

Evaluering av traumetilbudet ved Betania Malvik

Kirsten Rasmussen og Miriam Sinkerud

Psykologisk institutt, NTNU

Foreløpig rapport 1/2009

Evaluering av traumetilbudet ved Betania Malvik

© Psykologisk institutt,
Norges- teknisk naturvitenskapelige universitet.
7491 Trondheim.

Trykk: NTNU trykk

Foreløpig rapport 1/2009

Oppdragsgiver: Helse Midt-Norge

Innholdsfortegnelse

Forord.....	7
1. Innledning.....	8
1.1 Traumer i tilknytning til seksuelle overgrep. Forskning, behandling og empiri.....	8
1.2 Formål og bakgrunn.....	10
1.3 Prosjektets målsettinger.....	11
1.4 Psykologisk behandlingsforskning.....	11
2. Metode.....	14
2.1 Forskningsspørsmål.....	14
2.2 Begrepsdefinisjon og avgrensning.....	15
2.2.1 Kvantitative effektmål.....	15
2.2.2 Kvalitative effektmål.....	16
3. Presentasjon av det planlagte prosjektet.....	17
3.1. Planlagt gjennomføring av prospektiv studie.....	18
3.2 Endringer i prospektiv studie.....	19
3.3 Beslutning om ekskludering av prospektiv studie.....	20
4. Studie basert på retrospektivt materiale.....	21
4.1 Presentasjon av retrospektiv studie.....	21
4.1.1 Utvalg. Inklusjon og deltagelse i retrospektiv studie.....	21
4.2 Metodisk tilnærming i retrospektiv studie.....	22
4.2.1 Kvantitativ tilnærming i retrospektiv studie.....	22
4.2.2 Kvalitativ tilnærming i retrospektiv studie.....	24
5. Prosedyre.....	25
5.1 Prosedyre for inklusjon og forespørsel om deltagelse i retrospektiv studie.....	25
5.2 Analyse- og tolkningsarbeid av kvalitativt materialet.....	27
5.3 Analyse av kvantitativt materialet.....	27
6. Ethiske vurderinger i forbindelse med gjennomføringen av evalueringen.....	29
6.1 Ethiske og juridiske retningslinjer for gjengivelse i rapporten.....	30
7. Resultater.....	31
7.1 Resultatdel - kvalitativt materiale.....	31
7.1.1 Resultater basert på analyse av intervju med personer som har startet/gjennomført behandlingen.....	31
7.1.2 Egenopplevde positive/forbedrende endringer/bedring etter behandling.....	32
7.1.3 Fravær av egenopplevde endringer/bedring og/eller midlertidig egenopplevd endring.....	33
7.1.4 Egenopplevd forverring etter behandling.....	34
7.1.4.1 Opplevd forverring av somatiske symptomer/plager.....	34
7.1.4.2 Opplevd forverring av psykiske symptomer/plager.....	35
7.1.4.3 Opplevd forverring av rusmiddelforbruk.....	35
7.1.4.4 Opplevd negativ utvikling i nære relasjoner.....	35
7.1.4.5 Endring i yrkesliv/jobbsituasjon og/eller studiesituasjon.....	36
7.1.5. Endringer som har tilkommet i og/eller etter behandling.....	36
7.1.5.1 Somatiske endringer.....	36
7.1.5.2 Psykiske/kognitive endringer.....	37
7.2 Resultatdel - kvalitativt materiale.....	38
7.2.1 Resultater basert på analyse av intervju med nærstående personer.....	38
7.2.1.1 Nærstående persons opplevelse av positive/forbedrede endringer/bedring etter behandling.....	39
7.2.1.2 Nærstående persons opplevelse av fravær av endringer etter behandling.....	39
7.2.1.3 Nærstående persons opplevelse av forverring/endringer som har tilkommet etter behandling.....	40
7.2.1.4 Endringer i forhold/endringer i familiesituasjon.....	40
7.3 Resultatdel - kvantitativt materiale.....	41
7.3.1 Resultater basert på analyse av spørreskjemaer.....	41
7.3.1.1 Symptombelastning for angst, depresjon og somatisering.....	42
7.3.1.2 Traumespesifikke symptomer.....	45
7.3.1.3 PTSD diagnose i henhold til DSM-IV.....	46
7.3.1.4 Resilience (opplevd mestring).....	47
7.3.1.5 Generell tilpasningsevne.....	48
7.4 Resultatdel - kvantitativt materiale.....	49
7.4.1 Resultater basert på analyse av innhentede kontaktoversikter.....	49
8. Diskusjon.....	50
9. Konklusjon.....	53
Referanser.....	56

Forord

På forespørsel fra Helse Midt-Norge har forskere ved Psykologisk institutt, NTNU gjennomført en evaluering av traumetilbudet ved Betania Malvik. Evalueringen har blitt utført i tråd med NTNUs krav og mål for forskningsbasert evaluering.

Hovedfokus i denne rapporten har vært å besvare de overordnede målsettingene med prosjektorganisering og evalueringsarbeidet: å styrke kunnskap om behandling som tilbys pasienter med alvorlige traumer etter gjentatte seksuelle overgrep, slik at pasientgruppen kan tilbys tjenester som bedrer livskvalitet og høyere grad av mestring.

Denne rapporten utgjør den foreløpige evalueringsrapporten, slik det fremgår i avtalen mellom oppdragsgiver og NTNU. I henhold til avtalen vil det være rom for bearbeiding av den foreløpige rapporten frem til leveranse av endelig rapport ved utgangen av april 2010.

Vi ønsker å rette en takk til alle som velvillig har stilt opp i intervju og til Olav Linaker for kommentarer.

Trondheim, august 2008

Kirsten Rasmussen
Professor, klinisk spesialist
Psykologisk institutt, NTNU

Miriam Sinkerud
Doktorgradsstipendiat
Psykologisk institutt, NTNU

1. Innledning

1.1 Traumer i tilknytning til seksuelle overgrep.

Forskning, behandling og empiri

Forskning på traumer i tilknytning til seksuelle overgrep er et relativt nytt forskningsfelt. Empiriske studier som tar sikte på å undersøke effekten av ulike former for behandling som er spesielt utviklet og tilpasset for denne pasientgruppen, har først blitt gjennomført de siste 15-20 årene. Det foreligger publikasjoner fra et mindre antall nyere effektstudier som har tatt sikte på å undersøke effekten av ulike behandlingsformer for denne pasientgruppen (Jepsen, Svagaard, Thelle, McCullough & Martinsen, 2009; Allen, Coyne & Console, 2000; Sachsse, Vogel & Leichsenring, 2006; Stalker, Palmer, Wright & Gebotsky, 2005; Wright, Woo, Muller, Fernandes & Kraftcheck, 2003). Det er vanskelig å angi en entydig og samlet kunnskapsstatus for denne forskningen. Betingelsene for de ulike studiene varierer i stor grad, da det er store forskjeller blant annet med hensyn til utvalg, forskningsdesign og bruk av metode. Studiene det her har blitt henviset til opererer med et variert antall respondenter. Inklusjonskriteriene er også ulike, da noen studier også inkluderer respondenter som har vært utsatt for overgrep av ikke seksuell karakter. I enkelte av studiene blir effektmålene for generelle og for lite spesifikke med hensyn til symptomatologi. Manglende effektmål over tid er også en begrensning i noen av de gjennomførte studiene. Foreløpig er det ikke kjent at det har blitt gjennomført noen randomisert kontrollert studie som undersøker effekten av behandling for overgrepsutsatte.

Kunnskapsstatusen på dette forskningsfeltet kan sammenfattes med at det foreløpig foreligger lite vitenskapelig dokumentasjon om effekten av ulike behandlingsformer som tilbys personer med traumer etter seksuelle overgrep. Det er derfor vanskelig å si noe om hva som hjelper av tiltak og behandling for denne pasientgruppen. I tillegg til at det foreløpig foreligger lite forskning på feltet, er det store uenigheter blant fagpersoner som arbeider innenfor dette fagområdet. Akademiske diskusjoner har fått preg av å være kamparenaer og det råder store uenigheter om hvilke type behandling som anses for å være det beste for klienten. Fra tidlig på 1980-tallet og frem til i dag har det vært intense diskurser om hvilke tilnærminger og behandlingsmetoder som er mest hensiktsmessige i behandling av overgrepsutsatte. Behandling som praktiseres og anbefales av noen blir direkte kontraindisert av andre (Saunders, Berliner & Hanson, 2004; Deblinger & Runyon, 2005; Wolfe & Legate, 2004).

Debatten har først og fremst vært mellom representanter for vitenskapelig stringens som på den ene siden fremhever verdien av å dokumentere behandlingseffekt gjennom vitenskapelige studier, og fagfolk som på den andre siden hevder at psykoterapi som ikke er basert på og forankret i støtte fra forskning, er den beste behandlingen for denne pasientgruppen. På et generelt grunnlag råder det fra enkelte klinikers side en grunn tanke om at evidensbasert praksis ikke utgjør et sentralt moment og at det heller bør fokuseres på å bruke behandlingsmetoder som man ut ifra klinisk erfaring og skjønn mener har en effekt.

Den behandling som hittil er best dokumentert som virksom behandling av PTSD (Posttraumatisk stress-syndrom) og traumerelaterte lidelser i tilknytning til seksuelle overgrep, er traumefokusert kognitiv adferdsterapi (Bisson, 2005; Bisson et al., 2007; Ehlers & Clark, 2000; Ehlers, Clark, Hackmann, McManus & Fennell, 2005; Duffy, Gillespie & Clark, 2007; Seidler & Wagner, 2006; Edmond, Sloan & McCarty, 2004) og EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) (Shapiro, 2001; Foa, Keane & Friedman, 2000; Edmond, Sloan & McCarty, 2004; Edmond, Rubin & Wambach, 1999; Rothbaum, Astin, Marsteller, 2005; Foa & Meadows, 1997; Taylor, Thordarson, Maxfield, Fedoroff, Lowell & Ogradniczuk, 2003). Disse to behandlingsmetodene blir i følge American Psychiatric Association (APA, 2004) og National Institute for Health and Clinical Excellence (2005) ansett som ledende evidensbaserte metoder for behandling av traumerelaterte lidelser. Anbefalingene er gjort på bakgrunn av et stort antall randomiserte kontrollerte studier som har bekreftet at behandlingsmetodene er virksomme i bearbeidelse og håndtering av traumatiske opplevelser.

Traumefokusert kognitiv adferdsterapi er en strukturert behandlingsform som oftest gjennomføres over en kortere periode på inntil 12 uker. Metoden består av en kombinasjon av veletablerte prinsipper for kognitiv adferdsterapi og mer spesifikke traumerelaterte prinsipper (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006). Metoden ble utviklet med formål om å tilby en helhetlig behandling av symptomer knyttet til PTSD, depresjon- og angstproblematikk, stressmestring og andre underliggende faktorer som kan bidra til å øke generell mestring og tilpasning. Behandlingsmetoden består av flere komponenter, hvorav hovedkomponentene er affektregulering, stressmestring, kognitive komponenter i form av forholdet mellom tanker, følelser og adferd, kognitiv prosessering, bearbeidelse av narrativer og interpersonlige forhold.

EMDR er en psykoterapeutisk metode som har til formål å håndtere og/eller redusere intensiteten i påtrengende minner fra ulike ubehagelige opplevelser. Metoden brukes også for håndtering av blant annet angst, vedvarende sorgreaksjoner, reaksjoner på fysisk sykdom og andre emosjonelle symptomer. EMDR består av elementer fra blant annet oppmerksomhetstrening, eksponeringsterapi og kognitiv adferdsterapi (Shapiro, 2001). Hensikten med metoden er å skape en endring i oppmerksomhet ved hjelp av å flytte fokus og oppmerksomheten vekk fra ubehagelige opplevelser, slik at intensiteten i de påtrengende minnene blir mer håndterlige for klienten. Vanligvis skjer dette ved at behandler hjelper klienten til å fokusere på ulike former for oppmerksomhetsstimulering i form av ulike øyebevegelser. Behandlingen kan også inneholde andre former for oppmerksomhetsstimulering med lys eller lyd.

1.2 Formål og bakgrunn

Utgangspunktet for denne studien er det mandat som er gitt av oppdragsgiver Helse Midt-Norge, om å gjennomføre en grundig evaluering av traumetilbudet ved Betania Malvik. Studien har hatt som hovedformål å undersøke effekten av behandlingen som tilbys ved traumetilbudet, ved å se på *endringsprosesser og intervensjoner hos personer som har gjennomført behandlingen, samt å undersøke hvorvidt behandlingen har bidratt til økt livskvalitet og mestring*. Ulike metodiske tilnærminger har blitt benyttet i tilnærming til forskningsspørsmålet og for å gjøre en mest mulig bred og helhetlig vurdering av en kompleks problemstilling.

Per i dag foreligger det kun et begrenset antall internasjonale publikasjoner som omhandler behandlingsforskning innenfor dette konkrete fagfeltet. Evalueringen av traumetilbudet ved Betania Malvik, er med unntak av en tidligere gjennomført studie (Jebsen et al., 2009), den første kjente norske evalueringsstudien av et behandlingstilbud som er spesielt utviklet for behandling av traumer etter seksuelle overgrep. Studien kan foruten å si noe om den konkrete populasjonen, også på et generelt grunnlag bidra til å styrke kunnskapen om behandling for pasienter med traumer etter seksuelle overgrep, samt hvilke forskningsmessige utfordringer som kan være gjeldene for denne typen studier.

Evalueringsstudiet av traumetilbudet utgjør en uavhengig, ekstern studie som har blitt gjennomført av forskere ved psykologisk institutt, NTNU. Forskerne som har hatt ansvar for å gjennomføre studien har på forhånd ikke hatt noen tilknytning til utvalget i studien. Undersøkelsen kan dermed karakteriseres for å være nøytral i den forstand at forholdet mellom forsker og respondent ikke vil kunne legge føringer på eller påvirke respondentenes tilbakemeldinger og uttalelser. Respondentene som har deltatt i studien har også fått anledning til å være anonyme, noe som bidrar til å opprettholde studiens nøytralitet og som samtidig gir respondentene muligheten til å gi tilbakemeldinger som verken er direkte eller indirekte identifiserbare eller som kan knyttes til deres navn. En viktig del av formidlingen av studiens resultater, vil være å opprettholde anonymitet og taushetsplikt ovenfor hver enkelt respondent.

Evalueringen ble igangsatt 01.01.08 og avsluttes 31.12.09. I tråd med kontrakten skal forskerne presentere en foreløpig forskningsrapport i løpet av august 2009, og senere en endelig forskningsrapport i løpet av april 2010, hvor det er rom for en viss grad av bearbeidelse av rapporten. Forskningen er uavhengig av oppdragsgiver og det foreligger ingen føringer fra oppdragsgiver om hvilke resultat som er ønskelig.

1.3 Prosjektets målsettinger

Betania Malvik er en diakonal spesialinstitusjon som eies og drives av Lukas Stiftelsen og som har en rammeavtale med Helse Midt-Norge. Institusjonen består blant annet av Enhet for traumebehandling, hvor det tilbys et behandlingstilbud som er spesielt utviklet og tilpasset for personer med traume etter gjentatte seksuelle overgrep. Traumetilbudet bærende ide er at bearbeiding av egne traumer er nødvendig for å få *”helhetlig og integrert forståelse av egen identitet”*. Det oppgis også at det i behandlingen blir lagt vekt på flere metoder, men at alle har fokus på å *”integre de dissosierte opplevelsene i eget liv”*. Behandlingen er inndelt i ulike delelementer som er spesielt sammensatt med tanke på behandlingsformålet. I tillegg til individuell psykoterapi med psykolog, består behandlingen av gruppeterapi i form av psykodrama, bevegelsesgruppe, individuell fysioterapi, selvhevdelsesgruppe og kreativ uttrykksgruppe. Behandlingsprogrammet har en varighet på 10 uker, hvor hver behandlingsgruppe består av 6 (av og til 7) personer. Per i dag rapporteres det at det er om lag et års ventetid for å få tilbud om behandling ved traumetilbudet.

1.4 Psykologisk behandlingsforskning

Evalueringen av behandlingen som tilbys ved traumetilbudet har som formål å se på endringsprosesser og intervensjoner hos pasienter i løpet av og etter startet/gjennomført behandling ved traumetilbudet. Videre er formålet med evalueringen er å undersøke hvorvidt behandlingen som tilbys ved traumetilbudet er virksom og effektiv behandling for personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep. Evalueringen faller innenfor kategorien behandlingsforskning, som er en forskningsmessig tilnærming hvor formålet er å undersøke hvorvidt ulike behandlingsformer er virksomme og eventuelt hvor stor effekten er i form av å kartlegge endringer og virksomme behandlingsfaktorer. Gjennom behandlingsforskningen har det blitt mulig å gjennom vitenskapelige studier få systematisk kunnskap om hva som er god behandling for ulike lidelser og pasientgrupper. Systematisk kartlegging av sammenhenger mellom behandlingskvaliteter, intensitet, varighet og grad av bedring og/eller tilbakefall er sentrale faktorer som det er viktig å få kunnskap om. Helt grunnleggende i psykologien er å kunne tilby personer med psykiske lidelser et enhetlig kvalitetssikret behandlingstilbud som er til beste for klienten, og som man har kunnskap om at er virksom behandling. Det vil da være viktig å ha kunnskap om hvordan ulike former for behandling påvirker ulike pasientgrupper, hvor mange pasienter som ble bedre av en bestemt behandling, hva som kjennertegner dem, samt undersøke om bedringen vedvarer over tid. Problemstillingen er også et viktig fagetisk anliggende, da det i bunn og grunn vil være etisk betenkelig å uttøve en behandling hvor man ikke har noen kunnskap om verken utfallet av behandlingen eller til forholdet mellom skade og nytte. Vernet om pasientenes helse bør være det fremste formål i all helsefaglig virksomhet. Det hviler dermed er stort ansvar på fagpersoner som jobber med behandling av psykiske lidelser. I dagens kliniske praksis innenfor psykiske helsevern finnes det få definerte regler for hvilke behandlingsmetoder som kan benyttes. Det er opp til hver enkelt fagperson å vurdere hvilken type behandling pasientene skal tilbys, og det stilles ingen krav til verken kunnskap om disse metodene eller hva disse metodene innebærer i praksis.

Psykisk helsevern er blant de faglige arenaer hvor eksperimentelle metoder uten vitenskapelig dokumentasjon praktiseres og aksepteres av helsemyndighetene og av fagmiljøene. Innenfor det offentlige helsetilbudet for somatiske helsevern derimot finnes det ingen aksept for denne typen eksperimentell behandling. Årsaken er at man ønsker å verne pasienten mot feilbehandling eller udokumentert behandling hvor man ikke har kunnskap om behandlingens virkning.

I januar 2007 vedtok Sentralstyret i Norsk Psykologforening APAs (American Psychological Association) prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis (EBPP). Evidensbasert praksis refererer til en faglig forsvarlig psykologisk praksis hvor behandlingen som praktiseres er basert på og forankret i støtte fra forskning. Hensikten med evidensbasert praksis er å fremme virksom psykologisk behandling og forbedre folkehelsen ved å bruke empirisk underbygde prinsipper for psykologisk utredning, kasusformulering, behandlingsrelasjon og intervensjon (Norsk Psykologforening, 2007). Utdatert behandling eller behandling som frarådes å brukes, anbefales å ikke benyttes. Psykologisk praksis som er mye brukt, nyutviklede metoder og behandlingsmetoder som ikke har blitt underlagt forskning og som dermed ikke er basert på og forankret i støtte fra empiri, bør evalueres grundig for å få kunnskap om hvorvidt behandlingen er virksom.

Psykologisk behandlingforskning er like betydningsfullt for alle former for klinisk praksis. Traumefeltet er intet unntak. Alle er tjent med bedre innsikt i de mulighetene og begrensingene som ligger i ulike former for behandling, slik at man kan nyttiggjøre seg av den kunnskap og kompetanse som er bygd opp gjennom behandlingforskningen. Klinikere og forskere bør samarbeide tett mot et felles mål om å kunne tilby behandling som man har kunnskap om er virksom og til hjelp for pasientene.

Per i dag foreligger det kunnskap om at mange personer utsettes for ulike former for seksuelle overgrep og som i etterkant i betydelig grad preges av alvorlige senvirkninger som påvirker daglig og sosial fungering, livskvalitet og mestring av egen situasjon og eget liv (Nelson, Heath, Madden, 2002; Dinwiddie, Heath, Dunne, 2000). Overgrepsutsatte utgjør en særlig sårbar pasientgruppe som har behov for et sammensatt og tilpasset behandlingstilbud. Per i dag finnes det et fåtall institusjoner som tilbyr klinisk behandling for denne pasientgruppen. Traumetilbudet ved Betania Malvik er en av dem. Modum bad og Viken senter for psykiatri og sjelesorg, er to andre institusjoner som også har et eget traumeteam hvor det tilbys behandling i relasjon til traumatiske opplevelser. Sammenlagt er det altså et fåtall institusjoner som i dag tilbyr et organisert spesialtilpasset behandlingsprogram innenfor traumefeltet. Foruten at det også er flere enkeltpersoner som jobber med problematikken i privat praksis.

Når det foreløpig finnes så få institusjoner som tilbyr traumerelatert behandling, er det desto viktigere at de tilgjengelige tilbudene og ressursene brukes på behandling hvor det foreligger dokumentert kunnskap om behandlingens effekt. Uten denne dokumentasjonen om behandlingens effekt, har man ikke noe kunnskap om verken utfallet av behandlingen eller til forholdet mellom skade og nytte. Man står dermed i fare for å anvende dyrebare ressurser på eksisterende behandlingstiltak som kan være uvirksomme og i verste fall også skadelige for pasientene.

På bakgrunn av dette anbefales det at behandlingstilbud så tidlig som mulig og aller helst før etablering gjennomgår en forskningsmessig kvalitetssikring for å sikre at behandlingsmetodene som benyttes er virksomme. For å opprette forskningens uavhengighet bør forskningen gjennomføres av utenforstående forskere som ikke har en tidligere relasjon til behandlingstilbudet. Forskningens verdi vil i betydelig grad svekkes hvis den gjennomføres av personer som har en klientrelasjon til informantene i studien eller hvis den gjennomføres av personer som selv har utviklet en gitt behandlingsform og som ønsker å dokumentere dens effekt gjennom egen forskning.

2. Metode

2.1 Forskningsspørsmål

Overordnede forskningsspørsmål som skal besvares i studien er følgende:

- Hvilken effekt har behandlingsprogrammet som tilbys ved Betania Malvik?
- Bidrar behandlingen til å bedre pasientenes livskvalitet og grad av mestring?

Studiens sentrale forskningsspørsmål er en kompleks forskningsmessig problemstilling som krever sammensatte tilnæringer. Med hensyn til valg av metode, ble det etter en vurdering gjort noen endringer i forhold til den opprinnelige forskningsprotokollen som ble utarbeidet av Professor Olav Linaker. Linaker har presisert at protokollen han utarbeidet før evalueringen ble lagt ut på anbud, kun var å anse som en skisse og et eksempel på hvordan forskningsspørsmålet kunne tilnærmes. Denne protokollen var dermed ikke en fasit på hvordan evalueringen skulle gjennomføre. På bakgrunn av de oppsatte forskningsspørsmålene ble det besluttet å supplere den opprinnelige forskningsprotokollen på flere punkter.

Med hensyn til valg av metode ble det tidlig gjort en vurdering av hvilke metoder som var mest egnet å benytte i evalueringen. Det ble besluttet å både benytte en kvalitativ og en kvantitativ tilnærming til forskningsspørsmålene. Behovet for å supplere det kvantitative materialet med kvalitative data, ble ansett som relevant for å få et mer helhetlig og rikt bilde av brukernes opplevelse av erfaringer med behandlingstilbudet. En kvalitativ tilnærming vil gi grunnlag for å beskrive populasjonen i dybden ved å bringe til veie rikholdige og fylldige beskrivelser fra pasientenes perspektiv, og i tillegg styrke studien ved å frembringe et mer innholdsrikt empirisk datamateriale å bygge evalueringen på. Det empiriske grunnlaget for evalueringen er generert gjennom en kombinasjon av kvantitative og kvalitative data i form av spørreskjemaer, innhenting av kontaktoversikt, kvalitative intervju med pasienter, nærstående personer av pasienter og intervju med behandlere. Bruk av flere metodiske tilnæringer for å studere bestemte fenomener fra ulike synsvinkler og at forskningsspørsmålene belyses ut ifra flere metoder, henvises også til som metodetriangulering. Ved hjelp av metodetriangulering har forskeren mulighet til å få en bredere og mer utvidet forståelse av fenomenet det forskes på. Det bidrar også til å styrke studien, da den vil inneholde komplementær informasjon som vil danne et grunnlag for å se på eventuelle sammenhenger i datamaterialet.

2.2 Begrepsdefinisjon og avgrensing

De overnevnte forskningsspørsmålene krever en nærmere beskrivelse av teoretiske og operasjonelle definisjoner. Begrepet effekt er et komplekst og mangesidig begrep som ofte benyttes i behandlingsforskning. Begrepet kan være gjenstand for ulike tolkninger og det vil i det følgende bli gitt en beskrivelse av hvilken betydning begrepet har hatt i forbindelse med planlegging, gjennomføring og konklusjon i den gjennomførte evalueringen, samt en presisering av hva som har vært grunnlaget for vurdering av målbare verdier for uttalelser om behandlingens effekt.

Begrepet effekt omfatter som regel en endring av en eller flere faktorer som er målbare. Hovedformålet med å måle en effekt er å registrere en endring som kan måles i en definert størrelse og ikke minst hvilken grad av eventuell størrelse som skal være tilstede for at endringen kan defineres som en effekt eller ikke. Spørsmålet om effekt vil i tillegg være nært koblet til hva som defineres for å være gode effektmål i hver enkelt studie. Effektmålene vil være forskjellig fra studie til studie, avhengig av problemstilling og forskningsspørsmål.

Følgende primære effektmål har blitt benyttet i studien:

2.2.1 Kvantitative effektmål

- Pasientrapporterte effektmål

Metode: Standardiserte spørreskjemaer som er spesielt sammensatt for å dekke et bredt spekter av egenopplevd symptomatologi. Spørreskjemaer åpner for en bred og systematisk kartlegging av personens nåværende og opplevde helsetilstand

Effektmål: Grad av opplevde psykologiske problemer i form av symptombelastning ved angst, depresjon og traumespesifikke symptomer. Vurdering av egen livskvalitet, mestring og evne til tilpasning, samt subjektiv opplevelse av omgang med andre mennesker og personlige relasjoner.

- Informasjon fra kontaktoversikt

Metode: Innsamling av pasientens kontaktoversikt fra fastlege

En oversikt over antallet benyttede helsetjenester før og etter behandlingsoppholdet

Effektmål: Forbruk av ulike helsetjenester vil være en indikator på helse.

2.2.2 Kvalitative effektmål

- Pasientrapporterte effektmål

Metode: semistrukturert forskningsintervju

En bred kartlegging av personens opplevelse av egen nåværende helsetilstand, endringer etter behandling i form av subjektiv opplevelse av symptombelastning, tilpasning, mestring og livskvalitet.

Effektmål: Opplevde positive og negative endringer etter behandling i form av subjektiv symptombelastning, tilpasning, mestring av egen livssituasjon og opplevelse av livskvalitet.

- Komparent informasjon fra nærstående

Metode: semistrukturert forskningsintervju

Kartlegging av hvordan selvvalgt nærstående person har opplevd endringer hos en nær person etter behandling

Effektmål: Opplevde endringer etter behandlingen i form av symptombelastning, opplevd livskvalitativ og mestring, samt endringer i relasjoner til personen. Informasjon fra intervju med nærstående personer vil sammenfattes med informasjon som fremkom i intervju med respondenten, for å se på eventuelle sammenhenger i datamaterialet.

Den gjennomførte evalueringen avviker imidlertid i form og omfang fra den planlagte studien slik det fremkommer i den opprinnelige forskningsprotokollen. Før den gjennomførte evalueringen presenteres, vil det i det følgende vil det bli gitt en kortfattet beskrivelse av endringer som har blitt gjort i henhold til den opprinnelige forskningsprotokollen og bakgrunnen for disse endringene.

3. Presentasjon av det planlagte prosjektet

Evalueringen av traumetilbudet ved Betania Malvik ble planlagt å gjennomføres som en pre (prospektiv)/post (retrospektiv)- studie uten kontrollgruppe. Et slikt forskningsdesign vil sikre informasjon fra flere kilder (i dette tilfellet flere pasientgrupper) og består av følgende to deler:

I. **Prospektiv studie**

Prospektivt utvalg (Pre-studie).

Utvalget består av personer som *skal* starte behandling.

Metode i prospektiv studie:

Kvantitativ metode

- Utfylling av spørreskjemaer
- Strukturerte kliniske intervju
- Journalopplysninger

Kvalitativ metode

- Kvalitative intervju
- Intervju med nærstående person

II. **Retrospektiv studie**

Retrospektivt utvalg (Post- studie).

Utvalget består av personer som *har* gjennomført/avbrutt behandling.

Metode i retrospektiv studie:

Kvantitativ metode

- Utfylling av spørreskjemaer
- Journalopplysninger

Kvalitativ metode

- Kvalitative intervju
- Intervju med nærstående person

3.1. Planlagt gjennomføring av prospektiv studie

Opprinnelig ble det altså planlagt at studien også skulle innbefatte et prospektivt materiale, det vil si datainnsamling fra personer som skal gjennomføre behandlingen. I den opprinnelige forskningsprotokollen ble det planlagt at alle personer som skulle starte behandling ved Betania skulle bli informert om studien og få utlevert informasjonsskriv og forespørsel om deltagelse innen en uke etter oppstart. Det ble ansett som ønskelig å dele ut forespørsel om deltagelse så tidlig som mulig i pasientenes opphold, for å sikre at observasjonene som da ville bli gjort kvalifiserte til å inngå i den delen av studien som betegnes som pre-studie (prospektivt utvalg). I likhet med all annen forskning er deltagelse frivillig, noe som innebærer at alle som får forespørsel om deltagelse selv tar stilling til om de ønsker å delta. Hvis en person ønsker å delta, kan personen også velge å reservere seg fra deler av studien eller trekke seg underveis i studien uten å måtte begrunne dette. Dette er informasjon som pasientene ville bli informert om i informasjonsskrivet.

I henhold til innholdet i informasjonsskrivet ville deltagelse for det prospektive utvalget innebære følgende:

- Utfylling av spørreskjemaer

Utfylling av spørreskjemaer med spesielt fokus på mål av traumespesifikke symptomer, depresjon, angst, daglig fungering, mestring og tilpasning. Spørreskjemaene var utvalgt på bakgrunn av validitetsvurderinger av hvert enkelt skjema og sammensatt for å dekke en bredest mulig symptomatologi. I informasjonsskrivet ble det informert om at utfylling av spørreskjemaene var frivillig, og at pasientene selv kunne velge hvor mange skjemaer de eventuelt skulle fylle ut og hvor lang tid de skulle bruke på utfyllingen.

- Gjennomføring av intervju

Gjennomføring av intervju ble inndelt i to intervjujesjoner, hvorav hver sesjon skulle bestå av to intervjuer:

Intervjujesjon 1.

- Kvalitativt intervju (semistrukturert dybdeintervju utarbeidet av forskerne).
- Clinical Administered PTSD Scale (Klinisk intervju spesielt utviklet for å supplere SCID for nærmere kartlegging av kriterier for PTSD).

Intervjujesjon 2.

- SCID I (Strukturert klinisk intervju for DSM-IV)
- SCID II (Strukturert klinisk intervju for personlighetsforstyrrelse i DSM-IV).

- Intervju med nærstående person

Gjennomføring av intervju med en nærstående person. Personen velges av pasienten selv.

- Forespørsel om tilgang til journalopplysninger fra fastlege.

3.2 Endringer i prospektiv studie

Med utgangspunkt i den opprinnelige utarbeidede forskningsprotokollen, har det i løpet av prosessen med igangsetting av prospektiv studie tilkommet flere endringer. Disse endringene har blitt gjort av flere årsaker. Blant annet har det blitt gjort en fortløpende vurdering hvor det har blitt gjort endringer for å øke sjansene for rekruttering av informanter. Det har også blitt gjort endringer på bakgrunn av tilbakemeldinger fra ansatte ved Betania og fra pasienter som har fått forespørsel om deltagelse.

Sammenfattet gjelder dette følgende endringer:

- Endringer vedrørende forespørsel om innhenting av journalopplysninger

Forespørsel om innhenting av journalopplysninger er endret. I informasjonsskrivene får pasientene nå forespørsel om tillatelse til uthenting av kontaktoversikt fra fastlege. En kontaktoversikt er en oversikt over antallet benyttede helsetjenester en person har hatt over et gitt tidsrom. Oversikten gir ingen kvalitativ informasjon om innholdet i de ulike kontaktene og kan ikke likestilles med journalopplysninger. Endringen har blitt gjort på bakgrunn av tilbakemeldinger fra respondenter og ansatte ved Betania.

- Endringer vedrørende bruk av båndopptak i intervju

Båndopptak av intervju med prospektivt utvalgt er ekskludert fra studien. Denne endringen har blitt gjort for å øke sjansene for rekruttering, da det har blitt gitt tilbakemelding på at respondenter ikke ønsker å delta hvis båndopptak blir gjort. Dette medfører at intervjuene ikke kan transkriberes på ordinær måte, samt at intervjuenes innhold ikke kan bekreftes av andre enn den personen som har gjennomført intervjuet, noe som svekker studiens reliabilitet.

- Endringer vedrørende spørreskjemaer (kvantitative data)

Antallet spørreskjemaer er redusert betydelig. Endringen har blitt gjort på bakgrunn av respondentenes tilbakemeldinger. Dette medfører et svakere grunnlag for å si noen om populasjonen på bakgrunn av kvantitative mål.

- Endringer vedrørende kliniske intervju

Kliniske intervju (CAPS (Clinical Administered PTSD Scale), SCID I og SCID II) har blitt ekskludert fra studien. Endringen har blitt gjort på bakgrunn av respondentenes tilbakemeldinger.

- Endringer vedrørende observasjon av behandlingen

I forbindelse med planleggingen av studiet ble det også ansett som nødvendig å gjøre noen tiltak for å styrke studiens validitet i form av å kunne verifisere innholdet i de ulike behandlingsdelene. Den vanligste måten å gjøre dette på er å gjennomføre en eller annen form for observasjon av behandlingen. Vanligvis blir det benyttet videoobservasjon til dette formålet. Grunnlaget for bruk av observasjon i behandlingsforskning er åpenbare. For det første må man ved konklusjon om eventuell effekt også kunne verifisere hva behandlingen innebærer i praksis. Behandlingsformer som går under samme navn, vil kunne variere i stor grad avhengig av terapeutens kliniske bakgrunn, teoretiske standpunkt, erfaring og utdanning. Terapiformer som går under samme navn vil dermed både innholdsmessig og kvalitetsmessig variere i stor grad. I mange tilfeller vil behandlere utvikle individuelle terapeutiske teknikker. Dette betyr at en terapiform som i utgangspunktet betegnes likt, praktiseres i mange ulike variasjoner avhengig av hvem som inntar rollen som behandler. Selv om enkelte vil hevde at det finnes regler for ulike behandlingsformer, så vil det alltid være variasjoner ved behandler som bidrar til å gjøre hver enkelt behandling unik og lite egnet til sammenligning. I behandlingsforskning vil det være disse variasjonene som vil være spesielt interessant å kartlegge. Ved å gjøre dette danner man et grunnlag for å kunne uttale seg om i hvilken grad en gitt behandlingsform som praktiseres på en gitt måte har en gitt effekt. I tillegg har man også et grunnlag for å uttale seg om en gitt behandling har en annen effekt enn en behandling som i utgangspunktet betegnes på samme måte, men som praktiseres på en annen måte. Ut ifra overnevnte argumenter ble det dermed utarbeidet et forslag om endring vedrørende observasjon av behandlingen.

Observasjon av behandlingssesjoner er på bakgrunn av tilbakemelding fra ansatte ekskludert fra studien. Dette medfører at innholdet i behandlingen ikke blir verifisert gjennom observasjon og at forskerne dermed mister grunnlaget for å kunne uttale seg om effekten av behandlingen, da behandlingsformen ikke er kjent.

3.3 Beslutning om ekskludering av prospektiv studie

På bakgrunn av de overnevnte endringene som var blitt gjort etter gjentatte forsøk på å inkludere prospektivt utvalgt, ble det besluttet å ikke gjennomføre den prospektive studien. Ut ifra tilbakemeldinger og reaksjoner fra både Betanias ledelse så vel som pasienter på bakgrunn av utlevering av informasjonsskriv og forespørsel om deltagelse, ble det gjort en vurdering av hvorvidt forskerne ville være tjent med å gjøre et ytterligere forsøk på å gjennomføre den prospektive studien. Innholdet i den prospektive studien var etter første forsøk på gjennomføring blitt endret og begrenset i den grad at det ikke ble ansett som forskningsmessig forsvarlig å gjøre et nytt forsøk på å gjennomføre den prospektive delen av studien. Studiens opprinnelige forskningsdesign (pre/post studie uten kontrollgruppe) var dermed ikke mulig å gjennomføre.

4. Studie basert på retrospektivt materiale

Som nevnt i det foregående ble det i løpet av evalueringsperioden tatt en beslutning om ekskludering av prospektiv studie. Denne forskningsrapporten er dermed ikke basert på et prospektivt utvalg og oppfyller ikke kravene til det opprinnelige planlagte forskningsdesignet som er beskrevet i punkt 3 og 3.1. om presentasjon og planlegging av prospektiv studie.

Imidlertid har forskerne lyktes i gjennomføre den retrospektive delen av studien. Responsen fra respondentene har vært langt større enn forventet og deres deltagelse har bidratt til et rikholdig og omfattende datamateriale som er unikt i den forstand at det utgjør en uavhengig undersøkelse som har blitt gjennomført av eksterne forskere.

I det følgende vil det bli gjort en presentasjon av den retrospektive studien, samt en gjennomgang av inklusjon og deltagelse, metodisk tilnærming med en påfølgende beskrivelse av prosedyre for gjennomføring av studien.

4.1 Presentasjon av retrospektiv studie

4.1.1 Utvalg

Inklusjon og deltagelse i retrospektiv studie

Kriterier for inklusjon i retrospektivt utvalg er personer som har gjennomført behandlingen, samt personer som av ulike grunner ikke har gjennomført eller trukket seg underveis i behandlingen (også omtalt som drop-out).

- I. Kriterier for inklusjon i retrospektiv studie er følgende:
 - Personer som har gjennomført minst 3 behandlingssesjoner
 - Bekreftet informert samtykke

- II. Kriterier for eksklusjon i retrospektiv studie er følgende:
 - Drop-out før gjennomført 3 behandlingssesjoner.
 - Mangel på informert samtykke.

4.2 Metodisk tilnærming i retrospektiv studie

4.2.1 Kvantitativ tilnærming i retrospektiv studie

Den kvantitative delen av retrospektiv studie består av et antall spørreskjemaer som respondentene har fylt ut som en del av deltagelsen i studien. De benyttede spørreskjemaene ble nøye sammensatt med tanke på å dekke et mest mulig bredt spekter av relevante forhold, med hovedfokus på hver enkelt persons vurdering av egen helsetilstand i form av opplevde symptomer. Det ble i tillegg gjort nødvendige valideringsvurderinger av hvert enkelt spørreskjema for å sikre at skjemaene var validerte som måleinstrument for studiens formål.

Det ble ut ifra dette valgt ut et antall spørreskjemaer som skulle dekke følgende:

- Generelle psykologiske problemer i form av opplevd symptombelastning (SCL-90)
- Symptomer på depresjon- og angstproblematikk (BDI og BAI)
- Personlige relasjoner og omgang med andre mennesker (SCL-90, IPP)
- Traumespesifikke symptomer (PTSS-12G, PTCI, PDS)
- Vurdering av egen livskvalitet, tilpasning og mestring (SOC, Grunnleggende leveregler, Resilience).

Beskrivelse av spørreskjemaer som ble benyttet i studien:

- **SCL-90 Symptom Checklist- 90. (Derogatis, 1983).**

Symptomsjekkliste som gir informasjon om en persons opplevelse av psykiske symptomer målt ved ti symptomområder, samt tre indekser for generell symptombelastning (Nielsen & Vassend, 1994). Spørreskjemaet har sitt fremste bruksområdet som instrument for å vurdere graden og arten av opplevde psykiske symptomer. Spørreskjemaet består av 90 spørsmål som er fordelt på følgende symptomområder: somatisering, tvangstendenser, mellompersonlig overfølsomhet, depresjon, angst, fiendelighet, fobisk angst, paranoide forestillinger og psykotisisme. Respondentene kan gradere intensiteten eller alvorlighetsgraden på en skala fra 0-4. For klinisk bruk benyttes det globale målet Generell Symptomindeks (GSI). En GSI skåre tilsvarende eller mindre enn 0.58 betraktes for å falle innenfor normalpopulasjonen. GSI- skåre på 1.0 eller høyere regnes som et pålitelig tegn på selvopplevd betydelig psykisk ubehag.

- **Becks Depression Inventory (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961)**

Spørreskjema for kartlegging av symptomer og grad av depresjon. Spørreskjemaet består av 21 spørsmål. BDI supplerer SCL-90 som er for lite finkalibert til å fange opp forskjeller i symptomer på depresjon.

- **Becks Anxiety Inventory (BAI) (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988)**

Spørreskjema for kartlegging av symptomer på grad av angst. Spørreskjemaet består av 21 spørsmål. BAI supplerer SCL-90 som er for lite finkalibert til å fange opp forskjeller i symptomer på angst.

- **Inventory of Interpersonal Problems (IPP-64) (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno, & Villasenor, 1988).**

Spørreskjema for kartlegging av en persons opplevelse av interpersonlig fungering og problemer målt opp mot åtte delskalaer og en global skåre for generell belastning. Skjemaet består av 64 spørsmål og supplerer deler av symptomområdet i SCL-90.

- **Posttraumatic Stress Scale (PTSS-12G) (Holen, 1993).**

Spørreskjema for kartlegging av PTSD symptomatologi. Spørreskjemaet består av 12 spørsmål.

- **Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI) (Foa, Ehlers, Clark, Tolin & Orsillo, 1999).**

Spørreskjema for kartlegging av egne tanker knyttet til egenopplevde traumatiske hendelser. Spørreskjemaet består av 36 spørsmål. PTCI supplerer PTSS-12 G som ikke dekker de kognitive aspektene knyttet til egenopplevde traumer.

- **Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) (Foa, 1995; Foa et al., 1997).**

Består av et sammensatt seksjonsdelt spørreskjema for kartlegging av PTSD symptomer relatert til en eller flere konkrete traumatiske egenopplevde hendelser. Spørreskjemaet måler alle 6 DSM-IV kriteriene for PTSD (Kriterie A-F) og kan brukes for å sette diagnose i henhold til DSM-IV kriteriene. Spørreskjemaet måler også symptomstyrke (Sum seksjon 3, ledd 22-38). Publiserte normer for symptomstyrke i originalreferansen.

Spørreskjemaet består av 49 spørsmål som er delt inn i fire seksjoner:

- Seksjon 1: Sjekkliste for traumer
- Seksjon 2: Beskrivelse av en konkret traumatisk hendelse som har plaget personen mest
- Seksjon 3: 17 spørsmål om i hvilken grad den traumatisk hendelsen har plaget personen den siste måneden.
- Seksjon 4: 9 spørsmål om i hvilken grad problemene angitt i seksjon 3 har innvirket på ulike områder i personens liv i løpet av den siste måneden.

- **Sense of Coherence (Antonovsky, 1993)**

Spørreskjema for kartlegging av generell mestring og tilpasning knyttet til eget liv og utfordringer i eget liv. Spørreskjemaet består av 29 spørsmål.

- **Resilience skala for voksne (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge & Martinusse, 2003)**

Spørreskjema for måling av grad av resilience (mestring og tilpasningsevne). Spørreskjemaet består av 33 spørsmål knyttet til personlige egenskaper, familiesamhold og sosiale relasjoner utenfor familien.

- **Grunnleggende leveregler (YSQ-75) (Young & Brown, 2003).**

Spørreskjema for kartlegging av lære- og tenkemåter knyttet til selvoppfatninger, grunnleggende leveregler og "sannheter" man har etablert om seg selv og andre basert på egne erfaringer. Spørreskjemaet består av 75 spørsmål.

4.2.2 Kvalitativ tilnærming i retrospektiv studie

Den kvalitative delen av retrospektiv studie er basert på følgende kilder:

- Intervju med personer som har startet/gjennomført behandlingen

Intervjuet var utformet som et kvalitativt semistrukturert forskningsintervju hvor hovedformålet var å kartlegge brukernes opplevelse av behandlingen de hadde startet/gjennomført og i hvilken grad behandlingen hadde medført opplevde endringer i form av subjektiv symptombelastning etter behandling, tilpasning, mestring av egen livssituasjon og opplevelse av livskvalitet.

- Intervju med nærstående personer av personer som har startet/gjennomført behandling (komparent informasjon)

Intervju med nærstående personer var utformet som et semistrukturert forskningsintervju, hvor hovedformålet var å kartlegge nærstående personers opplevelse av endringer etter behandlingen i form av symptombelastning, opplevd livskvalitet, tilpasning og mestring hos en nær bekjent. Rammene for intervjuet var lagt opp på samme måte som intervju med personer som har gjennomført/avbrutt behandlingen ved Betania. Intervju med nærstående personer vil utgjøre tilleggsinformasjon i form av komparent kilde til intervju med personer som har startet/gjennomført behandlingen.

- Intervju med nåværende/tidligere behandlere ved traumetilbudet

Intervju med behandlere var utformet som et kortfattet semistrukturert forskningsintervju. Hensikten med disse intervjuene var å få en forståelse av hva behandlingen går ut på i praksis, samt innholdet og den praktiske gjennomføringen av behandlingsmetoder både i individualterapi og gruppeterapi. Denne kunnskapen ble ansett som nødvendig, da det ikke var mulig å få tilsvarende informasjon gjennom andre kilder, for eksempel gjennom observasjon slik forskerne ytret behov for at ble gjennomført. Utover dette formålet har intervjuene med nåværende/tidligere behandlere ikke blitt underlagt analyse og dermed ikke utgjort en del av det kvalitative datamaterialet.

5. Prosedyre

5.1 Prosedyre for inklusjon og forespørsel om deltagelse i retrospektiv studie

Alle personer som oppfylte kriteriene for inklusjon i retrospektivt utvalg, fikk tilsendt et informasjonsskriv og et samtykkeskjema for forespørsel om deltagelse. For å opprettholde taushetsplikten ble brevene utsendt ferdig frankert til Betania som videre adresserte og sendte brevene til informantene. Når forskeren mottok samtykke om deltagelse i posten, ble respondenten oppringt på oppgitte telefonnummer og videre ble det i samråd med respondentenes ønske og behov avtalt sted og tidspunkt for gjennomføring av intervju. Det fremgår tydelig i informasjonsskrivet til pasientene at deltagelse er frivillig og at alle som velger å delta når som helst og uten begrunnelse kan trekke seg fra studien. Respondentene fikk anledning til å velge om intervjuet enten skulle gjennomføres via telefon eller ved personlig oppmøte på psykologisk institutt, NTNU. 20 av 28 respondenter valgte å møte til intervju på instituttet. Ett intervju ble gjennomført på respondentens bosted. Intervju på telefon ble valgt i tilfeller hvor respondenten bodde langt unna eller av ulike grunner som for eksempel med hensyn til jobb og/eller barn, ikke hadde anledning til å møte på instituttet.

I informasjonsskrivene fikk informantene anledning til å 1) trekke seg fra studien når som helst uten å oppgi noen grunn eller 2) reservere seg fra deler av studien (henholdsvis intervju, forespørsel om intervju med nærstående, utfylling av spørreskjema og innhenting av kontaktoversikt) uten å oppgi grunn. Ingen respondenter har verken benyttet seg av muligheten til å trekke seg fra studien underveis eller etter datainnsamlingen. Det vil si at alle respondentene har opprettholdt sitt informerte samtykke om deltagelse i studien. Imidlertid er det en person som forskeren etter to forsøk ikke har fått kontakt med på det oppgitte telefonnummeret. Datamaterialet er nå anonymisert, noe som innebærer at det ikke lenger er mulig å trekke tilbake informasjon som har blitt gitt i forbindelse med datainnsamlingen.

Intervjuenes varighet varierte fra 1 til 3 1/2 timer, avhengig av hvor mye tid hver enkelt respondent uttrykte at de hadde behov for. Intervjuene ble utført på en så skånsomt og ivaretagende måte som mulig, med god tid til å besvare spørsmålene som ble stilt. Før intervjuet startet ble det gitt kort informasjon om bakgrunnen for evalueringen og informasjon om innholdet i intervjuet. Informantene ble også informert om at intervjuet var lagt opp på deres premisser og at de når som helst kunne ta en pause i intervjuet, gå over til et annet spørsmål/tema eller avslutte intervjuet. Intervjuene ble ikke tatt opp på bånd.

Informanter som ikke på forhånd hadde reservert seg for 1) utfylling av spørreskjemaer, 2) forespørsel om tilgang til kontaktoversikt og 3) intervju med nærstående person, ble etter intervjuet ytterligere en gang forespurt om tillatelse til dette. Respondentene underskrev deretter samtykkeerklæring på en eller flere av de delene, avhengig av hva de selv ønsket å delta på. Det var kun en respondent som på forhånd hadde reservert seg fra disse delene av studien, før gjennomføring av intervju.

- Vedrørende spørreskjemaer

Spørreskjemaene ble utlevert direkte til respondenter som gjennomførte intervjuet på psykologisk institutt og sendt via post for de som gjennomførte intervjuet via telefon.

- Vedrørende tilgang til kontaktoversikt

Informasjonsskriv og forespørsel om tilgang til kontaktoversikt ble sendt til respondentenes fastleger via post.

- Vedrørende intervju med nærstående

Informanter som ga sitt samtykke for intervju av nærstående person fylte ut en samtykkeerklæring hvor den nærstående personens navn og telefonnummer skulle fylles ut sammen med respondentens underskrift. Informanten ble også bedt om å nevne for denne personen at hun/han ville bli kontaktet med forespørsel om å gjennomføre et intervju. I tilfeller hvor det var uklart hvem den nærstående personen skulle være eller om den valgte nærstående personen ville stille til intervju, fikk respondenten ta meg seg samtykkeerklæringen med hjem og eventuelt sende samtykke i retur til forskeren når disse tingene var nærmere avklart. Intervju med nærstående personer ble gjennomført via telefon. Intervjuet ble ikke tatt opp på bånd.

- Vedrørende intervju nåværende/tidligere behandlere.

Samtlige nåværende ($N=10$) og tidligere ($N=5$) behandlere ved traumetilbudet fikk tilsendt informasjonsskriv og samtykkeskjema for forespørsel om deltagelse via Betania. Forsker som gjennomførte intervjuene tok deretter kontakt med de personene som ga samtykke til deltagelse i studien. Intervju med tidligere behandlere ble gjennomført etter avtale med hver enkelt person. Intervju med nåværende behandlere ble gjennomført ved Betania.

5.2 Analyse- og tolkningsarbeid av kvalitativt materialet

Det kvalitative materialet, i form av intervju med personer som har startet/gjennomført behandlingen ved Betania og nærstående personer av disse, ble underlagt en grundig innholdsbasert analyse. Kvalitativ innholdsanalyse går i hovedtrekk ut på at materialet systematiseres innenfor rammene av kategorier for analyse og tolkning, ved å identifisere sammenhenger og tendenser som går igjen i datamaterialet. Innholdsanalyse gjør det mulig å både strukturere og analysere et ekstensivt datamateriale, noe som åpner for å få en oversikt over sammenhenger og finne et system i informasjonsmengden, kvaliteter ved fenomener og en helhetlig forståelse av datamengden. Datamaterialet er gjennomgående strukturert på forhånd, da det har blitt benyttet en felles intervjuguide i alle intervjuene.

Hovedfokuset med innholdsanalysen av det foreliggende kvalitative datamaterialet, har hovedsakelig vært å få en oppfatning av hver enkelt respondents egen forforståelse og opplevelse av egen situasjon før og etter startet/gjennomført behandling og eventuelle egenopplevde endringer etter behandlingsoppholdet. Det er med andre ord respondentenes fortolkninger av egen situasjon som dominerer. Gitt den grad av opplevd fortroligheten i intervjusituasjonene, har vi tillit til at de forhold respondentene oppga og beskrev var en beskrivelse av deres faktiske daværende og nåværende situasjon og helsetilstand.

5.3 Analyse av kvantitativt materialet

Det kvantitative datamaterialet i form av spørreskjemaer og kontaktoversikt fra fastlege ble behandlet i SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versjon 15., hvor det ble gjennomført deskriptive analyser, korrelasjonstester og krystabell.

De kvantitative analysene ble gjennomført med det antallet spørreskjemaer som ble returnert. 22 av 28 respondenter returnerte samtlige spørreskjemaer, noe som betyr at det manglet spørreskjemaer for 6 av 28 respondenter.

I analysen av spørreskjemaene ble hvert enkelt skjema skåret i henhold til definerte kodingskriterier og kodingsprosedyrer. Med utgangspunkt i de kvalitative analysene ble respondentene som også hadde returnert spørreskjemaene delt inn i tre grupper, avhengig av hvilken opplevelse av endring/bedring hver enkelt person hadde oppgitt i intervjuet. Totalskårer fra spørreskjemaene ble deretter sammenlignet med informasjon som fremkom i intervjuet. Det ble lagt hovedvekt på å dekke et bredest mulig spekter av symptomer for å få et mest mulig rikt grunnlag for sammenligning. Oppsummert ble det gjort en sammenligning mellom

- 1) respondentenes opplevelse av bedring/endring i henhold til kvalitativ informasjon (intervju) og
- 2) oppgitt informasjon i kvantitative data.

Det ble gjort analyser av følgende eventuelle sammenhenger:

Generelle psykologiske problemer i form av symptombelastning, med hovedvekt på depresjon, angst og somatisering.

- Sammenheng mellom opplevd bedring/endring og symptomstyrke for depresjon i henhold til SCL-90, kategori 4 (13 ledd) om depresjon og totalskåre for BDI (21 ledd).
- Sammenheng mellom opplevd bedring/endring og symptomstyrke for angst i henhold til SCL-90, kategori 5 (10 ledd) om angst og totalskåre for BAI (21 ledd).
- Sammenheng mellom opplevd bedring/endring og symptomstyrke for somatisering i henhold til SCL-90, kategori 1 (12 ledd).

Traumespesifikke symptomer

- Sammenheng mellom opplevd bedring/endring og PTSD diagnose i henhold til DSM-IV (Posttraumatic Diagnostic Scale)
- Sammenheng mellom opplevd bedring/endring og symptomstyrke (Symptom Severity Index; sum ledd 22-38) for PTSD i henhold til PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale).

Opplevelse av livskvalitet, tilpasning og mestring:

- Sammenheng mellom opplevd bedring/endring og totalskåre for Resilience skala for voksne (33 ledd).
- Sammenheng mellom opplevd bedring/endring og totalskåre for Sense of Coherence (Generell tilpasning) (29 ledd).

6. Etske vurderinger i forbindelse med gjennomføringen av evalueringen

I forbindelse med planleggingen og gjennomføringen av evalueringen var det viktig å ivareta en rekke etiske hensyn. Denne typen spørsmål ivaretas og vurderes i en egen søknad til REK (Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk), som med hjemmel i lov om behandling av etikk og redelighet i forskning § 4, har ansvar for å vurdere om helsefaglig forskning gjennomføres i tråd med forskningsetiske prinsipper og godkjenne/ikke godkjenne forskningsprosjekter som planlegges å gjennomføres. Det er velkjent i forskningsmiljøene at søknad for godkjenning av REK er en omfattende og tidkrevende prosess. Spesielt gjelder dette i tilfeller hvor det skal gjennomføres forskning med sensitive eller kontroversielle forskningsspørsmål.

Evalueringen av traumetilbudet ved Betania ble vurdert av REK i et av komiteens møter 22.februar, 2008. Tidligere innsendt søknad hadde da tidligere blitt vurdert og stipendiaten tilknyttet prosjektet hadde på deres forespørsel gitt komiteen en muntlig presentasjon av forskningsprosjektet og detaljer knyttet til gjennomføringen av prosjektet. Merknader fra komiteen til det fremlagte prosjektet gikk først og fremst på hensyn til pasientene, som ble betraktet som en spesielt sårbar pasientgruppe og at deler av studien innbefattet å snakke med personer som hadde vært utsatt for traumatiserende hendelser i form av overgrep. Selv det å henvende seg til pasientene med forespørsel om deltagelse ble av flere av komiteens medlemmer ansett som problematisk. REK påpekte blant annet at man måtte være særs varsom ved inklusjon i studien for å unngå noen form for press eller motivering av pasienter til å delta. Dette ble i denne studien ansett som spesielt viktig ettersom de som står for pasientenes behandling og eventuell inklusjon kan tenkes å ha egeninteresse i pasientenes deltagelse og i utfallet av evalueringen. REK etterlyste også at de tidligere informasjonsskrivene ble omformulert for at det klarere skulle fremkomme at det var et skille mellom forskning og behandling. REK etterlyste i tillegg en mer omfattende etiske vurdering med en klar diskusjon av det økonomiske forholdet mellom St. Olavs, Betania og forskningsgruppen. Endringene REK etterlyste ble gjort og en ny søknad ble levert inn for vurdering. Denne søknaden ble vurdert 26. September 2008 med følgende tilbakemelding fra REK. Komiteen viste til revidert protokoll og hadde nå ingen merknader til denne. Komiteen ba også om at alt grunnlagsmateriale i prosjektet av kontrollhensyn blir oppbevart på betryggende måte i minst 5 år. Utover dette fikk forskerne klarsignal til å igangsette den planlagte evalueringen.

Tilbakemeldingen fra REK har ikke bidratt til noen endringer eller begrensninger i forbindelse med gjennomføringen av evalueringen av traumetilbudet. Endringene som ble gjort etter krav fra REK var kun knyttet til utforming og omformulering i informasjonsskrivene, taushetsplikt, behandling og oppbevaring av data og det økonomiske forholdet mellom partene. For å imøtekomme REKs krav ble det gjort endringer i prosedyre og innhold i informasjonsskriv. Det ble fra REKs side ikke stilt noen krav til endringer i valg av metode.

6.1 Etiske og juridiske retningslinjer for gjengivelse i rapporten

I henhold til etiske og juridiske retningslinjer og krav fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, taushetsplikt i henhold til forvaltningslovens §13 og Helsepersonell lovens §21 og informert samtykke fra informantene om anonym deltagelse, har det blitt lagt klare begrensinger mht gjengivelser i rapporten. For å opprettholde respondentenes anonymitet kan det ikke bli gjengitt informasjon som kan knyttes til enkeltpersoner eller som på annen måte gjør enkeltpersoner direkte eller indirekte identifiserbare. Dersom for eksempel ansatte ved traumetilbudet eller representanter fra Blålys kan gjenkjenne eller knytte opplysninger til enkeltpasienter, er ikke rapporten anonym og respondentenes anonymitet ikke opprettholdt i henhold til samtykket.

Forskeren har i tillegg i løpet av evalueringsperioden mottatt henvendelser via telefon og brev fra et antall personer som vurderte/besluttet å ikke delta i studien på bakgrunn av at de ikke følte seg trygge på at deres historier forble anonyme, og at kjennetegn og trekk ved deres gjengivelser fra behandlingsoppholdet ville være direkte identifiserbare. Et antall respondenter som oppga dette uttrykte at de hadde hatt erfaringer med brudd på taushetsplikten i løpet av oppholdet ved Betania og at de var bekymret for at detaljer fra deres erfaringer med behandlingen som var lett gjenkjennbare skulle bli gjengitt i rapporten eller i andre publikasjoner.

Overnevnte punkter medfører flere begrensinger i evalueringsrapporten. Resultatene fra det kvalitative materialet vil kun bli gjengitt i hovedtrekk. Sitater fra intervjuene har inneholdt direkte eller indirekte identifiserbar informasjon og har av den grunn ikke blitt gjengitt. Av samme årsaker har det i rapporten heller ikke blitt gjengitt informasjon og opplysninger om antall respondenter som har:

- Gjennomført eller avbrutt behandlingen
- Gjennomført ett eller flere behandlingsopphold
- Søkt om flere opphold eller som står på venteliste

I henhold til gjengivelse av demografiske data har det ikke blitt gjengitt informasjon om:

- Kjønnfordeling i utvalget (antall kvinner og menn som har deltatt)
- Antallet respondenter fra ulike behandlingsgrupper fra 2006-2009.
- Kliniske data

I forbindelse med intervju av nærstående person har det ikke blitt gjengitt informasjon om relasjon mellom respondenten og selvvalgt nærstående person.

Kravet til opprettholdelse av respondentenes anonymitet har gått på bekostning av underbyggingen av funn i resultatdelen. Underbygging av resultatene har imidlertid blitt gitt i en muntlig rapport til oppdragsgiver.

7. Resultater

I det følgende vil hovedfunnene i undersøkelsen bli presentert. Resultatdelen er inndelt i fire deler, hver del basert på henholdsvis analyse av kvalitativt og kvantitativt materiale. Implikasjoner av resultatene vil fremgå i en felles diskusjonsdel.

7.1 Resultatdel - kvalitativt materiale

Resultater fra det kvalitative materiale er inndelt i to adskilte deler.

Disse er:

- Resultater basert på analyse av intervju med personer som har startet/gjennomført behandlingen ved traumetilbudet
- Resultater basert på analysen av intervju med nærstående personer

7.1.1 Resultater basert på analyse av intervju med personer som har startet/gjennomført behandlingen

Gjennom analyse av intervju med personer som har startet/gjennomført behandlingen ved traumetilbudet, har det fremkommet 8 hovedkategorier med et tilhørende antall underkategorier for hver enkelt hovedkategori. Rekkefølgen av underkategoriene som presenteres har ingen rangordning utover at hver enkelt kategori naturlig ble formet underveis i analysen.

Resultater med relevans for forskningsspørsmålet er følgende.

Hovedkategorien som omhandler respondentenes opplevelse av endringer etter behandlingsoppholdet er inndelt i 4 underkategorier.

Disse er:

- 7.1.2 Egenopplevde positive/forbedrende endringer/bedring etter behandling
- 7.1.3 Fravær av egenopplevde endringer/bedring og/eller midlertidig egenopplevd endring/bedring etter behandling
- 7.1.4 Egenopplevd forverring etter behandling
- 7.1.5 Endringer som har tilkommet i og/eller etter behandling

7.1.2 Egenopplevde positive/forbedrende endringer/bedring etter behandling

Gjennom analysen fremkom det flere sammenhenger i informasjonsmengden i form av gjentakende mønstre i respondentenes beskrivelser av egenopplevde endringer, og hvordan disse endringene har utgjort en vesentlig forskjell i den forstand at de har bidratt til økt livskvalitet og mestring i respondentens liv.

Flere respondenter beskrev opplevde endringer som har bidratt til endringer på flere områder. De viktigste endringene er endringer knyttet til personlig utvikling, daglig fungering og nære relasjoner.

Den endringen som flest respondenter henviste til og som ble beskrevet som det som har hatt størst betydning for respondentene samlet sett, er endring som har gått på å ha fått ”*plassert ting*”. Det gis et tydelig inntrykk av at det å ha fått plassert ting har vært særskilt betydningsfullt for hver enkelt person som har trukket det frem. Til tross for at respondentenes beskrivelser av betydningen av begrepet er noe forskjellig fra person til person, har det fremkommet et antall gjentakende beskrivelser som går igjen i flere av respondentenes gjengivelser. Det har blant annet fremkommet at beskrivelsen av å ha fått plassert ting, er nært knyttet til opplevelse av å ha fått en ny og/eller større forståelse av sammenhenger mellom ulike faktorer. Innsikt i sammenhengen mellom fysiske symptomer/plager/lidelser og opplevde seksuelle overgrep og sammenheng mellom psykiske symptomer/lidelser og opplevde seksuelle overgrep, er de faktorene som har blitt nevnt av flest respondenter. De fleste respondenter som har trukket frem en eller flere av disse faktorene har også beskrevet at opplevelsen av større forståelse av sammenhenger også har bidratt til større innsikt. Opplevelsen av innsikt har nærmere blitt beskrevet å være knyttet til at man gjennom nyervervet formidlet kunnskap har fått en ny og endret forståelse av kausale sammenhenger i egen liv.

Økt *selvverdi* og *selvtillit* er også en endring som har blitt beskrevet av flere respondenter. En annen faktor som også har blitt beskrevet av flere respondenter er knyttet til grensesetting og hvordan de etter oppholdet fikk en større opplevelse av å kunne sette grenser. Betydningen av begrepet grensesetting har blitt beskrevet å være noe forskjellig fra person til person. I hovedsak har det fremkommet at det handler om en opplevelse av å i større grad kunne lytte til seg selv og ta mer hensyn til egne behov.

Det fremkom at flere respondenter også har opplevd endringer i form av endrede reaksjonsmønstre som de selv har beskrevet som negative. Blant annet har flere beskrevet at de nå opplever at de er roligere og mindre aggressive/sinte enn tidligere. Andre har også trukket frem at de opplever økt livskvalitet i form av et lettere og bedre humør. Enkelte har også trukket frem mer tålmodighet som en viktig endring. Et antall respondenter har også beskrevet at de etter behandlingsoppholdet har opplevd en generell bedre fungering i form av det oppleves lettere å gjennomføre praktiske gjøremål og andre hverdagslige utfordringer.

Med hensyn til respondentenes opplevelse av egen psykisk helse, har det fremkommet at flere har opplevd positive endringer i nære relasjoner. Av de respondentene som beskrev endringer i nære relasjoner var det flest som trakk frem at de etter behandlingen hadde en opplevelse av større *åpenhet*. Begrepet åpenhet ble beskrevet å ha ulike betydninger for hver enkelt respondent. Noen refererer til at den åpenheten de opplevde etter behandlingsoppholdet var knyttet til en generell større åpenhet i forhold til andre mennesker, og at dette har bidratt til bedre kontakt med andre og et større sosialt nettverk. Andre beskriver at de i begrepet åpenhet henviste til en større åpenhet i forhold til å snakke om egenopplevde overgrep. Det kom også frem at enkelte har opplevd at de etter behandlingsoppholdet har fått mer overskudd til familie og venner og et generelt bedre forhold til foreldre, partner og/eller egne barn.

Opplevde positive endringer i forhold til forbedret arbeids og/eller studiesituasjon har blitt beskrevet av et fåtall respondenter.

7.1.3 Fravær av egenopplevd endring/bedring og/eller midlertidig egenopplevd endring etter behandlingen

Flere respondenter oppga at de etter endt behandlingsopphold ikke hadde opplevd noen form for endring/bedring. Mer konkret ble det beskrevet at respondentene som ikke hadde opplevde endring/bedring henviste til ingen endring knyttet til angst og depresjon i form av opplevd symptomtrykk, somatiske symptomer/plager, påtrengende minner om egenopplevde overgrep og andre psykiske symptomer/plager. Hvilke typer somatiske og psykiske symptomer/plager det har blitt henvisning til kan ikke oppgis fordi de vil innbefatte informasjon som er direkte og/eller indirekte identifiserbare.

Det fremkom i analysen at flere respondenter hadde en felles opplevelse av at behandlingen førte til endring og/eller bedring som respondenten opplevde som en midlertidige. Flere av respondentene som henviste til opplevde midlertidige endring/bedring, beskrev en umiddelbar opplevelse av endring og/eller bedring etter å ha avsluttet behandlingsoppholdet, men at denne opplevelsen kun vedvarte i kort tid. Midlertidige endring/bedring som har blitt nevnt av flest respondenter er økt selvtillit, glede, optimisme og oppgløddhet.

Opplevelsen av midlertidige endringer/bedring ble av flere respondenter beskrevet å være en særskilt tøff og vanskelig opplevelse, ettersom de hadde store forventninger til at behandlingen ville føre til endring/bedring ikke bare umiddelbart etter oppholdet, men også på sikt. Flere har også henvisning til opplevelsen av midlertidig endring/bedring som en stor skuffelse, en sorgopplevelse og/eller et personlig nederlag. Flere av respondentene som opplevde midlertidig endring/bedring oppga en tro på at endring/bedring først vil skje etter flere behandlingsopphold enn de har gjennomført tidligere.

7.1.4 Egenopplevd forverring etter behandling

Flere respondenter beskrev endringer som respondentene selv karakteriserte som en opplevelse av forverring i løpet av og/eller etter avsluttet behandling. Hva opplevelsen av forverring innebar for hver enkelt person ble beskrevet å være forskjellig. Gjennom analysen fremkom 5 underkategorier som synliggjør dette.

Disse er:

- 7.1.4.1 Opplevd forverring av somatiske symptomer/plager
- 7.1.4.2 Opplevd forverring av psykiske symptomer/plager
- 7.1.4.3 Opplevd forverring av rusmiddelforbruk
- 7.1.4.4 Opplevd negativ utvikling i nære relasjoner
- 7.1.4.5 Endring i yrkesliv/jobbsituasjon og/eller studiesituasjon

7.1.4.1 Opplevd forverring av somatiske symptomer/plager

Et antall respondenter beskrev en generell opplevelse av forverring av somatiske symptomer/plager etter behandlingsoppholdet. Forverret uro i form av fysiske symptomer som kvelningsfølelser, brystmerter, tungpusthet og svimmelhet ble nevnt av flere.¹

Noen respondenter oppga også at de hadde opplevd somatiske symptomer /plager i deler av kroppen tidligere, men at de etter behandlingen hadde en generell opplevelse av symptomer/plager i andre deler av kroppen og/eller hele kroppen. Andre oppga at de etter behandlingen hadde opplevd somatiske smerter i deler av kroppen som de også hadde hatt før behandlingen, men at de nå opplevde smertene som forverrede.

7.1.4.2 Opplevd forverring av psykiske symptomer/plager

Det fremkom at flere respondenter hadde opplevd en generell forverring av ulike former for psykiske symptomer/plager etter behandlingen. Forverrede symptomer på angst ble beskrevet av flest respondenter. Angstsymptomene respondentene henviste til, omfattet en forverret frykt for å miste kontrollen/bli gal og forverret frykt for å dø. De fleste av respondentene som oppga en forverring i angstsymptomer oppga at de etter behandlingen hadde blitt mer oppmerksom/bevisst på egen dårlige psykiske helsetilstand, og at denne bevisstheten hadde bidratt til forverrede psykiske symptomer/plager. Noen av respondentene beskrev også at de i løpet av behandlingen hadde fått ny innsikt i sin egen psykiske helsetilstand og at de i lys av dette hadde blitt mer oppmerksom på at deres psykiske helsetilstand var dårligere enn de tidligere hadde fått inntrykk av.

¹ De somatiske symptomene som her beskrives av respondentene er også vanlige symptomer på angst i henhold til BIA (Becks Anxiety Inventory), og vil derfor alene ikke karakteriseres som somatiske symptomer. Disse symptomene har falt innenfor kategorien somatiske symptomer/plager som en følge av at respondentene har henvist til kroppslig/fysisk forverring og ikke satt de opplevde symptomene i sammenheng med opplevelse av angst.

Det fremkom også at flere respondenter etter behandlingsoppholdet hadde opplevd forverring av psykiske symptomer/plager som er direkte knyttet til egenopplevde overgrep. De fleste respondentene som beskrev dette oppga at de etter oppholdet opplevde forverring i påtrengende minner om overgrep de hadde vært utsatt for. Overgrepene ble beskrevet som om de nå føltes nærmere/mer levende enn tidligere og bilder/minner om overgrepene opplevdes sterkere/mer intense enn før behandlingen. Det kom frem at respondentene opplevde at de brukte mer tid, energi og/eller krefter på å unngå tenke på overgrepene og at egne opplevelser knyttet til overgrep nå i større grad enn tidligere påvirket livet deres i negativ forstand.

Et forholdsvis stort antall respondenter trakk frem gradvis forverring av mareritt og/eller flash back knyttet til egenopplevde overgrep. Både mareritt og flashback ble beskrevet å ha utviklet seg til å bli mer virkelige og levende enn tidligere.

Et lite antall respondenter oppga at de hadde opplevd forverring i suicidale tanker etter behandlingen. Flesteparten av respondentene som trakk frem dette beskrev nærmere at det hovedsakelig var to faktorer som bidro til dette: 1) Minner/bilder om overgrepene opplevdes mer levende/intense, og 2) De brukte mer tid og energi på ulike former for unngåelsesstrategier, for å ikke tenke på overgrepene.

7.1.4.3 Opplevd forverring av rusmiddelforbruk

Et antall respondenter oppga at de hadde opplevd forverring av rusmiddelforbruk etter behandlingen. Med hensyn til opprettholdelse av taushetsplikten kan det ikke gis nærmere beskrivelse av hvilke opplysninger som her er gitt.

7.1.4.4 Opplevd negativ utvikling i nære relasjoner

Flere respondenter oppga at de hadde opplevd en negativ utvikling i nære relasjoner etter behandlingsoppholdet. Flesteparten av respondentene som trakk frem dette beskrev videre at de etter behandlingen hadde betraktelig mindre sosial kontakt enn tidligere. Sosial isolasjon uten kontakt med verken venner eller familie, ble beskrevet av enkelte respondenter. Andre oppga at de hadde brutt all/nesten all kontakt med familie etter behandlingen, da det underveis i behandlingsoppholdet hadde fremkommet minner om forhold og omstendigheter som respondentene ikke var klar over tidligere og at dette hadde en negativ betydning for relasjonen til enkeltpersoner.

7.1.4.5 Endring i yrkesliv/jobbsituasjon og/eller studiesituasjon

Flere respondenter oppga en negativ endring i forhold til yrkesliv/jobbsituasjon og/eller studiesituasjon etter behandlingsoppholdet. Et stort antall respondenter oppga at de over lengre periode hadde vært helt/delvis sykmelding fra jobb og/eller studier. Et antall av disse oppga at sykmelding fra jobb og/eller studier hadde oppstått kort tid etter behandlingsoppholdet. Flere av disse oppga også at de etter behandlingsoppholdet gikk ut i fulltids/deltids jobb og/eller studier/yrkesrettet attføring, men at de etter kort tid måtte avbryte dette (se midlertidige bedring/endring punkt 2). Utover dette var det flere respondenter som oppga at de forut for oppholdet hadde vært i deltids/heltids-stilling og/eller deltids/heltids-studier, men at de etter oppholdet hadde vært fulltidssykmelding over kortere eller lengre periode. Enkelte oppga at de selv ikke trodde at de ville klare å være yrkesaktive igjen. Nærmere informasjon utover det som her har blitt gjengitt i forhold til endring i yrkesliv/jobbsituasjon og/eller studiesituasjon kan, i henhold til taushetsplikt ikke oppgis.

7.1.5 Endringer som har tilkommet i og/eller etter behandlingen

Flere respondenter oppga at de i ulik grad hadde opplevd endringer som de selv mener oppstod i og/eller etter behandlingsoppholdet. Samtlige av disse personene oppga også at dette var endringer som de ikke tidligere hadde hatt noen opplevelse av. Endringer som i følge respondentene har tilkommet i og/eller etter behandlingen ble inndelt i 2 underkategorier.

Disse er:

7.1.5.1 Somatiske endringer

7.1.5.2 Psykiske/kognitive endringer

7.1.5.1 Somatiske endringer

Et antall respondenter beskrev at de i og/eller etter behandlingen hadde opplevd å få diffuse/udefinerbare/rare/ubestemmelige fysiske smerter i kroppen. Hva disse fysiske smertene gikk ut på ble videre beskrevet nærmere. Dette er direkte identifiserbar informasjon som ikke kan oppgis. De fleste respondentene skilte mellom fysiske smerter som hadde oppstått spontant i behandlingen, nærmere konkret i forbindelse med en eller flere behandlingstimer. Felles for personene som oppga dette, var at de videre beskrev at smertene hadde oppstått i en og/eller flere timer med psykodrama. Et fåtall beskrev at smertet hadde oppstått i en bestemt time med kreativ uttryksgruppe. Flere av personene forklarte at opplevelsen av fysiske smerter oppstod underveis og/eller etter en eller flere av følgende situasjoner: Hørt når andre personer har fortalt om deres egenopplevde overgrep, sett og hørt andre dramatisere/beskrive/tegne detaljer om deres egenopplevde overgrep. Andre forklarte at opplevelsen av fysiske smerter oppstod underveis og/eller etter behandlingstimer hvor de selv hadde fortalt og/eller dramatisert episoder fra egenopplevde overgrep.

7.1.5.2 Psykiske/kognitive endringer

Det fremkom at et antall respondenter hadde opplevd varierende psykiske og/kognitive endringer, som de oppga at de ikke hadde hatt forut for behandlingsoppholdet. Felles for respondentene som beskrev dette var at de i løpet av behandlingen hadde fremkommet minner om hendelser som de tidligere hadde vært totalt/delvis uvitende om, og at dette hadde ført til psykiske plager og/eller kognitive endringer som de ikke hadde hatt noen opplevelse av å ha forut for behandlingen. Med hensyn til taushetsplikt kan omfanget og alvorlighetsgraden av disse endringer ikke oppgis. Det som imidlertid kan oppgis er at det har blitt beskrevet psykiske og/eller kognitive endringer av svært ulik alvorlighetsgrad.

7.2 Resultatdel - kvalitativt materiale

7.2.1 Resultater basert på analyse av intervju med nærstående personer

18 av 28 respondenter samtykket i intervju med nærstående person. Det ble gjennomført intervju med 16 av disse 18. De to resterende personene lyktes det ikke å få kontakt med på oppgitt telefonnummer. Den nærstående personen ble valgt i samråd med forsker. Det var ingen kriterier som fulgte valget av nærstående person, utover at det ble anbefalt at personen har hatt en nær relasjon til respondenten over lengre tid både før og etter behandlingsoppholdet. Partner, forelder eller søsken var de nærstående personene som ble valgt av flest respondenter.

Gjennom analyse av intervju med nærstående personer, fremkom 7 hovedkategorier med et tilhørende antall underkategorier for hver enkelt hovedkategori. Rekkefølgen av underkategoriene som presenteres har ingen rangordning utover at hver enkelt kategori naturlig ble formet underveis i analysen.

Hovedkategorien som omhandler nærstående personers opplevelse av endringer etter behandlingsoppholdet er inndelt i 4 underkategorier.

Disse er:

Nærstående persons opplevelse av:

7.2.1.1 Positive/forbedrede endringer/bedring etter behandling

7.2.1.2 Fravær av endringer etter behandlingen

7.2.1.3 Forverring etter behandling/endringer som har tilkommet i og/eller etter behandling

7.2.1.4 Endringer i forhold/endringer i familiesituasjon

7.2.1.1 Nærstående persons opplevelse av positive/forbedrede endringer/bedring etter behandling

Nærstående personer beskrev flere positive/forbedrede endringer/bedring som de opplevde at hadde oppstått i løpet av og/eller etter behandlingen. Den positive endringen som flest nærstående personer beskrev var knyttet til opplevelsen av at deres nære hadde fått ”*plassert*”, ”*avklart*” og/eller ”*avdekket*” forhold underveis i behandlingen. Dette ble videre beskrevet som en positiv endring, gjennom at de nærstående personene hadde fått inntrykk av dette gjennom hva respondentene hadde fortalt og beskrevet. Hovedsakelig ble det beskrevet at plassering/avklaring/avdekking var knyttet til at deres nære i løpet av behandlingsoppholdet opplevde at det fremkom situasjoner og episoder hvor forklaringer på ulike forhold ble tydeligere i form av kunnskap om sammenhenger og årsaker. Avklaring på ulike former for fysiske smerter, psykiske lidelser og reaksjoner ble avdekket og respondenten fikk etter dette et dypere innblikk/innsikt i sin situasjon og/eller tilstand.

Dernest er det ”*større åpenhet / mer åpen / mer bevissl*” som er den positive endringen som har blitt beskrevet flest ganger. Med dette blir det videre beskrevet å være noe forskjellig. Noen nærstående personer henviser til større åpenhet i form av at deres nære nå i større grad enn før klarer å prate om overgrepene og at de nå oppleves å være mindre tabubelagt. Andre nærstående personer henviser til større åpenhet i form av de opplever at deres nære prater lettere, tar mer kontakt med andre og har fått et større sosialt nettverk i form av mer kontakt med andre. Et antall nærstående personer trekker frem opplevelsen av at deres nære har blitt tryggere på seg selv og fått et bedre humør. Mer tålmodighet blir også beskrevet av enkelte nærstående personer. Flere oppga at de hadde fått en opplevelse av at behandlingen hadde vært rett personen de har et nærstående forhold til.

7.2.1.2 Nærstående persons opplevelse av fravær av endringer etter behandling

Flere nærstående personer beskrev at de ikke hadde opplevd endringer eller bedring etter at deres nære hadde avsluttet behandlingsoppholdet. De nære personene som beskrev dette oppga også at de hadde store forventninger til at behandlingen skulle utgjøre en forskjell og bidra til endring og/eller bedring.

7.2.1.3 Nærstående persons opplevelse av forverring/endringer som har tilkommet etter behandling

Et antall nærstående personer beskrev at de opplevde en forverring i tilstanden til deres nære etter behandlingsoppholdet. Nærståendes opplevelse av forverring kan igjen deles inn i to underkategorier:

1) Nærstående personer som opplevde en forverring umiddelbart etter behandlingsoppholdet og hvor forverringen etter tid stabiliserte seg uten at det medførte endring/bedring.

Den forverring som ble nevnt av flest nærstående personer er reaksjoner etter behandling og tøff overgang fra behandling til det å komme hjem.

2) Nærstående personer som opplevde en forverring etter behandlingsoppholdet og hvor tilstanden fremdeles er den samme. De forhold som her har blitt beskrevet kan ikke oppgis for å opprettholde hver enkelt persons anonymitet. Imidlertid kan det oppgis at komparent informasjon fra nærstående personer har bekreftet forverringene slik de ble beskrevet i intervjuet med respondenten. Opplevelsen av forverring har også blitt beskrevet fra deres og fra familiens perspektiv og gitt et bilde av hvordan forverringene har vært en belastning å håndtere for nære personer.

Et antall nære personer beskriver også endringer som har tilkommet i og/eller etter behandling og som ikke har vært tilstede tidligere. Samtlige av disse stilte seg også spørrende til hvorfor og hvordan disse endringene hadde oppstått. De endringene som har blitt nevnt av flest nærstående personer er fysiske smerter og/eller ulike former for psykiske reaksjoner som ikke tidligere var tilstede. Endringer i forhold til jobbsituasjon og økonomiske problemer har også blitt beskrevet av et antall respondenter. Andre endringer kan ikke oppgis med hensyn til respondentenes anonymitet.

7.2.1.4 Endringer i forhold/endringer i familiesituasjon

Et antall nærstående personer beskrev at de opplevde en endring i forholdet til respondenten og/eller endringer i familiære situasjoner etter behandlingen. Endringen ble videre beskrevet å blant annet være knyttet til ansvarsfordeling og praktiske ting i hjemmet, økonomi, arbeid og andre relasjonelle endringer i forholdet til felles barn, andre familiemedlemmer og andre felles nære relasjoner.

7.3 Resultatdel - kvantitativt materiale

Resultater fra det kvantitative materiale er inndelt i to adskilte deler.

Disse er:

- Del basert på analyse av spørreskjemaer
- Del basert på analyse av innhenting av kontaktoversikt

7.3.1 Resultater basert på analyse av spørreskjemaer

Av de 27 respondenter som mottok spørreskjemaene, var det 22 av disse som returnerte spørreskjemaene til forskerne. Dette utgjør en svarprosent på 81,5 %. 10 standardiserte spørreskjemaer har blitt benyttet for en bred og systematisk kartlegging av personens subjektive opplevelse av nåværende helsetilstand i form av symptombelastning for angst, depresjon og somatisering, traumespesifikke symptomer, livskvalitet, tilpasning og mestring. For å få et mer sammensatt bilde av respondentenes opplevelse av egen helsetilstand, har resultater basert på analyse av spørreskjemaer, blitt satt i sammenheng med resultatene fra den kvalitative delen av studien (intervju med respondenter og nærstående personer). Formålet var å se på eventuelle sammenhenger ved å sammenholde resultatene fra de to datamaterialene.

7.3.1.1 Symptombelastning for angst, depresjon og somatisering

Respondentene som i intervju oppga at de hadde en opplevelse av bedring/ending etter behandlingsoppholdet, hadde en gjennomsnittlig BDI skåre på 16, som klassifiseres som moderat symptombelastning på depresjon ($SD = 13.84$)². Samme gruppe hadde en gjennomsnittlig BAI skåre på 22, som klassifiseres som mild symptombelastning på angst ($SD=18.9$)³.

Den samme gruppen respondenter hadde i henhold til SCL-90 en gjennomsnittlig høy skåre både for angst (GSI skåre = 1.67. $SD=1.3$) og depresjon (GSI skåre = 1.38. $SD=1.3$).⁴ 55 % av respondentene som hadde en opplevelse av bedring/ending, hadde en GSI skåre under 0.58, noe som indikerer ingen symptombelastning på depresjon i henhold til SCL-90. Den samme tendensen ble observert også når det gjaldt symptomstyrke for angst i henhold til SCL-90. 55% av respondentene som hadde en opplevelse av bedring/ending, hadde en GSI skåre under 0.58, noe som indikerer ingen symptombelastning på angst. Den samme gruppe respondenter hadde på lik linje med symptombelastning for angst og depresjon, en gjennomsnittlig høy skåre for somatisering i henhold til SCL-90 (GSI skåre= 1.2. $SD=1.70$)⁵. Også her var det 55% av respondentene i denne gruppen som hadde en GSI skåre under 0.58, og dermed falt innenfor normalpopulasjonen i forhold til symptombelastning på somatisering.

Tendensen som ble observert for den gruppen med respondenter som hadde en opplevelse av bedring/ending er i henhold til overnevnte skårer, var at 55% hadde GSI skårer som indikerte ingen symptombelastning både angst, depresjon og somatisering i henhold til SCL-90. Dette er faktorer som kan bekrefte den informasjon som fremkom i intervjuene om at personene har opplevd bedring/ending etter behandlingsoppholdet.

På andre siden sett fremkom det at resterende 45% av respondentene som hadde en opplevelse av bedring/ending etter behandlingsoppholdet, hadde en GSI skåre som indikerer en høy symptombelastning både for angst, depresjon og somatisering. Eksempelvis ble det observert en GSI skåre på somatisering som varierte fra laveste skåre på 1.3 til høyeste skåre på 3.3. GSI skåre for angst varierte fra laveste skåre på 2.0 til høyeste skåre på 3.4. Tilsvarende for GSI skåre for depresjon, varierte fra laveste skåre på 1.3 til høyeste skåre på 3.5. De høyeste GSI skårene som ble observert i denne gruppa, henholdsvis somatisering (3.3), angst (3.4) og depresjon (3.5), var det høyeste målte GSI skårene i hele utvalget, og ble altså skåret hos en av de respondentene som i intervju oppga en tydelig opplevelse av bedring/ending etter behandlingsoppholdet.

² Becks Depression Inventory (BDI) måler symptombelastning for depresjon med følgende cutoff skårer: 0-9 Ingen, 10-14 Mild, 15-23 Moderat, 24+ Alvorlig

³ Becks Anxiety Inventory (BAI) måler symptombelastning for angst med følgende cutoff skårer: 0-14 Ingen, 15-23 Mild, 24-30 Moderat, 30 Alvorlig.

⁴ GSI skåre tilsvarende eller mindre enn 0.58 betraktes for å falle innenfor normalpopulasjonen. GSI- skåre på 1.0 eller høyere regnes som et pålitelig tegn på selvopplevd betydelig psykisk ubehag.

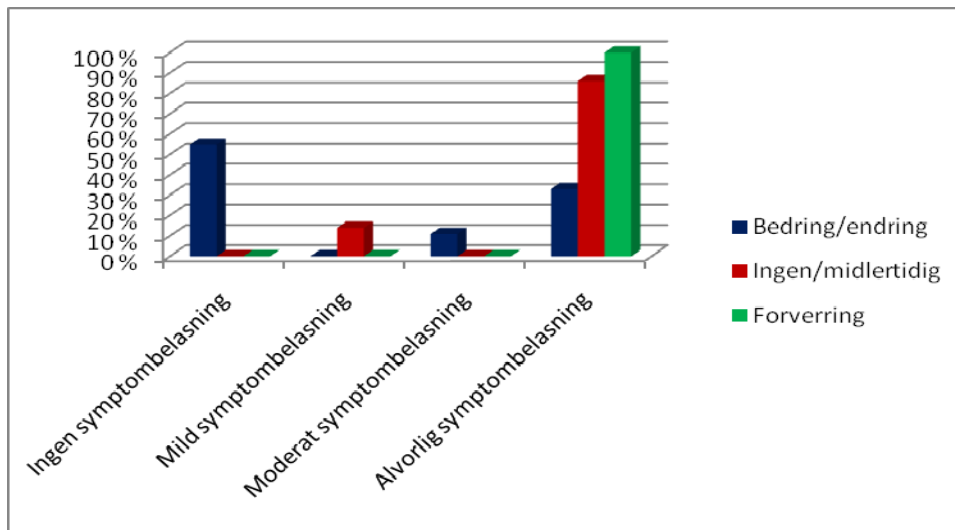
⁵ Somatisering innbefatter i henhold til SCL-90 symptomer som hodepine, matthet eller svimmelhet, brystmerter, smerter i korsryggen, kvalme, muskelplager, pustebesvær, kroppslige varme- eller kuldetokter og nummenhet/prikking i deler av kroppen.

Respondentene som i intervju oppga at de hadde en opplevelse av ingen og/eller midlertidig bedring/endring etter behandlingsoppholdet, hadde en gjennomsnittlig BDI skåre på 37 som klassifiseres som alvorlig symptombelastning på depresjon ($SD = 15.46$) og en gjennomsnittlig BAI skåre på 40, som klassifiseres som alvorlig symptombelastning på angst ($SD=13.8$). Den samme gruppe respondenter hadde i henhold til SCL-90, en gjennomsnittlig høy GSI- skåre både for somatisering (2.2. $SD=0.8$) angst (1.6. $SD=0.6$) og depresjon (2.3. $SD=0.6$). 14% av respondentene som hadde en opplevelse av ingen og/eller midlertidig bedring/endring hadde en GSI skåre for somatisering som lå under 0.58 (ingen symptomer). 86% hadde en GSI skåre som indikerte en betydelig symptombelastning for somatiske plager, med en variasjon fra 1.9 (laveste skåre) til 3.0 (høyeste skåre). De tilsvarende tendensene ble observert både for symptomstyrke for angst og depresjon i henhold til SCL-90. 14% hadde en GSI skåre for angst og depresjon som lå under 0.58 (ingen symptomer), mens resterende 86% hadde en GSI skåre som indikerte en betydelig symptombelastning for angst (1.7-2.1) og depresjon (1.1-2.9).

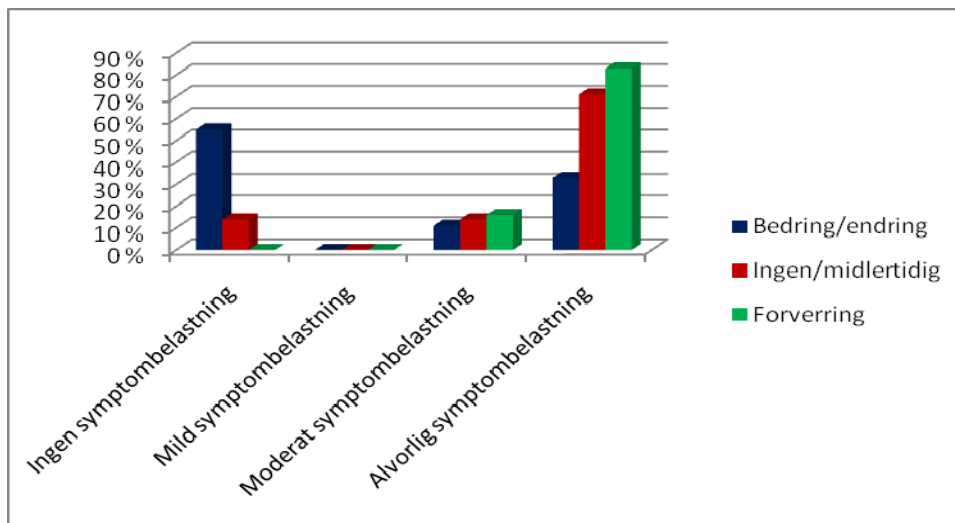
Respondentene som i intervju oppga at de hadde en opplevelse av forverring etter behandlingsoppholdet, hadde en gjennomsnittlig BDI skåre på 39 som klassifiseres som alvorlig symptombelastning på depresjon ($SD = 9.18$) og en gjennomsnittlig BAI skåre på 40, som klassifiseres som alvorlig symptombelastning på angst ($SD=8.38$). Den samme gruppe respondenter hadde i henhold til SCL-90 en gjennomsnittlig høy skåre både for somatisering (2.6. $SD=0.5$) angst (2.9. $SD=0.2$) og depresjon (2.9. $SD=0.3$). Samtlige av respondentene som hadde en opplevelse av forverring etter behandlingsoppholdet, hadde en GSI skåre som indikerte en betydelig symptombelastning for somatiske plager, med en variasjon fra 1.8 (laveste skåre) til 3.2 (høyeste skåre). Tilsvarende ble det for denne gruppen observert en GSI skåre for angst og depresjon som indikerte en betydelig symptombelastning både for angst (2.5-3.1) og depresjon (2.5 -3.4).

Ut ifra de gjennomsnittlige skåringene for hver gruppe, fremgår det at symptomstyrken for angst, depresjon og somatisering i henhold til SCL-90 er tilsvarende høyt både for respondentene som i intervju oppga at de opplevde ingen/midlertidig endring/bedring og forverring etter behandlingsoppholdet. Det som skiller seg ut i den gjennomsnittlige oversikten, er de høye standardavvikene i skårer i gruppa over respondenter som oppga bedring/endring etter behandlingsoppholdet. Her er det stor spredning med tanke på symptomstyrke også innad i gruppa. Den samme spredningen er ikke å observere i de to andre gruppene.

Figur 1. Symptombelastning for depresjon i henhold til Becks Depression Inventory (BDI).



Figur 2. Symptombelastning for angst i henhold til Becks Anxiety Inventory (BAI).

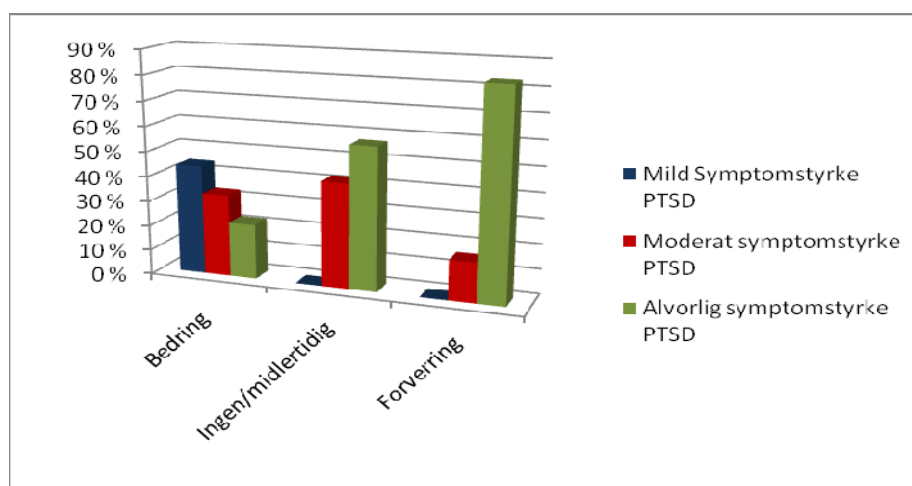


7.3.1.2 Traumespesifikke symptomer

Med hensyn til nåværende symptombelastning for PTSD (posttraumatisk stress-syndrom), varierte symptombelastningen avhengig av om respondentene i intervju hadde beskrevet bedring/endring, ingen/midlertidig bedring/endring eller forverring.

Som det fremgår av figur 3: av respondentene som oppga en generell bedring/endring etter behandlingsoppholdet, var det 44% som hadde en symptombelastning for PTSD som ble karakterisert som mild. Ingen av respondentene som i intervju oppga ingen/midlertidig bedring/endring eller forverring hadde en tilsvarende mild symptombelastning. 33 % og 22 % av respondentene som oppga bedring, hadde en symptombelastning av henholdsvis moderat og alvorlig karakter. Av respondentene som oppga ingen/midlertidig endring/bedring var det 57% av respondentene som hadde en symptombelastning for PTSD av alvorlig karakter. 83% av respondentene som oppga at de hadde en opplevelse av forverring, oppga også symptombelastning av alvorlig karakter.

Figur 3. Symptombelastning for PTSD, oppgitt av respondenter som i intervju oppga 1) Bedring 2) Ingen og/eller midlertidig bedring/endring 3) Forverring

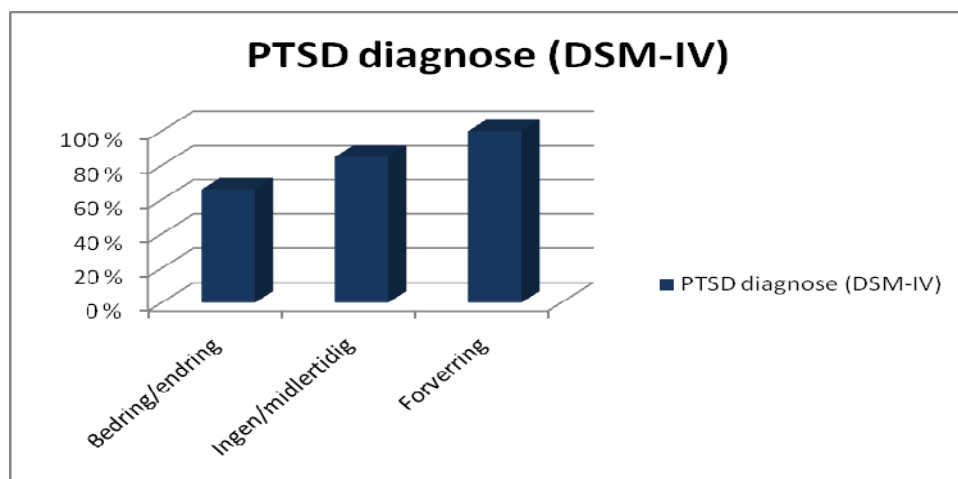


7.3.1.3 PTSD diagnose i henhold til DSM-IV

Figur 4 viser en oversikt over antallet respondenter som på bakgrunn av symptombelastning kvalifiserte for en PTSD diagnose i henhold DSM-IV. Målet for dette ble gjort på bakgrunn av skåringer av Posttraumatic Diagnostic Scale, som er et mye benyttet spørreskjema med retningslinjer og normer både for skåringer i henhold til DSM-IV diagnose og symptombelastning (Foa, Cashman, Jaycox & Perry, 1997).

Av personene som i intervju oppga at de hadde opplevd endring/bedring etter behandlingsoppholdet, var det 66,7 % som kvalifiserte for en PTSD diagnose i henhold til DSM-IV. Av personene som i intervju oppga ingen og/eller midlertidig endring/bedring, var det 85,7 % som kvalifiserte for en PTSD diagnose. Samtlige av respondentene som oppga at de hadde en opplevelse av forverring kvalifiserte for en PTSD diagnose.

Figur 4. Oversikt over PTSD diagnose i henhold til DSM-IV, fordelt på respondenter som i intervju oppga 1) Bedring 2) Ingen og/eller midlertidig bedring/ending 3) Forverring

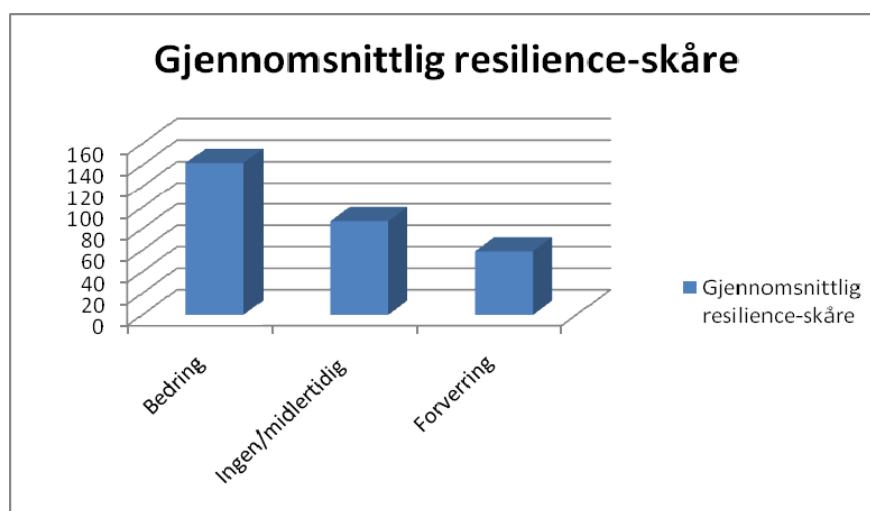


7.3.1.4 Resilience (opplevd mestring)

Resilience-skala for voksne måler grad av ressursindikatorer som kan være en predikator for mestring og tilpasningsevne, samt tilfriskning og langtidsprognose etter avsluttet behandling (Friborg & Hjemdal, 2004). Grad av sosial kompetanse, familiesamhold og sosial støtte er blant de faktorene som kartlegges. Skårene i resilience-skala for voksne varierer fra 31- 231, hvor laveste skåre på 31 indikerer svært lav grad av mestring og høyeste skåre på 231 indikerer en svært høy grad av mestring.

Som det fremgår i figur 5, har respondentene blitt inndelt i 3 kategorier, avhengig av hver enkelt persons opplevelse av bedring/endring etter behandlingsoppholdet. Respondentene som i intervju oppga at de hadde en opplevelse av bedring/endring etter behandlingsoppholdet, hadde en gjennomsnittlig resilience-skåre på 142.2 ($SD= 47.1$). Skårene varierte fra 53 som viser en lav grad av mestring og 205 som viser en høy grad av mestring og tilpasningsevne. Respondentene som i intervju oppga at de hadde opplevelse av ingen/midlertidig endring/bedring, hadde en gjennomsnittlig resilience-skåre på 87.6 ($SD =12.5$). Skårene varierte fra 71-98 som viser en lav grad av mestring og tilpasningsevne. Respondentene som i intervju oppga at de hadde opplevelse av forverring etter behandlingsoppholdet, hadde en gjennomsnittlig resilience-skåre på 59.5 ($SD=12.6$). Skårene varierte fra 41-76 som viser en lav grad av mestring og tilpasningsevne.

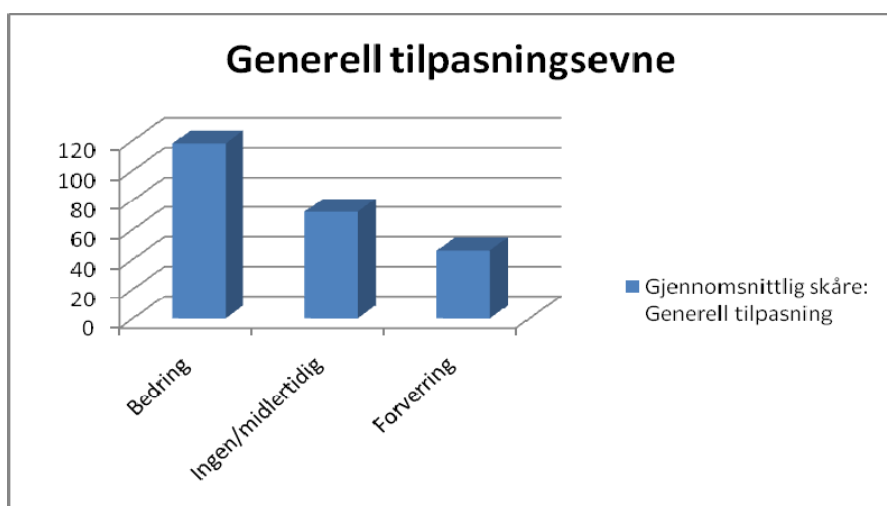
Figur 5. Gjennomsnittlig resilience- skåre for respondenter som i intervju oppga
1) Bedring 2) Ingen og/eller midlertidig bedring/endring 3) Forverring



7.3.1.5 Generell tilpasningsevne

Med hensyn til grad av generell tilpasningsevne (SOC) hos respondentene, fremkom det samme mønsteret som for opplevd mestring. Respondentene som i intervju oppga at de hadde en opplevelse av bedring/endring etter behandlingsoppholdet, hadde en gjennomsnittlig SOC-skåre på 118.6 ($SD= 37.6$). Skårene varierte fra 45 som viser en lav grad av tilpasningsevne og 166 som viser en høy grad av tilpasningsevne. Respondentene som i intervju oppga at de hadde opplevelse av ingen/midlertidig endring/bedring, hadde en gjennomsnittlig lav SOC-skåre på 72.8 ($SD =9.8$). Skårene varierte fra 61-87 som viser en lav grad av generell tilpasningsevne. Respondentene som i intervju oppga at de hadde opplevelse av forverring etter behandlingsoppholdet, hadde en gjennomsnittlig lav SOC-skåre på 46.8 ($SD=13.0$). Skårene varierte fra 31-61 som viser en lav grad av generell tilpasningsevne.

Figur 6. Gjennomsnittlig skåre for generell tilpasningsevne



7.4 Resultatdel - kvantitativt materiale

7.4.1 Resultater basert på analyse av innhentede kontaktoversikter

18 av 28 personer har samtykket i at forskeren fikk tillatelse til å kontakte fastlege for tilgang til kontaktoversikt. Foreløpig har det blitt returnert kontaktoversikt for 10 personer.

Kontaktoversikten viser en oversikt over antallet benyttede helsetjenester inntil fem år før og inntil et år etter behandlingsoppholdet ved traumetilbudet. Oversikten gir imidlertid ingen informasjon om det kvalitative innholdet i hver enkelt kontakt.

I det fleste tilfeller ble det registrert en økning i bruk av helsetjenester etter behandling, sammenlignet med før behandling. Økningen varierer imidlertid fra person til person. I noen tilfeller er den registrerte økningen minimal, i andre tilfeller er den registrerte økningen betydelig større. Med hensyn til taushetsplikt kan det ikke gis nærmere opplysninger om innhentede kontaktoversikter.

8. Diskusjon

Evalueringen av traumetilbudet ved Betania Malvik har hatt som formål å 1) undersøke behandlingens effekt og 2) undersøke om behandlingen bidrar til å bedre pasientenes livskvalitet og grad av mestring. Ved hjelp av både en kvalitativ og kvantitativ tilnærming til forskningsspørsmålene, har resultatdelen blitt utarbeidet på bakgrunn av et rikt datamateriale, bestående av både kvalitative forskningsintervju med respondenter og nærstående personer, samt kvantitative data i form av informasjon fra kontaktoversikt og et bredt spekter av spørreskjemaer for kartlegging av opplevd symptombelastning hos den enkelte. Det fremste mål med evalueringsarbeidet har vært å få et mest mulig beskrivende og helhetlig bilde av brukernes egne opplevelser og erfaringer med behandlingstilbudet. Det er brukernes subjektive opplevelser og erfaringer som danner bakgrunnen for innholdet i denne rapporten. Det er brukerne selv som ut ifra deres forforståelse er eksperter på sin egen situasjon, og som følgelig bør være primærkilden til kunnskap om behandlingen er virksom eller ikke. Informasjon som har fremkommet i intervju med nærstående personer har blitt ansett som en viktig komplement kilde til informasjon som fremkom i intervju med brukerne. Brukerne og nærstående personer har vært raus og villige til å dele av sine opplevelser og erfaringer. Gitt den grad av opplevd fortroligheten i intervjusituasjonene, har vi tillit til at de forhold respondentene oppga og beskrev var en beskrivelse av deres faktiske tidligere og nåværende situasjon og helsetilstand.

Foruten at brukernes subjektive opplevelser og erfaringer har blitt tillagt stor betydningen i rapporten, har forskningsspørsmålene også blitt belyst ut ifra innsamling og analyse av kvantitative data. Kvantitativt data gjør det mulig å foreta en systematisk kartlegging av sammenhenger mellom grad av bedring og endring og hva som kjennetegner personene som oppgir ulik grad av bedring og endring. Et datagrunnlag bestående av både kvalitative og kvantitative data, styrker studien på flere måter. Blant annet åpner det for muligheten til å se på eventuelle sammenhenger i datamaterialet, og dermed også gir et større grunnlag for en bredere forståelse av fenomenet det forskes på.

Som oppgitt i rapportens resultatdel, fremkom det i analysen 3 grupperinger med hensyn til egenopplevde endringer etter behandlingsoppholdet. Ved å sammenligne resultater fra kvalitative og kvantitative data, var det i denne gruppen et samsvar i datamaterialet på flere punkter. Den gruppen respondenter som i intervju oppga bedring/ending etter behandlingsoppholdet, skiller seg fra de andre to gruppene på flere måter. Den gjennomsnittlige symptombelastningen for både angst og depresjon var lavere for denne gruppen, sammenlignet med de to andre grupperingene. Denne gruppen var i tillegg den eneste gruppen hvor over halvparten av respondentene ikke hadde noen symptombelastning for angst, depresjon og somatisering i henhold til SCL-90. I forhold til traumespesifikke symptomer i form av symptombelastning for PTSD, skilte denne gruppen seg også ut sammenlignet med de to andre gruppene. 44% av respondentene i denne gruppen hadde en symptomstyrke for PTSD som ble karakterisert som mild. Ingen av respondentene som i intervju oppga ingen/midlertidig bedring/ending eller forverring hadde en tilsvarende mild symptombelastning. Dette er informasjon som står i samsvar med og bekrefter de forhold som fremkom i de kvalitative intervjuene.

Det som imidlertid også skiller denne gruppen fra de to andre gruppene, er at det i henhold til det kvantitative datamaterialet er en større spredning innad i gruppen. Blant annet fremkom det at 45% av respondentene som hadde en opplevelse av bedring/endring etter behandlingsoppholdet, hadde en høy symptombelastning både for angst, depresjon og somatisering. De høyest målte skårene for hele utvalget, på henholdsvis somatisering (GSI=3.3), angst (3.4) og depresjon (3.5), ble registrert i denne gruppa. Med hensyn til symptombelastning for PTSD var det 33 % og 22 % av respondentene som hadde en symptomstyrke av henholdsvis moderat og alvorlig karakter. 66 % av respondentene kvalifiserte også for en PTSD diagnose i henhold til DSM-IV. Den samme spredningen ble også observert i forhold til mål på mestring og tilpasningsevne, hvor skårene innad i gruppen varierte fra svært lav til høy grad av mestring og tilpasningsevne.

Dette er forhold som sammenlignet med de kvalitative intervjuene fremstår som motstridende. Det står heller ikke i samsvar med den informasjon som fremkom i intervju med nærstående personer, som utelukkende oppga positiv bedring/endring etter behandlingsopphold.

Årsaken til dette misforholdet kan være flere. At det både i intervju med respondentene og nærstående personer fremkommer en opplevelse av betydelige endring etter behandlingen, men at det på andre siden viser seg at flere av disse har høy grad av symptombelastning og en lav grad av mestring og tilpasningsevne, kan mulig forklares på flere måter. En mulig årsak kan være at respondentene hadde en enda høyere grad av symptombelastning før behandlingsoppholdet, og at det hadde blitt registrert en endring hvis vi også hadde hatt tilgang til skårer for respondentens symptombelastning før oppholdet. Det samme gjelder grad av mestring og tilpasningsevne. Også her kan en mulig årsak være at respondentene hadde en enda lavere grad av mestring og tilpasningsevne før behandlingen, og at denne endringen hadde blitt registrert hvis vi også hadde tilgang til pre-data. Dette er imidlertid forhold vi på bakgrunn av innsamlet data ikke kan si noe om, ettersom det ikke foreligger mål på verken symptombelastning eller grad av mestring og tilpasningsevne før behandlingsoppholdet.

Respondentene som i intervju oppga at de hadde en opplevelse av ingen og/eller midlertidig bedring/endring etter behandlingsoppholdet, hadde en gjennomsnittlig høy symptombelastning både for angst, depresjon og somatisering. 86 % av respondentene i denne gruppen rapporterte om en betydelig symptombelastning for angst, depresjon og somatisering, i henhold til SCL-90. Respondentene i denne gruppa rapporterte også om en gjennomsnittlig symptombelastning av alvorlig karakter for angst og depresjon i henhold til BDI og BAI. Dette er informasjon som sammenfaller med opplysninger som fremkom både i intervju med respondentene og i intervju med nærstående personer. Med hensyn til symptombelastning for PTSD var det 57 % av respondentene i denne gruppen som hadde en symptombelastning av alvorlig karakter. 85 % av respondentene kvalifiserte også for en PTSD diagnose i henhold til DSM-IV. I forhold til mål for grad av mestring og tilpasningsevne, ble det registrert en gjennomsnittlig lav skåre både for mestring og generell tilpasningsevne. Også dette er informasjon som står i overensstemmelse med opplysninger som fremkom i intervjuene.

Respondentene som i intervju oppga at de hadde en opplevelse av forverring etter behandlingsoppholdet, hadde i likhet med forrige gruppe også en gjennomsnittlig høy symptombelastning både for angst, depresjon og somatisering (SCL-90). Det som skiller de to gruppene, er en høyere gjennomsnittlig skåre både for angst, depresjon og somatisering i gruppen bestående av respondenter som hadde en opplevelse av forverring etter behandling. Mer finkalibrert mål for angst (BAI) og depresjon (BDI), viser tilsvarende gjennomsnittlige skårer for betydelig symptombelastning i de to gruppene, med unntak av en noe høyere depresjonsskåre for respondenter som hadde en opplevelse av forverring. Med hensyn til symptombelastning for traumespesifikke symptomer, var det 83% av respondentene som hadde en symptombelastning for PTSD av alvorlig karakter. Samtlige av respondentene i denne gruppe kvalifiserte for en PTSD diagnose. I forhold til mål for grad av mestring og tilpasningsevne, ble det i denne gruppen registrert en gjennomsnittlig lav skåre både for mestring og generell tilpasningsevne. Sammenlignet med de to andre gruppene, ble det i denne gruppen registrert de laveste skårene for både mestring og generell tilpasning. Sammenfattet er dette informasjon som stemmer overens med de opplysninger som fremkom i intervju med respondentene. Det står også i samsvar med den informasjon som fremkom i intervju med nærstående personer.

Den delen av studien som innbefatter informasjon fra innhentede kontaktoversikter, vil ikke bli ytterligere kommentert, utover det som fremgår i resultatdelen om at det i de fleste tilfellene ble registrert ulik grad av økning i bruk av helsetjenester etter behandling, sammenlignet med før behandlingen. I denne studien har vi vurdert at forbruk av helsetjenester er en indikator på helse.

9. Konklusjon

Sammenfattet kan det oppsummeres med at det ved sammenligning av kvalitative og kvantitative data, fremkom en klar overensstemmelse i gruppen respondenter som i intervju enten oppga en opplevelse av ingen/midlertidig endring eller forverring etter behandlingsopphold. I overensstemmelse med kvalitative data fremgår det at respondentene som hadde en opplevelse av forverring hadde en sammenlagt høyere symptombelastning og en lavere grad av mestring og tilpasningsevne, sammenlignet med respondenter som oppga ingen/midlertidig endring. Samlet sett var dette forventet ut ifra den informasjon som fremkom både i intervju med respondentene og i intervju med nærstående personer.

I gruppen av respondenter som i intervju oppga en opplevelse av bedring/ending fremgår det imidlertid flere uoverensstemmelser. I denne gruppen var det både forventet en gjennomsnittlig lavere symptombelastning for angst, depresjon, somatisering og traumespesifikke symptomer, samt en høyere grad av mestring og tilpasning, enn det som fremkom av det kvantitative datamaterialet. Det var også forventet at spredningen skulle være mindre innad i denne gruppen, ettersom det var denne gruppen som fremstod som mest homogen med tanke på informasjon som ble oppgitt i det kvalitative intervjuene.

Det som imidlertid må tas i betraktning i gjennomgangen av resultatene, er at det på bakgrunn av metodiske svakheter foreligger et manglende grunnlag for å besvare forskningsspørsmålet om behandlingens effekt. Det lar seg ikke gjøre å konkludere om effekt eller virkning av et gitt tiltak, med mindre man følger den metodiske standarden for randomiserte kontrollerte studier. Denne typen studier innebærer at den populasjonen man ønsker å studere randomiseres i to eller flere grupper, hvorav en den ene gruppen, ofte kalt intervensjonsgruppen får den behandlingen man ønsker å måle effekten av, og den andre gruppen (kontrollgruppe) får et kontrolltiltak eller ingen behandling. Deretter måles utfallet av tiltaket før og etter at det ble innført. Et annet forhold som kreves av vitenskapelige effektstudier, er at pasienter i henholdsvis intervensjonsgruppe og kontrollgruppe blir fulgt over tid. En slik langtidsoppfølging vil både kartlegge om en eventuell effekt vedvarer over tid, da det er vanlig at pasienter oppnår en umiddelbar, men midlertidig reduksjon i symptomer etter behandling. Det er også vanlig at økning i egenopplevd bedring i form av symptomreduksjon og mestringskompetanse, kan være en langsom prosess og at denne typen endringer oppstår gradvis i tiden etter behandlingen.

Evalueringen av traumetilbudet har ikke blitt gjennomført i tråd med de metodiske kravene som stilles til randomiserte kontrollerte studier. I løpet av forskningsprosessen har det fremkommet at de tiltakene som ble inkludert for å styrke studiens vitenskapelighet, av ulike grunner ikke var praktisk gjennomførbare. Imidlertid fremgår det av forskningslitteraturen på området at dette ikke er noe uvanlig for denne studien. Tvert i mot har det på internasjonalt nivå ikke blitt gjennomført noen randomiserte kontrollerte effektstudie av behandling som er utviklet for overgrepsofsatte (Jebsen, Svagaard, Thelle, McCullough & Martinsen, 2009). Trolig har dette en sammenheng med den kompleksiteten man møter i forskningen på dette konkrete feltet, og at de forskningsmessige forutsetningene er langt mer begrenset enn man i utgangspunktet tok høyde for. Tidlig i prosessen ble det gjort gjentatte forsøk på å gjennomføre evalueringsstudien etter flere av de metodiske kravene som stilles til kontrollerte randomiserte studier. Evalueringen av traumetilbudet ble opprinnelig planlagt å gjennomføres som en pre/post studie. Det ble også planlagt å observere et antall behandlingssesjoner fra gruppebehandlingen for å verifisere innholdet i de ulike behandlingsmetodene i behandlingstilbudet. Uten tilgang til konkret informasjon om hva behandlingen går ut på i praksis, har man heller ikke noe grunnlag for å uttale seg om behandlingens effekt, da innholdet i behandlingen ikke er kjent. Det planlagte forskningsdesignet ville gitt informasjon om pasientenes helsetilstand før og etter behandlingsoppholdet, og dermed også et grunnlag for å si noe om effekt på bakgrunn av eventuelle endringer ved å sammenligne predata med postdata. Av flere grunner viste det seg at det opprinnelig planlagte prosjektet ikke var gjennomførbart, noe som videre resulterte i et annet datamaterialet enn det som var beregnet, og følgelig andre forutsetninger for å besvare forskningsspørsmålet om behandlingens effekt.

Uten kontrollgruppe kan det på bakgrunn av datamaterialet ikke trekkes konklusjoner om endringene respondentene henviser til er et resultat av behandlingen eller et resultat av andre faktorer. Det vi imidlertid har kunnskap om at er felles for respondentene, er at de har gjennomført det samme behandlingsopplegget, og at hver enkelt respondent selv har klare subjektive oppfatninger om hvorvidt behandlingen har vært til hjelp eller ikke. Respondentenes egne beskrivelser om subjektive egenopplevde endringer, er et godt grunnlag for å si en del om behandlingen oppleves som virksom. Som nevnt tidligere er det rimelig å hevde at direkte tilbakemeldinger fra brukerne av behandlingstilbudet, er den mest verdifulle informasjonen man kan få tilgang til når det foretas en evalueringsstudie. Behandlingstilbudet er tilpasset og spesielt utviklet for en gitt pasientgruppe, og følgelig er det brukerne av behandlingstilbudet som best kan besvare om behandlingen oppleves som virksom eller ikke.

For å styrke hypotesen om eventuell behandlingseffekt, utover det hver enkelt respondent har beskrevet, har det i evalueringsstudien også blitt innsamlet komplementær informasjon fra nærstående, informasjon fra kontaktoversikt og et antall spørreskjemaer som dekker et bredt spekter av symptomatologi. Ut ifra dette har det sammenlagt fremkommet resultater som viser at brukerne har delte oppfatninger om behandlingens effekt. Flere respondenter har opplevd at de har blitt generelt bedre sammenlignet med før behandlingen, og at endringene har bidratt til mindre symptombelastning, økt livskvalitet, tilpasning og mestring i eget liv. Opplevelsen av bedring deles også av nærstående personer av respondentene. Det som imidlertid skiller denne gruppen fra de to andre gruppene, er at rundt halvparten av respondentene har en høy symptombelastning, samt lav grad av mestring og tilpasning, noe som ikke står i samsvar med beskrivelsene i intervjuene. På andre siden sett er det flere respondenter som enten har opplevd ingen og/eller midlertidige bedringer/endringer eller forverring etter behandlingsoppholdet. Det fremgår videre av disse respondentene har en felles opplevelse av at behandlingen har bidratt til ingen/midlertidige endringer eller forverring i forhold til symptombelastning, og ingen/midlertidige endringer eller forverret opplevelse av faktorer som bidrar til økt livskvalitet, tilpasning og mestring i eget liv. Også for denne gruppen respondenter deles opplevelsen av ingen/midlertidig og forverrede bedring/endring også av nærstående personer. Sammenfattet kan det oppsummeres med at resultater som fremgår av det kvantitative materialet i form av mål på opplevd symptombelastning og grad av mestring og tilpasning, med noen unntak bekrefter informasjonen som har fremkommet i det kvalitative datamaterialet.

Referanser

- Allen, J. G., Coyne, L., & Console, D. A. (2000). Course of illness following specialized inpatient treatment for woman with trauma-related psychopathology. *Bulletion of the Menninger Clinic*, 64, 235-256.
- American Psychological Association. (2004). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57, 1052-1059.
- American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. APA; November, 2004.
- Antonovsky, A. (1993) The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science Medicin*, 36, 725–33.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T. , Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bisson, J., (2005). *Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)*. John Wiley & Sons.
- Bisson, J., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S., (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104
- Cohen, J., Mannarino, A., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. Guilford Press, New York, NY.
- Deblinger, E., & Runyon, M. (2005). Understanding and treating feelings of shame in children who have experienced maltreatment. *Child Maltreatment*, 10, 364-376.
- Derogatis, L. R. (1983). *The Symptom Checklist -90 Revised: Administration, scoring and procedures manual II*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Dinwiddie, S., Heath, A.C., Dunne, M.P., et al. (2000). "Early sexual abuse and lifetime psychopathology: a co-twin-control study." *Psychological Medicine*, 30, 41–52.
- Duffy, M., Gillespie, K., & Clark, D.M., (2007). Post-traumatic stress disorder in the context of terrorism and other civil conflict in Northern Ireland: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 334. 1147-1154.
- Edmond, T., Rubin, A., & Wambach, K. G. (1999). The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse. *Social Work Research*, 23, 103-116.

Edmond, T., Sloan, L., & McCarty, D. (2004) Sexual abuse survivors' perceptions of the effectiveness of EMDR and eclectic therapy: A mixed-methods study. *Research on Social Work Practice, 14*, 259-272.

Ehlers, A., & Clark, D. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319-345.

Ehlers, A., Clark, D., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005) Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder: Development and evaluation, *Behaviour Research and Therapy, 43*, 413–431.

Foa, E. B. (1995). *The Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) manual*, National Computer Systems, Minneapolis, MN.

Foa, E. B., Cashman L., Jaycox L., & Perry K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the posttraumatic diagnostic scale. *Psychological Assessment, 9*, 445-451.

Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D.M., Tolin, D.F., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment, 11*, 303–314.

Foa, E. B., Keane, T.M., & Friedman, M.J. (2000). *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.

Foa, E. B., & Meadows, E. A., (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: a critical review. *Annual Review of Psychology, 48*, 449-480.

Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. R., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 12*, 65-76.

Holen, A. (1993) The North Sea oil rig disaster. I *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes* 471-478. New York: Plenum Press.

Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G. & Villasenor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 885-892.

Jebsen, E. K., Svagaard, T., Thelle, M., McCullough, L., & Martinsen, E., (2009). Inpatient Treatment for Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse: A Preliminary outcome study. *Journal of Trauma & Dissociation, 10*, 315-333.

National Institute for Clinical Excellence (2005). *Post traumatic stress disorder (PTSD): The*

management of adults and children in primary and secondary care. London: NICE Guidelines.

Nelson, E.C., Heath, A.C., Madden, P.A., et al. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59, 139–145

Nielsen, G. & Vassend, O. (1994). SCL-90R- Norsk oversettelse.

Norsk Psykologforening (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 9, 1127-1128.

Rothbaum, B. O., Astin, M. C., & Marsteller, F. (2005). Prolonged Exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 607-616.

Sachsse, U., Vogel, C. and Leichsenring, F. (2006). Results of psychodynamically oriented trauma-focused inpatient treatment for women with complex posttraumatic stress disorder (PTSD) and borderline personality disorder (BPD). *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70, 125-144.

Saunders, B.E., Berliner, L., & Hanson, R.F. (2004). *Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment*. Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center.

Seidler, G.H., & Wagner, F.E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36, 1515-1522.

Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures*. New York: Guilford Press.

Stalker, C. A., Palmer, S. E., Wright, D. C. and Gebotys, R. (2005). Specialized inpatient trauma treatment for adults abused as children: A follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 552-559.

Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I.C., Lowell, K., & Ogrodniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 330-338.

Wolfe, D. A., & Legate, B. L. (2004). Expert opinion on child sexual abuse: Separating myths from reality. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 339-343.

Wright, D. C., Woo, W. L., Muller, R. T., Fernandes, C. B. and Kraftcheck, E. R. (2003). An investigation of trauma-centered inpatient treatment for adult survivors of abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27, 393-406.

Young, J. E., & Brown, G. (2003). *Young schema questionnaire*. Cognitive Therapy Center, New York

Evaluering av traumetilbudet ved Betania Malvik.

(2003).