:

"Forskjellige psykodynamiske psykoterapiformer. Mest Transference focused psychotherapy som er en evidensbasert metode for borderlinebehandling".

" Teori om strukturell dissosiasjon".

"Imagery Work (jmfr skjematerapi)".

"Nei, jeg bruker ikke traumespesifikke metoder, men har krysset ut det jeg tenker er sammenfallende med arbeidet vi gjør i terapien".

Vurdering av egen kompetanse

Svarene i tabell 7 er en oppsummering av svarene fra alle respondentene (uansett funksjon/rolle)

Tabell 7 Hvordan vurderer du din egen kompetanse innen behandling av:

	Ikke enhetens målgruppe	Vet ikke	Dårlig	Middels	God
Kriser	4,6 %	2,9 %	4,0 %	58,3 %	30,3 %
Enkelt stående traumer	3,4 %	4,0 %	13,8 %	46,6 %	32,2 %
Pasienter som selvskader	2,9 %	3,4 %	18,3 %	50,9 %	24,6 %
Pasienter med volds- og aggresjonsproblemer	7,5 %	5,7 %	23,6 %	50,0 %	13,2 %
Flyktninger med omfattende traumehistorier	11,4 %	13,1 %	41,5 %	27,8 %	6,3 %
Seksuelle overgrep	1,7 %	5,1 %	18,2 %	47,7 %	27,3 %
Familievold	6,3 %	10,9 %	24,1 %	46,0 %	12,6 %
Ungdom med volds- og aggresjonsproblemtaikk	28,2 %	6,9 %	25,3 %	29,3 %	10,3 %
Urolige barn med skolevansker	41,1 %	8,0 %	25,1 %	18,3 %	7,4 %
Rusproblemer	5,1 %	4,6 %	11,4 %	53,7 %	25,1 %
Forvirring knyttet til seksuell legning	8,6 %	24,1 %	23,6 %	33,9 %	9,8 %

Dersom man ser respondentene under ett, ser det ut til at mange (41,5 %) vurderer egen kompetanse til å behandle flyktninger med omfattende traumehistorier som dårlig, og egen kompetanse til å behandle enkeltstående traumer som god (32,2 %). Som tabell 8, 9 og 10 viser, så kommer disse problemstillingene også høyt opp dersom man undersøker de ulike funksjonene/rollene hver for seg. Miljøterapeutene skiller seg noe ut ved at de også trenger mer kompetanse knyttet til "familievold" og "ungdom med volds- og aggresjonsproblemtaikk".

Det mest påfallende med resultatet er kanskje at over en femtedel av respondentene beskriver sin kompetanse som dårlig på 6 av de 11 spørsmålene, tatt i betraktning at antallet respondenter fra spesialiserte enheter (for eksempel rus-poliklinikk) utgjør en liten andel av den totale gruppen av respondenter.

Tabell 8 Behandlerne (N = 102) Hvordan vurderer du din egen kompetanse innen behandling av:

	Ikke enhetens målgruppe	Vet ikke	Dårlig	Middels	God
Kriser	5	3	3	60	31
Enkelt stående traumer	3	5	15	45	33
Pasienter som selvskader	5	2	21	46	28
Pasienter med volds- og aggresjonsproblemer	6	7	24	52	13
Flyktninger med omfattende traumehistorier	9	15	44	30	5
Seksuelle overgrep	2	5	21	48	27
Familievold	4	12	20	51	15
Ungdom med volds- og aggresjonsproblemtaikk	27	10	20	33	11
Urolige barn med skolevansker	38	13	23	18	10
Rusproblemer	3	6	13	52	28
Forvirring knyttet til seksuell legning	8	23	24	36	10

Tabell 9 Miljøterapeuter (N = 49) Hvordan vurderer du din egen kompetanse innen behandling av:

	Ikke enhetens målgruppe	Vet ikke	Dårlig	Middels	God
Kriser	3	1	3	34	7
Enkelt stående traumer	2	3	10	27	6
Pasienter som selvskader	0	4	9	26	9
Pasienter med volds- og aggresjonsproblemer	7	4	10	22	4
Flyktninger med omfattende traumehistorier	10	9	15	11	3
Seksuelle overgrep	1	4	10	27	6
Familievold	7	7	16	15	2
Ungdom med volds- og aggresjonsproblemtaikk	13	2	16	14	2
Urolige barn med skolevansker	22	1	14	9	2
Rusproblemer	4	1	6	28	9
Forvirring knyttet til seksuell legning	7	15	11	12	3

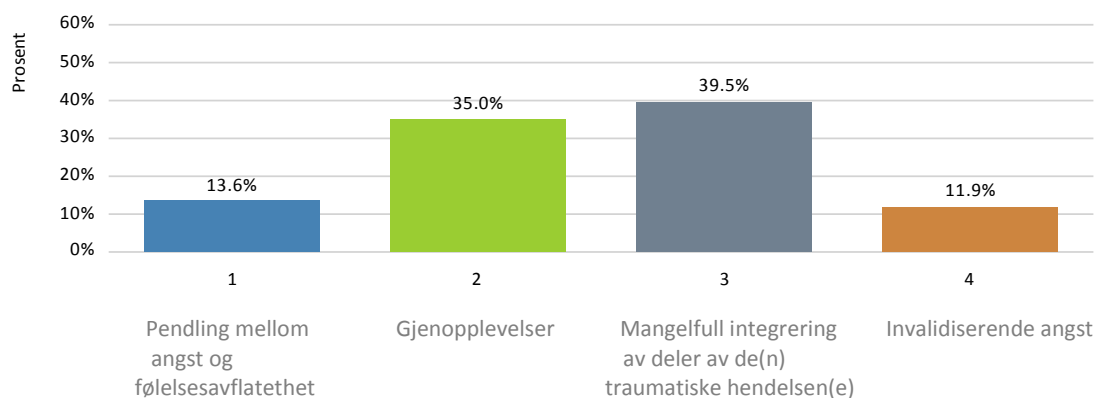
Tabell 10 Spesialister (N =27) Hvordan vurderer du din egen kompetanse innen behandling av:

Hvordan vurderer du din egen kompetanse innen behandling av	Ikke enhetens målgruppe	Vet ikke	Dårlig	Middels	God
Kriser	0	1	1	9	16
Enkelt stående traumer	0	0	0	11	16
Pasienter som selvskader	0	0	4	16	7
Pasienter med volds- og aggresjonsproblemer	0	0	6	16	5
Flyktninger med omfattende traumehistorier	2	0	12	9	4
Seksuelle overgrep	0	0	1	10	16
Familievold	1	1	5	15	5
Ungdom med volds- og aggresjonsproblemaikk	7	0	10	4	6
Urolige barn med skolevansker	13	0	8	5	1
Rusproblemer	1	1	3	16	6
Forvirring knyttet til seksuell legning	1	4	8	9	5

Kjennskap til posttraumatisk stresslidelse

Svarene i figur 5 er en oppsummering av svarene fra alle respondentene (uansett funksjon/rolle)

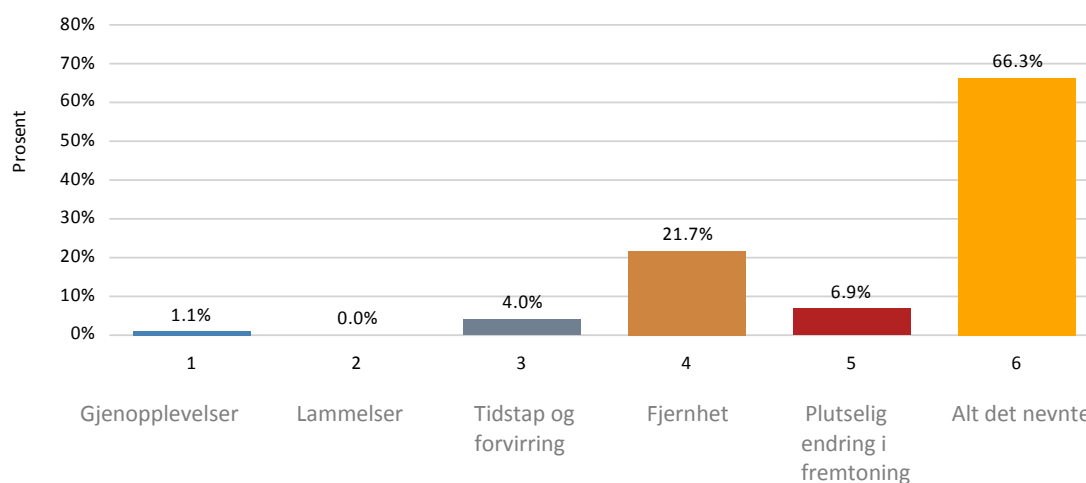
Figur 5 Hva vil du si er kjerneproblemet ved posttraumatisk stresslidelse?



Kjennskap til dissosiasjon

Svarene i figur 6 er en oppsummering av svarene fra alle respondentene (uansett funksjon/rolle)

Figur 6 Hva ser vi mest typisk hos en pasient som dissosierer i timen/i miljøet?



Vurdering av kliniske problemstillinger

Svarene i tabell 11 er en oppsummering av svarene fra alle respondentene (uansett funksjon/rolle)

Tabell 11 Vurdering av kliniske problemstillinger – Rett /galt

	Riktig	Galt
a) Når pasienten selv unngår å snakke om smertefulle minner er det viktigste at terapeuten viser respekt ved ikke å ta opp eller fokusere på vanskelige tema	27,3 %	72,7 %
b) Amnesi for traumeminner antyder at det er lurt å vente med traumebehandling	41,3 %	58,7 %
c) Man skal forsøke å spørre direkte om vold og overgrep i første behandlingssamtale	56,8 %	43,2 %
d) All fysisk berøring fra terapeutens hjelperens side er kontraindisert når det dreier seg om pasienter med seksuelle overgrepserfaringer	35,2 %	64,8 %
e) Traumebehandling er effektiv og symptomfokustert. Derfor er det ikke behov for så grundig anamnese	5,5 %	94,5 %
f) Det finnes ikke noen helt spesifikke symptomer som gjør det sannsynlig at vi har med en traumatisert pasient å gjøre	35,0 %	65,0 %
g) Det er ikke nødvendig å måtte bli kvitt rusproblemene først, før man kan begynne med kartlegging av de aktuelle traumeerfaringene som pasienten har i bagasjen	63,0 %	37,0 %
h) Barn kommer seg generelt sett lettere gjennom store påkjenninger uten behov for hjelp, sammenlignet med ungdom og voksne	10,0 %	90,0 %

Kommentar til svarene:

- a) Unngåelse har for mange traumepasienter vært en nødvendig overlevelsesstrategi. Etter hvert blir imidlertid unngåelsen i seg selv et problem, fordi den blir til hinder for behandlingen. Respekt for pasienten innebærer derfor i denne sammenhengen å for eksempel ta opp unngåelse som tema, bekrefte nødvendigheten av å ha måttet bruke denne

måten å mestre på, problematisere og forklare hvordan unngåelsen fungerer, og drøfte muligheter for nå å kunne begynne å utfordre automatikken i unngåelsen.

- b) Amnesi for traumatiske minner finner vi ofte hos traumepasienter. Alvorlig traumatiserte med kompleks og dissosiativ problematikk vil typisk også ha amnesi for hverdagslige, ikke-truende situasjoner og hendelser. Amnesien løses ikke ved å skulle vente til den går over, for så deretter å starte med traumebehandlingen. Tilnærming til amnesi er traumebehandling.
- c) Noen ganger gir henvisningen informasjon om at vold og overgrep er sentralt i pasientens historie. Andre ganger er det ikke noe som indikerer slike erfaringer. Uansett vil vi anbefale å forsøke å stille pasienten spørsmålet allerede første time, slik at det blir satt fokus på temaet. Dersom pasienten begynner å fortelle utfyllende om slike erfaringer, kan man heller forklare at man bare trenger å vite ”overskriftene” for å forstå pasientens situasjon.
- d) Tidligere mente man at fysisk berøring fra den profesjonelle hjelperens side var tabu overfor overgrepsofsatte. Vi vet at mange pasienter med slike erfaringer pr definisjon strever med å kunne sette gode grenser, og vil være sårbare. Likevel kan fysisk berøring være viktig i mange faser i traumearbeidet. - Menneskelig kontakt kan være det som skader, og det som heler. Det er et sterkt virkemiddel i en terapeutisk relasjon, og skal brukes med respekt og varhet for hvor den andre er. Den fysiske berøringen skal ha en hensikt, og være faglig intendert.
- e) En god anamnese er alltid et viktig utgangspunkt og et verktøy for videre tiltak og behandling.
- f) Mest typisk ser vi *en rekke ulike symptomer* hos mennesker som har blitt traumatisert etter overveldende hendelser, og ikke sjelden kan det være uenighet mht hva riktig diagnose skal være. Behandling som fokuserer på symptomlette uten å adressere historien som ligger bak, vil ikke kunne oppnå varig symptomlette. En traumatisert person har typisk vært inn og ut av flere ulike behandlingstilbud over lang tid, uten at tydelig bedring kan påvises. Mange risikerer å pådra seg alvorlig tilleggsproblematikk gjennom flere års feil-diagnostisering og – behandling
- g) Rusavhengighet er et typisk tilleggsproblem som mange traumatiserte sliter med. En stor gruppe rusmisbrukere har traumeerfaringer i bagasjen, og for mange fungerer rusen som en form for egen-medisinering. For dem det gjelder er det nok ganske umulig å tenke seg at man først skal klare å bli rusfri, for deretter å kunne begynne traumearbeidet.

Det er viktig her å merke seg at traumearbeidet alltid starter med kartlegging og stabilisering. Selve bearbeidingen kommer for de fleste langt ut i behandlingsforløpet, og først da er det nødvendig at personen er rusfri.

- h) Barn kommer seg ikke lettere gjennom store påkjenninger sammenlignet med ungdom og voksne. Hjelpen de har nytte av kan imidlertid være forskjellig.

Tabell 12 Behandlere (N =94) Vurdering av kliniske problemstillinger – Rett /galt

	Riktig	Galt
a) Når pasienten selv unngår å snakke om smertefulle minner er det viktigste at terapeuten viser respekt ved ikke å ta opp eller fokusere på vanskelige tema	25	67
b) Amnesi for traumeminner antyder at det er lurt å vente med traumebehandling	34	55
c) Man skal forsøke å spørre direkte om vold og overgrep i første behandlingssamtale	53	40
d) All fysisk berøring fra terapeutens hjelperens side er kontraindisert når det dreier seg om pasienter med seksuelle overgrepserfaringer	27	65
e) Traumebehandling er effektiv og symptomfokusert. Derfor er det ikke behov for så grundig anamnese	6	89
f) Det finnes ikke noen helt spesifikke symptomer som gjør det sannsynlig at vi har med en traumatisert pasient å gjøre	27	67
g) Det er ikke nødvendig å måtte bli kvitt rusproblemene først, før man kan begynne med kartlegging av de aktuelle traumeerfaringene som pasienten har i bagasjen	62	33
h) Barn kommer seg generelt sett lettere gjennom store påkjenninger uten behov for hjelp, sammenlignet med ungdom og voksne	12	82

Tabell 13 Miljøterapeuter (N = 44) Vurdering av kliniske problemstillinger – Rett /galt

	Riktig	Galt
a) Når pasienten selv unngår å snakke om smertefulle minner er det viktigste at terapeuten viser respekt ved ikke å ta opp eller fokusere på vanskelige tema	16	29
b) Amnesi for traumeminner antyder at det er lurt å vente med traumebehandling	22	21
c) Man skal forsøke å spørre direkte om vold og overgrep i første behandlingssamtale	20	25
d) All fysisk berøring fra terapeutens hjelperens side er kontraindisert når det dreier seg om pasienter med seksuelle overgrepserfaringer	22	24
e) Traumebehandling er effektiv og symptomfokusert. Derfor er det ikke behov for så grundig anamnese	1	43
f) Det finnes ikke noen helt spesifikke symptomer som gjør det sannsynlig at vi har med en traumatisert pasient å gjøre	20	23
g) Det er ikke nødvendig å måtte bli kvitt rusproblemene først, før man kan begynne med kartlegging av de aktuelle traumeerfaringene som pasienten har i bagasjen	24	21
h) Barn kommer seg generelt sett lettere gjennom store påkjenninger uten behov for hjelp, sammenlignet med ungdom og voksne	4	40

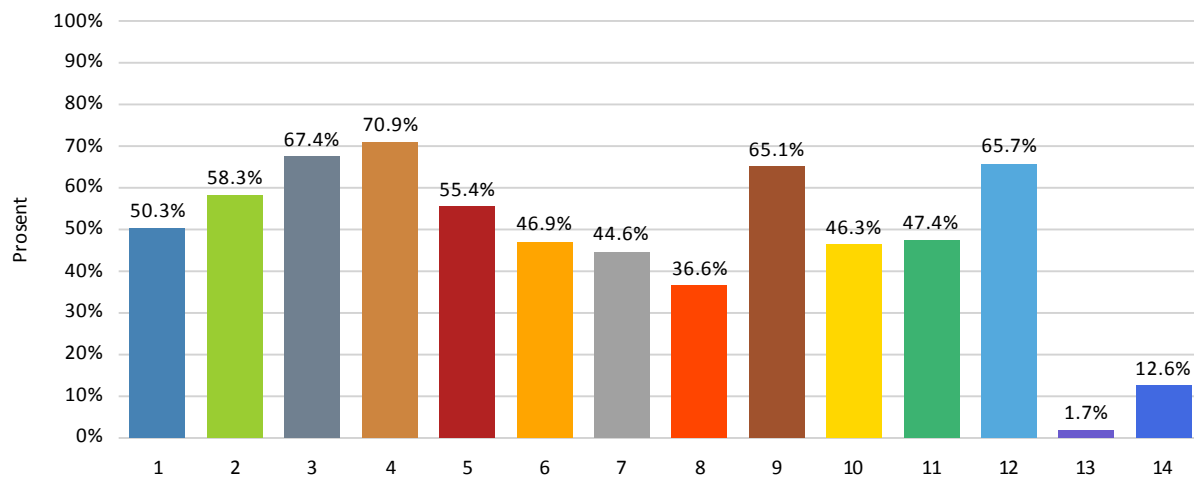
Tabell 14 Spesialister (N =23) Vurdering av kliniske problemstillinger – Rett /galt

	Riktig	Galt
a) Når pasienten selv unngår å snakke om smertefulle minner er det viktigste at terapeuten viser respekt ved ikke å ta opp eller fokusere på vanskelige tema	6	16
b) Amnesi for traumeminner antyder at det er lurt å vente med traumebehandling	8	15
c) Man skal forsøke å spørre direkte om vold og overgrep i første behandlingssamtale	15	8
d) All fysisk berøring fra terapeutens hjelperens side er kontraindisert når det dreier seg om pasienter med seksuelle overgrepserfaringer	8	15
e) Traumebehandling er effektiv og symptomfokusert. Derfor er det ikke behov for så grundig anamnese	0	23
f) Det finnes ikke noen helt spesifikke symptomer som gjør det sannsynlig at vi har med en traumatisert pasient å gjøre	7	16
g) Det er ikke nødvendig å måtte bli kvitt rusproblemene først, før man kan begynne med kartlegging av de aktuelle traumeerfaringene som pasienten har i bagasjen	16	7
h) Barn kommer seg generelt sett lettere gjennom store påkjenninger uten behov for hjelp, sammenlignet med ungdom og voksne	0	23

Fremtidig kompetanse

Ønskelige tema for kompetanseheving

Figur 7 Ønskelige tema for kompetanseheving



Se tabell 15 for forklaring til søylene

Tabell 15 Ønskelige tema for kompetanseheving

Navn	Prosent
1. Hvilken betydning traumer i barndom har for voksen fungering	50,3 %
2. Relasjonstraumer	58,3 %
3. Dissosiasjon generelt	67,4 %
4. Regulerende teknikker	70,9 %
5. Håndtering av mareritt	55,4 %
6. Kartlegging	46,9 %
7. Generell traumeforståelse	44,6 %
8. Traumer etter ulykker	36,6 %
9. Strukturell dissosiasjon	65,1 %
10. Gjennomføring av psykoedukasjon	46,3 %
11. Håndtering av vanskelige relasjoner	47,4 %
12. Bearbeidende metoder	65,7 %
13. Vet ikke	1,7 %
14. Annet	12,6 %

Dersom man ser nærmere på gruppen som helhet, og rangerer temaene etter hva flest ønsker mer kompetanse om, så blir rekkefølgen slik:

1. Regulerende teknikker
2. Dissosiasjon generelt
3. Bearbeidende metoder
4. Strukturell dissosiasjon
5. Relasjonstraumer
6. Håndtering av mareritt
7. Hvilken betydning traumer i barndom har for voksen fungering
8. Håndtering av vanskelige relasjoner
9. Kartlegging
10. Gjennomføring av psykoedukasjon
11. Generell traumeforståelse
12. Traumer etter ulykker
13. Annet

Tabell 16 Behandlere (N = 103) Ønskelige tema for kompetanseheving

	Antall
Hvilken betydning traumer i barndom har for voksen fungering	53
Relasjonstraumer	60
Dissosiasjon generelt	71
Regulerende teknikker	70
Håndtering av mareritt	54
Kartlegging	48
Generell traumeforståelse	44
Traumer etter ulykker	37
Strukturell dissosiasjon	66
Gjennomføring av psykoedukasjon	43
Håndtering av vanskelige relasjoner	47
Bearbeidende metoder	70
Vet ikke	1

Annet og kommentarer:

- Mer om Levines traumearbeid/forståelse og arb. med kroppsbevissthet/traumer.
- Jeg kan generelt for lite om traumebeh. har aldri fått veiledning og kurs direkte på traumer. Føler meg ikke kompetent.
- Henviser oftest pasienter til annen behandler ved traumeproblematikk. Har liten kompetanse og stort ønske om mer kompetanse innen traumeforståelse og behandling
- Veiledningskompetanse for å hjelpe kollegaer
- Traumefokusert veiledning iht enkeltsaker.
- Har generelt behov for opplæring om traumer
- Jeg jobbet noen år på enhet for traumer og sluttet for å begynne med mbt. Jeg er usikker på hva jeg kan om traumer og synes derfor det er vanskelig å krysse av. All kompetanse på dette er viktig, men hvis jeg skal velge forsøker jeg å krysse av for temaer jeg virkelig føler jeg ikke vet nok om.
- Jeg er ikke ferdig utlært
- Vil alltid ha en holdning om jeg trenger mer kompetanse på de ulike felt. Selv på de felt jeg har erfaring med og som er anvendbar for progresjon i terapiforløp
- Ønskelig med kontinuerlig oppfrisking og utvikling av alle de nevnte.
- Håndtering av alvorlig selvskading/selvdestruktivitet
- Kommentar fra annet sted i spørreskjemaet: En kommentar: valget mellom bare e-læring og "tradisjonelle forelesninger" er tendensiøs. Undervisning av fysisk tilstedeværende person kan inneholde f.eks øvelser og veiledning i tillegg til "forelesning"

Tabell 17 Miljøterapeuter (N =48) Ønskelige tema for kompetanseheving

	Antall
Hvilken betydning traumer i barndom har for voksen fungering	28
Relasjonstraumer	30
Dissosiasjon generelt	32
Regulerende teknikker	36
Håndtering av mareritt	27
Kartlegging	31
Generell traumeforståelse	29
Traumer etter ulykker	20
Strukturell dissosiasjon	31
Gjennomføring av psykoedukasjon	27
Håndtering av vanskelige relasjoner	27
Bearbeidende metoder	36
Vet ikke	2

Annet og kommentarer:

- Seksuelle overgrep, familievold
- Har erfaring med overstående, men trenger generell påfyll av alt i fagfeltet. Viktig når man jobber med dette
- Ønsker IKKE e-læringsmoduler, men forelesninger!!!

Tabell 18 Spesialister (N = 26) Ønskelige tema for kompetanseheving

	Antall
Hvilken betydning traumer i barndom har for voksen fungering	10
Relasjonstraumer	12
Dissosiasjon generelt	16
Regulerende teknikker	17
Håndtering av mareritt	13
Kartlegging	7
Generell traumeforståelse	7
Traumer etter ulykker	9
Strukturell dissosiasjon	17
Gjennomføring av psykoedukasjon	10
Håndtering av vanskelige relasjoner	9
Bearbeidende metoder	12
Vet ikke	-

Annet og kommentarer:

- Ønsker fokus på hvordan de systemiske rammene kan tilrettelegges ift god behandling. I enkelte tilfeller ved alvorlig traumeproblematikk vurderer jeg korttidsinnleggelse som hensiktsmessig ved for eksempel bruk av EMDR hvor pasienten har komorbide tilstander av alvorlig grad av depresjon med suicidalfare samt spisefortsyrrrelse eller risiko for tilbakefall av alvorlig rusmisbruk. Det virker derimot ikke tilrettelagt for slike typer innleggelser, og de alternativene som ofte eksisterer medfører brudd i relasjonen og bytte av behandler. Dette kunne vært tilrettelagt lokalt slik at poliklinisk behandler kunne fulgt opp behandling, derved ivarettatt behovet for relasjonskontinuitet.
- EMDR og formell kursrekke i TFP
- EMDR
- psykofysiske tilnærminger, mulig det regnes under regulerende teknikker. Jfr. f.eks. Peter Levines metoder, eller Babette Rothschild, prøver å tilegne meg noe via deres bøker
- Komorbiditet og F 62.0
- Ikke så mye teori, men mer "how to"

Tabell 19 Ledere (N = 15) Ønskelige tema for kompetanseheving

	Antall
Hvilken betydning traumer i barndom har for voksen fungering	7
Relasjonstraumer	9
Dissosiasjon generelt	11
Regulerende teknikker	13
Håndtering av mareritt	10
Kartlegging	6
Generell traumeforståelse	5
Traumer etter ulykker	5
Strukturell dissosiasjon	11
Gjennomføring av psykoedukasjon	10
Håndtering av vanskelige relasjoner	7
Bearbeidende metoder	11
Vet ikke	-

Annet og kommentarer:

- Traumekunnskap, behandlingsmetode ifht mennesker fra andre kulturer, med dårlige norskunnskaper Kunst/ utrykksterap

Synspunkter vedrørende formen på eventuell kompetanseheving

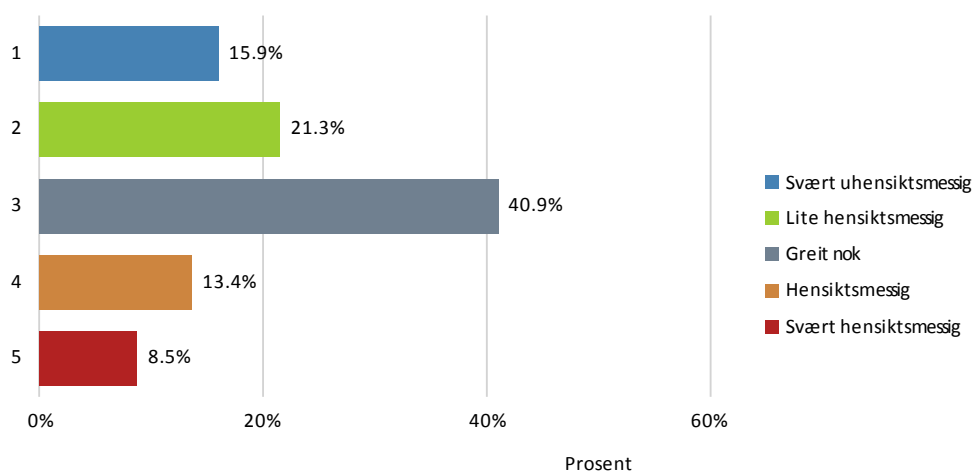
Gjennom undersøkelsen ønsket både å finne ut hvilken kompetanse ansatte i spesialisthelsetjenesten hadde, og hvilken kompetanse de selv mente de hadde behov for. Videre så ønsket vi å få innspill på *hvordan* de eventuelt skulle få kompetansen (det vil si på hvilken måte kompetansen skulle bli gitt/mottatt).

Svaret på spørsmålet om på hvilken måte en et eventuelt kompetansehevingsprogram skulle bli gitt/mottatt er avhengig av en rekke faktorer. Dessverre kom vi ikke frem til en enkel formulering, og spørsmålet som ble stilt var derfor:

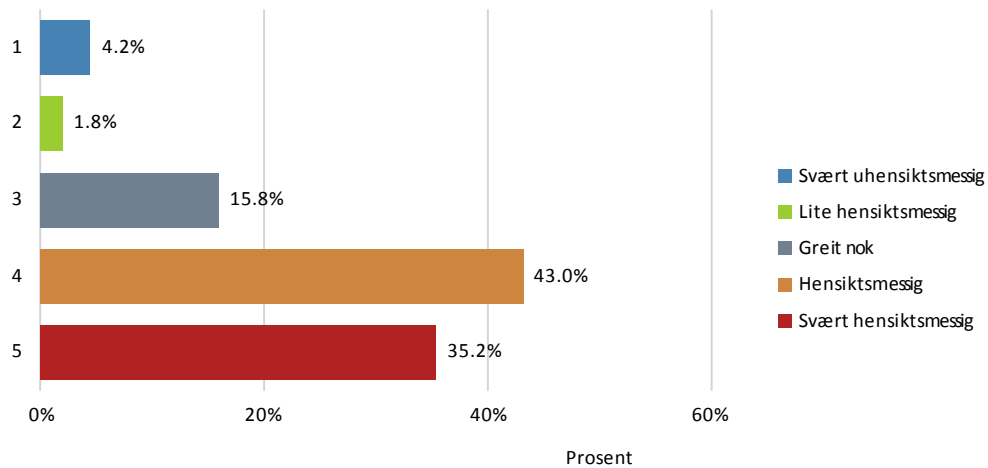
”Basert på din kjennskap til din enhet sin totale situasjon (eksisterende kompetanse, økonomi, behov for å dekke opp turnus, geografisk spredning av underenheter, holdninger til temaer blant de ansatte, tilgang på utstyr, etc) ønsker vi at du angir hvilken form og organisering du tror vil være mest hensiktsmessig ved et eventuelt kompetansehevingsprogram vedrørende traumer og traumebehandling”.

På grunn av det kompliserte spørsmålet har vi her laget en figur per under-spørsmål

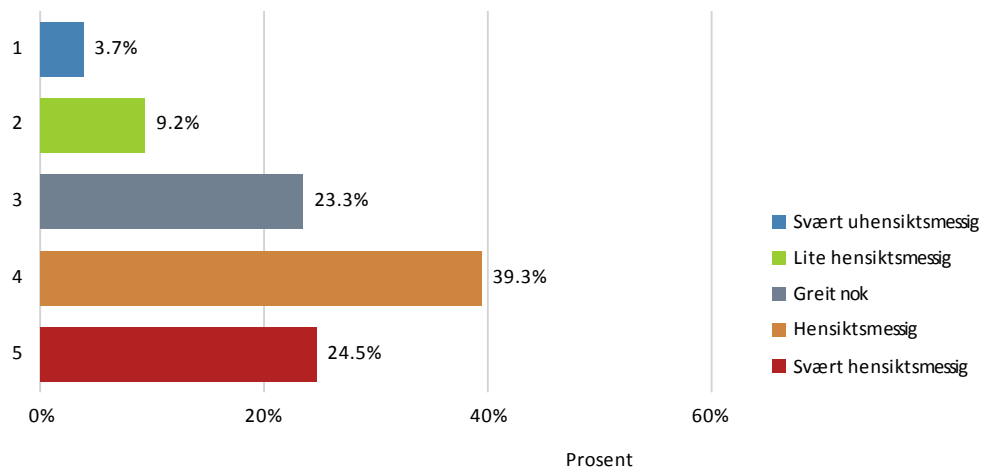
Figur 8 Synspunkter om gruppebasert undervisning ved hjelp av e-læring



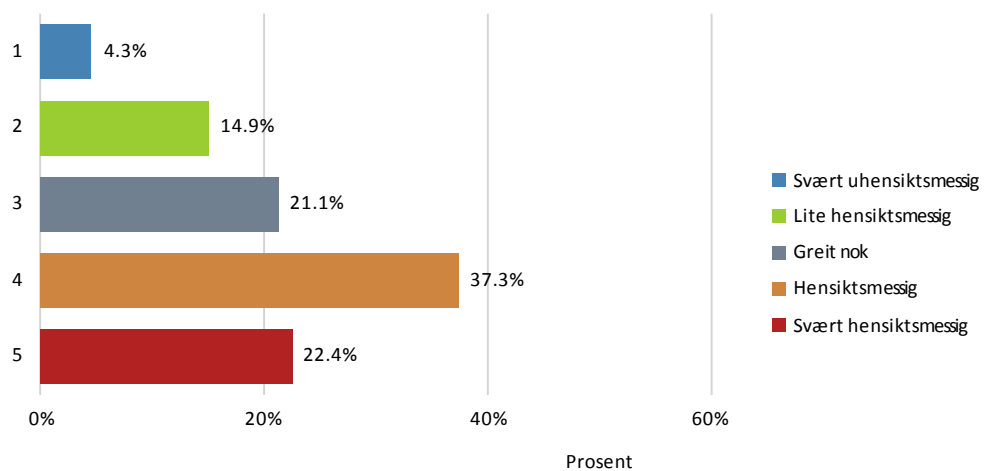
Figur 9 Synspunkter om tradisjonelle forelesninger der enhetens hovedvekt av ansatte befinner seg



Figur 10 Synspunkter om kombinasjonen av tradisjonelle forelesninger og e-læring



Figur 11 Synspunkter på at de som er interesserte kan melde seg på regionale kurs med tradisjonelle forelesninger



Tabell 20 Behandlere (N = 102) Synspunkter vedrørende formen på eventuell kompetanseheving

	Svært uhensiktsmessig	Lite hensiktsmessig	Greit nok	Hensiktsmessig	Svært hensiktsmessig
a) Gruppebasert undervisning ved hjelp av e-læring	14	18	43	15	7
b) Tradisjonelle forelesninger der enhetens hovedvekt av ansatte befinner seg	3	3	14	48	28
c) Kombinasjon av tradisjonelle forelesninger og e-læring	3	6	21	39	27
d) De som er interesserte kan melde seg på regionale kurs med tradisjonelle forelesninger	3	12	19	36	26

Tabell 21 Miljøterapeuter (N = 48) Synspunkter vedrørende formen på eventuell kompetanseheving

	Svært uhensiktsmessig	Lite hensiktsmessig	Greit nok	Hensiktsmessig	Svært hensiktsmessig
a) Gruppebasert undervisning ved hjelp av e-læring	9	10	17	4	5
b) Tradisjonelle forelesninger der enhetens hovedvekt av ansatte befinner seg	2	0	6	19	21
c) Kombinasjon av tradisjonelle forelesninger og e-læring	3	4	12	17	9
d) De som er interesserte kan melde seg på regionale kurs med tradisjonelle forelesninger	4	7	7	16	10

Tabell 22 Spesialister (N = 27) Synspunkter vedrørende formen på eventuell kompetanseheving

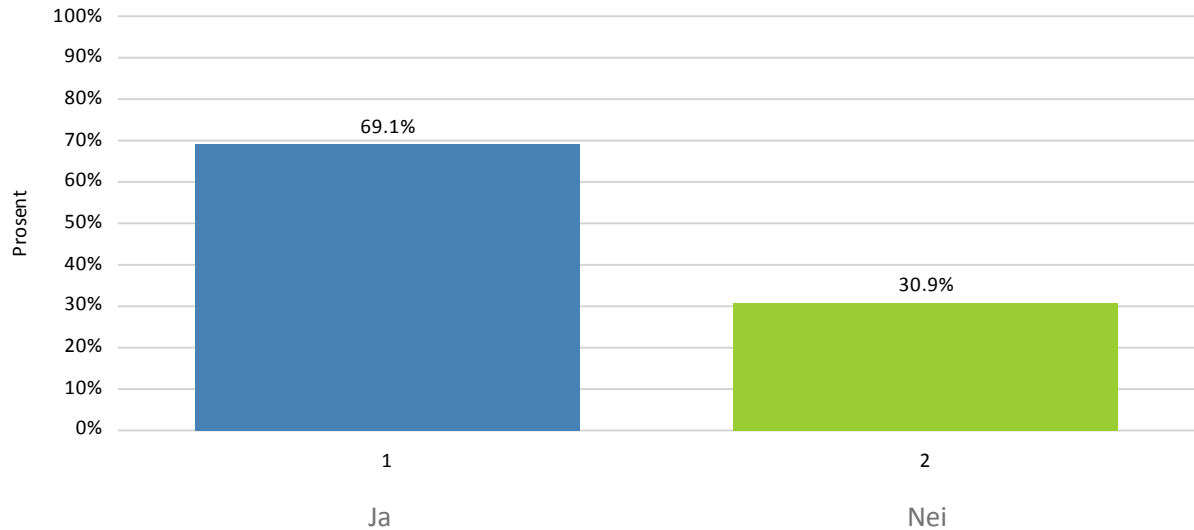
	Svært uhensikts- messig	Lite hensikts- messig	Greit nok	Hensikts- messig	Svært hensikts- messig
a) Gruppebasert undervisning ved hjelp av e-læring	5	7	10	2	0
b) Tradisjonelle forelesninger der enhetens hovedvekt av ansatte befinner seg	2	1	4	10	8
c) Kombinasjon av tradisjonelle forelesninger og e-læring	1	5	7	9	4
d) De som er interesserte kan melde seg på regionale kurs med tradisjonelle forelesninger	1	3	5	11	4

Tabell 23 Ledere (N = 13) Synspunkter vedrørende formen på eventuell kompetanseheving

	Svært uhensikts- messig	Lite hensikts- messig	Greit nok	Hensikts- messig	Svært hensikts- messig
a) Gruppebasert undervisning ved hjelp av e-læring	2	1	7	2	2
b) Tradisjonelle forelesninger der enhetens hovedvekt av ansatte befinner seg	0	0	4	5	4
c) Kombinasjon av tradisjonelle forelesninger og e-læring	1	0	2	7	2
d) De som er interesserte kan melde seg på regionale kurs med tradisjonelle forelesninger	0	5	4	4	0

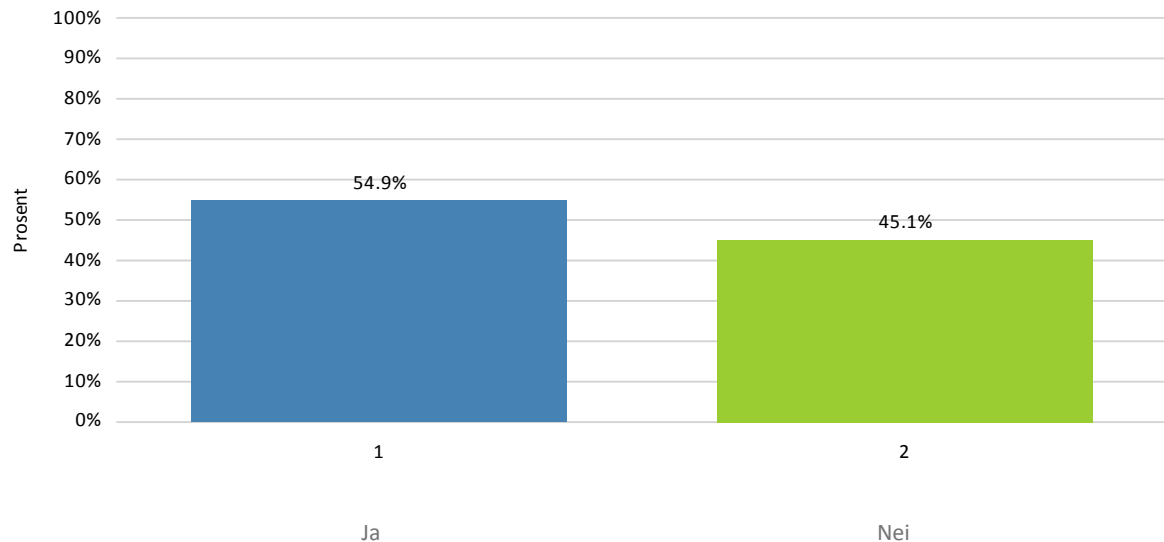
Sekundærtraumatisering

Figur 12 Har du kjennskap til sekundærtraumatisering?



Dersom man ser nærmere på svarene, ser man at 24 av 103 behandlere svarer nei, 30 av 49 miljøterapeuter svarer nei, 2 av 26 spesialister svarer nei, det samme gjør 2 av 15 ledere.

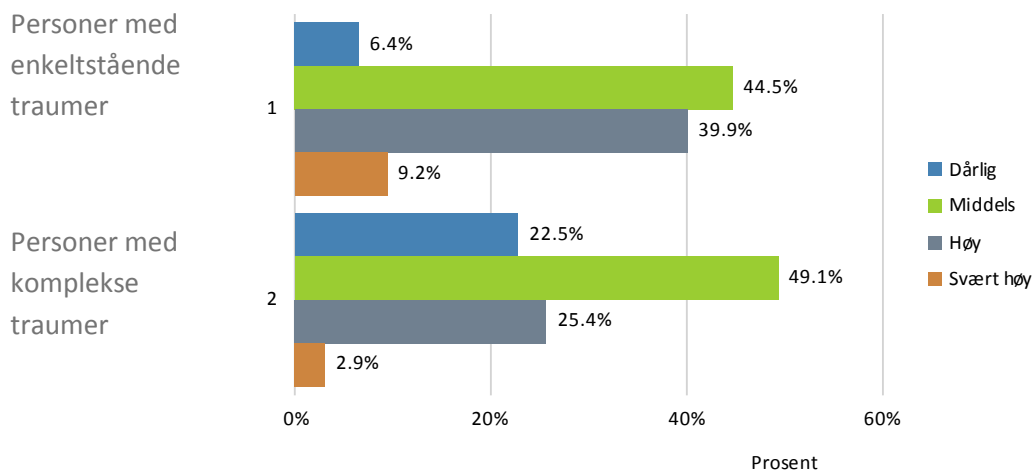
Figur 13 Kjenner du til dine egne varselssignaler med hensyn til sekundærtraumatisering?



På dette spørsmålet svarer 61 av 103 behandlere svarer ja, 15 av 49 miljøterapeuter svarer ja, 21 av 27 spesialister svarer ja, og 7 av 14 ledere svarer ja.

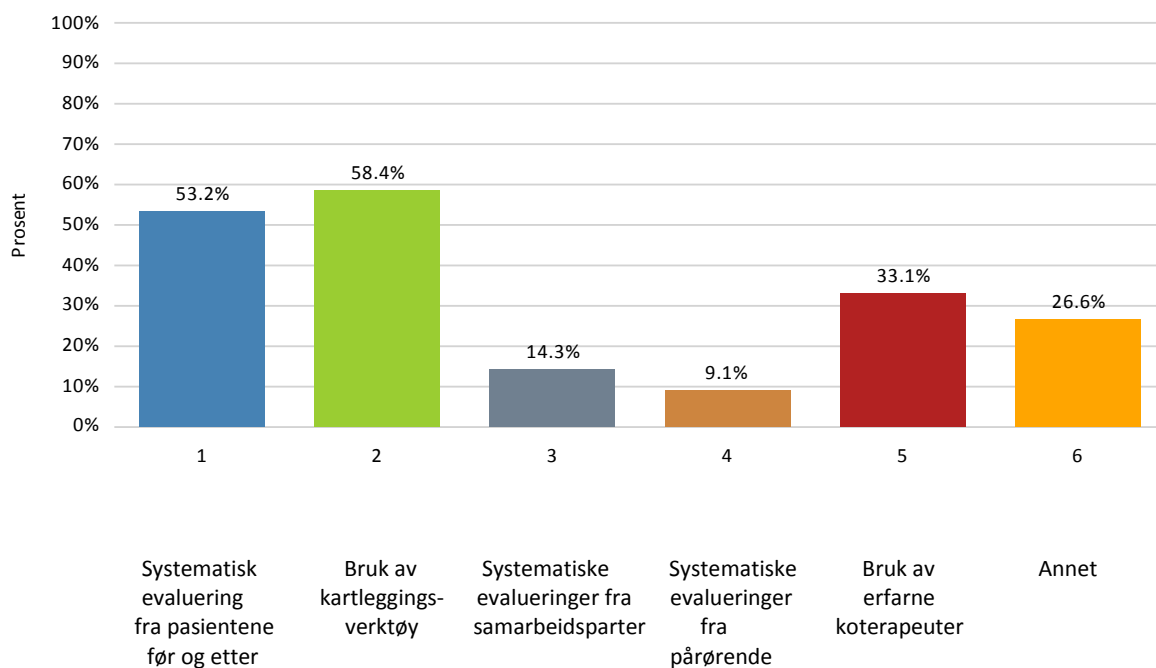
Kvalitet og kvalitetssikring

Figur 14 Hvordan vil du karakterisere kvaliteten på behandlingen som du/din enhet gir til



Basert på svarene referert i figur 14 kan det se ut som om det er en annen kvalitet på behandlingen ved komplekse traumer sammenlignet ved enklere traumer.

Figur 15 På hvilken måte kvalitetssikrer dere behandlingen (flere valg mulig)



Forklaringer til andre måter behandlingen blir kvalitetssikret på:

- Systematisk gjennomgang i teamet
- Supervisjonsgrupper/ beh.møter
- Vil anta at 1,2 og 5 er mest brukt. Punkt 3 og 4 vil i noen tilfeller brukes systematisk men kanskje mer ofte noe vilkårlig
- Vi mangler at kvalitetssikre vår behandling, kunne blive bedre til det
- Syns det er for tilfeldig i dag og opp til den enkelte behandler. På svar på spørsmål overfor: jeg vurderer at kvaliteten på min behandling er god, men vanskelig å vurdere oss som enhet. Opplever at etterspørselen etter traumefokusert behandling som feks EMDR er større enn det jeg/enheten klarer å dekke.
- uklart
- Jobber pr tid ikke spesifikt med traumebehandling
- Samarbeid med spesialist
- viktigst er pasientens evaluering
- Drøfting i behandlermøte
- Ikke noe
- Veiledning fra NKVTS
- Eksterne samarbeidspartnere
- Et spørreskjema på 2 A fire sider ,med spørsmål om behandling, tilbud utbytte , pårørende, krenkelser mm
- Individuelt gir pas tilbakemelding, men vi mangler systematisk evaluering og gjennomgang av disse sammen i tjenesten
- Evaluering med pasient og bruk av behandlingsplan
- Det blir opp til hver enkel behandler, eks ved kartleggingsverktøy.
- Diskusjon i behandlermøte
- Tilbakemelding fra pasient
- Ukentlig kollegaveiledning
- Drøfting i tverrfaglig team
- Jeg går i ukentlig veiledning og arbeider systematisk med erfaringene jeg gjør meg i møte med hver enkelt pasient, jeg anvender en psykodynamisk forståelse og er ikke så orientert om symptombaserte metoder, jeg ser at jeg kan ha mye å lære ved å sette meg mer inn i dette spesifikke feltet.
- Kunstterapeutiske metoder; før behandl og etter, eks. "meg som tre". Endring ses tydelig.
- Det er evalueringer, men har ikke kjennskap til innhold og hyppighet.
- Behandlingsmøter
- Alle foranstående svaralternativer forekommer i pas.behandlingen. Men fordi jeg har vært her såpass kort tid har jeg ikke tilstrekkelig oversikt over omfang og systematikk ennå
- To behandlere eller lege med i samtalen
- Evaluering i behandlingsmøter
- Veiledning av spesialister, gjennomgang av behandlingsproblematikki behandlingsmøte.
- i samtal med ps og/eller familie spørre om de merker endring, samtaler, observasjon av sosiale ferdigheter, funksjonsnivå
- Evaluering fra pasient
- Vi har ukentlige samtaler med spesialist/behandler hvor pasienten er med, samt kontakt med pårørende/samarbeidspartnere.
- drøfting i behandlingsmøte
- Vet ikke
- Vet ikke

- Bruker skjema der pas. selv skrev om mål for behandling, ved avslutning, og drøfter utvikling/ resultat.
- Henvise til traumeavdeling/ eksterne terapeuter
- Drøfting i behandlingsmøter. Ingen har dog traumeutdanning.

Veiledning

Tabell 24 Hvor ofte i løpet av de siste 12 månedene har du mottatt veiledning?

Alle roller/funksjoner	Prosent
1-5 ganger	53,7 %
6-10 ganger	11,6 %
11-15 ganger	6,1 %
16 ganger eller mer	28,7 %

Tabell 25 Behandlere (N=101) Hvor ofte i løpet av de siste 12 månedene har du mottatt veiledning?

	Antall
1-5 ganger	44
6-10 ganger	10
11-15 ganger	6
16 ganger eller mer	41

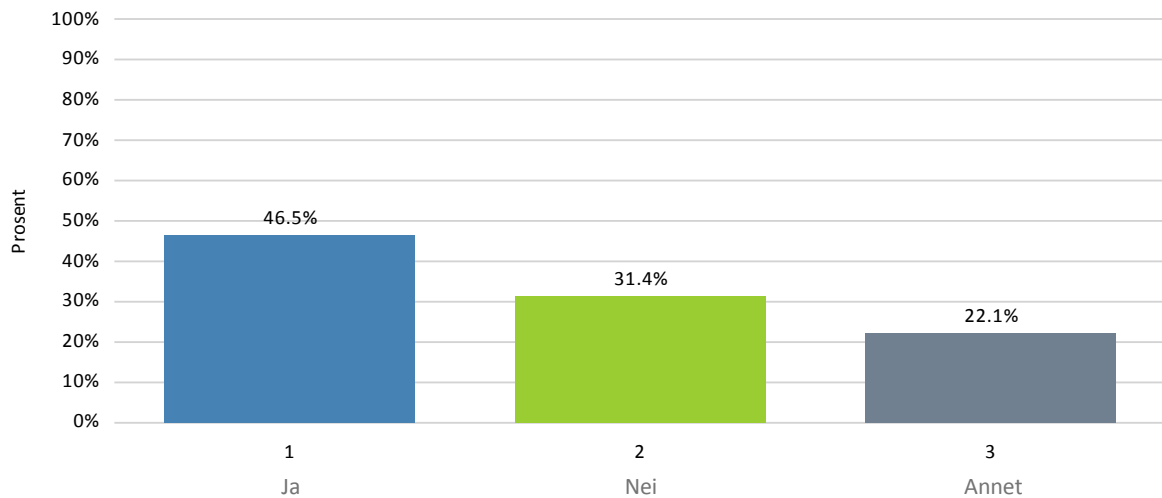
Tabell 27 Miljøterapeuter (N=43) Hvor ofte i løpet av de siste 12 månedene har du mottatt veiledning?

	Antall
1-5 ganger	32
6-10 ganger	7
11-15 ganger	3
16 ganger eller mer	1

Tabell 25 Spesialister (N=24) Hvor ofte i løpet av de siste 12 månedene har du mottatt veiledning?

	Antall
1-5 ganger	15
6-10 ganger	3
11-15 ganger	2
16 ganger eller mer	5

Figur 16 Har veiledningen omhandlet traumerelaterte tema?



Gruppen som helhet kommenterer under "annet":

- Noen ganger, altså personalets reaksjoner på traumepas.
- Relatert til pasienter med spiseforstyrrelse og familiearbeid
- Har ikke mottatt noe veiledning
- Både og
- Både traumerelaterte og andre tema
- Kun gitt veiledning, men også det gir vekst, traumetema
- Noen gang i fht narrative tilnærminger
- Har gitt veiledning, ikke mottatt, Viktig at alle ansatte i enheten får et regelmessig faglig veilednings tilbud. For de ansatte har vi hatt en gang i mnd (opphørt). Noen få hatt gruppeveiledning , 1 gang pr måned tilbud om Kognitiv terapi veiledning
- I enkelte tilfeller, men stort sett veiledning på andre temaer.
- I svært liten grad
- Kompleks PTSD
- Vi har dessverre ingen struktur for veiledning
- Nei, ettersom det er svært uvanlig at veiledere i Norge kan spesielt mye om traume. Det blir lett overfladisk, slik at jeg ikke opplever meg å få ny kunnskap.
- Jevnlig veiledning på ulike tema, men ikke kun traumer. Intern undervisning om traumer, samt enkelte timer veiledning på pasientsaker med traumeproblematikk
- Både og. Jeg var på en sengepost for traumelidelser inntil for 3 måneder siden. Svarer ut fra nåværende arbeidssituasjon.
- Ja noen av dem
- Ingen veiledning
- Faglig veiledning x 1 pr. uke i behandlingsmøte + spesialistveiledning/diagnoseveiledning hver 14 dag.
- VI HAR IKKE HATT VEILEDNING PÅ NOE SOM HELST PÅ MANGE ÅR!!!
- veiledning for psykoterapi utd
- Har ikke veiledning. Er veileder.
- Jeg har ikke mottatt veiledning, men flere på avd. har
- Har ikke veiledning på enheten.
- Gruppeveiledning på pas. med bredt diagnosespekter, inkl. traumer.

Personer som kan bistå med veiledning/undervisning

line.bang.mikkelsen@nlsh.no

rachel.hagen.wahl@nlsh.no Jeg har ikke Nijenhuis-utdanning (ønskelig), men er eneste sertifiserte EMDR-terapeut i enheten noe som de siste årene har gitt meg mer kompetanse enn andre ift å jobbe med traumer i enheten. Kan gjerne bidra i arbeidet med å øke kompetansen i enheten.

nina.birgitta.persson@helgelandssykehuset.no

marko.behsen@helgelandssykehuset.no

rah@nlsh.no Ruth Aandal-Hereth, sertifisert EMDR terapeut / veileder

signestige@hotmail.com

Psykolog Sylva Krogh

Psykoterapeut Astri Hognestad kan mye om dette. Allmennlegen som skrev "hvordan krenkede barn blir syke voksne".

line.eid@helgelandssykehuset.no

elena.hauge@unn.no

ranie.torsfred@unn.no

Lilli-Ann.Maj.Rabe-Lyttkens@finnmarkssykehuset.no