

Sykepleien

ESSAY

Pasienter med traumer unngår helsehjelp når helsepersonellet mangler kunnskap

Traumer øker risikoen for både fysiske plager og vanskelige pasientmøter. Manglende traumebevissthet hos helsepersonell kan derfor få alvorlige følger for behandlingen.

[Rebecka Mikkelsen](#)

Privatpraktiserende psykolog

Jessheim kommune

[Psykisk helse](#)

[Sekundærtraumatisering](#)

Sykepleien 2025;113(101274):e-101274

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2025.101274](#)

Hovedbudskap

Traumer setter spor i både kropp og atferd og kan prege pasientens møte med helsevesenet på komplekse – og ofte misforståtte – måter. Når helsepersonell mangler kunnskap om traumereaksjoner, kan det øke risikoen for retraumatisering og at pasienter unngår å søke hjelp. Traumebevissthet bør derfor være en grunnkompetanse i all pasientnær helsetjeneste.

Traumatiske livshendelser har berørt mennesker i alle tider, og de er fortsatt en del av oss i dag. Begrepet «traume» betyr sår og viser til den uhelbredede skaden en traumatisk hendelse kan etterlate (1). Slike sår kan gi seg uttrykk i traumereaksjoner som følger personen lenge etter hendelsen.

Det er anerkjent at traumer ikke bare setter spor i sinnet, men også i kroppen og i hele måten mennesket erfarer verden på (2, 3).

I dag finnes det solid forskningsmessig grunnlag for å si at mennesker som har vært utsatt for traumer – spesielt barndomstraumer – har økt risiko for å utvikle fysiske helseplager (4, 5). Det er derfor nærliggende å anta at de også vil ha et større behov for kontakt med helsevesenet.

Helsepersonell møter pasienten tett på kroppen

Som helsepersonell står vi i særstilling fordi vi kommer tett inn på pasienten. Psykologer, psykiatere og sykepleiere med spesialisering i psykisk helse får særlig innsyn i pasientens sinn. Gitt disse faggruppenes spisskompetanse innen psykisk helse kan man også forvente at de har kunnskap om traumer.

Samtidig kommer også andre helseprofesjoner tett innpå pasienten. Flere av dem må i tillegg ha direkte kontakt med pasientens kropp for å kunne gi helsehjelp – for eksempel fysioterapeuter, sykepleiere og helsefagarbeidere. Hos disse faggruppene er det mindre tydelig om det kan forventes at den enkelte har kompetanse på traumer.

I alle disse kliniske settingene ligger det som en forutsetning at denne nærheten skal aksepteres av begge parter. Men hva skjer når en traumatisert person skal slippe andre mennesker så tett inn på seg – og helsepersonellet mangler traumekompetanse?

Traumer gjør pasientatferd vanskelig å forstå

I møte med helsevesenet kan traumepasienter trigges av situasjoner og rutiner som for helsepersonell fremstår som dagligdagse (5).

Samtidig er det ikke gitt at en pasient med traumediagnose finner det riktig eller naturlig å opplyse om diagnosen idet han eller hun håndhilser på helsepersonellet. Det er heller ikke sikkert at pasienten er utredet og diagnostisert, eller selv forstår at vedkommende bærer på traumereaksjoner.

«I møte med helsevesenet kan traumepasienter trigges av situasjoner og rutiner som for helsepersonell fremstår som dagligdagse.»

Pasientens atferd og reaksjoner kan dermed bli uforståelige – både for pasienten selv og for helsepersonellet. En pasient som vegrer seg for nødvendig helsehjelp, kan oppfattes som uansvarlig. En som fremstår agitert og kontrollerende, kan oppfattes som vanskelig. Unngåelsesatferd og dysregulering kan imidlertid være uttrykk for traumereaksjoner.

Pasientens traumer behøver ikke alltid formidles verbalt; de kan komme til uttrykk gjennom atferd og reaksjonsmønstre. For å oppfatte dette må helsepersonellet ha i tankene at nettopp traumer kan ligge til grunn for utfordrende pasientatferd. Det forutsetter blant annet kunnskap om hvordan traumereaksjoner kan arte seg.

For at møtet mellom pasient og helsepersonell skal bli en god opplevelse, er det også nødvendig at helsepersonellet vet hvordan de kan forholde seg på en hensiktsmessig måte til en traumatisert pasient.

Manglende traumebevissthet får konsekvenser

I et debattinnlegg i tidsskriftet Sykepleien skriver en pasient med posttraumatisk stresslidelse (PTSD) om sin opplevelse av fysioterapibehandling, og hvilken forskjell det gjorde at fysioterapeuten hadde traumekompetanse (6).

Behandlingsforløpet hos fysioterapeuten uten slik kompetanse opplevdes derimot som retraumatiserende, og den påfølgende psykologtimen måtte brukes til å stabilisere pasienten.

Hvor utbredt traumebevissthet er i helsevesenet som helhet – enten det er hos fysioterapeuten eller på fastlegens kontor – er uklart. Pasientfortellinger fra praksis tyder likevel på at mangel på traumebevissthet kan få tydelige konsekvenser for både pasientmøter og behandlingsforløp.

Nedenfor presenteres et kasus som illustrerer et ikke helt uvanlig scenario i terapirommet.

Sykepleierens berøring ble til overgriperens

«Bente» vokste opp i et hjem der hun som barn ble utsatt for gjentatte seksuelle overgrep, i tillegg til fysisk og psykisk vold. I voksen alder fikk hun diagnosen kompleks PTSD. Hun hadde også fibromyalgi, diabetes, overspisingsslidelse og sykelig overvekt. På grunn av et kronisk sår på halebenet trengte hun regelmessig sårstell utført av sykepleier.

I begynnelsen fulgte Bente opp behandlingen, men etter en rekke episoder med retraumatisering under sårstellet begynte hun å unngå den. Dagene før sårbehandlingen var preget av angstanfall og søvnløshet.

«Under behandlingen ble Bente nummen, og hjelpeløsheten hun hadde kjent under overgrepene, kom tilbake med full kraft.»

Sanseopplevelsene av å bli tatt på under stellet trigget gjenopplevelser av overgrepene. Under behandlingen ble hun nummen, og hjelpeløsheten hun hadde kjent under overgrepene, kom tilbake med full kraft. Hun koplet ut og mistet evnen til å si ifra.

Opplevelsen av å kunne påvirke situasjonen eller sette grenser var utilgjengelig når hun var i denne tilstanden. Skillet mellom fortid og nåtid ble visket ut. Sykepleierens berøring ble plutselig til overgriperens. Til slutt følte hun ingenting. Bente dissosierte. For dissosiasjon hadde vært den beste måten å overleve overgrepene som barn på.

Helsepersonell misforsto traumereaksjoner som motstand

Når hun kom hjem fra sårstellet, kuttet hun seg. Etter hvert bestemte hun seg for å redusere hvor ofte hun fikk sårbehandling. De gangene hun møtte, oppfattet hun irritasjon hos sykepleieren når hun kviet seg for å ta av seg klærne slik at prosedyren kunne gjennomføres. Det var jo tross alt helsehjelp, venteværelset var fullt, og også hun selv ble frustrert over at kroppen strittet imot.

Sykepleieren hadde med oppgitt stemme oppfordret henne til å ta behandlingen mer på alvor. Ingen spurte henne imidlertid hvorfor hun unngikk pleien.

Bente følte at utryggheten hennes kom i veien. For å skjule den klistret hun på seg et tykt lag med likegyldighet over både helsen sin og den behandlingen hun trengte. Dette frustrerte fastlegen og sykepleierne, og frustrasjonen ble kollektiv blant flere av helsepersonellet – der traumereaksjonene ble stående som et hinder.

Unngåelsen av regelmessig sårstell førte etter hvert til infeksjon og vond lukt. «Heller sepsis enn stell», sa Bente.

Sykepleierne respekterte Bentes grenser under sårstellet

Å gjenoppta sårbehandlingen ble et av de viktigste målene i terapien. Etter god dialog med hjemmesykepleien ble prosedyren til slutt noe Bente kunne gjennomføre uten å bli retraumatisert. Hun fikk ekstra god tid under stellene, slik at hun kunne orientere seg i rommet og bruke sansene til å ta inn det faktumet at hun var i nåtid. Hun var voksen nå, og sammen med noen som ville hjelpe henne med såret.

Noen ganger endte det med at sårene ikke ble stelt. I stedet for å kjenne på nederlag følte hun stolthet over å ha gitt seg selv muligheten til å erfare at det gikk an å si: «Nei, i dag går det ikke» – og at hennes nei ble respektert. Dette var nytt for henne. Det ga henne styrke til å prøve igjen dagen etter.

«Hun fikk ekstra god tid under stellene, slik at hun kunne orientere seg i rommet og bruke sansene til å ta inn det faktumet at hun var i nåtid.»

Sykepleierne, som nå hadde større kunnskap om traumer, gjorde hennes rett til medvirkning tydelig. De ga fortløpende informasjon om hva de skulle gjøre under behandlingen, og skapte slik mer forutsigbarhet.

Hva hadde skjedd? Pleien bar preg av traumebevissthet. Bente sluttet å unngå behandling, og kontakten med hjemmesykepleien ble god. Hun var ikke lenger den «uforståelige» pasienten.

Hva har Bente til felles med mange andre pasienter? Hun har en traumehistorikk – og traumereaksjonene hennes ble ikke forstått. Hun møtte ikke dårlig helsepersonell, men opplevelsen av møtet med helsetjenesten ble likevel alt annet enn positiv på grunn av retraumatisering. Det som ble kilden til helsepersonellets frustrasjon, var i realiteten hennes uttrykk for utrygghet og traumereaksjoner.

Traumebevissthet angår hele samfunnet

Men hvor mye – og hva slags – traumekompetanse legges det egentlig til rette for at helsepersonell som ikke jobber med psykisk helse, skal ha?

Behandling av traumelidelser kan riktignok gis i psykisk helsevern, men opparbeidelsen av grunnleggende trygghet og tillit i verden skjer ikke bare på psykologens eller psykiaterens kontor. Den skjer overalt: på skoler, arbeidsplasser, idrettsarenaer, i venneflokken og familien. Og i møtet med fysioterapeuten, sykepleieren, fastlegen, helsefagarbeideren – og mange andre.

Alle disse arenaene rommer muligheter for korrigerende erfaringer hos traumatiserte mennesker – forutsatt at de blir møtt med riktig forståelse og kompetanse. På samme måte kan disse arenaene utgjøre en risiko for retraumatisering dersom denne forståelsen og kompetansen mangler. Traumebevissthet bør derfor betraktes som et samfunnsanliggende.

Forfatteren oppgir ingen interessekonflikter.



RETRAUMATISERING: Helsepersonell må ofte ha direkte kontakt med pasientens kropp for å kunne gi helsehjelp, noe som kan trigge gamle sår hos pasienter med traumehistorikk.

Illustrasjonsfoto: PeopleImages.com - Yuri A / Shutterstock / NTB

1. Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region øst (RVTS Øst). Traumer [internett]. Oslo: RVTS Øst; u.å. [hentet 28. april 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.traumebehandling.no/forsta/traumer/>

2. Anstorp T, Benum K. Hva trenger terapeuten for å gi god traumebehandling? I: Anstorp T, Benum K, red. Traumebehandling: komplekse traumelidelser og dissosiasjon. Oslo: Universitetsforlaget; 2014. s. 19–38.

3. Kearney BE., Lanius RA. The brain-body disconnect: A somatic sensory basis for trauma-related disorders. Front Neurosci. 2022;16:1015749. DOI: [10.3389/fnins.2022.1015749](https://doi.org/10.3389/fnins.2022.1015749)
4. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health. 2017;2(8):e356–66. DOI: [10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
5. Kimberg L, Wheeler M. Trauma and trauma-informed care. I: Gerber MR, red. Trauma-informed healthcare approaches. Cham: Springer Nature; 2019. s. 25–56.
6. Anonym. Flere i helsevesenet bør vite mer om traumer og traumediagnoser. Oslo: Sykepleien Debatt; 17. juli 2018 [hentet 28. april 2025]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/07/flere-i-helsevesenet-bor-vite-mer-om-traumer-og-traumediagnoser>