

**Krevjande situasjonar i psykisk helsevern for born og unge – behandlarar
si erfaring med og haldning til målretta trening og virtuell røyndom**

Signe Hjelen Stige , Gro Fjellheim , Irene Elgen og Endre Visted

Forfattarane oppgir ingen interessekonfliktar

Krevjande situasjonar i psykisk helsevern for born og unge – behandlarar

si erfaring med og haldning til målretta trening og virtuell røyndom

Når ein skal forsøke å forklare variansen ein ser i effekt av psykoterapi, kan så mykje som 5–6 % tilskrivast terapeuten som person – altså kven det er som gir behandlinga, og korleis dette blir gjort (Chow et al., 2015). Ein har til dømes sett at dei som sjølv i krevjande mellommenneskelege situasjonar er i stand til å respondere med tryggleik, varme, håp og empati, klarer å hjelpe fleire klientar (Anderson et al., 2009; Anderson et al., 2016). Forsking på kva som kjenneteiknar gruppa terapeutar som er særleg effektive, viser at desse evnar å få klientar med eit bredt spekter av vanskar til å føle seg forstått, å bygge tillit, gi klientane ei forklaring på vanskane som gjev mening for dei, og å få med seg klienten på eit felles terapeutisk prosjekt (Wampold, 2014). Frå eit langvarig fokus på differensiert effekt av ulike metodar har fokuset innan psykoterapifeltet difor dei siste tiåra i aukande grad blitt utvida til å inkludere terapeutfaktorar (McLeod, 2014).

Denne dreininga mot å forstå betre kva som kjenneteiknar skikkeleg gode terapeutar, har også tydeleggjort at den tradisjonelle konseptualiseringa av ekspertiseutvikling for terapeutar må justerast. Tradisjonelt har vi lagt vekt på klinisk erfaring og rettleiing i kombinasjon med kursing når vi har tenkt på utvikling av terapeutiske ferdigheiter og ekspertise innan psykisk helsevern. Psykoterapiforskinga har derimot vist at erfaring aleine ikkje er forbunde med å vere ein meir effektiv terapeut (Tracey et al., 2014). Heller ikkje kjønn, alder, teoretisk tilknyting eller arbeidsbelastning skil effektive frå mindre effektive terapeutar (Chow et al., 2015). Noko forsking viser også at sjølv om det er stor variasjon mellom terapeutar, er det ein tendens til at effektivitet går noko ned over tid, men at erfaring er forbunde med andre relevante mål, som lågare fråfall (Goldberg et al., 2016b).

Om vi skal sjå etter spor i psykoterapiforskinga som kan fortelje oss noko om korleis vi kan utvikle kliniske ferdigheiter og ekspertise i klinisk praksis, teiknar det seg nokre potensielle vegar. Chow og kollegaer (2015) fann til dømes at gruppa med mest effektive terapeutar brukte over dobbelt så mykje tid kvar veke på å observere og forbetre eige arbeid som dei minst effektive terapeutane. Forsking viser også at effektive terapeutar har ei høg grad av sjølvmedvit, dei er oppdaterte på forskingskunnskap, og søker stadig å forbetre seg (Wampold, 2014). Då Tracey og kollegaer (2014) skulle prøve å forklare kvifor terapeuteffektivitet såg ut til å gå ned over tid, peika dei til dømes på mangelen på tilbakemelding. Dette er interessant, fordi vekslinga mellom eksperttilbakemelding og medviten, systematisk øving på spesifikke læringsoppgåver inngår som heilt sentrale element i

målretta trening, som blir brukt som rammeverk for ekspertutvikling innan ei rekke fagfelt (Ericsson & Harwell, 2019).

Ulikt mange andre område har ikkje psykoterapi hatt noko heilskapleg og etablert tenking kring ekspertisebygging. Ein har heller ikkje sett same utvikling av effektivitet innan psykoterapifeltet som ein har sett innan andre disiplinær dei siste tiåra, til trass for at talet behandlingsmodellar har auka drastisk (Rousmaniere et al., 2017). Målretta trening har difor i aukande grad blitt lansert som eit mogleg svar på korleis ein kan jobbe for å utvikle kliniske ferdigheiter og ekspertise i klinisk praksis (Miller et al., 2020; Rousmaniere, 2016; Rousmaniere et al., 2017). Sjølv om det foreløpig er lite empiri på dette området og ein ikkje har studert inngåande korleis målretta trening fremmer utvikling av terapeutiske ferdigheiter, har ein eksempel på prospektive studiar som indikerer at det å introdusere fokus på målretta trening og utfall i klinikk aukar klinikarar sin effektivitet (Goldberg et al., 2016a), samt at det har potensial til å forbetre terapeutiske ferdigheiter (Goldberg et al., 2016a; Hill et al., 2020; Perlman et al., 2020; Westra et al., 2021).

Tilpassa ein klinisk kontekst kan målretta trening skje på ein rekke måtar, inkludert å observere video av krevjande situasjonar (eigne eller andre sine) for å auke sjølvmedvit og reguleringskapasitet, øve på å respondere på videoar av krevjande situasjonar for å utvide repertoar, øve på modellspesifikke intervensjonar og så vidare. Dei siste åra har teknologisk utvikling også gjort virtuell røyndom (VR) meir tilgjengeleg og brukarvennleg, og dermed eit potensielt hjelpemiddel for målretta trening av terapeutiske ferdigheiter. Med VR-teknologi blir sensorisk stimuli frå den fysiske verda bytt ut med simulerte scenarior som personen kan påverke og interagere med (Riva, 2022). Behandlarar kan til dømes på ein meir ektefølt måte få erfare korleis det er å sitte med ein pasient som ytrar suicidale tankar, eller ein pasient som er konfronterande og sint. I tillegg til å bli kjent med eigne reaksjonar kan ein øve på responsar i slike situasjonar, både på eiga hand, i rettleiing eller i ei gruppe med andre behandlarar. Dette gjer det mogleg å trene på utfordrande og risikofylte situasjonar, utan reell risiko. Studiar viser at VR kan bidra til engasjement og motivasjon, samt innlæring av nye ferdigheiter (Kyaw et al., 2019).

Sjølv om målretta trening og VR viser potensial som ein måte å jobbe systematisk med utvikling av terapeutferdigheiter på, er kunnskapsgrunnlaget enno tynnt (Clements-Hickman & Reese, 2020). Psykoterapi er ein særskild kompleks aktivitet, med eit utal rørelege delar, om ein kan kalle det det, som verkar saman. Terapi er i sin natur dialogisk, og kan ikkje eksistere utan samhandlinga mellom terapeuten og den eller dei ein skal hjelpe (Oddli, 2014). Samtidig er terapi ramma inn av

eit tydeleg makthierarki, der terapeuten ber eit særleg ansvar for prosessen. Inkludert i dette ansvaret ligg oppgåva med å tilpasse behandlinga til den enkelte (jf. prinsipperklæringa for evidensbasert psykologisk praksis; Norsk psykologforening, 2007) og kontinuerleg å evaluere om intervensjonar fungerer, og justere behandlinga deretter (jf. responsivitet; Stiles et al., 1998). Det å skulle prøve å peike på kva som kjenneteiknar effektive terapeutar, er difor ei krevjande oppgåve og fordrar at ein er sær sars audmjuk (McLeod, 2014). Samtidig har vi eit ansvar for å tilby behandling som hjelper, og unngå skade. Vi må tenke klokt kring korleis vi best kan legge til rette for utvikling av terapeutiske ferdigheiter og ekspertise, også etter fullført utdanning. Vi treng difor å vite noko om korleis dei som jobbar i psykisk helsevern, tenker kring det å skulle jobbe systematisk med utvikling av terapeutferdigheiter.

I ei tidlegare undersøking fant vi at det var tre situasjonar som utmerka seg ved både å førekomme hyppig og bli opplevd som særleg krevjande (Stige et al., 2019): Situasjonar der 1) klienten framstod som suicidal; 2) det var krevjande å etablere felles fokus for terapien, og; 3) klienten framstod som stille og passiv. I denne undersøkinga hadde vi derimot ikkje inkludert spørsmål kring målretta trening og VR. Det er også aspekt ved kliniske situasjonar innan psykisk helsevern for born og unge som ikkje vart godt fanga opp av den opphavelige spørjeskjemaundersøkinga, som det at ein jobbar med fleire ulike aktørar. Sidan førre undersøking har vi i tillegg i snart to år hatt ein pandemi og unntakstilstand som samfunn og helsevesen. I PBU har ein til dømes hatt ei kraftig auke i tilvisingar, auka ventetid og høgt arbeidspress (Bjørndal, 2021; Ramsvik & Pedersen, 2022). I denne artikkelen undersøker vi difor:

- 1 Kva erfaring har tilsette i psykisk helsevern for born og unge med målretta trening og VR, og kva haldningar har dei til å jobbe med utvikling av terapeutiske ferdigheiter innan eit slikt rammeverk?
- 2 Kva typar situasjonar opplever tilsette i psykisk helsevern for born og unge som særleg krevjande og nyttige å øve på?

Metode

Spørjeskjema og analysar

Spørjeskjemaet vart lagt inn i SurveyXact og hadde to hovuddelar. Spørsmål om erfaring og haldning til VR og målretta trening vart konstruert av prosjektgruppa, og bestod av ei blanding av spørsmål med svaralternativ og opne spørsmål. Spørsmål om opplevd vanskegrad og hyppigheit av ulike kliniske situasjonar tok utgangspunkt i den tidlegare undersøkinga (Stige et al., 2019) og nytta ein Likert-skala frå 1 til 5. Type situasjonar vart utvida og tilpassa konteksten psykisk helsevern born og unge, mellom anna ved å inkludere situasjonar med samhandling med føresette og samarbeidspartnarar. Denne delen av spørjeskjemaet vart også sendt til Torbjørn Nilsen ved NTNU. I tillegg inkluderte vi demografiske og yrkesmessige spørsmål. For komplett spørjeskjema, sjå appendiks. Statistiske analyser blei gjort med SPSS Statistics 28, og kvalitativ innhaldsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004) blei brukt på dei opne spørsmåla. Prosjektet er registrert i UiB sitt system RETTE (referanse C1705).

Rekruttering og datainnsamling

E-post med lenke til spørjeskjemaet vart sendt til alle tilsette i PBU i Helse Bergen i slutten av november 2021 med ei påminning i januar 2022. Undersøkinga var anonym, og gjennomføring vart rekna som samtykke til deltaking. Deltakarane genererte ein personleg kode som gjorde det mogleg å trekke samtykke til deltaking og be om sletting av data. Ingen deltakarar trekte seg.

Deltakarar

Av 290 potensielle deltakarar svarte 59 på undersøkinga (20 %). Over halvparten av deltakarane var psykologar (54 %). I tillegg svarte legar, sjukepleiarar, sosionomar, vernepleiarar og pedagogar. Av desse var 74 % kvinner og 38 % kliniske spesialistar, der 78 % jobba poliklinisk, 12 % i ambulerande team og 10 % på døgn. Nitti prosent var eldre enn 30 år, og det var flest i aldersgruppa 40–50 år (40 %). Dei hadde i snitt jobba klinisk med born og ungdom i 9.74 år ($SD = 7.4$) og hadde i snitt 15 klientkonsultasjonar i veka ($SD = 5.7$). Den låge svarprosenten må takast omsyn til når ein les resultata, då det er sannsynleg at interesse for VR og målretta trening har vore ein selekterande variabel.

Resultat

Erfaring med målretta trening og VR

Majoriteten av deltakarane hadde noko erfaring med rettleiing med utgangspunkt i video av eige terapeutisk arbeid (berre 38.2 % hadde inga erfaring med dette). VR og målretta trening var meir ukjent for deltakarane. Heile 60 % hadde aldri prøvd VR-briller, og berre 16.3 % av deltakarane hadde prøvd VR-briller som del av ferdigheitstrening. Deltakarane hadde også lite til inga erfaring med målretta trening som rammeverk for utvikling av terapeutferdigheiter (50.9 % hadde inga erfaring, berre 1.8 % hadde mykje erfaring). Interessa for å bruke målretta trening og VR som rammeverk for utvikling av terapeutiske ferdigheiter var derimot stor. Berre 1.7 % var ikkje interessert i målretta trening, og 5.6 % var ikkje interessert i å bruke VR i utvikling av terapeutiske ferdigheiter. Andelen som var ganske eller svært interessert i å bruke målretta trening og VR som rammeverk for utvikling av terapeutiske ferdigheiter, var på 72.2 %. Når det gjaldt måte å organisere målretta trening på, ynskte majoriteten (61.1 %) å ha ein kombinasjon av individuell trening og gruppediskusjonar. Berre 7.4 % ynskte at dette skulle inngå som ein del av rettleiinga dei alt mottok.

Innhaldsanalyse av dei opne svara viste at dei største fordelane deltakarane såg ved å introdusere målretta trening og VR i psykisk helsevern for born og unge, var moglegheita til å få trene på realistiske situasjonar, kunne øve utan at feil fekk konsekvensar, moglegheit for felles fokus på krevjande situasjonar, og det å kunne fokusere eksplisitt på å utvikle terapeutiske ferdigheiter. Dei største hindera deltakarane såg, var tidspress og at situasjonane ikkje skulle opplevast realistiske nok eller relevante i deira situasjon.

Særleg krevjande kliniske situasjonar

Som det kjem fram i tabell 1, var situasjonar der føresette framstod sinte og konfronterande den situasjonen deltakarane opplevde som mest krevjande ($M = 3.65$, $SD = 0.96$), etterfølgt av situasjonar der klienten ytra suicidale utsegn utan at ein fekk fram konkret informasjon om planar eller fekk etablert kriseplan ($M = 3.46$, $SD = 1.10$), og situasjonar der klienten framstod som passiv, stille og tilbaketrekt ($M = 3.44$, $SD = 1.00$). Over 50 % opplevde desse situasjonane som ganske eller svært krevjande. Korrelasjonsanalysar viste at arbeidserfaring, yrkesgruppe og omfang klientarbeid ikkje påverka opplevd vanskegrad, men eldre deltakarar opplevde situasjonar med sinte og konfronterande føresette ($r = -.303$, $p = .032$) og samarbeidspartnarar ($r = -.330$, $p = .022$) som mindre krevjande enn

yngrer deltakarar, og kvinner opplevde situasjonar der dei ikkje kjende empati for klient ($t = 2.66$, $p = .011$) eller føresette ($t = 2.21$, $p = .035$), som meir krevjande enn menn.

Som ein kan lese i tabell 2, stod deltakarane oftast i situasjonar der klienten framstod som passiv, stille og tilbaketrekt ($M = 3.59$, $SD = 0.83$), etterfølgt av situasjonar der pasienten framstod som overvelda ($M = 3.31$, $SD = 0.70$), og situasjonar der føresette var uroa for om klienten er suicidal ($M = 3.08$, $SD = 0.73$). Sjølv om desse tre situasjonane var hyppigast førekommande, var det stor skilnad i kor stor andel som opplevde slike situasjonar ofte eller svært ofte. Av deltakarene opplevde 54.2 % situasjonar der klienten framstod passiv, ofte eller svært ofte, og 50.9 % opplevde slike situasjonar som ganske eller svært krevjande. Til samanlikning opplevde 37.3 % av deltakarane ofte eller svært ofte at klienten framstod som overvelda, men berre 26.3 % opplevde denne typen situasjonar som ganske eller svært krevjande.

Tabell 1

Oversikt over dei situasjonane deltakarane opplevde som mest krevjande, samt andel som opplevde desse situasjonane ofte eller svært ofte.

Type situasjon	Gj.snitt ^a (SD)	Spenn	Ganske eller svært krevjande	Ofte eller svært ofte
Føresette framstår som sinte og konfronterande	3.65 (0.96)	2–5	59.6 %	8.5 %
Pasienten ytrar suicidale utsegn, utan at du får fram konkret informasjon om planar eller etablert kriseplan*	3.46 (1.095)	1–5	50.0 %	13.6 %
Pasienten framstår som passiv, stille og tilbaketrekt*	3.44 (1.00)	1–5	50.9 %	54.2 %
Føresette er veldig ueinige om kva som er situasjonen*	3.37 (0.938)	1–5	47.4 %	6.8 %
Føresette har vanskar med å forhalde seg til terapeutiske rammer (grensesetting)	3.30 (1.043)	2–5	44.6 %	8.5 %
Føresette framstår som overvelda/ dysregulert	3.25 (1.142)	1–5	47.3 %	10.3 %
Samarbeidspartnarar (f.eks. i skule)	3.18 (1.042)	1–5	43.6 %	0 %

Type situasjon	Gj.snitt [^] (SD)	Spenn	Ganske eller svært krevjande	Ofte eller svært ofte
eller barnevern) framstår som sinte og konfronterande				

Merknad. SD: standardavvik; gj.snitt: gjennomsnitt. *Situasjonar som både var blant dei mest krevjande og hyppigast førekommande.

[^]Likert-skala 1–5: 1 = ikkje krevjande i det heile tatt, 2 = litt krevjande, 3 = noko krevjande, 4 = ganske krevjande, 5 = svært krevjande

Tabell 2

Oversikt over dei situasjonane deltakarane opplevde hyppigast, samt andel som opplevde desse situasjonane som svært eller ekstremt krevjande.

Type situasjon	Gj.snitt [^] (SD)	Spenn	Ofte eller svært ofte	Ganske eller svært krevjande
Pasienten framstår som passiv, stille og tilbaketrekt*	3.59 (0.833)	2–5	54.2 %	50.9 %
Pasienten framstår som overvelda/dysregulert	3.31 (0.701)	2–5	37.3 %	26.3 %
Føresette er bekymra for om pasienten er suicidal	3.08 (0.726)	1–5	20.3 %	32.1 %
Det er vanskeleg å etablere og oppretthalde felles fokus for det terapeutiske arbeidet	2.98 (0.656)	1–4	18.6 %	26.3 %
Føresette snakkar mykje, og det er vanskeleg å sleppe til som behandlar	2.86 (0.601)	1–4	10.2 %	29.8 %
Føresette er veldig ueinige om kva som er situasjonen*	2.86 (0.507)	2–4	6.8 %	47.4 %
Pasienten ytrar suicidale utsegn, utan at du får fram konkret informasjon om	2.85 (0.847)	1–5	13.6 %	50.0 %

Type situasjon	Gj.snitt [^] (SD)	Spenn	Ofte eller svært ofte	Ganske eller svært krevjande
planar eller etablert kriseplan*				

Merknad. SD: standardavvik; gj.snitt: gjennomsnitt. *Situasjonar som både var blant dei mest krevjande og hyppigast førekommande.

[^]Likert-skala 1–5: 1 = aldri, 2 = sjeldan, 3 = nokre gonger, 4 = ofte, 5 = svært ofte

Tre situasjonar var både blant dei hyppigast førekommande og mest krevjande (klienten framstår passiv; ueinigheit blant føresette om situasjonen; klienten ytrar suicidale utsegn).

Diskusjon og implikasjonar

Openheita som deltakarane viser for å ta i bruk målretta trening og VR som ein måte å styrke eigne terapeutiske ferdigheiter på, er i tråd med tidlegare forskning på terapeututvikling (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Terapeutar ynskjer å bli betre, men metodane vi så langt har brukt for å få til dette, har i lita grad påverka faktiske ferdigheiter hos terapeutane (Rousmaniere et al., 2017, s. 24). Forsking har vist at terapeutar ikkje automatisk blir betre med erfaring (Tracey et al., 2014), og at det å introdusere eit eksplisitt fokus på målretta trening og utfall kan gjere terapeutar betre i stand til å hjelpe klientane sine (Goldberg et al., 2016a). Samtidig er målretta trening kognitivt krevjande og tek tid (Chow et al., 2015; Ericsson & Harwell, 2019; Rousmaniere et al., 2017). Sjølv om utvalet er lite, og truleg er selektert på interesse for VR og målretta trening, er det interessant at deltakarane var så positive til å prøve ut denne tilnærminga til utvikling av terapeutferdigheiter gitt ein situasjon med stort arbeidspress. Deltakarane viser likevel medvit om betydinga av strukturell tilrettelegging for å kunne bruke eit slikt rammeverk, der tidspress blei vurdert som det største hinderet. Funna peikar difor på betydinga av måten helseføretak og arbeidsgivarar tenker kring, og legg til rette for, fortsatt utvikling av terapeutiske ferdigheiter, og kva aktivitetar som blir vurdert som naudsynt og tilstrekkeleg for å oppnå dette.

I tråd med tenkinga kring målretta trening (Ericsson & Harwell, 2019; Rousmaniere et al., 2017) ynskte majoriteten av deltakarane å kunne veksle mellom å trene på eiga hand og grupperefleksjon. Dette er sentralt, fordi eigentrening er avgjerande for å utvikle ferdigheiter innan

dette rammeverket, samtidig som tilbakemelding og moglegheit til å få hjelp til å finne konkrete læringsoppgåver også er naudsynt (Rousmaniere et al., 2017, s. 26). Moglegheita for veksling mellom eigentrening og felles refleksjon heng også saman med fordelane deltakarane ser med denne typen øving, der dei i fellesskap kan fokusere på krevjande kliniske situasjonar. Desse ynskja fell også saman med tenking kring ekspertiseutvikling innan psykoterapi, der ein etter fullført utdanning i større grad kan bruke kollegaer og eiga erfaring som hjelp til å få tak i kva som er dei kliniske styrkane ein har, og kva ferdigheiter ein treng å øve på (Rousmaniere et al., 2017). Eksperttilbakemelding inngår likevel som eit sentralt element i målretta trening (Ericsson & Harwell, 2019), og var ein viktig del av studien der introduksjon av fokus på målretta trening og utfall auka terapeutane sin effektivitet (Goldberg et al., 2016a).

Resultata frå undersøkinga indikerer også kva situasjonar behandlarar i psykisk helsevern for born og unge opplever som særleg krevjande, og difor relevante å øve på. I tråd med resultata i den opphavlege undersøkinga (Stige et al., 2019) opplevde også deltakarane i denne undersøkinga at situasjonar der klienten ytrar suicidale utsegn, og situasjonar der klienten er passiv og tilbaketrekt, både skjer ganske ofte og er krevjande å stå i. Situasjonar der klientar er passive og tilbaketrekte er likevel rapportert å skje hyppigare i denne undersøkinga. Av deltakarane rapporterte 30,2 % å oppleve slike situasjonar ofte eller svært ofte i den opphavlege undersøkinga (Stige et al., 2019), medan 54,2 % av deltakarane i denne undersøkinga rapporterte å oppleve slike situasjonar ofte eller svært ofte. Dette er i tråd med forskning, som viser at fråfallsraten i psykisk helsevern for born og unge er høg (de Haan et al., 2013), og der det å engasjere ungdomsklientar i eit felles terapeutisk prosjekt både er ei sentral og ei krevjande klinisk oppgåve som behandlarar brukar mange ulike strategiar for å løyse (Stige et al., 2021).

Situasjonar der føresette vart sinte, var likevel den mest krevjande situasjonen for deltakarane i denne undersøkinga. Dette vart opplevd som meir krevjande enn situasjonar der klienten ytra suicidale utsegn. Resultata frå denne undersøkinga er i så måte i tråd med det som kom fram under dei opne spørsmåla i førre undersøking, der situasjonar der føresette var aggressive eller hadde kopla seg av ansvaret for vanskaner til barnet/ungdommen, utgjorde konkrete eksempel på situasjonar som ikkje vart fanga opp av spørjeskjemaet (Stige et al., 2019).

Det at ein så aktivt må forhalde seg til føresette og samarbeidspartnarar, er noko av det som skil arbeid i psykisk helsevern for born og unge frå andre deler av psykisk helsevern, og fem av dei sju mest krevjande situasjonane i denne undersøkinga omhandlar situasjonar med føresette

eller samarbeidspartnarar. Resultata har difor viktige implikasjonar for tenking kring utvikling av terapeutferdigheiter etter fullført utdanning, der klinisk kontekst, som alder på klientar, kan ha betydning for kva type ferdigheiter og situasjonar som er særleg relevante å øve på.

Resultata viser også at det er stor variasjon i kor krevjande ulike behandlarar opplever dei ulike situasjonane, uttrykt både gjennom stor range og stort standardavvik, og at alder påverkar kor krevjande det opplevast at føresette og samarbeidspartnarar blir sinte og konfronterande. I tillegg ser vi at kjønn påverka opplevd vanskegrad av det å ikkje kjenne empati for klient eller føresette. Dette peiker på betydninga av å legge inn stor grad av fleksibilitet i måten målretta trening blir organisert på, for å sikre at flest mogleg får øve på situasjonar dei opplever som krevjande og relevante. Dette vil vere i tråd med modellen for ekspertiseutvikling presentert av Rousmaniere og kollegaer (2017), der det særleg etter fullført utdanning er viktig med individuelle mål for ekspertiseutvikling. Ein viktig del av dette vil truleg vere å utvikle eit stort utval videoar ein kan trene på ved hjelp av VR, både når det gjeld type situasjonar og vanskegrad.

Metoderefleksjon og framtidig forskning

Resultata er basert på eit lite bekvemmelighetsutval med låg svarprosent. Sjølv om deltakarane gjenspegla personalsamansetninga knytt til utdanning, kjønn og alder er det sannsynleg at interesse for VR og målretta trening har vore ein selekterande variabel. Det blir difor viktig å undersøke om resultata kan overførast til andre behandlingskontekstar. Undersøkinga viser at dei deltakarane som svarte, ser eit potensial i målretta trening og VR for å utvikle terapeutiske ferdigheiter innan psykisk helsevern, sjølv om dei hadde lite erfaring med ein slik måte å jobbe på. Denne undersøkinga dannar difor grunnlag for å kunne tenke kring moglege måtar å utforme og prøve ut trening av kliniske ferdigheiter i psykisk helsevern på, inkludert betydninga av å ta omsyn til individuell variasjon i opplevd vanskegrad. Undersøkinga seier likevel ingenting om korleis implementering av ei slik trening vil bli tatt imot eller effekten av ein slik måte å organisere trening av kliniske ferdigheiter på. Dette peikar på viktig framtidig forskning for å kunne vurdere potensialet i eit slikt rammeverk for profesjonell utvikling. Slik forskning bør inkludere mål på endring i opplevd vanskegrad, pasientutfall og behandlarar sine mellommenneskelege ferdigheiter (t.d. FIS; Anderson et al., 2009, 2016), samt behandlarar si oppleving av slik trening.

Konklusjon

Overordna viser undersøkinga at deltakarane såg potensialet i målretta trening og VR som ein måte å utvikle terapeutiske ferdigheiter på. Samtidig peika dei på viktige strukturelle og organisatoriske hindringar, som tidspress og opplevd relevans av kliniske situasjonar. Undersøkinga viser at behandlarar i psykisk helsevern for born og unge står i mange krevjande situasjonar som samsvarer med situasjonar behandlarar elles står i, til dømes der klienten er suicidal eller stille og passiv. Undersøkinga peikar også på særigne, krevjande situasjonar for behandlarar i psykisk helsevern for born og unge, der fem av dei sju mest krevjande av desse omhandla situasjonar med føresette eller samarbeidspartnarar. Det var stor variasjon i kor krevjande ulike behandlarar opplevde ulike situasjonar. Dette peikar på betydninga av å tilpasse øvingsfokus både til kontekst og til den individuelle behandlar. Undersøkinga er basert på eit lite bekvemmelighetsutval med låg svarprosent. Ein er difor avhengig av framtidig forskning for å avgjere overførbarheita av funna og vurdere effekten av eit slikt rammeverk for trening av kliniske ferdigheiter.

Appendiks: Komplette spørjeskjema

Ved Psykologisk universitetspoliklinikk har vi over tid jobba for å vidareutvikle måtar å styrke terapeutiske ferdigheiter på. Som del av dette arbeidet har vi utvikla videoscener av krevjande kliniske situasjonar og ser på korleis vi kan bruke VR-briller til å øve – både med tanke på kva som skjer i oss som terapeutar, og måtar å romme det på, samt å trene på moglege måtar å respondere på i desse situasjonane. Vi har eit godt grunnlag for situasjonar som er relevante i ein norsk kontekst innan psykisk helsevern for vaksne, men vi ynskjer å utvide til også klinisk relevante situasjonar innan psykisk helsevern for born og ungdom.

I samarbeid med PBU i Helse Bergen ynskjer vi å kartlegge interesse i klinikkane for ein slik måte å utvikle terapeutferdigheiter på, og kva situasjonar de i klinikkane hadde opplevd som særleg nyttige å øve på. Under er det difor nokre spørsmål som går på type situasjonar de opplever som krevjande, og som hadde vore nyttige å øve på, samt erfaring og interesse i å bruke VR som ei ramme for slik målretta trening på krevjande kliniske situasjonar. Undersøkinga er anonym, men vi kjem til å spørje om arbeidsplass og grunnutdanning for å kunne gjere gode val med tanke på kva type

situasjonar som er mest nyttige å øve på i ulike kontekstar. Håpar du har moglegheit til å svare på korleis dette ser ut frå ditt perspektiv.

På forhand takk for hjelpa

- 1 I kva klinisk kontekst jobbar du? (poliklinikk/ambulerande team/døgn)
- 2 Kor mange møter har du med pasientar / føresette / samarbeidspartnarar i gjennomsnitt per veke? (opent spm)
- 3 Under har vi lista opp eksempel på krevjande mellommenneskelege situasjonar vi tenker kan være relevante som utgangspunkt for å lage videoar. I tabellen under kan du skrive inn et tall mellom 1 og 5 for kor ofte du opplever kvar av situasjonane (1 = aldri, 2 = sjeldan, 3 = nokre gonger, 4 = ofte, 5 = svært ofte), og kor krevjande du opplever situasjonane (1 = ikkje krevjande i det heile tatt, 2 = litt krevjande, 3 = noko krevjande, 4 = ganske krevjande, 5 = svært krevjande)

Type situasjon	Kor ofte (1–5)	Kor krevjande (1–5)
Pasienten framstår som sint og konfronterande/utagerande		
Føresette framstår som sinte og konfronterande («Du kan ikkje hjelpe oss»)		
Samarbeidspartnarar (f.eks i skule eller barnevern) framstår som sinte og konfronterande		
Pasienten framstår som passiv, stille og tilbaketrukken («Eg veit ikkje kva eg skal snakke om»)		
Føresette framstår som passive, stille og tilbaketrukne		
Føresette framstår som forvirra og ettergivande		
Pasienten framstår som overvelda/dysregulert		
Føresette framstår som overvelda/dysregulert		
Pasienten ytrar suicidale utsegn, utan at du får fram konkret informasjon om planar eller etablert kriseplan		
Føresette er bekymra for om pasienten er suicidal		

Type situasjon	Kor ofte (1–5)	Kor krevjande (1–5)
Samarbeidspartnarar er bekymra for om pasienten er suicidal		
Pasienten snakkar mykje og det er vanskeleg å sleppe til som behandlar		
Føresette snakkar mykje og det er vanskeleg å sleppe til som behandlar		
Det er vanskeleg å etablere og oppretthalde felles fokus for det terapeutiske arbeidet		
Føresette er veldig ueinige om kva som er situasjonen		
Føresette har vanskar med å forholde seg til terapeutiske rammer (grensesetting)		
Det er stor avstand mellom dine og føresette sine verdiar		
Det er vanskeleg å kjenne empati for pasienten		
Det er vanskeleg å kjenne empati for føresette		

- 1 Med utgangspunkt i di erfaring og arbeidssituasjon: Kva typar kliniske situasjonar hadde det vore nyttig å få øve seg på ved hjelp av video/VR? (opent spm)

Vi ynskjer no å høyre litt om di erfaring og tankar kring det å bruke video og VR som ein måte å trene på terapeutiske ferdigheiter:

- 1 I kva grad har du erfaring med å bruke video som del av rettleiing og trening på kliniske ferdigheiter (Likert 1–5: 1 inga erfaring, 2 har prøvd, 3 noko erfaring, 4 en del erfaring, 5 mykje erfaring)
- 2 I kva grad har du erfaring med å bruke VR-briller generelt? (Likert 1–5: 1 inga erfaring, 2 har prøvd, 3 noko erfaring, 4 en del erfaring, 5 mykje erfaring)
- 3 I kva grad har du erfaring med å bruke VR-briller som ein måte å trene på ferdigheiter? (Likert 1–5: 1 inga erfaring, 2 har prøvd, 3 noko erfaring, 4 en del erfaring, 5 mykje erfaring)
- 4 Kva erfaring har du med å bruke målretta trening (deliberate practice) som ein måte å trene opp terapeutferdigheiter? (Likert 1–5 : 1 inga erfaring, 2 har prøvd, 3 noko erfaring, 4 en del erfaring, 5 mykje erfaring)

- 1 a) I kva grad er du interessert i å prøve ut å bruke målretta trening som rammeverk for å trene opp terapeutferdigheiter? (Likert 1–5: 1 ikkje interessert, 2 litt interessert, 3 noko interessert, 4 ganske interessert, 5 svært interessert)
- 1 b) Utdjup (opent spm)
- 1 a) I kva grad er du interessert i å prøve ut å bruke videoar av krevjande situasjonar og VR-briller som ein måte å trene opp terapeutiske ferdigheiter? (Likert 1–5: 1 ikkje interessert, 2 litt interessert, 3 noko interessert, 4 ganske interessert, 5 svært interessert)
- 1 b) Utdjup (opent spm)
- 1 a) Dersom du skulle ha brukt videoar av krevjande situasjonar og VR-briller som ein måte å trene opp terapeutiske ferdigheiter, korleis hadde du føretreke å øve? (individuell / gruppe / kombinasjon av individuell og gruppediskusjonar / som del av rettleiinga eg allereie mottek)
- 1 b) Utdjup (opent spm)
- 1 Kva ville vore den største fordelane eller moglegheitene ved å prøve ut VR-briller som ein måte å trene opp terapeutiske ferdigheiter? (opent spm)
- 2 Kva ville vore dei største hindra eller utfordringane for å prøve ut VR-briller som ein måte å trene opp terapeutiske ferdigheiter? (opent spm)

Heilt til slutt håpar vi du kan svare på litt bakgrunnsinformasjon:

- 1 Kva grunnutdanning har du? (psykolog/lege/sjukepleiar/sosionom/vernepleiar/pedagog)
- 2 Har du klinisk spesialitet? (ja/nei)
- 3 Kor mange år har du jobba klinisk med barn og ungdom? (opent spm)
- 4 Kjønn (mann/kvinne)
- 5 Kor gamal er du? (20–30/ 30–40/ 40–50/ 50–60/ +60)
- 6 Er det andre ting du ynskjer å få fram som vi ikkje har spurt om? (opent Spm)

Tusen takk for hjelpa!

Referanser

- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, J. K. & Uhlin, B. D. (2016). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, 1–19. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1049671>
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J. & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 755–768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- Bjørndal, D. (2021, 11. april). Barn og unge sliter: – Har aldri opplevd så stor pågang. *Bergensavisen*. <https://www.ba.no/barn-og-unge-sliter-har-aldri-opplevd-sa-stor-pagang/s/5-8-1585890>
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A. & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337–345. <https://doi.org/10.1037/pst0000015>
- Clements-Hickman, A. L. & Reese, R. J. (2020). Improving therapists' effectiveness: Can deliberate practice help? *Professional Psychology: Research and Practice*, 51(6), 606–612. <https://doi.org/10.1037/pro0000318>
- de Haan, A. M., Boon, A. E., de Jong, J. T., Hoeve, M. & Vermeiren, R. R. (2013). A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. *Clinical psychology review*, 33(5), 698–711. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.005>
- Ericsson, K. A. & Harwell, K. W. (2019). Deliberate Practice and Proposed Limits on the Effects of Practice on the Acquisition of Expert Performance: Why the Original Definition Matters and Recommendations for Future Research. *Frontiers in Psychology*, 10, 2396. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02396>
- Goldberg, S. B., Babins-Wagner, R., Rousmaniere, T., Berzins, S., Hoyt, W. T., Whipple, J. L., Miller, S. D. & Wampold, B. E. (2016a). Creating a climate for therapist improvement: A case study of an agency focused on outcomes and deliberate practice. *Psychotherapy*, 53(3), 367–375. <https://doi.org/10.1037/pst0000060>
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Wampold, B. E., & Hoyt, W. T. (2016b). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 1–11. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000131>

- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Hill, C. E., Kivlighan, D. M. III, Rousmaniere, T., Kivlighan, D. M., Jr., Gerstenblith, J. A. & Hillman, J. W. (2020). Deliberate practice for the skill of immediacy: A multiple case study of doctoral student therapists and clients. *Psychotherapy*, 57(4), 587–597. <https://doi.org/10.1037/pst0000247>
- Kyaw, B. M., Saxena, N., Posadzki, P., Vseteckova, J., Nikolaou, C. K., George, P. P., Divakar, U., Masiello, I., Kononowicz, A. A., Zary, N. & Tudor Car, L. (2019). Virtual Reality for Health Professions Education: Systematic Review and Meta-Analysis by the Digital Health Education Collaboration. *Journal of Medical Internet Research*, 21(1), e12959. <https://doi.org/10.2196/12959>
- McLeod, J. (2014). Learning the craft: towards a socio-historical understanding of therapist development. I A. von der Lippe, H. A. Nissen-Lie & H. W. Oddli (red.), *Psykoterapeuten. En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi* (s. 194–209). Gyldendal Akademisk.
- Miller, S. D., Hubble, M. A. & Chow, D. (2020). *Better results: Using deliberate practice to improve therapeutic effectiveness* (1. utg.). American Psychological Association.
- Norsk psykologforening. (2007). Prinsipperklæringen om evidensbasert praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(9), 1127–1128.
- Oddli, H. W. (2014). Klinisk ekspertise: Hvordan bruker erfarne terapeuter kunnskap? I A. von der Lippe, H. A. Nissen-Lie & H. W. Oddli (red.), *Psykoterapeuten. En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi* (s. 70–93). Gyldendal Akademisk.
- Orlinsky, D. E. & Rønnestad, M. H. (2005). Theoretical integration: Cycles of work and development. I D. E. Orlinsky, M. H. Rønnestad & Collaborative Research Network of the Society for Psychotherapy Research (red.), *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth* (s. 161–181). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11157-000>
- Perlman, M. R., Anderson, T., Foley, V. K., Mimnaugh, S. & Safran, J. D. (2020). The impact of alliance-focused and facilitative interpersonal relationship training on therapist skills: An RCT of brief training. *Psychotherapy Research*, 30(7), 871–884. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1722862>

- Ramsvik, M. & Pedersen, K. (2022, 5. januar). Haukeland har behandlet 1000 flere psykisk syke barn og unge. Samtidig har ventetiden økt. *Bergens Tidende*. <https://www.bt.no/nyheter/lokalt/i/dnbVOA/haukeland-har-behandlet-1000-flere-psykisk-syke-barn-og-unge-samtidig>
- Riva, G. (2022). Virtual reality in clinical psychology. Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology. *Elsevier*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818697-8.00006-6>
- Rousmaniere, T. (2016). *Deliberate Practice for Psychotherapists: A Guide to Improving Clinical Effectiveness* (1. utg.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315472256>
- Rousmaniere, T., Goodyear, R. K., Miller, S. D. & Wampold, B. E. (red.). (2017). *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training*. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119165590>
- Stige, S. H., Dundas, I., Schanche, E. & Hjeltnes, A. (2019). Kva typar mellommenneskelege situasjonar møter norske psykologar oftast og som mest krevjande? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(8), 572–580. <https://doi.org/10.52734/P3K74Wu9>
- Stige, S. H., Eik, I., Oddli, H. W. & Moltu, C. (2021). Negotiating System Requirements to Secure Client Engagement – Therapist Strategies in Adolescent Psychotherapy Initiated by Others. *Frontiers in psychology*, 12, 704136. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.704136>
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L. & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 439–458. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x>
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., Goodyear, R. K. & Anderson, N. B. (2014). Expertise in Psychotherapy. *American Psychologist*, 69(3), 218–229. <https://doi.org/10.1037/a0035099>
- Wampold, B. E. (2014). The contribution of the therapist to psychotherapy. Characteristics and actions of effective therapists. I A. von der Lippe, H. A. Nissen-Lie & H. W. Oddli (red.), *Psykoterapeuten. En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi* (s. 51–68). Gyldendal Akademisk.
- Westra, H. A., Norouzian, N., Poulin, L., Coyne, A., Constantino, M. J., Hara, K., Olson, D. & Antony, M. M. (2021). Testing a deliberate practice workshop for developing appropriate responsivity to resistance markers. *Psychotherapy*, 58(2), 175–185. <https://doi.org/10.1037/pst0000311>