

Hva vet vi om traumebevisst omsorg som tiltak

- en litteraturstudie

Maria Persson & Julie Arntsen



MASTEROPPGAVE

Master i barnevern

Vår 2020

Det psykologiske fakultet
HEMIL - senteret

Forfatter: Maria Persson & Julie Arntsen

Veileder: Stine Lehmann

Bi-veileder: Gaby Margarita Ortiz Barreda

<https://bora.uib.no/>

Sammendrag

Tittel: Hva vet vi om traumebevisst omsorg som tiltak

År: 2020

Nøkkelord: Traumebevisst omsorg, vold, barn og unge

Barn som utsettes for vold i barndommen kan utvikle forstyrrelser i grunnleggende funksjoner. I 2016 rapporteres det at 25% opplever fysisk vold og 36% opplever psykisk og emosjonell vold. Dette krenker barns verdighet og rettighet, og er et fokusområde som bør synliggjøres. Traumebevisst omsorg kan forklares som en forståelsesramme hvor uønsket og uhensiktsmessig atferd kan anses som et smerteuttrykk. Gjennom fokus på opplevd trygghet, relasjon, affektregulering og mestring, er målet at barn skal tilegne seg mestringsstrategier for å håndtere uheldige barndomsopplevelser.

Studiens hovedmål undersøker hva vet vi om traumebevisst omsorg som et tiltak, nærmere bestemt hva empirisk forskning sier om tjenesteerfaring, brukererfaring og virkning av tiltaket. Funnene drøftes i lys av teori om miljøterapi, traumeforståelse, tilknytning, den følsomme hjernen, og implementeringsforskning.

Studien er bygget opp som en scoping review og dekker forskning fra 2000-2019.

Systematiske søk ble foretatt i databasene Web of Science, PsycINFO og Oria. 13 artikler danner grunnlag for datamaterialet. Hovedfunnene viser en tredeling av litteraturen med fokus på henholdsvis implementering av traumebevisst omsorg i barneverntjenester, utfall hos barn og unge i tillegg til utvikling og bruk av kartleggingsverktøy.

Oppsummert argumenterer bidragsyttere innen fagfeltet for et behov for implementering av tiltaket traumebevisst omsorg da dette kan hjelpe miljøterapeuter og omsorgspersoner i arbeidet med å styrke barnets helse.

Samlet er statusen at det foreligger begrenset forskning om traumebevisst omsorg, men funnene viser at implementering er et viktig første skritt i prosessen mot å utvikle et evidensbasert tiltak som kan forbedre utfallet hos barn og unge og at tilpassede kartleggingsverktøy kan forbedre samt effektivisere implementering og utfallet hos barna.

Abstract

Title: What do we know of trauma informed care as a measure

Year: 2020

Keywords: Trauma informed care, violence, children and youth

Children who have been victims of childhood violence may experience disturbance in fundamental functions. In 2016, 25% of children were physically abused and 36% experienced psychological and emotional abuse. These kinds of abuses violate children’s dignity and justice and should be publicly known and prioritized. Trauma informed care can be explained as a practice where unwanted behavior can be acknowledged as an expression of pain. The goal of trauma informed care is that children can learn strategies to handle traumas from their childhood through focus on safety, relations, overcoming challenges and affectivity regulation.

The purpose of this study is to examine what we know about trauma informed care as a measure, and more specifically what empiric research concludes regarding user experience, service experience and outcome. The findings are discussed in comparison with environment therapy theory, understanding of trauma, affiliation therapy, the emotional brain and implementation research. The study is built as a scoping review in terms of a literature study and covers research from 2000 until 2019. We used systematically searched data from Web of Science, PsycINFO and Oria. 13 articles were used as base for collecting data material.

The main findings show that there was an obvious tripartite of literature that focused on implementation, outcome, and the use of assessment tools. Contributors within the topic argues that there is a need to implement trauma informed care because it may help both social workers and caregivers in the work of strengthening children’s health. To summarize we found that there are limited research on trauma informed care, but the findings within the articles shows that implementation is an important first step in the process of developing evidence-based treatment that may better the outcome amongst children. Customized assessment tools may also increase the efficiency of implementing the correct measures and ultimately increase the outcome amongst children.

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en spennende prosess hvor vi har fått utdypet oss i et tema som vi begge synes er spennende. Sammen startet vi på Lærerhøgskolen NLA for en bachelor i barnehagelærerutdannelsen. Underveis i utdanningen opplevde vi at tematikken om vold og overgrep mot barn var tatt vekk fra undervisning og det var ingen fokus på barndommens konsekvenser som følge av vold. Etter endt bacheloroppgave følte vi behovet for å gripe temaet videre og startet dermed på en master i barnevern ved Universitetet i Bergen.

Vi ønsket å bevege oss fra en forebyggende studie i bacheloren til en masteroppgave som undersøkte spesifikke tiltak med et fokus på å begrense skadelige konsekvenser som følge av vold. Dette med et ønske om å utvikle kunnskap og kompetanse i møte med sårbare barn som trenger mestringsstrategier for å møte hverdagen på en god måte.

Det har vært en krevende og lærerik prosess hvor vi har fått utviklet og utfordret vår faglige forståelse. Det å være to sammen om å skrive denne litteraturstudien har vært givende gjennom drøfting og refleksjoner underveis i fellesskap. Videre vil vi rette en stor takk til vår dyktige veileder Stine Lehmann for kunnskapsrike innspill og veiledning underveis gjennom prosessen. Vi vil også takke Gaby Margarita Ortiz Barreda som har veiledet vårt metodiske arbeid med konstruktive råd og tilbakemeldinger. Ellers vil vi også takke familie, venner og kollegaer for positive innspill, oppmuntring og støtte underveis i arbeidet.

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| 1. INNLEDNING | 1 |
| 1.1 PRESENTASJON OG BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA | 1 |
| 1.2 AKTUALISERING | 3 |
| 1.2.1 Forekomst av barn som utsettes for vold | 3 |
| 1.2.2 Konsekvenser som følge av vold..... | 5 |
| 1.2.3 Traumebevisst omsorg som tiltak for barn og unge..... | 7 |
| 1.3 OPPBYGGING AV OPPGAVEN | 8 |
| 2. BEGREPSAVKLARING | 9 |
| 2.1 DEFINISJON AV SENTRALE BEGREPER | 9 |
| 3. TEORETISKE PERSPEKTIVER | 12 |
| 3.1 MILJØTERAPI SOM TILTAK | 12 |
| 3.1.1 Miljøterapeuten | 12 |
| 3.1.2 Traumebevisst omsorg..... | 13 |
| 3.1.3 Den traumebevisste miljøterapeuten..... | 17 |
| 3.2 TRAUMER | 18 |
| 3.2.1 Komplekse traumer | 19 |
| 3.2.2 Atferdsvansker hos barn..... | 19 |
| 3.2.3 Resiliens | 20 |
| 3.3 TILKNYTNING | 21 |
| 3.3.1 Trygghetssirkelen | 24 |
| 3.4 DEN FØLSOMME HJERNEN | 25 |
| 3.4.1 Toleransevinduet | 27 |
| 3.5 IMPLEMENTERING..... | 29 |
| 3.5.1 Implementeringsprosessen | 30 |
| 3.5.2 Implementeringskvalitet | 31 |
| 4. METODE | 34 |
| 4.1 VITENSKAPELIG TILNÆRMING | 35 |
| 4.1.1 Hermeneutikk & sosialkonstruktivistisk kunnskapssyn | 36 |

| | |
|---|-----------|
| 4.2 LITTERATURSTUDIE..... | 37 |
| 4.3 SCOPING REVIEW | 38 |
| 4.3.1 Identifisering av forskningsspørsmål..... | 39 |
| 4.3.2 Identifisering av relevante studier..... | 40 |
| 4.3.3 Datavalg..... | 43 |
| 4.3.4 Kartlegge data..... | 44 |
| 4.3.5 Samle, oppsummere og rapportere resultatene..... | 44 |
| 4.3.6 Konsultasjon..... | 45 |
| 4.4 DATAKVALITET | 46 |
| 4.4.1 Pålitelighet | 46 |
| 4.4.2 Validitet..... | 47 |
| 4.4.3 Forskningsetikk | 48 |
| 5. RESULTAT | 50 |
| 5.1 IMPLEMENTERING AV TRAUMEBEVISST OMSORG I ORGANISASJONER | 51 |
| 5.1.1 Implementeringskvalitet av programmer | 52 |
| 5.2 UTFALL HOS TRAUMATISERTE BARN OG UNGE..... | 59 |
| 5.2.1 Symptomreduksjon og/eller bedret funksjon | 61 |
| 5.2.2 Behandlingsprosess og oppfølging..... | 63 |
| 5.3 KARTLEGGINGSVERKTØY FOR MÅLING AV TRAUMEBEVISST OMSORG..... | 65 |
| 5.3.1 Pålitelighet & gyldighet | 66 |
| 6. DRØFTING | 69 |
| 6.1 IMPLEMENTERING AV TRAUMEBEVISST OMSORG I BARNEVERNSSYSTEMET | 69 |
| 6.1.1 Lederstøtte..... | 70 |
| 6.1.2 Overlevelsessevne over tid..... | 71 |
| 6.1.3 Kompetanse og holdning..... | 73 |
| 6.1.4 Trening og opplæring..... | 75 |
| 6.2 UTFALL HOS TRAUMATISERTE BARN OG UNGE..... | 77 |
| 6.2.1 Traumer..... | 79 |
| 6.2.2 Tilknytning..... | 81 |
| 6.3 KARTLEGGINGSVERKTØY FOR MÅLING AV TRAUMEBEVISST OMSORG..... | 84 |
| 6.4 STYRKER OG SVAKHETER | 89 |
| 6.5 BETYDNINGEN AV FUNN | 90 |

| | |
|---|------------|
| 7. AVSLUTNING | 91 |
| 7.1 VIDERE FORSKNING | 92 |
| 8. REFERANSER..... | 94 |
| 9. VEDLEGG..... | 104 |
| <i>VEDLEGG 1: INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER.....</i> | 104 |
| <i>VEDLEGG 2: ELIMINERINGSGRUNNLAG</i> | 105 |
| <i>VEDLEGG 3: SØKEORD (NORSK & ENGELSK)</i> | 106 |
| <i>VEDLEGG 4: PRISMA FLOW CHART.....</i> | 107 |
| <i>VEDLEGG 5: SØKESTRATEGI FRA EN DATABASE</i> | 108 |
| <i>VEDLEGG 6: SAMMENDRAG AV HOVEDFUNN OVER INKLUDERTE ARTIKLER.....</i> | 109 |
| <i>VEDLEGG 7: TIDSTABELL OVER DET TOTALE DATAMATERIALET.....</i> | 117 |

1. Innledning

1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema

Denne masteroppgaven er skrevet i forbindelse med mastergradsprogrammet i barnevern ved Universitetet i Bergen. Vi er to studenter som skriver sammen da vi gjennom barnehagelærerutdanningen erfarte en felles interesse for å arbeide med temaet “for en barndom uten vold”. Det overordnede målet med studien er å undersøke hva empirisk forskning sier om tiltaket traumebevisst omsorg. Gjennom studien ønsker vi å belyse den nåværende kunnskapsstatusen om tiltaket. Dette inkluderer organisasjoner, profesjoners og familiers forhold til trening, opplæring og implementering, samt hvilket utfall tiltaket har for barnets helse og fungering. Vi har valgt å benytte litteraturstudie, nærmere presisert en scoping review som metode.

Årlig utsettes et stort antall barn og unge for vold, slike overgrep foregår ofte skjult, er tabubelagt og omgis med taushet både i og utenfor familien. Dette gjør det vanskeligere å oppdage da symptombildet hos barn som utsettes for slike overgrep varierer mye. Noen ganger kan barna fortelle selv, men mest vanlig er det at barna gjennom sin atferd viser symptomer og signaler som de voksne må reagere på. For disse barna er det viktig med voksne som møter dem med trygghet og tilstrekkelig kunnskap om, og sensitivitet overfor de signaler barna viser.

Traumebevisst omsorg er et relativt nytt tiltak som vi tenker vil ha stor nytte av å tydeliggjøres og fremheves i forskning. I en traumebevisst tilnærming vil begrepet «traumebevisst omsorg», oversatt fra det engelske begrepet «trauma informed care» stå sentralt. Begrepet retter fokuset bort fra barnets atferd, og vektlegger i stedet en økt bevissthet på at barnet er traumatisert og hvilke konsekvenser dette kan medbringe (Andersen, 2014). Traumebevisst omsorg kan forklares som en verdiforankret tilnærming til barn og unges livsproblemer, og tar utgangspunkt i hvordan krenkelser og psykologiske traumer påvirker barns utvikling og fungering hva gjelder det biologiske, emosjonelle, kognitive og sosiale (Bath, 2008). Vi er særlig opptatt av hvilke egenskaper barnet trenger for å mestre livet etter eksponering for vold. Vi ønsker derfor å se nærmere på hvordan omgivelsene kan styrke og beskytte barnets helse ved at fagpersoner har tilstrekkelig kunnskap om vold og dens

påvirkning på barnets utvikling. På bakgrunn av dette førte interessen for videre dybde i arbeidet innenfor denne målgruppen til et ønske om å fordype oss i en master hvor barnas rettigheter står i fokus.

Målet med masteroppgaven vår er å belyse kunnskap som kan bidra til å styrke voldsutsatte barns motstandskraft. I *World Health Organization (WHO)* sin definisjon av voldsbegrepet inngår alle typer fysiske, seksuelle og psykologiske former for mishandling.

The intentional use of physical force or power threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002, s. 5).

I denne studien vil WHO sin voldsdefinisjon legges til grunn. Volden vi henviser til i studien vil imidlertid avgrenses til interpersonlig vold og omsorgssvikt. Interpersonlig vold er den volden som enkeltindivider blir utsatt for fra andre (Krug et al., 2002). Den omfatter derfor ikke selvskade, kollektive eller strukturelle former for vold. Omsorgssvikt regnes også som vold da barn er i den situasjonen hvor de er helt avhengige av omsorgspersoner for å overleve, vokse og trives. Det handler om en tilstand hvor grunnleggende behov ikke blir møtt (Øverlien, 2012). Konsekvensene av vold og omsorgssvikt i barndommen påpekes som et av de største folkehelseproblemene en står i møte.

Med dette som utgangspunkt har vi formulert en overordnet problemstilling med tre underproblemstillinger hvor vi spør:

1. *“Hva vet vi om traumebevisst omsorg som et tiltak for barn og unge utsatt for vold?”*

Hva sier empirisk forskning om:

- a. Tjenesteerfaring*
- b. Brukererfaring*
- c. Virkning av tiltak*

I studien vil trygghet, relasjon, affektregulering og mestring være de valgte teoretiske perspektivene for oppgaven. De valgte rammeverkene vil bidra til forståelse da de er grunnpilarene for utviklingsfremmende omsorg for traumatiserte barn (Bath, 2008; 2015). Perspektivene vil bli supplert med miljøterapi, traumeforståelse, tilknytning, den følsomme

hjernen og implementeringsforskning. Vi ser også på elementer fra ulike tilnærminger som *Trygghetssirkelen* (Hoffman, Cooper, Powell & Benton, 2017), *Den tredelte hjernen* (MacLean, 1973), *Toleransevinduet* (Siegel, 2012), *Implementeringsprosessen* og sentrale *Kjernekomponenter* for implementeringskvalitet (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman & Wallac, 2005).

1.2 Aktualisering

1.2.1 Forekomst av barn som utsettes for vold

Vi lever i en tid med stor vilje til økt innsats i forhold til å forebygge, avdekke og verne barn mot vold, og temaet har fått stor oppmerksomhet i media, politikk og andre faglige sammenhenger. Innsatsen er likevel ikke tilpasset problemomfang og kompleksitet. Det er et stort samfunnsproblem verden over og bringer med seg store økonomiske og menneskelige kostnader på individ og samfunnsnivå (Kumar, Stern, Subrahmanian, Sherr, Burton, Guerra, Muggah, Samms-Maughan, Watts & Mehta, 2017).

At least three out of every four of the world's children – 1.7 billion – had experienced some form of interpersonal violence, cruelty or abuse in their daily lives in a previous year, regardless of whether they lived in rich countries or poor, in the global North or the global South (Kumar et al., 2017, s. 1).

I rapporten *Global plan of action* (WHO, 2016) fremkommer det at hele 20% av verdens kvinner og 5-10% av menn sier de har opplevd ulike former for seksuelle overgrep som barn. Videre forteller rapporten at 25% av barn har opplevd en eller flere former for fysisk vold og 36% har opplevd psykisk og emosjonell vold. Vold krenker barns verdighet og rettigheter og tar fra dem gleden i barndommen. Dette strider mot FNs barnekonvensjon som understreker at alle barn har rett til frihet for eget liv, artikkel 6 nr. 1, uansett hvor i verden de bor (Barnekonvensjonen, 2003). Om lag 1 av 20 barn og unge i Norge vokser opp under forhold preget av vold i barndommen. Denne andelen har vært stabil over tid, men på en annen side ser vi at alvorlig fysisk vold mot barn har avtatt betydelig og forekommer hos 1 av 5 barn. Videre ser vi at om lag 1 av 5 jenter og 1 av 14 gutter oppgir at de har opplevd seksuelle overgrep før fylte 18 år (Aakvaag & Strøm, 2019).

I oktober 2019 kom studien *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år (UEVO)*. Dette er den første nasjonalt representative omfangsundersøkelsen om vold og overgrep blant barn og ungdom generelt i

Norge (Hafstad & Augusti, 2019). Undersøkelsen baserer seg på selvrapporter fra ungdommene noe som gjør at annenhåndsupplysninger eller rapportering fra voksne (retrospektive studier) ikke er inkludert. Dette er en styrke ved rapporten og noe som gir tillit til forekomsttallene som fremkommer. Tall fra undersøkelsen viser til at 1 av 5 barn har opplevd fysisk vold fra en voksen i hjemmet minst en gang. 1 av 20 har opplevd alvorlig fysisk vold som å bli sparket eller banket opp av en voksen i hjemmet. 6% har opplevd seksuelle overgrep fra en voksen, mens 22% har opplevd seksuell krenkelse fra en jevnaldrende og 1 av 5 har opplevd psykisk vold fra sine foreldre. Et annet funn fra undersøkelsen er at kun 1 av 5 som har opplevd vold eller omsorgssvikt har vært i kontakt med en lærer, helsepleier, barnevernsarbeider eller annen profesjonell hjelpeinstans. I tillegg til dette sier omtrent halvparten av de utsatte ungdommene at de aldri har fortalt hendelsene de har opplevd til noen.

Det ble antatt i mange år at barn og unge i liten grad ble påvirket av traumatiske hendelser og ordtaket "ute av øye, ute av sinn" ble trodd å avspeile barns virkelighet (Dyregrov, 2010). UEVO- undersøkelsen viser til at dette i liten grad stemmer overens med dagens empiri. Blant barn og unge som er i kontakt med spesialhelsetjenesten er forekomsten av vold høyere enn blant barn og unge generelt. I en annen undersøkelse kartlegges det erfaringer av traumatiske opplevelser hos barn og unge som blir henvist til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Her fremkommer det at nærmest halvparten som har søkt hjelp i spesialhelsetjenesten senere har fått påvist stresslidelser (Ormhaug, Jensen, Hukkelberg, Hold & Egeland, 2012). Av 511 barn og unge i undersøkelsen oppga 47% å ha opplevd en eller flere traumatiske hendelser. Blant noen barn og unge forelå det en hyppig hendelse av vold i hjemmet. 39% oppga at de hadde vært vitne til vold, mens 36% svarte at de hadde blitt direkte utsatt for fysisk vold av en eller flere omsorgspersoner. Videre sier 26% av jentene at de har vært utsatt for seksuelle overgrep i form av voldtekt, voldtektsforsøk eller annen uønsket seksuell atferd. Undersøkelsen ba barna og ungdommene om å fortelle hvilken hendelse de opplevde som den verste. Her vises det at 32% at de mest traumatiserende hendelsene omhandlet å være direkte utsatt for eller vitne til vold i hjemmet, i tillegg til seksuelle overgrep som ble rapportert av til sammen 14%. Studien sier derfor noe om hva behandlere må forvente av barn og unge som mottar hjelp fra BUP. Dette gir føringer både for hva tjenester må kartlegge, og hva som må tilbys av tiltak. Den nåværende studien vil dermed se nærmere på et tiltak som er ment å gi traumeutsatte barn bedre forutsetninger for å mestre sin hverdag. For å redusere langvarig

eksponering for risikofylte hendelser blir det nødvendig med kompetente voksne som kan møte barn og unge som har opplevd traumer.

1.2.2 Konsekvenser som følge av vold

Vold mot barn foregår oftere og nærmere enn vi tror. «Forskningen dokumenterer hvordan overgrepserfaringer som skader psykisk og fysisk helse får konsekvenser for relasjoner innad i familien og i det sosiale nettverket, for mulighet til utdanning, og for fremtidig økonomi og levestandard» (Søftestad, 2018, s. 75). Hos barn kan konsekvensene av vold variere. For eksempel kan utsettelse av vold i de første leveår føre til forstyrrelser i utviklingen av grunnleggende funksjoner. Overaktivering (hyperaktivering) og underaktivering (hypoaktivering), affektregulering, kognitiv utvikling, motorisk og kroppslig utvikling og utrygg tilknytning kan nevnes som noen av disse. Slike forstyrrelser kan gi utslag i form av psykososiale problemer hvor konsentrasjon, oppmerksomhet og kognitiv utvikling kan føre til utfordringer i skolealder (Brandtzæg, Smith & Torsteinson, 2011). Ungdommene i UEVO-undersøkelsen rapporterte en eller flere psykiske helseplager som blant annet angst, depresjon, hodepine, kvalme og smerte i kroppen som følge av deres belastede opplevelser. Det er også dokumentert mer skolefravær og søvnevansker, samt en mindre livsglede hos dem enn hos barn og unge uten slike vonde erfaringer (Hafstad & Augusti, 2019). I tillegg viste den andre undersøkelsen der det ble kartlagt erfaringer av traumatiske opplevelser av barn og unge henvist til BUP at 60% hadde fått påvist posttraumatiske stress-symptomer (Ormhaug et al., 2012). Det er også dokumentert at voksne som har vært utsatt for vold i barndommen har en økt risiko for å utvikle psykiske helseplager som angst og depresjon og er i risikogruppen for utvikling av selvdestruktiv atferd (Christoffersen, Møhl, DePanfilis & Vammen, 2015).

Den Amerikanske ACE- studien (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Koss & Marks, 1998) har undersøkt forholdet mellom belastninger i barndommen og negative utfall senere i livet. I studien ble det sendt ut spørreskjema til 13.494 voksne som hadde fullført en standardisert medisinsk evaluering ved helsevurderingsklinikken Kaiser Health Plan. Syv kategorier for barndomseksponering ble studert; psykiske, fysiske eller seksuelle former for overgrep. Det å leve i et hjem med familievold eller hvor familiemedlemmer var rusmisbrukere, psykisk syke, eller hadde kriminell atferd. Funnene i studien viser en klar sammenheng mellom belastede barndomsopplevelser og negative utfall knyttet til helse og livskvalitet i voksen alder. Et annet viktig funn i studien viser til en kumulativ sammenheng,

hvor der det forelå flere belastninger i barndommen, førte til større risiko for negative utfall knyttet til helse og livskvalitet. Noen av de negative følgene som kom frem i studien omhandlet depresjon, selvmordsforsøk, alkohol- og rusmisbruk, svakere deltakelse i yrkesliv og på skole, dårlig økonomi, risiko for partnervold og uønskede graviditeter (Felitti et al., 1998). Studien belyser dermed viktigheten av å ta belastede barndomsopplevelser på alvor og satte søkelyset på barndomstraumer.

Å være utsatt for forsømmelse i barndommen er den mest utbredte formen for mishandling og kan sette dype spor. I artikkelen *The Psychobiology of Neglect* (De Bellis, 2005) fremkommer ulike konsekvenser forbundet med forsømmelse av barn under 18 år. Artikkelforfatter peker på at det finnes få empiriske undersøkelser om hvordan psykologiske prosesser hos voldsutsatte barn kan påvirke forhold mellom hjernen og atferd og hvordan barnet vokser og utvikler seg fysisk og kroppslig. Dette danner grunnlag for å forstå hvordan vold i tidlig barndom kan påvirke barns hjerneutvikling (De Bellis, 2005). Studien viser til at barnets alder på det tidspunktet forsømmelsen finner sted vil være av betydning. Det fremkommer også en tydelig sammenheng mellom kroniske tilstander og stressfaktorer. Et annet funn viser til at omsorgssvikt i barndommen vil være mer skadelig enn opplevelser av motgang i voksen alder. Til slutt beskrives det at å oppleve kontinuerlige stressfaktorer kan ha negativ påvirkning på den kognitive og psykologiske utviklingen. Sammen viser funnene til at en uheldig hjerneutvikling kan påvirke negativ utvikling hva gjelder psykologiske utfall. Dette spesielt for de barna som utsettes for vold (De Bellis, 2005).

Svekkelser i de grunnleggende funksjonene kan utvikle seg til fysiske og psykiske vansker på ulike områder. Ved fysiske helseplager hos voldsutsatte barn og unge fremheves det i en studie gjort med svenske grunnskolebarn at det forekommer plager som hodepine, søvnevansker, svimmelhet, magesmerter, ryggsmertor og dårlig appetitt (Jernbro, Svensson, Tindberg, & Janson, 2012). Ungdom i en annen undersøkelse rapporterer de samme helseplagene (Annerbäck, Sahlqvist, Svedin, Wingren & Gustafsson, 2012). Stressreaksjoner hos barn etter traumatiserte hendelser vil være normalt, og Pereda, Guilera, Frons, Gomez-Benito (2009) bekrefter gjennom sin meta-analyse at PTSD som et resultat av seksuell vold oppleves av rundt 20% av alle jenter under 18år, og rundt 8% av guttene. Lignende rater er funnet blant barn som er vitne til familievold eller selv utsatt for vold og de to ulike volds eksponeringene går ofte sammen (Pereda et al., 2009). Slike konsekvenser kan medføre at overgrepsutsatte barn mister en grunnleggende utviklingsstøtte som kalles affektregulering.

Dette er et begrep av stor betydning innenfor traumebevisst omsorg, og som er nødvendig for barnas utvikling. Basert på de ulike studiene fremmes viktigheten av en bevissthet i forhold til hvilke alvorlige og langsiktige konsekvenser vold mot barn fører med seg. Denne bevisstheten bør oppmuntre til bedre identifisering av de utsatte barna samt utvikling av effektive tiltak for å beskytte barn mot vold (Norman, Byambaa, Butchart, Scott & Vos, 2012).

1.2.3 Traumebevisst omsorg som tiltak for barn og unge

I rapporten Hadde vi fått hjelp tidligere, hadde alt vært annerledes skrevet av barneombudet (2018) kommer det frem at noen barn forsøker å fortelle uten å bli tatt på alvor. Andre opplever at volden fortsetter noe som gjør at barna aldri tør å fortelle igjen. Ofte går de under radaren i de kommunale tjenestene, til de blir så dårlige at de får rett til helsehjelp i spesialhelsetjenesten. Basert på det barna forteller hevder rapporten at det kan være tilfeldig hvem som har hjulpet og om de i det hele tatt har fått nok og tilstrekkelig hjelp til å bearbeide de opplevde hendelsene samt å lære mestringsstrategier for å gå videre i livet (Barneombudet, 2018).

”Rett hjelp til rett tid” er et grunnleggende prinsipp bak Lov om barneverntjenester, og prinsippet ligger til grunn for lovens bestemmelser om hjelpetiltak (BLD, 2000).

Hjelpetiltakene for barn og barnefamilier er hjemlet i Barnevernloven (Barnevernloven, 1992, § 4-4).

Barneverntjenesten skal bidra til å gi det enkelte barn gode levekår og utviklingsmuligheter ved råd, veiledning og hjelpetiltak. Hjelpetiltak skal ha som formål å bidra til positiv endring hos barnet eller i familien.

Barneverntjenesten skal, når barnet på grunn av forholdene i hjemmet eller av andre grunner har særlig behov for det, sørge for å sette i verk hjelpetiltak for barnet og familien (Barnevernloven, 1992, § 4-4).

Et hjelpetiltak i barnevernet kan forklares som en fellesbetegnelse for en rekke forskjellige tiltak. I denne studien vil det omhandle tiltak rettet mot barn og unge utsatt for vold. Det foreligger et generelt behov for mer kunnskap om tiltakenes faktiske innhold, formål og funksjon. Dette gjelder både når de benyttes enkeltvis og i kombinasjon (Christiansen, 2015). Det foreligger flere tiltak som har som mål å redusere atferdsvansker, forebygge eller redusere utsettelse for vold. Den nåværende studien vil presentere forskningsbasert kunnskap om

traumebevisst omsorg som et tiltak. Alle som arbeider med traumatiserte barn enten i hjemmet, i barnevernet, på skolen eller i barnehagen kan bidra til viktige momenter for å gi mestring på ulike måter. Traumebevisst omsorg er et prinsipp for arbeid med barn og unge som er i sårbare situasjoner og innebærer at profesjonelle, omsorgspersoner eller foreldre skal reorientere sin måte å gi omsorg til barna som har eller kan ha vært utsatt for traumatiske hendelser. Det innebærer en endring fra å først være opptatt av konsekvenser, rammer og rutiner, til å møte hvert enkelt barn med utgangspunkt i barnets egen situasjon og egne behov (Thommessen & Neumann, 2019). Videre handler det om at den som skal hjelpe bør fokusere på å se bak handlingen, det handler om å bistå barn og unge som er urolige, stille eller unnvikende. Dette for å støtte og hjelpe til med regulering av følelser (Thommessen & Neumann, 2019).

Traumebevisst omsorg som tiltak kan defineres som en tilnærming hvor en prøver å forstå hvordan barns indre verden ser ut, i tillegg til hvilke mekanismer for regulering av skremmende hukommelsesbilder, vanskelige emosjoner og indre destruktive modeller hvert enkelt barn har med seg (Gustumhaugen, Dønnestad & Steinkopf, 2017). Å møte disse barna gjennom traumebevisst omsorg innebærer handlinger som bidrar til trygghet, relasjon, affektregulering og mestring (Bath, 2008). Dette er grunnpilarene i traumebevisst omsorg og noe vi vil beskrive mer utførlig senere i oppgaven. Samtidig vil traumebevisst omsorg gi konkrete redskaper til hjelp for foreldre, fosterforeldre, barnevernsarbeidere og miljøterapeuter som står overfor barn og unge med svært krevende og utfordrende atferd (Jørgensen & Steinkopf, 2013). Vi ønsker å studere dette tiltaket nærmere i søken etter kunnskap som kan styrke vårt arbeid i møte med de sårbare barna. Det handler om at fagpersoner har en bevissthet i forhold til at barna kan utvikle ulike reaksjoner under og etter traumatiske hendelser. Hart (2011) fremhever viktigheten av en forståelse av uhensiktsmessig atferd som meningsfull, dette vil gi fagpersoner muligheten til å støtte barns utvikling gjennom de følelsesmessige ferdighetene.

1.3 Oppbygging av oppgaven

I første kapittel av oppgaven presenterte vi begrunnelse for valg av tema, problemstilling, oppgavens struktur og nå dens oppbygging. Etter endt innledningskapittel følger kapittel to med definisjoner av sentrale begreper. Videre presenterer vi i det tredje kapittelet oppgavens overordnede teoretiske rammeverk og sentrale perspektiver. I det fjerde kapittelet belyses vår

metodiske tilnærming. Her vil vi fremlegge litteraturstudie (scoping review) som metode, og hvordan vi har gjennomført et systematisk litteratursøk i databaser, for å tilegne oss vårt empiriske datamateriale. Metoder for utvelging, utvalgsproblematikk og forskningsetiske hensyn vil også bli belyst i dette kapitlet. Det femte kapitlet presenterer sentrale funn fra studien, og dette kapitlet er strukturert etter en tredeling basert på det forskningsartiklene omhandler, etterfulgt med hver sin tabell. I kapitlet seks vil vi drøfte våre funn i lys av relevant forskning og se sammenhenger med de aktuelle teoretiske perspektivene for studien. Videre vil vi belyse styrker og svakheter ved studien, i tillegg til dens betydning. Avslutningskapitlet vil oppsummere studiens hovedtrekk og funn, og det vil så trekkes tråder fra oppgaven med fremtidsrettede refleksjoner.

2. Begrepsavklaring

2.1 Definisjon av sentrale begreper

Hvordan vi forstår og hva vi assosierer med ulike begreper kan variere og avhenge av flere forhold. Da det er enkelte begreper som vil være sentrale i vår oppgave, mener vi det vil være hensiktsmessig å definere disse nærmere.

Vold: Det finnes mange definisjoner på hva vold er. Denne studien setter søkelyset på den volden som skjer innenfor barnets omsorgssituasjon eller i familien. En mye brukt definisjon på vold, både i Norge og internasjonalt kan forklares som «*vold er enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får den personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den vil*» (Isdal, 2000, s. 36). Denne studien har valgt å legge Isdal og WHO sin voldsdefinisjon til grunn. WHO definerer voldsbegrepet som «*the intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation*» (Krug et al., 2002, s 5.). Her inngår det fire hovedgrupper som deles inn i følgende kategorier.

Fysisk vold: Innbefatter enhver fysisk handling som skader eller kontrollerer et annet menneske. Det er «*... enhver form for fysisk makt som gjennom at den smerter, skader,*

skremmer og krenker, påvirker et annet menneske til å slutte å gjøre noe det vil eller gjøre noe mot sin vilje» (Isdal, 2000, s. 43). Det innebærer at en voksen person utsetter et barn for kroppslig skade, sykdom eller smerte. Eksempler på dette kan være der voksne slår, sparker, klyper, dytter, brenner eller forgifter barnet. Dette kan skje med eller uten bruk av gjenstander og våpen (Øverlien, 2012). Når vi definerer fysisk vold er det også diskutert internasjonalt om fysisk makt som en del av oppdragelsen, altså fysisk avstraffelse bør inngå. Da bruk av fysisk avstraffelse i oppdragelsen er forbudt i Norge velger vi å inkludere den i vår definisjon. Fysisk avstraffelse er *«en hvilken som helst type straff der fysisk makt brukes og har som hensikt å påføre noen form for smerte eller ubehag, uansett hvor mildt»* (Aakvaag, Thoresen & Øverlien, 2016, s. 270).

Psykisk vold: Isdal (2000, s. 49) forklarer det som *«alle måter å skade, skremme eller krenke på som ikke er direkte fysiske i sin natur, eller måter å styre eller dominere andre på ved hjelp av en bakenforliggende makt eller trussel»*. Psykisk vold er det vanskeligere å oppdage, men er like alvorlig som de andre formene for vold. Det handler om et barn som over lengre tid blir behandlet av den voksne på en bevisst nedverdiggende måte. Det kan være gjennom atferd, omtale eller hvor barnet opplever andre følelsesmessige lidelser. Dette vil være med på å ødelegge eller forhindre utviklingen av barnets selvbilde. Barnet kan for eksempel bli utsatt for håning, trakassering, fornedret og isolasjon (Øverlien, 2012). Det å være vitne til vold i hjemmet betegnes også som psykisk vold. Det å oppleve foreldres vold innad i familien vil oppleves som skremmende og truende for barn og det vil derfor være riktig å si at de på den måten er selvstendige ofre for volden (Øverlien, 2012)

Seksuell vold: Dette kan forklares som *«alle handlinger rettet inn mot en annen persons seksualitet, som gjennom at de smerter, skader, skremmer eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den vil»* (Isdal, 2000, s. 45). Det innebærer at barn utsettes for seksuelle handlinger eller seksuell utnyttning i familien eller i det sosiale nettverket. All seksuell omgang mellom voksne og barn regnes som overgrep da det er voksne omsorgspersoner som trekker barn inn i seksuelle aktiviteter som de hverken emosjonelt, seksuelt eller utviklingsmessig helt forstår, eller er modne nok til å gi sitt samtykke til (Schechter og Roberge, 1976). Det kan for eksempel dreie seg om vaginale, orale eller anale samleier, onani på en voksen, befølinger og verbale seksuelle antydninger (Øverlien, 2012).

Omsorgssvikt: Det fremkommer at «et grunnleggende trekk ved omsorgssvikt og overgrep er mangel på erkjennelse av og respekt for barnets behov og prioritering av egne behov fremfor barnets» (NOU 2009:8, s. 32). Øverlien (2012) understreker at det finnes både fysiske og psykiske former for omsorgssvikt. Hun trekker frem fysisk omsorgssvikt som situasjoner hvor foresatte eller omsorgspersoner ikke ivaretar barnets fysiske behov knyttet til mat, helse, klær, søvn og hygiene. Psykisk eller emosjonell omsorgssvikt beskriver hun på den andre siden som situasjoner hvor et barn ikke får den psykiske omsorgen det har behov for som kjærlighet, oppmerksomhet eller stimulering (Øverlien, 2012).

Traumer: Kan defineres som en hendelse eller vedvarende betingelser som overvelder en persons kapasitet til å integrere den emosjonelle opplevelsen og som oppleves som en trussel mot eget, eller nære andres, liv eller kroppslig integritet (Saakvitne, Gamble, Pearlman & Lev, 2000). Det kan med andre ord forklares som en belastende opplevelse som kan føre til psykiske helseplager som berører en i ettertid. Dersom en alvorlig hendelse skjer en gang, kalles det et enkelt traume. Ved gjentatte alvorlige hendelser, over tid kalles det derimot for komplekse traumer (Andersen, 2014). Barn som opplever alvorlige og gjentatte former for vold fra en tidlig fase av barndommen vil utvikle et “verdensbilde” av relasjoner som er fundamentalt forskjellig fra barn som ikke har opplevd vold (Killén, 2009).

Traumebevisst omsorg: Er en syntese av ulike teorier og modeller som er hentet fra flere fag- og forskningstradisjoner. Det baserer seg på kunnskap om hvordan traumatisering kan påvirke hjernens utvikling og hvilke behov mennesker med slike erfaringer har, både i hverdagsliv og i behandling (Søftestad & Andersen, 2014). Det er en verdiforankret tilnærming som handler om hvordan krenkelser og psykologiske traumer påvirker barns utvikling og fungering både biologisk, emosjonelt, kognitivt og sosialt. Bath (2008) legger vekt på at tilnærmingen gir mulighet for mer utviklende måter å møte barn og unge i krise på, og trekker frem trygghet, relasjon, affektregulering og mestring som grunnpilarene for traumebevisst omsorg. Han understreker at det er en forståelsesramme med metoder og intervensjoner rettet mot barns livsbetingelser, med særlig vekt på opplevelser i tidlig barndom. Traumebevisst omsorg er ment som et redskap for å hjelpe foreldre, lærere, barnevernsarbeidere, og andre omsorgspersoner som står overfor barn og unge som strever med barndommens krenkelser (Bath, 2008).

Resiliens: Begrepet resiliens betegner at mennesker som har opplevd samme alvorlighetsgrad av utfordringer kan takle det på høyst ulike måter og dermed få ulikt utfall (Kvelling, 2010).

Noen barn vil kunne utvikle seg godt til tross for å ha opplevd betydelige belastninger. Rutter (2007) definerer resiliens som prosesser som gjør at utviklingen når et tilfredsstillende resultat, til tross for erfaringer med situasjoner som innebærer en stor risiko for å utvikle problemer eller avvik. Det foreligger ingen direkte oversettelser fra det engelske begrepet til det norske, men det finnes alternative norske ord som motstandskraft og mestring (Borge, 2010).

3. Teoretiske perspektiver

3.1 Miljøterapi som tiltak

Miljøterapi er en terapeutisk virksomhet noe som innebærer at den har en terapeutisk hensikt med en terapeutisk virkning. Den må kunne begrunnes og bygge på anerkjente faglige teorier og metoder (Lillevik & Øien, 2015).

Miljøterapi innebærer en reflektert, aktiv og kreativ nyttiggjørelse av de til enhver tid tilgjengelige ressurser i en gitt situasjon. Hensikten er å legge til rette for utvikling, vekst og modning, å gi gode og overførbare relasjonserfaringer og derigjennom fremme og tydeliggjøre samhandlingsmønstre (Andersen, 1997a, s. 12).

Begrepet miljøterapi er todelt og er sammensatt av en miljødel og en terapidel. Larsen (2004) forklarer det som et arbeid hvor en tilrettelegger for eller organiserer miljødelen slik at forandring og utvikling blir mulig i terapiden. Det handler om å organisere og påvirke miljøet til barn og unge på en god måte hvor terapeuter benytter seg av ulike tilnærminger som også kan anvendes i kombinasjon med hverandre. Overordnet forklarer Lillevik og Øien (2015) at miljøterapi betegner en behandlingsform som er preget av miljøterapeutenes planlagte, tilrettelagte og systematiske bruk av det som skjer i samspill mellom bruker og miljøterapeuten i her og nå situasjoner.

3.1.1 Miljøterapeuten

Det kan være utfordrende for miljøterapeuter og omsorgspersoner som til daglig møter de barna som er eksponert for vold, og det blir viktig å reflektere over hvordan en skal takle avvísning, frustrasjon og samtidig holde fokus på barnets følelser.

Pendelen er i hurtig bevegelse og svinger mellom ro og oppmerksomhet i det ene øyeblikket, og total uttrykksmessig urolighet i det neste. Uten at jeg selv skjønner hva som skjer, eksploderer noe inni barnet og jeg befinder meg i det jeg nå har begynt å oppfatte som kjernen i det miljøterapeutiske arbeidet: en kaotisk situasjon med et barn som ikke klarer å skille følelser fra hverandre, og som derfor trenger en trygg voksen som kan ta kontroll over situasjonen uten at han eller hun blir satt ut av det som skjer (Gustumhaugen, 2017, s. 43).

Miljøterapeuten må både kunne ta inn ny kunnskap samt evnen og viljen til å omsette det i praksis. Traumebevisst omsorg har like mye fokus på den voksnes fungering som på barnets smerte (Jørgensen & Steinkopf, 2013). Miljøterapeuten som arbeider med mennesker generelt og med sårbare barn spesielt, har et arbeid som vil kreve at de bruker seg selv og sine personlige egenskaper i kontakten med menneskene. Gustumhaugen (et al., 2017) trekker frem at det kan være vanskelig å føle at det en gjør ikke hjelper. En viktig forutsetning er at de som skal hjelpe har kontroll på sin egen stress- og følelsesreaksjon, dette for å kunne hjelpe og støtte på en best mulig måte. Miljøterapeuten kan få stor betydning for et barn. Som Bath (2015) forklarer handler det om å gjøre barna trygge og beskytte dem mot farer. Miljøterapeuter må dermed tilrettelegge for å bygge relasjoner og skape tilhørighet. Deretter handler det om å finne ut hvilke ressurser de har i seg av strategier for å takle livet på en best mulig måte.

3.1.2 Traumebevisst omsorg

Traumebevisst omsorg skal bidra til en sunn utvikling og bedre fungering hos barn og unge i private og faglige sammenhenger. I møte med de utfordringene utsatte barna kan ha, blir det nødvendig med en god teoretisk modell å arbeide etter, dette for å skape mening i det arbeidet en gjør. Dette er en forståelsesramme med metoder og intervensjoner som kan defineres som følger:

Trauma-Informed Care is a strengths-based framework that is grounded in an understanding of and responsiveness to the impact of trauma, that emphasizes physical, psychological, and emotional safety for both providers and survivors, and that creates opportunities for survivors to rebuild a sense of control and empowerment (Hopper, Bassuk & Olivet, 2010, s. 84).

Bath (2015) som er grunnleggeren av tilnærmingen forklarer at traumebevisst omsorg er basert på tre pilarer; *trygghet, relasjon og affektregulering*. De siste årene har også coping (på

norsk *mestring*) blitt en fjerde pilar for denne type tilnærming. Perspektivene vil overlappe hverandre og representerer hovedoppgavene til tjenester og omsorgsgivere, og krever en stor grad av bevissthet i arbeidet med utvikling av strategier og ferdigheter (Søftestad, 2018).

Trygghet innebærer at hvert enkelt barn kan leve i omgivelser hvor en føler seg beskyttet, rolig og kan delta i utviklingsfremmende aktiviteter (Søftestad, 2018). Det er viktig for alle barn at de voksne klarer å skape “opplevd trygghet”, som ikke nødvendigvis er det samme som fysisk trygghet, det essensielle er at barnet må føle seg trygg. Dette defineres ut ifra barnets synspunkt og blir det viktigste fokusområdet for omsorgspersonene (Jørgensen & Steinkopf, 2013). En følt trygghet er knyttet til overlevelse og til utvikling på ulike nivåer og det må skapes i nært samarbeid med hvert enkelt barn (Søftestad, 2018).

For traumatiserte barn kan omgivelsene være grunnleggende utrygg. Barn som utsettes for vold lever med en overhengende fare for nye overgrep, og med dette utvikler et aktiveringsnivå som kontinuerlig er innstilt på fare uavhengig om situasjonene og omgivelsene er trygge eller i en risiko (Perry, 2005). Et traumatisert barn skiller ikke det gode fra det onde og er i vedvarende alarmberedskap. Dette er begrunnet i moderne hjerneforskning som viser til at traumatiserte barn ofte har utviklet et hypersensitivt nervesystem, hvor “alarmen” hos barna går konstant også på tidspunkt og i situasjoner som for andre kan virke uforståelig. Barnet havner utenfor sitt toleransevindue og atferden barnet viser kan oppfattes som uforståelig eller urimelig (Perry, 2005). Når barnet er overaktivert eller underaktivert vil det i liten grad være mulig for utvikling og læring av nye atferdsmønstre. Anglin (2003) forklarer at den utfordrende atferden mange traumatiserte barn viser, kan vekke kontrollerende og straffende reaksjoner hos voksne. Dette i seg selv kan skape et utrygt miljø for de traumatiserte barna. En utfordring vil derfor være å møte smerten som ligger bak atferden, uten å skape ny smerte ved straffende eller kontrollerende reaksjoner (Anglin, 2003).

Helbredsprosessens viktigste forutsetninger innebærer at det skapes en grunnleggende atmosfære av trygghet. Uten det vil ikke traumebevisst omsorg lykkes (Greenwald, 2005). Trygghet kan forklares som det vante, det rutinemessige, det planlagte og forberedelser når endringer fra hverdagens rytme er nødvendig (Søftestad, 2018). Det inkluderer også sosial trygghet gjennom forhold til jevnaldrende og voksne, følelsesmessig trygghet som innebærer å føle seg akseptert, verdsatt og elsket, i tillegg til kulturell beskyttelse eksempelvis fra

mobbing eller diskriminering (Bath, 2015). Å skape trygghet handler derfor i stor grad om konkret tilrettelegging. Først og fremst vil det være behov for å skaffe seg oversikt over barnets overgrepserfaringer, med andre ord; hvem, hvor og når. Som Søftestad (2018) beskriver vil detaljer som kvinne eller mann, dialekt, hår/hårfarge, klær og lukt være av betydning. Hvilket sted, rom, omgivelser, natt eller dag, eller om overgrepet er knyttet til spesielle aktiviteter og lignende vil også være nyttig informasjon. Dette kan hjelpe miljøterapeuter og omsorgsgivere med å lage strategier for å unngå triggere, og at barnet blir påminnet de konkrete overgrepssituasjonene (Søftestad, 2018). Det gjelder å identifisere det som påvirker barnets alarmsystem, og deretter tilrettelegge for unngåelser av dette i den grad det er mulig.

Relasjon inkluderer tillitsfulle relasjoner mellom barn og omsorgspersoner, familiemedlemmer og andre voksne barnet møter i behandlingsapparatet, barnehage, skole og fritidsaktiviteter. Forutsetningen blir å styrke et forhold, tilhørighet og samhörighet (Søftestad, 2018). I de første utviklingsårene vil relasjoner være med på å forme mennesker på en grunnleggende måte, og disse tilknytningsprosessene ligger til grunn for resten av livet som et sentrum for alle de emosjonelle og sosiale funksjonene. Vold påført av nære omsorgspersoner kan utløse en mistillit til andre samt en generell frykt for nærhet, noe som igjen kan føre til at tilknytningsprosessen oppleves som traumatiserende. Om sårbare barn får erfare sunne relasjoner kan disse nye relasjonene brukes til å etablere trygghet, økt evne til selvregulering samt kapasitet til å tåle affekter (Schore, 2011).

For å ytterligere underbygge viktigheten av dette beskriver Li og Julian (2012) fire kjennetegn på utviklingsfremmende relasjoner som innbefatter: Tilknytning, gjensidighet, gradvis progresjon og balansering av makt. Her understrekes viktigheten av en tilknytning som bidrar til at barnet får et naturlig og positivt følelsesmessig bånd til andre. Videre at barnet inngår i et gjensidig omsorgsmiljø og at de opplever voksne som gir støtte til å mestre flere funksjoner og situasjoner i hverdagen. Det sistnevnte kjennetegnet fremmer viktigheten av at barnet erfarer voksne som overlater mer kontroll og styring, slik at de gradvis får bygget selvstendighet og uavhengighet. Bath (2015) poengterer at det er en forutsetning at disse barna får slike relasjonserfaringer i "normale" settinger sammen med voksne og jevnaldrende de naturlig omgås med. Barna bør få slippe å føle seg mer annerledes ved at de blir tatt ut av fellesskapet som for eksempel ved et individuelt tilpasset opplegg. Som Søftestad (2018)

forteller har de et behov for å være vanlige og normale, selv om de trenger en spesiell form for omsorg.

Affektregulering bidrar til at barnet kan møte livsutfordringer i tillegg til og lære selv å regulere emosjoner og impulser som vil aktiveres av traumatisk stress. Mestrer barnet selvregulering vil det styrke uavhengighet slik at de kan beherske situasjoner og utfordringer i hverdagen (Søftestad, 2018). Schore (2011) hevder at vanskene med emosjonell selvregulering er den mest karakteristiske konsekvensen av vold i tidlig alder. Når et barn ikke har fått reguleringsstøtte til å takle de affekter som traumene skaper utvikler de ulike overlevelsesstrategier. Noen av disse kan ha positive følger da de bidrar til selvstendighet i forhold til å lettere fange opp fare. De kan også utvikles negativt som for eksempel ved overspising, rusmisbruk, kriminell aktivitet og seksuell grenseløshet. Det må stilles spørsmål til om den fremmede atferden er et forsøk på å regulere redsel og sinne, og hva barnet trenger for å få mer hensiktsmessig håndtering av sin indre smerte (Gustumhaugen et al., 2017). Barn har i utgangspunktet ikke mulighet til å regulere sine følelser; affektregulering er en lært og ikke medfødt evne som oppstår når omsorgspersoner opptrer trøstende og beroligende, med stemmeleie, kroppsholdning og berøring (Jørgensen & Steinkopf, 2013). Barnet vil dermed lære at emosjonelle reaksjoner er en naturlig del av livet og ikke farlig i seg selv hvor emosjonene har en forklaring som kan kjennes igjen. En viktig del av traumebevisst omsorg som tilnærming vil være miljøterapeuter og omsorgspersoners evne til å samregulere barnets følelser sammen med trygghet og støtte slik at barnet ikke lenger har behov for de negative strategiene (Søftestad, 2018). Dette kan bidra til at barna lærer at det finnes gode mennesker som vil hjelpe og med tiden lære å speile miljøterapeuter og omsorgspersoners væremåte. På denne måten kan de utvikling selvregulering slik at de kan oppnå emosjonell likevekt på egen hånd.

Mestring kan forklares på mange måter og det finnes en rekke definisjoner. Dyregrov (2010) forklarer at det er den atferden eller de strategier som et menneske bruker for å møte utfordringer for å kunne tilpasse seg omgivelsenes krav. Således handler det om barnets evne til å håndtere de ulike situasjonene. Det blir nødvendig å påpeke at mestring er forskjellig fra resiliens selv om det kan være et alternativt ord som nevnt tidligere. Borge (2018) trekker frem at mestring er i større grad enn resiliens basert på læring. Denne læringen skjer som oftest i organiserte former og formelle situasjoner. Den kan også være med på å forebygge

fremtidige problemer i ulike sosiale settinger (Borge, 2018). Mestring dekker flere områder som kompetanse innen ferdigheter, stressmestringskompetanse og mestring gjennom sosial kompetanse (Waaktaar og Christie, 2000). Det vil derfor være viktig at miljøterapeuter og omsorgspersoner kan arbeide med ulike mestringsstrategier gjennom traumebevisst omsorg som tilnærming.

3.1.3 Den traumebevisste miljøterapeuten

Å arbeide etter prinsippene om traumebevisst omsorg innebærer at den voksne er metoden, eller med andre ord at hjelperen er verktøyet. Det betyr at manualer og profesjonell distanse ikke er tilstrekkelig for miljøterapeuter i møte med barn og unge (Gustumhaugen et al., 2017). Likevel må de voksne som arbeider profesjonelt med å gi omsorg, tåle å bli avvist og erkjenne følelser som til tider kan oppleves som å ikke føle seg god nok og utilstrekkelig.

Miljøterapeuter og omsorgspersoner må forstå at voldsutsatte barn kan være på vakt, redd for verden, egne reaksjoner og andre mennesker. På bakgrunn av dette kan de derfor lettere stenge av eller ta avstand (Gustumhaugen et al., 2017). Bath (2015) fremlegger videre at miljøterapeuter og omsorgspersoner må hjelpe barna til en tryggere, sunnere og mer hensiktsmessig måte å takle skremmende minner og smertefulle følelser på. Han forklarer dette gjennom begrepet co-regulering, som oversatt til norsk betyr sam-regulering. Det handler om en gjensidig prosess. Hvis den voksne er aktivert, blir barnet det, hvis barnet er rolig, blir også den voksne det. Dette betyr at omsorgspersoner i møte med de sårbare barna utarbeider en bevisst holdning på å holde seg rolig eller engasjert, for å påvirke barnet (Søftestad, 2018). Ved at miljøterapeuter og omsorgspersoner er regulatorer for uhåndterlige følelser inntil barnet selv er i stand til å regulere seg selv, kan det hjelpe dem til og gradvis bli i stand til å mestre smerten samt plassere den i fortiden (Jørgensen & Steinkopf, 2013).

Dette kan være utfordrende for voksne i privat og faglig sammenheng, da de er mennesker med et eget toleransevindu, triggerpunkter og reaksjonsmønstre. I følge Andersen (2014) kan det være en løsning å fokusere på barnets følelser som for eksempel sinne, i motsetning til atferden som kan være utagering og banning. Ved bruk av en slik metode kan barnet føle seg forstått og eventuelle følelser kan avta. Dette kan hjelpe miljøterapeuter og omsorgspersoner ved å tenke at barnet er trigget av noe, istedenfor å tenke at barnet provoserer med vilje for en reaksjon (Andersen, 2014). Det vil kreve at de voksne kjenner sitt eget følelsesregister slik at de kan fokusere på barnets buskap ved frustrasjon over manglende mestring og støtte barnets

nederlagsopplevelse. Den voksne kan hjelpe barnet til å regulere denne følelsen gjennom en bekreftelse på at de er sammen om dette (Jørgensen & Steinkopf, 2013). Barn trenger repetisjoner av gode erfaringer for at hjernen skal kunne utvikle nye forbindelseslinjer. Underveis i prosessen vil barnet og omgivelsene oppleve gjentatte hendelser der de kan reagere på en ny og mer hensiktsmessig måte (Søftestad, 2018). Barn som opplever vold utvikler ofte væremåter som er vanskelige å forstå som kan sette de voksne i en avmaktsposisjon (Gustumhaugen et al., 2017). Det er derfor viktig å huske på at barnas atferd og symptomer vil ha en sammenheng med hjernens funksjon og utvikling. Et viktig fundament for videre arbeid vil være at en ser på barnets uforståelige atferd som et uttrykk for hvordan hjernen deres er formet. Slik kunnskap kan bidra til en mer konstruktiv forståelse av hvordan miljøterapeuter og omsorgspersoner kan møte og hjelpe de sårbare barna (Jørgensen & Steinkopf, 2013).

3.2 Traumer

Forståelse av traumer er en viktig del av arbeidet i traumebevisst omsorg da dette er en type omsorg som spesielt ivaretar traumatiserte barns behov (Andersen, 2014). For å beskrive traumbegrepet velger vi å henvise til en internasjonal definisjon fra Classification of Mental and Behavioural Disorders (ICD-10, 1992). En traumatiserende hendelse kan forklares som en stressende situasjon av kort eller lang varighet som er usedvanlig truende eller katastrofal, og som fører til sterkt ubehag hos mennesker (WHO, 1992, ICD-10). Det skilles mellom ulike typer traumatiserende hendelser som mellom menneskeskapte og naturskapte hendelser, tilfeldig hendelser som ulykker og naturkatastrofer eller påførte hendelser som krig, terror og vold (Dyregrov, 2010). Det har vært en økende erkjennelse av at det ikke er enkeltstående traumatiske hendelser som er de mest skadelige, men de mer gjentatte traumatiske belastningene som skjer i en kontekst av sviktende eller destruktive omsorgsbetingelser (Braarud & Raundalen, 2011). Barn som utsettes for vold kan med første reaksjon oppleve hendelsen som voldsom, skremmende og overveldende. Det kan videre føre til forstyrrelser som posttraumatisk stress, utviklingsmessige endringer, smertefulle følelser i tillegg til kognitive forsinkelser (Braarud & Raundalen, 2011). Når det gjelder en traumepsykologisk tilnærming hevdes det at emosjonelle og atferdsmessige problemer hos barn utsatt for vold i nære relasjoner, er en naturlig reaksjon og tilpasning til den traumatiske hendelsen (Rossman, 2001).

3.2.1 Komplekse traumer

Det overnevnte har hatt implikasjoner for traumepsykologien og Terr (1991) skilte mellom begrepene enkeltstående traumatiske hendelser (type I), dette innebærer for eksempel voldtekt. Videre defineres komplekse traumer (type II), som gjentatte traumatiske hendelser i nære relasjoner. Det vil være relevant å se nærmere på komplekse traumer som kan defineres som gjentatte og vedvarende traumatiske belastninger som finner sted i mellommenneskelige relasjoner (Ford & Courtois, 2009, referert i Braarud & Raundalen, 2011). Det handler om vedvarende belastning fra tidlig barndom og som medfører at barnet lever i en konstant frykt for nye hendelser. Slike stressbelastninger omtales ofte som komplekse traumer (Dyregrov, 2010). Begrepet utviklingstraumer er komplekse traumer og kan ses i sammenheng med tidspunktet de traumatiske hendelsene finner sted, gjerne når barnet befinner seg i en utviklingsfase hvor barnet trenger trygg tilknytning og støtte i følelsesregulering. Videre har vi begrepet tilknytningstraumer som også innbefatter komplekse traumer. Dette kan ses på som en av de mest alvorlige av barndomstraumene da traume finner sted i et tilknytningsforhold og underminerer tilknytningens primære funksjon som er å beskytte (Killén, 2009). Vold i nære relasjoner faller naturlig nok under kategorien type II. Barn som lever eller har levd under et omsorgsmiljø med kroniske relasjonelle krenkelser, vil streve med et bredt spekter av vansker (Braarud & Raundalen, 2011).

3.2.2 Atferdsvansker hos barn

«Barns utviklingsmuligheter kan belyses via stress og risikofaktorer sett i lys av ressurser og beskyttelsesfaktorer. Kombinasjonen av disse vises i form av mestring og trivsel» (Kvello, 2015, s. 240). Det finnes noen beskyttelsesfaktorer som vil dempe sannsynligheten for atferdsvansker når barn er rammet av belastende faktorer (Kvello, 2015). Noen beskyttende faktorer er en trygg og god relasjon med en omsorgsperson, gode vennskap, perioder med tilfredsstillende alternativ omsorg eller tilpasset behandling (Daniel, Wassel & Gilligan, 2010). Det handler om å arbeide tett med barnets individuelle egenskaper og miljøet. Begrepet atferdsvanske eller atferdsforstyrrelse kan brukes i flere sammenhenger og handler om antisosial, impulsdrevet og utagerende atferd, eller sosiale og eksternaliserende vansker. Diagnosen anbefales ikke brukt dersom vanskene ikke har vedvart i mer enn seks måneder. I ICD-10 defineres atferdsvansker som:

Gjentagende og vedvarende mønster av dyssosial, aggressivt eller utfordrende atferd. Når slik atferd er på sitt mest ekstreme, foreligger det klare brudd på sosiale forventninger i forhold til alderen, og er derfor mer alvorlig enn vanlige barnestreker eller ungdommelig opprørstrang (WHO, 1992, s 165-165).

Fysisk og psykiske krenkelse, traumer og vold er elementer som kan virke inn på atferdsvansker. Atferdsvansker kan knyttes til negative tilbakemeldinger over tid hvor det foreligger en lav selvfølelse hos barnet. Kvello (2010) peker på at atferdsvansker i utgangspunktet handler om utagering av følelser istedenfor en indre og språklig bearbeiding av dem. Et viktig moment i traumebevisst omsorg er å møte barn med atferdsvansker og støtte dem til å bygge opp selvfølelsen. Juul (1996) mener at dette kan gjøres ved at minst en av de betydningsfulle personene i et barns liv ser og anerkjenner barnet slik at de opplever at de er verdifulle for andre mennesker. Traumebevisst omsorg innehar kvaliteter som gjør den særlig egnet i møte med barn og unge som på grunn av krenkelser tidlig i livet, har utviklet en grunnleggende usikkerhet og utrygghet i forhold til seg selv og andre (Andersen, 2014). Ved å møte barn og unge gjennom traumebevisst omsorg kan det bidra til at barna opprettholder en akseptabel fungering til tross for dårlige vilkår over tid. Alle barn har sine særegne måter å reagere på når det gjelder traumer og truende omgivelser. Noen barn reagerer med avvik noe som gjør at vi kan snakke om en problemfylt utvikling herunder atferdsvansker. Andre barn klarer seg bra og opprettholder en god fungering. Da kan vi snakke om god utvikling, noe i nærheten av resiliens (Borge, 2018).

3.2.3 Resiliens

På midten av 1950-tallet ble det oppdaget store individuelle forskjeller i hvordan det gikk med personer som var utsatt for samme type motgang og risiko. Forståelsen av dette fenomenet satte dermed fokus på de barna det gikk bra med, altså på resiliens (Fonagy, Steele, Steele, Higgitt & Target, 1994). Resiliens handler om barns motstandskraft mot å utvikle psykiske problemer og kommer til syne hos barn som klarer seg bra til tross for risikofylte opplevelser. Borge (2018) beskriver det som å fungere normalt til tross for unormale forhold, hvor vi kan se individuelle forskjeller i måten en reagerer og håndterer kriser og truende omgivelser på. Cicchetti (2013) trekker frem at resiliensforskning viser til at ikke alle utvikler vansker og at enkelte tross store stressbelastninger viser god tilpasning. Beskyttende faktorer hos individet og i omgivelsene samt samspillet mellom disse, kan bidra til mestring og virke beskyttende i forhold til utvikling av vansker, herunder eksponering for vold.

Cicchetti (2013) som er kjent for å studere resiliens blant barnevernsbarn i særlige belastende omgivelser poengterer viktigheten av å ikke avgrense oppmerksomheten til bare familie og miljø, men også å inkludere funksjoner som biologi, fysiologi, genetikk og nevropsykologi. Rutter (2007) påpeker også at resiliens ikke er et personlighetstrekk ved et barn, men heller en genetisk effekt eller fysiologisk respons på et miljø. Kunnskap om hvilke mekanismer som gjør at noen barn klarer seg bra, kan bidra til å etablere tiltak som kan beskytte eller forebygge mot negative psykologiske vansker. Borge (2018) understreker at kunnskap om resiliens og innsikt i reaksjonsmåter hos risikobarn med en tilfredsstillende utvikling, kan bidra til å hjelpe risikobarn som ikke har en tilsvarende utvikling.

3.3 Tilknytning

Tilknytning er en affektiv forbindelse som et menneske danner til et annet individ, slik at de har et forhold og kan være forent over avstand og tid (Brandtzæg et al., 2011). Kunnskap om barnas tilknytning hjelper oss til å se barnet bedre (Killén, 2003). Et viktig fundament for denne teorien er at barn lærer om sine følelser gjennom gjentatte gjensidige interaksjoner med omsorgspersoner, samt et nært forhold til minst en responderende og pålitelig voksen. Dette blir viktig for at barnet skal ha en sunn utvikling og de emosjonelle utvekslingsprosessene mellom barnet og tilknytningspersonen vil bidra til å lære, gjenkjenne, forstå og uttrykke sine følelser. Sammen med en responderende miljøterapeut eller omsorgsgiver er dette nøkkelen for at barnet skal kunne regulere sine følelser og unngå å bli overveldet (Daniel et al., 2010). Det handler om å være tilgjengelig for barnet for å skape gode relasjoner som kan bidra til utvikling og bedret trivsel. *«Hvis et barn er trygg på at tilknytningspersonen er tilgjengelig når det er nødvendig, har det tilegnet seg en viktig stressregulerende emosjon»* (Brandtzæg et al., 2011, s. 19). Traumebevisst omsorg som et tiltak er som nevnt opptatt av tilstedeværelsens betydning. Denne opplevelsen kan åpne opp for at en kan dele nære, intime og ofte sårbare opplevelser (Thommessen & Neumann, 2019).

Begrepet tilknytning ble først anvendt av Bowlby (1958) som redegjorde for hva som kjennetegner barns relasjoner til sine nærmeste omsorgspersoner. Hans engasjement rundt barnets relasjoner til sine omsorgsgivere, og hans ulike observasjoner i forbindelse med separasjon fra foreldre var starten på hans søken (Smith, 2002). Han utarbeidet deretter en teori basert på atferdsbiologi og systemteori for å kunne forstå opprinnelsen til de affektive

relasjonene (Bowlby, 1969). Hvorvidt et barn har en trygg eller utrygg tilknytning, vil påvirke utforskningsatferden og evnen til å mestre omgivelsene.

Ainsworth (2014) videreutviklet Bowlbys teori, og brakte tilknytningsteorien inn i en ny fase (Wenneberg, 2011). Gjennom hennes observasjoner av små barns emosjonelle bånd eller tilknytningsatferd til sine mødre, ble en observasjonsprosedyre for å kartlegge barnets tilknytningsstil dokumentert. Barnet måtte forholde seg til en fremmedperson og oppleve situasjoner med atskillelse og gjenforening mellom tilknytningspersonen (Wenneberg, 2011). Ainsworth tilførte dermed begrepet tilknytningsstil til teorien. Gjennom den dokumenterte observasjonsprosedyren identifiserte hun ulike typer tilknytningsstiler hos barn, som ble kategorisert som trygg og utrygg tilknytningsstil. Den sistnevnte deles i underkategoriene unnvikende, avvissende/ambivalent og desorganisert tilknytning (Daniel et al., 2010).

Tilknytningsatferd kan forklares som «... a class of social behavior of an importance equivalent to that of mating behavior and parental behavior» (Bowlby, 1969, s. 223). Den sosiale tilknytningen starter allerede i spedbarnsalder og det er en nødvendig forutsetning at det foreligger en trygg og sunn tilknytning da dette kan sees på som en viktig beskyttelsesfaktor ved belastning. I det første leveåret begynner barn å vise former for tilknytningsatferd som fremmer nærhet eller kontakt med omsorgspersoner. Det handler om signalatferd ved blant annet å smile, gråte eller vokalisere. Det handler også om orienteringsatferd som innebærer å følge etter eller nærme seg en annen person. Videre omhandler det aktiv fysisk kontakt- atferd som sees når et barn trekker seg opp etter for eksempel mors bein (Brandtzæg et al., 2011). Bowlby understreker viktigheten av den gjensidige interaksjonen mellom barn og omsorgspersonen og forklares som «... a resultant of the contributions of each, and especially of the way in which each in turn influences the behavior of the other» (Bowlby, 1969 s. 251). Alle barn knytter seg til sine omsorgspersoner, det må de for å overleve, men det er dermed ikke gitt at barnet faktisk oppretter en trygg tilknytning. Noen barn utvikler også utrygg tilknytning og dette medfører at barna tilegner seg ulike overlevelsestrategier. Barn som utsettes for vold kan utvikle en av to former for overlevelsestrategier enten overdreven tilpasning eller utagering (Brandtzæg et al., 2011).

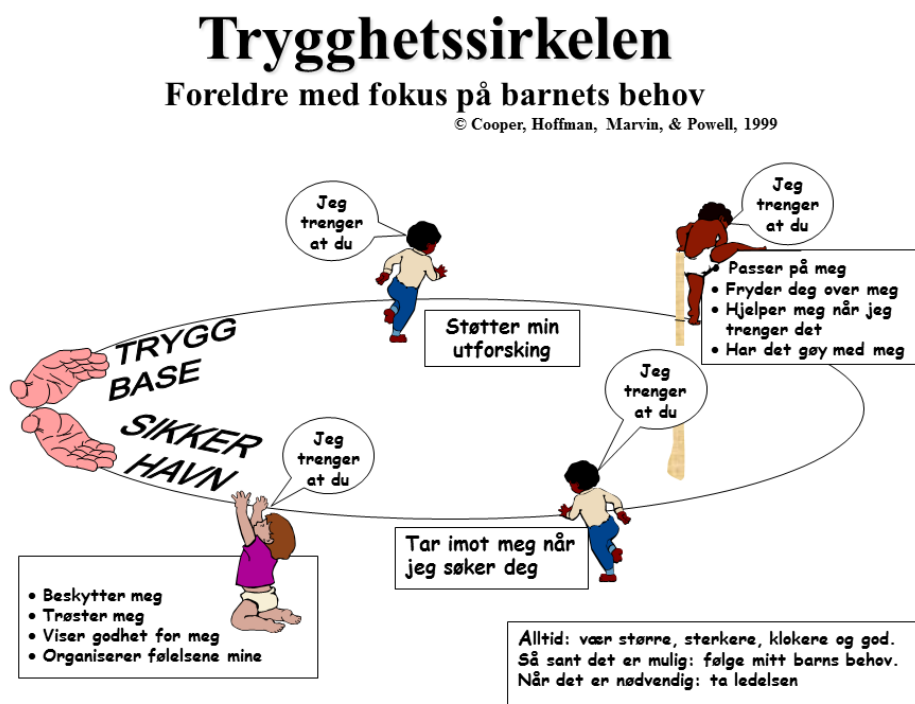
Barn med trygg tilknytning innehar en fleksibilitet av variasjon mellom medfødte atferdssystemer for tilknytning og utforskning. Utforskningssystemet blir aktivisert så lenge omsorgspersoner er i nærheten, men tilknytningsystemet slås på når de forlater rommet (Wenneberg, 2011). Et barn som utvikler en trygg tilknytningsstil kjennetegnes ved at barnet

evner selvregulering og at det mestrer affektregulering. I tillegg oppleves en positiv kroppsoppfattelse, selvoppfatning og mestringsfølelse (Brandtzæg et al., 2011).

Ved en utrygg unnvikende tilknytningsstil bruker ikke barnet omsorgsgiver som en trygg base. I undersøkelsen til Ainsworth (2014) blir det sett at barnet fokuserer sin oppmerksomhet alene på lekene i rommet. Barnet tar ikke til tårene ved separasjon, og har en unnvikende reaksjon ved gjenforening (Wenneberg, 2011). Konsekvensen av en slik tilknytning kan være at barnet søker aksept ved å nedregulere sin tilknytningsatferd i håp om å få nærhet fra sin omsorgsperson. Barnet kan bli oppfattet som ”selvstendig” og ”samarbeidsvillig”. Det utrygge ambivalente barnet er ofte opprørt og urolig (Wenneberg, 2011). Omsorgsgiver er uforutsigbar, og barnet vet ikke når den voksne er tilgjengelig. Barn som prøver å påvirke dette kan oppleves som krevende ved å lett ta til tårene og vise irritasjon. Dette da barnet har et ønske om at omsorgspersonen skal vise interesse og være tilgjengelig (Brandtzæg et al., 2011).

Om et barn fremviser desorganisert atferd, kan en observere engstelighet, frysatferd og motsetningsatferd (Wenneberg, 2011). Denne formen for tilknytning er sett hos barn som er blitt utsatt for alvorlig vold og omsorgssvikt. De kan sitte igjen med erfaringer om omsorgspersonen som skremmende, depressiv, ruset eller voldelig (Main & Hesse, 1990, referert i Brandtzæg et al., 2011). Barns desorganiserte tilknytning kan påvirke barnets utvikling negativt, eksempelvis svekkede selvreguleringsferdigheter, vedvarende tristhet og dissosiasjon (Braarud, 2012).

3.3.1 Trygghetssirkelen



Figur 1: Trygghetssirkelen viser barnets behov for en trygg base og en trygg havn (Hoffman, Cooper, Powell & Marvin, 1999).

Trygghetssirkelen (COS) er en manualbasert behandlingsmodell som baseres på mange års forskning hva gjelder tilknytning og barns psykiske helse. Hensikten med trygghetssirkelen er å fremme trygg tilknytning ved at miljøterapeuter og omsorgspersoner reflektere over barnets atferd, følelser og behov. Det har som mål å fremme metallisering for å utvikle en mer sensitiv og utviklingsstøttene omsorg (Hoffman et al., 2017). Modellen viser til tre sentrale kjernebehov innen tilknytningssystemet; søken etter omsorg, utforskning og omsorgsgiving. Den er utformet som en sirkel da mange sider ved trygghet handler om balanse (Hoffman et al., 2017). Barnas behov for avhengighet og selvstendighet har like stor betydning og beskrives som en av de viktigste sidene ved modellen. Når omsorgspersoner forstår, respekterer og balanserer de valgte kriteriene, blir det større sannsynlighet for at barna opplever trygghet, selvtillit og tillit til voksne rundt dem (Hoffman et al., 2017). Søken etter omsorg kan ses på den nedre delen av sirkelen hvor barna kommer til omsorgspersonen for en trygg havn og trøst når de føler seg sårbare. Utforskningen ligger i øvre del av sirkelen og viser behovet for en trygg base som er tilgjengelig slik at barnet kan vise en viss grad av selvstendighet (Hoffman et al., 2017).

Sett i sammenheng med traumebevisst omsorg trenger barn en trygg base for utforskning i like stor grad som et behov for en trygg havn for å få trøst. Å møte barn ved sin tilknytningsatferd og utforskningsatferd er en nødvendig forutsetning for å skape *trygghet* og *relasjon* da dette kan utvikle sunne ferdigheter i emosjonsreguleringen, som igjen handler om *affektregulering*. Barnets plassering innenfor sirkelen kan bidra til at miljøterapeuter og omsorgspersoner kan avgjøre hvilke behov barnet har i dagens løp. Hver handling utført av barnet har en hensikt (Hoffman et al., 2017), og sirkelen bidrar med dette å sette atferdens handlinger inn i en forståelsesramme.

3.4 Den følsomme hjernen

Det har i de senere år kommet ny nevrofysiologisk forskning som har bidratt med kunnskap om mental helse generelt og på traumefeltet spesielt. Hjernen vår er formet av både genetiske og miljømessige betingelser. Barns utvikling vil dermed variere i forhold til disse faktorene. Schore (1994;2003a) hevder at hjernens utvikling, spesielt de første årene er sensitiv for miljømessig påvirkning. Det er påvist at barnets hjerne påvirkes og endres av tidlig og vedvarende traumebelastning. Dette gjelder særlig; tilknytningssystem, system for krisehåndtering, emosjonssystem, hukommelse, evne til refleksjon og selvforståelse (Siegel, 2012; Schore, 2003; Perry, 2009). Et barn som vokser opp i et miljø preget av frykt, vold og omsorgssvikt vil derfor tilpasse og forme seg deretter for å i størst mulig grad kunne beskytte seg mot farer. Jørgensen og Steinkopf (2013) viser til at barn utsatt for vold gradvis vil miste trygghetsfølelsen og at "alarmsentralen" i hjernen dermed vil slå inn som et overlevelsesinstinkt.

I en traumebevisst tilnærming ser vi viktigheten av å erkjenne at barn i helt vanlige situasjoner kan oppleve triggere om krenkelses de har opplevd tidligere i livet. Det kan handle om en lyd, lukt, dialekt, farge eller andre ting som minner dem om krenkelsene. Andersen (2014) peker på viktigheten av å forstå hva som skjer når minner trigges, slik at vi kan møte barnets reaksjoner. «*For andre kan disse reaksjonene virke underlige, "uforståelige", eller "overdimensjonerte" sett i forhold til den aktuelle nå- situasjonen. Når gamle ubearbeidede krenkelses blir trigget, vil "farealarmen" gå og barnets forsvarsverk trer i kraft*» (Andersen, 2014, s. 55). Det er viktig at ulike tjenester forstår mekanismene bak forsvarsreaksjonene traumeutsatte barn viser. På den måten kan vi arbeide med å forstå deres atferd i lys av hva de har opplevd og hvilket handlingsrepertoar de faktisk har.

Barns atferd har en sammenheng med hjernens funksjon, utvikling og kunnskap om hjernen kan bidra til en større forståelse når det kommer til å møte og hjelpe de sårbare barna. Steinkopf (2014) beskriver at nevroplastisitet kan sees på som hjernens evne til å endre struktur som følge av miljøpåvirkning. Kunnskap om hjernens nevroplastisitet kan hjelpe omsorgspersoner, ansatte i barnehage-, skole- og barnevernet til å forstå hvorfor barna handler og reagerer som de gjør og hva som skal til for at barnets hjerne endres i en positiv retning. MacLean (1973) introduserte teorien om *Den tredelte hjernen* (The Triune Brain). Han hevdet at hvert enkelt område av hjernen har sin intelligens, sin egen hukommelse og sin egen spesielle måte å reagere på overfor de påvirkninger en utsettes for. Det er ikke forventet at miljøterapeuter skal kunne se kritisk og selvstendig på hjerneforskningens betydning for barns utvikling, men kunnskap om den tredelte hjernen kan inspirere miljøterapeuter til å utøve bedre, mer etisk og sensitivt relasjonsarbeid. Ved å forstå slike sammenhenger kan hjelpere optimalisere de gode innsiktene om mennesket som ligger til grunn for traumebevisst omsorg (Thommessen & Neumann, 2019). Det hevdes at den menneskelige hjernen er organisert i flere nivåer og at dens oppbygging kan deles inn i tre deler; hjernestammen (lillehjernen), det limbiske systemet og cortex eller neocortex.

Den autonome sansende hjernen, også kalt reptilhjernen, hjernestammen og lillehjernen og de mest primitive delene av det limbiske systemet fungerer allerede fra fødselen av. Lillehjernen inneholder grunnleggende instinktstyrte handlinger knyttet til overlevelse. Den regulerer kroppens grunnleggende funksjoner som pust, reflekser, balanse, blodtrykk, rytme, søvn/våkenhet og autonom aktivering. Steinkopf (2014) forklarer at det er særlig interessant for å forstå barn med omfattende traumeerfaringer at denne hjernedelen også inneholder celler knyttet til hjernens forsvarssystem, "fight- flight- freeze- systemet". Videre forklarer han at lillehjernen også er involvert i å ta imot og viderefordre signaler fra kroppens sansemotoriske system.

Det limbiske systemet også kalt følelseshjernen, er de mest primitive delene som sikrer overlevelse og fungerer fra fødselen av. De mer avanserte delene og cortex utvikler seg ifølge Blindheim (2011) noe senere. Det limbiske systemet styrer hukommelsesfunksjoner, evnen til tilknytning, overlevelsereaksjoner for ytre farer, følelser, konsentrasjon, oppmerksomhet, det hormonelle systemet og emosjoner. Emosjonen "frykt" gir spesifikke handlingsalternativer som for eksempel flukt eller at en underkaster seg den en blir redd for (Steinkopf, 2014). Han

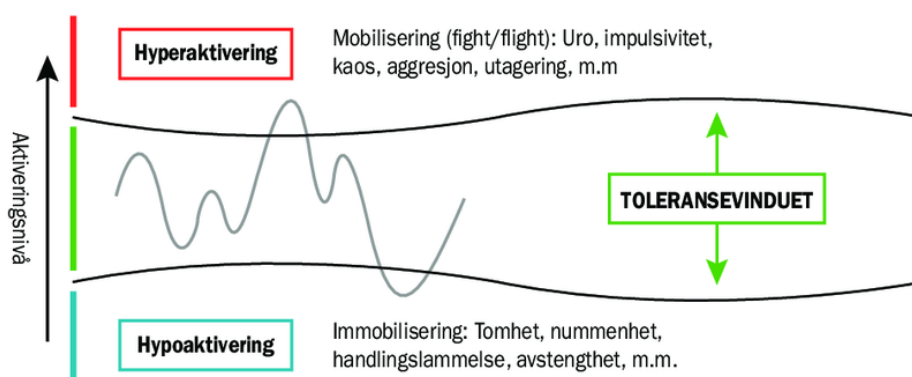
hevder også at det limbiske systemet har autopilotprogrammer som overtar kontrollen når reptilhjernen ser behov for det. Blindheim (2011) forklarer at det limbiske systemet hjelper individet med å tilpasse seg i forhold til hvor truende det ytre miljøet er til enhver tid. På bakgrunn av dette mener han at det limbiske systemet spiller en sentral rolle når det kommer til traumatisering.

Den tenkende hjernen, også kalt cortex eller neocortex er den mest avanserte delen av hjernen. Cortex er svært underutviklet i de første leveår. Den inneholder vår evne til å tenke og resonere, til å bearbeide informasjon, til viljestyrte motoriske handlinger, problemløsning, planlegging og det å ta avgjørelser. Den rommer også språkfunksjoner, minner for fakta, fornuft og bevissthet. Steinkopf (2014) beskriver at vi ved hjelp av denne delen av hjernen kan tenke abstrakt, forestille oss ting, planlegge fremtiden, og ta bevisste valg. Cortex er mer erfaringsavhengig enn de to andre "hjernene". Da den er mest nevroplastisk er den også mest sårbar for uheldig og skadelig påvirkning. Hos barn vil mangelfull utvikling i cortex føre til en dårligere kontroll og forståelse av emosjoner. Det vil også bidra til en manglende mulighet til å integrere og forstå hukommelsesbilder samt en svekket evne til å plassere hendelser i fortid og nåtid (Steinkopf, 2014).

3.4.1 Toleransevinduet

Et av prinsippene ved traumebevisst omsorg handler om å forstå barns atferd som smerteuttrykk. Jørgensen & Steinkopf (2013) understreker at barn som opplever traumer kan utvikle vansker ved den delen av utviklingen som omhandler evnen til emosjonsregulering, selvforståelse og refleksjon. Dette er elementer som utgjør store deler av barns atferd og som vil påvirkes og endres ved opplevd traume eller ved påminnere av traumatiske hendelser. Nordanger og Braarud (2017) forklarer at toleransevinduet kan brukes som en forståelsesmodell og et praktisk verktøy som støtte for utviklingstraumatiserte barn. Det kan forklares som det spennet av aktivering som er optimalt hos et menneske, ikke for høyt- ikke for lavt (Siegel, 2012). Det er en modell som gjør oss oppmerksom på egen og andres aktiveringstilstand, og som er viktig for å vite hvilken del av hjernen som er tilgjengelig. Det er når individer er innenfor sitt toleransevindu at det lærer lettest og er tilstede i både situasjoner og relasjoner. Er vi over toleransegrensen, er vi i en hyperaktivert tilstand, med forhøyet hjerterytme, åndedrett og spenning i muskulaturen. Her kan en oppleve at det blir vanskeligere å konsentrere seg, kjenne at en rødmer, skjelver eller blir klam i hendene. Er vi

derimot under grensen, er vi i en hypoaktivert tilstand, med redusert hjerterytme, åndedrett og spenning i muskulaturen. Når en trer inn i denne tilstanden kan en oppleve en følelse av å bli utslått, nummen, ting kan gå langsommere og det kan være vanskelig å være tilstede mentalt (Porges, 2011).



Figur 2: Toleransevindumodellen (Ogden, Minton & Pain, 2006).

I ulike situasjoner kan vi se foreldre, fosterforeldre og miljøterapeuter som prøver å ta kontroll over en situasjon ved å regulere barnets atferd gjennom kommando. Andersen (2014) påpeker at slike situasjoner kan bli feildømt ved at den voksne ikke forstår at barnet er utenfor sitt toleransevindu (window of tolerance), og heller trenger hjelp til regulering.

Barnets hjerne går fra å fungere som en koordinert helhet i trygge omgivelser, der de er i sitt toleransevindu, til at kontrollen flyttes nedover til de primitive delene i hjernen etterhvert som utryggheten øker. Den delen av hjernen som kan tenke, reflektere og vurdere kobles ut (Andersen, 2014, s. 62).

Dette er noe som må tas hensyn til når vi skal fortolke, reagere og håndtere barns atferd. Vi må hele tiden fokusere på å hjelpe barnet til å holde seg innenfor sitt toleransevindu, og samtidig hjelpe dem tilbake når de er utenfor. Spennvidden mellom hyper- og hypoaktivert tilstand varierer hos den enkelte og vil være formet av deres erfaringer fra det tidlige samspillet (Nordanger & Braarud, 2017). Toleransevinduet hos traumatiserte barn er ofte smalere enn hos andre, noe som gjør at de oftere er i hypo- eller hyperaktivering, eller veksler mellom disse. Ogden, Minton og Pain (2006) hevder at kroppen fortsetter å varsle fare selv lenge etter at den traumatiske hendelsen er over. Om noe trigger skal det dermed lite til for å reaktivere traumeminner og det kan ta lengre tid å komme tilbake til toleransevinduet. Barn

som agerer i affekt trenger omsorgspersoner som kan hjelpe dem til å bli beroliget og tenke rasjonelt. Den voksne kan bidra til dette ved å være nysgjerrig på følelsene som ligger bak atferden, og ikke på atferden i seg selv (Andersen, 2014). På den måten kan barnet få en følelse av å bli sett og dermed mestre å regulere ned sin uro. Cozolino (2006) peker på at gjentatte sykluser av emosjonell uro som følges opp med beroligende intervensjoner fra en omsorgsperson, kan skape en base for utvikling av tillit og trygghet.

Voksne hjelpere har også et eget toleransevindu. «Å opptre konstruktivt overfor et barn med alvorlige affektreguleringsvansker krever at vi har god kontroll på egen følelsesregulering, samt kunnskap om mekanismene bak barnets atferd» (Andersen, 2014, s. 64). Dette er det viktig å være bevisst slik at en kan være et forbilde når det gjelder selvkontroll, og utgjøre en forskjell som kan hjelpe barnet.

3.5 Implementering

For å få til en vellykket implementering av tiltaket traumebevisst omsorg er det viktig med kunnskap om implementering, implementeringsprosessen og implementeringskvalitet. Det handler om i hvor stor grad man når målgruppen, følger intervensjonen og får gode resultater som vedlikeholdes over tid.

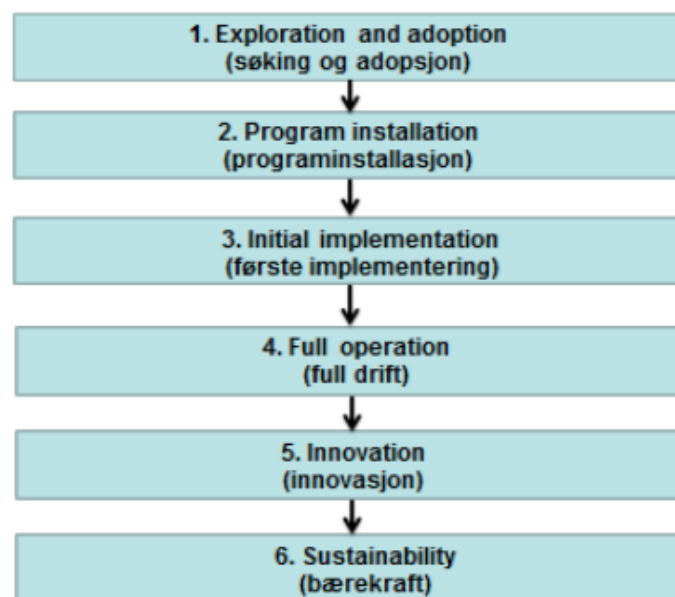
Ødegård, Nordahl og Røys (2017) trekker frem implementeringsarbeid og beskriver at det i all hovedsak dreier seg om å iverksette endringer som skal føre til forbedring. Med andre ord er det et målrettet og systematisk arbeid hvor målet er å integrere forskningsbaserte programmer som gir positive resultater i praksis. Ogden (2012) beskriver at implementering er en sammensatt prosess med tre hovedelementer; en *intervensjon* som skal iverksettes, en eller flere *endringsagenter* som bidrar til en vellykket overføring fra forskning til praksis, og en *kontekst* eller miljøbetingelse som kan hemme eller fremme prosessen. Implementering kan dermed anvendes som en støttestruktur når et nytt tiltak skal iverksettes eller når et system har behov for endring. Implementering av et nytt tiltak kan likevel være utfordrende da det ikke er gitt at evidensbaserte programmer har effekt i enhver setting. Mørch (2012) argumenterer for at slike programmer i noen tilfeller kan fremstå som virkningsløse basert på at implementeringsstrategien har vært ufullstendig.

Ødegård (et al., 2017) beskriver at implementeringsarbeid er en pågående prosess som aldri vil ta slutt, men kontinuerlig bevege seg frem og tilbake i ulike faser. Rogers (2003) var den

som først presenterte implementeringsbegrepet og introduserte “early adopters”, “late adopters” og “refusers” (Rogers, 2003 sitert i Sørli, Ogden, Solholm & Olseth, 2010). Begrepene understreker at det er stor variasjon når det gjelder praktikere. De viser til at noen er tidlig ute med å engasjere seg i nye intervensjoner, andre er avventende og engasjerer seg først når intervensjonen i større grad er integrert i organisasjonen, mens andre avviser å engasjere seg ikke til tross for at intervensjonen allerede er tatt i bruk av andre.

3.5.1 Implementeringsprosessen

Denne studien ser nærmere på Fixsen (et al., 2005) sin modell for implementeringsprosessen da dette er en modell som kan støtte barnevernspersonalet i utvelgelsen av arbeidsmåter. Denne fokuserer på selve intervensjonen og ikke på organisasjonen hvor implementeringen foregår. Modellen viser til seks faser for en god implementeringsprosess; *søking og adopsjon*, *programinstallasjon*, *første implementering*, *full drift*, *innovasjon* og *bærekraft*.



Figur 3: Implementeringsprosessen (Fixsen et al., 2005, oversatt av Olsen & Gundersen, 2012).

Søking og adopsjonsfasen beskrives som en økt problembewissthet rundt et område med behov for endring. Her må det hentes inn informasjon om ulike intervensjoner med en vurdering av hvor godt de passer organisasjonens fundament. Videre må det gjøres en vurdering og kartlegging av eksisterende praksis for å få kunnskap om hva som må endres

(Ogden, 2012). De økonomiske og personalmessige ressursene må også vurderes hvor det til slutt lages en plan over hvordan implementeringen skal tre i kraft (Fixsen et al., 2005).

Programinstallasjonsfasen handler om praktisk tilrettelegging sammen med bestemmelser i forhold til planer om tiltaket som skal tas i bruk. Ogden (2012) beskriver at det handler om å sikre finansiering, rekruttering og opplæring av personalet, etablering av henvisningsrutiner, og utvikling av rutiner for evaluering og kvalitetssikring. Fixsen (et al., 2005) understreker at det i denne fasen også bør velges en metodeansvarlig.

I den *første implementeringsfasen* skal ny kunnskap tas i bruk i praksis. Her stilles det krav til endringer både på individnivå og organisatorisk nivå. Fixsen (et al., 2005) trekker frem at dette er en sårbar, vanskelig og komplisert fase da det skal arbeides for at intervensjonen skal få feste.

I *full driftsfasen* innebærer det at ny læring er integrert i organisasjonen og som en del av praksis, hvor praktikerne gradvis blir mer kompetent, erfarne og tar i bruk komponentene som dannet grunnlaget for endring (Ogden, 2012). I denne fasen har intervensjonen blitt akseptert av praktikerne og vedlikeholdes gjennom retningslinjer og prosedyrer.

Innovasjonsfasen er fasen hvor endringene er etablert i organisasjonen og videreutvikles og tilpasses basert på egne erfaringer. Ødegård (et al., 2017) understreker at kjernekomponentene som er valgt ut og trent på har blitt endret og tatt i bruk i nye sammenhenger.

Til sist dreier *bærekraftfasen* seg om å vedlikeholde og opprettholde intervensjonen og arbeide med implementeringen som en pågående prosess som må tilpasses miljøendring, og nye utfordringer. Det handler om å sikre kompetanse og integritet til tross for utskiftninger i personalgruppen eller når andre utfordringer oppstår (Ogden, 2012). Systematikk og grundig dokumentasjon er viktige faktorer som spiller inn for å oppnå varige endringer (Ødegård et al., 2017).

3.5.2 Implementeringskvalitet

Fixsen (et al., 2005) trekker frem ulike faktorer som kan fremme eller hemme en god implementering og har utviklet en modell med ulike kjernekomponenter (core components) som sentrale for implementeringskvaliteten. «*The more clearly the core components of an intervention program or practice are known and defined, the more readily the program or practice can be implemented successfully*» (Bauman, Stein, & Ireys, 1991; Dale, Baker, &

Racine, 2002; Winter & Szulanski, 2001, sitert i Fixsen et al., 2005, s. 24).

Komponentmodellen er ment å bidra til en mer effektiv og vellykket implementering. Det kan forekomme svakheter i de ulike komponentene, men samtidig er komponentmodellen gjensidig utfyllende (Ogden, 2012). Med dette menes det at de ulike komponentene kan kompensere for hverandre slik at om et av punktene svikter kan et annet oppveie for dette. Kjernekomponentene handler om; *rekruttering, opplæring og trening, vedvarende trening og konsultasjon, evaluering, beslutningsstøtte, administrativ- og lederstøtte og systemstøtte* (Ogden, 2012; Fixsen et al., 2005).



Figur 4: Kjernekomponenter (Fixsen et al., 2005, oversatt av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress).

Rekruttering handler om ansettelse av praktikere og deres kvalifikasjoner, erfaringer og tro på intervensjonen. Sørli (et al., 2010) forklarer at det bør stilles krav til grunnutdanning, yrkeserfaring og personlige forutsetninger i utvelgelsen. Komponenten bidrar altså til en nøye utvelgelse hvor det gjøres vurderinger i forhold til om det skal ansettes nye praktikere eller om det er tilstrekkelig med en intern rekruttering. Ogden (2012) forklarer komponenten som viktig da den dekker rutiner for utvelgelse av personer som har tro på intervensjonen og som arbeider målrettet for å bruke den.

Opplæring og trening dreier seg om en introduksjon av intervensjonen, opplæring, utprøving og veiledning. Det innebærer en innovasjon som vil føre med seg nye arbeidsmåter, rutiner

samt et kunnskapsløft hos de ansatte. *«Tilstrekkelig opplæring og veiledning er essensielt for kompetent praktisering av tiltaket, og praktikerne som skal stå for tiltaket bør være motiverte og prioritere problemene eller oppgavene som tiltaket retter seg mot»* (Sørлие et al., 2010, s. 319).

Vedvarende trening og konsultasjon sikrer en god oppfølging av praktikerne. Ogden (2012) beskriver at dette gjøres ved hjelp av observasjon, tilbakemelding, støtte, råd, opplæring og debrifing. En viktig forutsetning er å sette av nok tid og ressurser til veiledning av den enkelte for å utarbeide en klarhet i forhold til prioriteringer i arbeidet. *«Tidspress og andre forpliktelser kan føre til at det blir vanskelig å frigjøre kapasitet til implementeringen»* (Sørлие et al., 2010, s. 319).

Evaluering handler om en vurdering av kompetanse innad i teamet (Fixsen et al., 2005). Her vil det innføres systemer for vurdering av praktikerens gjennomføring og resultater. Måling av behandlingsintegritet og formidling av hvem som skal evaluere praksisen finner sted i denne komponenten (Ogden, 2012).

Beslutningsstøtte dreier seg om målinger av hvordan intervensjonen praktiseres i organisasjonen. Informasjonen kan brukes til å fatte beslutninger om intervensjonen samt egnede tiltak for å forbedre implementeringen. Komponentens beskriver hvor systematisk datainnsamlingen er slik at det kan gis tilbakemelding til interessegrupper, terapeuter, veiledere og ledere i og utenfor organisasjonen (Ogden, 2012).

Administrativ- og lederstøtte viser til hvordan lederne av implementeringen arbeider for å holde personalet fokusert og innføre rutiner som støtter opp de ønskede resultatene av intervensjonen. Vedvarende høy implementeringskvalitet er nærmest umulig å oppnå dersom prosessen ikke styres og ledelsen ikke aktivt støtter og engasjerer seg i implementeringsarbeidet (Sørлие et al., 2010). Lederstøtte viser til hvordan ledernes beslutninger som påvirker arbeidet med intervensjonen. Det handler om hvordan lederne arbeider, engasjerer seg, støtter praktikerne, gir tilbakemeldinger, motiverer og danner grunnlag for et godt samarbeidsklima (Ogden 2012).

Systemstøtte sørger for de økonomiske, organisasjonsmessige og personellmessige ressursene som kreves for å støtte praktikerens arbeid. Fixsen (et al., 2005, s. 29) beskriver at *«systems interventions are strategies to work with external systems to ensure the availability of the financial, organizational, and human resources required to support the work of the*

practitioners». Det handler altså om organisasjonens arbeidsmåter i forhold til å imøtekomme og påvirke endringer både eksternt i regionen og nasjonalt. Videre kan det dreie seg om forhold som henvisning av saker, rekruttering av praktikere, nye samarbeids- og kontaktrutiner, driftsstruktur og metoder (Ogden, 2012).

4. Metode

I en forskningsprosess vil ulike metoder være et redskap for å fremme og gi svar på den gitte problemstillingen. «*En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder*» (Aubert, 1985, s. 196). Vi har gjennom litteraturstudiet studert tiltaket traumebevisst omsorg som tilnærming til voldsutsatte barn og unge. Som vi tydeliggjør innledningsvis har vi hatt fokuset vårt på hvordan et tiltak kan være med på å styrke barns motstandskraft. Vi har særlig sett på forhold som kan påvirke en utagerende atferd og hvordan omsorgspersoner kan forstå denne atferden i tillegg til å møte dem på en best mulig måte. Da vi i utgangspunktet er opptatt av at denne kunnskapen skal ha en verdi for miljøterapeuter i arbeid med barn og unge, omsorgspersoner og fosterforeldre har vi vært opptatt av å se på brukererfaring, tjenesteerfaring og virkning av tiltak.

Litteraturgjennomgangen i vår studie er basert på retningslinjer fra scoping studies methodological framework av Arksey og O'Malley (2005) som vil danne grunnlaget for den metodologiske rammen. Hver fase i denne tilnærmingen har som krav at det gjennomføres på en detaljert og dokumentert måte, da det skal være mulig at studien kan kopieres av andre (Arksey & O'Malley, 2005). Prosessen vil likevel ikke være lineær men heller iterativ, noe som innebærer et krav om at fasene undersøkes på en refleksiv måte og om nødvendig kan gjenta fasene, dette for å sikre at litteraturen er dekket på en omfattende måte (Arksey & O'Malley, 2005). Hver fase omhandler følgende trinn: 1) Identifisering av forskningsspørsmål 2) Identifisering av relevante studier 3) Datavalg 4) Kartlegge data og 5) Samle, oppsummere og rapportere resultatene. I tillegg vil dette suppleres med Lavec, Colquhoun og O'Brien (2010) sin artikkel om Scoping studies: advancing the methodology som bygger sin erfaring på de overnevnte trinnene og som følge av dette kommer med anbefalinger som tydeliggjør og forbereder hver fase. Den nåværende studien vil med denne gjennomgangen imidlertid søke å utforske og fange opp de bemerkelsesverdige egenskapene til tiltaket traumebevisst

omsorg. For å gi en strukturert oversikt over hele forskningsprosessen har vi valgt å benytte Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist (2018). Dette er en sjekklister som inneholder viktige rapporteringsposter i tillegg til noen valgfrie elementer som kan benyttes. Vi vil følge en systematisk tilnærming for å kartlegge emne og identifisere hovedkategorier, teorier, kilder og kunnskapshull.

I dette kapitlet vil vi først presentere den vitenskapelige tilnærmingen til prosjektet før vi deretter redegjør for litteraturstudie som metode, datainnsamling, utvelgning samt forskningsetiske hensyn.

4.1 Vitenskapelig tilnærming

I en vitenskapelig tilnærming vil idealet være å bygge opp kunnskap om bestemte fenomener og å utvikle en teoretisk forståelse av denne kunnskapen (Grønmo, 2016). Generelt sett handler det om å søke etter sannhet, men det vil likevel aldri foreligge en garanti for å nå målet i forskningen, da de fleste konklusjoner vil være foreløpige og begrensede (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016). Hvordan en forskningsprosess sikrer kvalitet og forholder seg til etiske normer kan bli en avgjørende faktor i undersøker og forskersamfunnets kunnskap og likevel ha en verdi i seg selv som retningsgivende og regulerende både for undersøkernes sannferdighet og samfunnets sannhetssøking.

Den vitenskapelige tilnærmingen kan betraktes som systematiske og planmessige fremgangsmåter for å kunne etablere pålitelig kunnskap i tillegg til holdbare teorier innenfor det valgte fagområdet (Grønmo, 2016). I forskningsprosessen har vi først og fremst utviklet et forskningsspørsmål og tilnærmet oss faser med spesifikke prosedyrer. Vi har så samlet inn data, utført en deduktiv analyse samt en fortolkning av datamaterialet. Grønmo (2016) beskriver at studier med hovedvekt på problemformulering og teoritestning kan være deduktive. Vårt empiriske omfang av den valgte litteraturen innbefatter artikler om tiltaket traumebevisst omsorg, hvor studiene har benyttet både kvantitative¹ og kvalitative² metoder i

¹ Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter og det innhentes opplysninger fra mange undersøkelsesenheter (Dalland, 2012). Det kan vise sammenhengen mellom undersøkelsesenheter, variabler og verdier. Den informasjonen som samles inn i et forskningsarbeid stammer fra forskjellige individer, personer eller objekter (Bjørndal & Hofoss, 2004).

² Krumsvik forklarer at en metode innenfor den kvalitative forskningen innebærer en spesifikk forskningsteknikk. For eksempel observasjon, intervju, dokumentanalyse eller fokusgrupper (Krumsvik, 2014).

forskningen. Forutsetningen for den vitenskapelige tilnærmingen til dette prosjektet vil være at det foreligger et relevant teoretisk utgangspunkt for de fenomener som skal studeres (Grønmo, 2016), samtidig som det vil foreligge et empirisk utgangspunkt.

4.1.1 Hermeneutikk & sosialkonstruktivistisk kunnskapssyn

I lys av den vitenskapelige tilnærmingen vil det bli nødvendig å belyse hermeneutikk i vår studie, da en beskrivelse for litteraturstudiet kan forklares som «... *a written summary of journal articles, books, and other documents that describes the past and current state of information on the topic of your research study*» (Creswell, 2012, s. 80). På bakgrunn av dette krever en slik metode en tilnærming som betyr fortolkningslære eller fortolkningskunst (Grønmo, 2016). Nærmere presisert kan det forklares som læren om fortolkning og forståelse av ulike tekster, der det i samfunnsvitenskapen er vanlig å benytte muntlige ytringer eller som i vårt tilfelle omhandler tekster i arbeidet for å forstå meningsfulle fenomener (Gilje & Grimen, 1993). Den valgte litteraturen i denne oppgaven er framsatt og produsert av andre, og dette betyr at det foreligger en dobbel hermeneutikk. Det kan forklares ved at den som undersøker fortolker og forstår noe som igjen allerede er fortolkninger og helhetsforståelse som er gjort av andre (Gilje & Grimen, 1993).

Videre vil et sosialkonstruktivistisk kunnskapssyn være et annet utgangspunkt for studiet og vil i all hovedsak handle om hvordan mening og forståelse er et sentralt aspekt ved mennesket (Lock & Strong, 2014). Denne tankegangen bærer med seg refleksjoner som innebærer at undersøker må bruke egen bakgrunn og erfaring for å skape forståelse i samspill med andre mennesker, samfunnsfenomener i tillegg til å mestre refleksiv tenkning (Gilje & Grimen, 1993). «*Alle mennesker møter verden med en forforståelse, med kunnskaper og oppfatninger om virkeligheten, som vi, svært ofte ubevisst, bruker til å tolke det som skjer rundt oss*» (Christoffersen & Johannesen, 2012, s. 22). Å kunne reflektere og være bevisst på egen forståelse blir en viktig forutsetning sett i sammenheng med oppgavens litteraturstudie, hva gjelder tolkning av tekster om et samfunnsfenomen. Gilje and Grimen (1993) hevder at forforståelse blir et nødvendig vilkår for forståelse. Fortolkning av tekster innebærer at en må ha en ide som vil være utgangspunktet for det undersøker skal se etter. Vi har i denne studien med oss en forforståelse om at interpersonlig vold i tidlig barndom kan få alvorlige konsekvenser som kan henge med resten av livet.

4.2 Litteraturstudie

I en litteraturstudie benyttes litteraturen som undersøker har funnet til å utgjøre datamaterialet. Det er altså studiets søketreff og de artiklene som undersøker finner som blir selve dataene for studien og som analyseres. Materialet i en litteraturstudie vil dermed være den allerede eksisterende kunnskapen som er presentert i blant annet bøker og tidsskrifter, eller innholdet i artikler og kapitler, som hentes ved å søke i databaser (Støren, 2013). Det blir litteraturen en finner som så skal presenteres i resultatdelen og som igjen skal diskuteres opp mot de valgte forskningsspørsmålene.

Aveyard (2014) forklarer at en litteraturstudie er viktig fordi den oppsummerer litteraturen som er tilgjengelig om et hvilket som helst tema. «*I en litteraturstudie er det litteraturen du studerer, altså det som er undersøkt og skrevet om virkeligheten (empirien) av artikkelforfatterne*» (Støren, 2013, s. 16). Det er i all hovedsak en omfattende studie som har som formål å tolke, vurdere og analysere relevant litteratur (Aveyard, 2014). Dette vil være nyttig for praksisfeltet fordi det skaffer en oversikt over den kunnskapen en yrkesgruppe er opptatt av, i tillegg kan studien være det første leddet i et større forskningsprosjekt (Støren, 2013). Samfunnet utvikler seg hele tiden mot en evidensbasert praksis og behovet for oppdatert kunnskap, erfaring, vurdering og informasjon vil være essensielt blant annet innen helse og sosialprofesjoner (Arksey & O'Malley, 2005). Til stadighet kommer det flere rapporter om effekten av ulike behandlinger og prosedyrer som blir publisert. Dette har resultert i en mengde terminologier for å beskrive tilnærminger som til tross for deres ulike navn deler noen avgjørende kjennetegn, nemlig innsamling, evaluering og presentasjon av tilgjengelig forsikringsbevis (Arksey & O'Malley, 2005). En litteraturstudie kan skille mellom 14 ulike reviews hvorav noen som blir nevnt er systematic review, rapid review, critical review, narrative review, structured review og scoping review (Grant & Booth, 2009). Blant disse finnes for eksempel den tradisjonelle og den systematiske. Den tradisjonelle (narrativ) litteraturstudien har til hensikt å få en bred forståelse og oversikt over feltet, mens den systematiske litteraturstudien er svært godt definert med forskningsspørsmål og problemstilling (Jesson, Matheson & Lacey, 2011). Videre vil det gjennom kildekritikk foreligge en helhetsvurdering fra forfatterne i den tradisjonelle, mens i den systematiske benyttes sjekklister for kvalitetssjekk av litteraturen. I analysen og sammendrag vil den tradisjonelle sammenligne og drøfte litteraturen som er funnet, mens i den systematiske utarbeides det en tabellformat og korte oppsummeringer av funnene (Jesson et al., 2011).

4.3 Scoping review

Vi vil i vår studie anvende scoping review som baserer seg på den systematiske litteraturstudien. En spesifikk definisjon på scoping review vil ifølge Arksey og O'Malley (2005) være noe variert. På et generelt nivå blir det forklart at denne tilnærmingen har blant annet som mål å kunne raskt kartlegge nøkkelbegreper som ligger til grunn for et forskningsprosjekt. I følge Grant og Booth (2009) kan også scoping review beskrives som «...*preliminary assessment of potential size and scope of available research literature. Aims to identify nature and extent of research evidence (usually including ongoing research)*» (Grant & Booth, 2009, s. 95). Gjennom en slik tilnærming kan undersøker dermed oppsummere og formidle forskningsresultater, eller identifisere hull i eksisterende litteratur. Sådanne avklare et komplekst konsept og avgrense påfølgende forsknings henvendelser (Lavec et al., 2010). Scoping review kan være spesielt relevante for fagområder med nye bevis, som for eksempel i denne studien anvendes et relativt nytt tiltak. I denne situasjonen vil scoping review ha sin fordel at undersøker kan innlemme en rekke design fra artikler og adressere spørsmål utover det som er relatert til intervensjonseffekten. Styrken ved scoping review er at den kan i sin helhet «...*inform policymakers as to whether a full systematic review is needed. They share several characteristics of the systematic review in attempting to be systematic, transparent and replicable*» (Grant & Booth, 2009, s. 101). Til tross for dens fleksibilitet blir det også nødvendig å poengtere at en opplevd svakhet kan være at den «...*cannot usually be regarded as a final output in their own right, primarily because limitations in their rigor and limitations in their duration mean that they hold the potential for bias*» (Grant & Booth, 2009, s. 101). Det kan derfor foreligge en variert dybde av den mengde informasjon som hentes ut fra andres studier. I hvilken grad en scoping review søker å gi denne dybden av tilgjengelig litteratur vil avhenge av den nåværende studiens formål. Arksey og O'Malley (2005) forklarer at det er mulig å identifisere minst fire vanlige årsaker til en scoping review. Den første er for å undersøke omfang, rekkevidde og natur forskningsaktivitet. Den andre er å bestemme verdien av å foreta en fullstendig systematisk gjennomgang. Den tredje for å oppsummere og spre forskningsresultater. Den fjerde er å identifisere et forsknings hull i den allerede eksisterende litteraturen. Alt i alt kan disse fire typene ha to forskjellige formål hva gjelder en scoping review. De to første antyder at scoping review kan være en del av en pågående prosess med gjennomgang, i motsetning til de to siste hvor scoping review er en metode i seg selv, basert på egen publisering og formidling av forskningsfunn i et bestemt felt. Den nåværende studien vil se nærmere på den fjerde type scoping review.

This type of scoping study takes the process of dissemination one step further by drawing conclusions from existing literature regarding the overall state of research activity. Specifically designed to identify gaps in the evidence base where no research has been conducted, the study may also summarize and disseminate research findings as well as identify the relevance of full systematic review in specific areas of inquiry (Arksey & O'Malley, 2005, s. 21-22).

Det blir imidlertid viktig å merke seg at det å identifisere “hull” i litteraturen gjennom en scoping review, ikke nødvendigvis beskriver mangler ved forskningen. Kvalitetsvurdering av forskningen er ikke noe vi tar høyde for i en scoping review.

Det var Arksey og O'Malley (2005) som publiserte de første metodologiske rammene for gjennomføring av scoping review, som vi i innledningsvis i dette kapitlet fremhevet. Dette rammeverket er et forsøk på å gi veiledning til forskere som foretar scoping review. Videre i dette kapitlet vil vi gå igjennom de ulike fasene i dette rammeverket samtidig som vi i denne undersøkelsesprosessen har valgt å benytte et retningsgivende verktøy i vår fremstilling av metode, resultat og drøfting, som kalles for *PRISMA-ScR* (American College of Physicians, 2018). Den inneholder et steg for steg veiledning til designet scoping review og bidrar til å gi en god struktur av datamaterialet for denne studien. I henhold til den tidligere presisjonen hva gjaldt strenge retningslinjer i forhold til litteraturstudie som metode er dette et rammeverk som kan bidra til å kvalitetssikre fremgangsmåten til studien.

4.3.1 Identifisering av forskningsspørsmål.

Det første steget i prosessen omhandler å identifisere forskningsspørsmålet og vil fungere som en rettesnor i undersøkelsesprosessen og bidra til hvilken type litteratur som kreves for å kunne besvare den gitte problemstillingen (Aveyard, 2014). Denne studien vil ha som mål å utforske hva vi vet om tiltaket traumebevisst omsorg, og hvordan dette kan fungere som et tiltak for barn og unge utsatt for vold. Vi var klar over at barn og unge som blir eksponert for vold i barndommen kan utvikle traumer. Vi måtte dermed bestemme hvilke former for vold vi ønsket å inkludere i begrepet og spesifisere hvem dette skulle gjelde for. «*Defining these kinds of parameters, and considering the implications of adopting particular positions, is important at the outset of a scoping study*» (Arksey & O'Malley, 2005, s. 23). En videre anbefaling fra Arksey og O'Malley (2005) var å begynne med et bredt vurderingsområde for å finne ut hva som er tilgjengelig før en begrenser søket. Selv om vi finner mange gode

teoretiske perspektiver som kan understøtte tiltaket, vet vi at det er en relativ ny tilnærming som kan påvirke studiets omfang. På bakgrunn av dette så vi det nødvendig å formulere en bred problemstilling for å kunne fange opp nok relevante artikler som omhandler tiltaket relatert til barn og unge i barnevernet. Vi har dermed formulert følgende problemstillingen: *Hva vet vi om traumebevisst omsorg som et tiltak for barn og unge utsatt for vold?* I sammenheng med forskningsspørsmålet valgte vi å kategorisere tre underproblemstillinger; *tjenesteerfaring, brukererfaring og virkning av tiltak*. Dette da vi ønsker å fange opp den nåværende kunnskapsstatusen hva gjelder tiltakets fremgangsmåter, retningslinjer og strategier. Herunder organisasjoner, profesjoners og familiers forhold til trening, opplæring og implementering, samt hvilket utfall tiltaket har for barnets helse og fungering.

4.3.2 Identifisering av relevante studier

Behovet for å beskrive kjennetegn på hvorfor de valgte artiklene er blitt inkludert i vurderingen handler om kvalifikasjonskriterier. En viktig forutsetning ble at vi avgrenset søkene til konkrete hensyn hva gjaldt dokumenttype, fokusområdet, tidsperiode og språk. I tillegg så vi behovet for å søke etter nøkkelord i tittel og sammendraget, for å finne relevante treff som redegjorde for tematikken i vårt forskningsspørsmål.

Denne studien inkluderer bare publiserte artikler, som videre ble begrenset til engelsk og norsk språklig, denne begrensningen ble tatt på bakgrunn av å finne litteratur som kan tolkes og vurderes av oss på et gjenkjennbart språk. Videre valgte vi en tidsperiode fra 2000 til 2019, dette for å sørge for litteratur og forskning som er oppdatert og ny. Disse avgrensningene har bidratt til å guide og fokusere vår litteratursøking i lys av det relevante emne. Både kvalitative og kvantitative studier ble inkludert for å kunne se forskjellige aspekter ved denne tilnærmingen. De valgte artiklene måtte ha et hovedfokus på tiltaket traumebevisst omsorg. Det ble derfor et viktig inklusjonskriterie at artiklene inneholdt noe om hva empirisk forskning sier om traumebevisst omsorgs tjenesteerfaring, brukererfaring og virkning. Artikler ble ekskludert hvis de ikke passet inn i det gitte rammeverket for studien, for eksempel organisasjoner som brukte andre former for omsorgs tilnærming enn traumebevisst omsorg. På bakgrunn av de foretatte avgrensningene utgjorde dette våre inklusjons- og eksklusjonskriterier, se *vedlegg 1*.

4.3.2.1 Elektroniske databaser

Et neste steg i arbeidsprosessen gjaldt informasjonskilder (Arskey & O'Malley, 2005). Her identifiserte vi sentrale nøkkelord og foretok flere test- søk, vi utførte testsøket i oktober 2019 og de endelige søkene ble avsluttet desember 2019. Ved å gjennomføre flere søk hjalp dette oss på veien til å finne gode og konkrete søkeord samt vurdere om det var behov for endringer for å fange essensen i våre forskningsspørsmål. Neste steg ble så å implementere søkeordene for å lokalisere relevant litteratur for oppgaven (Creswell, 2012). Denne forskningsoppgaven baserer seg på funn fra empiriske datamateriale fra PsycINFO, Web of Science og Oria. Databasen PsycINFO ble valgt da den dekker områdene psykologi og fagfelt innen atferds- og samfunnsfag. Den gir i tillegg informasjon om artikler fra omtrent 2500 tidsskrifter. Videre valgte vi Web of Science som er en strukturert database og inneholder empiri som dekker store deler av vitenskapelig litteratur av høy kvalitet. Til slutt ønsket vi å legge til Oria, da vi her kunne søke i bibliotekets trykte elektroniske samlinger av artikler og tidsskrifter på norsk. Til felles for de tre valgte databasene er de alle fagdatabaser som inneholder flerfaglig vitenskapelig litteratur og omfatter fagområdene barnevern, psykologi, sosiologi, sosialt arbeid og samfunnsvitenskap.

4.3.2.2 Søkestrategi

Videre skal det gjennomføres en søkestrategi og innbefatter i første omgang å utvikle en strategi over to trinn. Først må en planlegge hvilke strategier som skal foretas, for så å implementere dette i forskningsprosessen (Levac et al., 2010). Selve planleggingsfasen handler om å tenke gjennom mulige relevante nøkkelord og begreper som kan dekke ulike aspekter ved forskningsspørsmålet, dette blir avgjørende for å sikre kvalitet når en skal foreta en omfattende litteraturgjennomgang (Aveyard, 2014). Det første vi gjorde var å identifisere nøkkelbegreper i søken etter relevant litteratur. Vi har valgt å innskrenke vårt tema til et par begreper ved å bruke ett eller to ord, det handler om at de utvalgte nøkkelordene skal fange opp de sentrale funnene og relevant tema (Creswell, 2012). I sammenheng med det overnevnte valgte vi tre sentrale nøkkelord: "Traumebevisst omsorg", "vold" og "barn". De valgte nøkkelordene ble så oversatt til engelsk: "Trauma informed care", "violence" og "children", se vedlegg 3 for søkeord. Dette ble gjort på bakgrunn av inklusjonskriteriet om engelskspråklig litteratur for å omfavne mest mulig relevant litteratur. Når vi utarbeidet det første søkefilteret "Trauma informed care", prøvde vi å inkludere nøkkelordene "*Trauma informed care*" og "*Trauma informed intervention*" men resultatet utgjorde i test- søket ingen

forskjell. Vi har på bakgrunn av det ikke foretatt noen andre nøkkelord som kan sammenlignes da dette er et spesifikt tiltak og ved å ta i bruk andre lignende begreper opplevde vi i test- søket at det ble mot sin hensikt i forhold til studiets formål. I det andre søkefilteret, “Violence” inkluderte vi nøkkelordene *Maltreat**, *Abuse** og *Neglect**. I det tredje søkefilteret, “Children” ble nøkkelordene *boy**, *girl**, *minor**, *teenager**, *youngster**, *adolescen** og *youth** inkludert. Se vedlegg 5 for et eksempel på en søkestrategi fra en av databasene. Hvert begrep ble brukt som egne søkefiltre, der begreper som er tilsvarende i betydning eller som brukes synonymt ble inkludert. På bakgrunn av Aveyard (2014) som forklarer at like tema og spørsmål kan kategoriseres ulikt av ulike forskere er derfor bruk av synonym betegnelser viktig i denne arbeidsprosessen. Ved å tilføre stjernebetegnet inkluderer vi alle bøyninger til verbet. For å ikke utelukke noen relevante artikler fra norske tidsskrift og forskere, valgte vi også å foreta søkene på norsk i en felles søkeportal til det samlede materialet som finnes ved de fleste norske fag- og forskningsbibliotek. I det første søkefilteret, “Traumebevisst omsorg” utelukket vi andre søkeord på bakgrunn av at det i testforsøket ikke utgjorde noen forskjell i treffet. I det andre søkefilteret, “Vold” inkluderte vi ikke flere nøkkelord da vi så at det i den norske databasen ikke utgjorde noe forskjell ved å tilføre flere synonymer til begrepet. Til slutt i det tredje søkefilteret, “Barn” inkluderte vi også *unge*.

Videre ble søkefiltrene med hver sine relevante nøkkel- og emneord implementert i søkestrategien. Her ble kommandoene «OR» og «AND» i databasene benyttet, dette for å avgrense og kombinere søkene. Når vi benyttet «OR» kommandoen bidro dette til å gjøre søket bredere, eksempelvis gjennom å søke etter artikler som bruker enten begrepet «Trauma informed care» eller «Trauma informed intervention». I tillegg til å ta i bruk «AND» kommandoen bidrar dette til å innskrenke søket da det søkes etter artikler som kan bruke flere begreper samtidig, eksempelvis både «Trauma informed care» og «Violence». Denne søkestrategien ble dermed utført med hvert enkelt søkefilter, ved å anvende kommandoen «OR» i hver enkelt database. Videre et kombinasjonssøk med kommandoen «AND» med resultatene fra hvert søkefilter i de ulike databasene. Dette for å finne ut hvor mange studier som tar opp temaer knyttet til både *Traumebevisst omsorg*, *vold*, og *barn og unge*.

4.3.3 Datavalg

For å øke konsistensen var vi to undersøkere i denne studien. Lavec (et al., 2010) anbefaler også styrken ved å være flere som sammen kan diskutere beslutningene rundt hvilke studier som skal danne grunnlag for undersøkelsen. I første omgang evaluerte vi titlene på artiklene, nøkkelord og sammendragene. Deretter gikk vi i gang med en detaljert utforskning av artikler til fulltekst lesing.

Vi startet prosessen med å gjennomføre flere test- søk i de valgte databasene. I gjennomgang av titler og sammendrag så vi at søkestrategien hadde fanget opp en del irrelevante studier. I vårt tilfelle kan det omhandle det faktum at traumebevisst omsorg er et tiltak brukt av flere ulike profesjoner og organisasjoner. I gjennomlesning av titler gjorde vi en tematisk eliminering hvor vi eliminerte artikler som utelukkende omhandlet traumebevisst omsorg i andre organisasjoner enn barnevernet (f.eks. forhold innen medisin, tannhelsetjenesten, fødsel). Vi valgte likevel å inkludere artikler som omhandlet traumebevisst omsorg i ulike organisasjoner der barnevernet også var inkludert.

I sammenheng med dette resulterte søket vårt i totalt 267 artikler. Mer spesifikt fikk vi i PsycINFO 85 artikler, i Web of Science 175 artikler og til slutt i Oria 7 artikler, se *vedlegg 4* PRISMA Flow Chart.

I følge Aveyard (2014) kan like referanser oppstå når en repeterer søk i andre databaser, noe vi erfarte. På bakgrunn av dette utførte vi en dublettkontroll, hvor vi overførte resultatene til *EndNote*. En dublettkontroll hjelper oss til å fjerne like artikler som er sitert på ulike måter. Aveyard (2014) forteller videre at dette er et tegn på at strategien er fokusert og at en har fått tilgang på relevant litteratur for sitt tema. Her ble 39 duplikater eliminert og vi satt igjen med 228 artikler for gjennomlesing av tittel. I søken etter relevante titler ble ytterligere 126 artikler eliminert. Vi satt da igjen med 102 artikler for en vurdering av innhold i sammendrag.

I denne prosessen ble ytterligere 68 artikler eliminert, hvor også en av de manglet sammendrag. Vi oppdaget også at ulike titler og artikkelforfattere hadde et identisk sammendrag, noe som førte til at vi valgte å beholde den nyeste utgaven. Dette oppstod med totalt seks artikler hvor tre ble eliminert i henhold til det overnevnte. Totalt satt vi da igjen med 34 artikler til full gjennomlesning. Vi valgte så å eliminere 22 artikler grunnet manglende relevans som ble kategoriserte inn i fire ulike forhold: *Målgruppe, forhold ved barn og unge, miljøfaktorer* og til slutt *andre fokusområder*. Flere av de eliminerte artiklene hadde varierte tiltak som hovedfokus, men konkluderte med et behov for økt kunnskapsstatus innen en traumebevisst

omsorg. Det var også vist til yrkesgrupper som fokuserte på tiltaket i en annen kontekst hvor traumene det ble henvist til ikke ble relevant for denne oppgaven. Vi oppdaget også at seks av artiklene ikke inneholdt en empirisk studie, men baserte seg på teori, se *vedlegg 2* for eliminerings grunnlag. Vi endte med 12 artikler som ville danne grunnlaget for vår review, som er et relativt lavt utgangspunkt. I den videre progresjonen av å studere resultatene oppdaget vi at en studie ble besvart gjennom to forskjellige artikler og så derfor behovet for å inkludere også denne studien. Dermed endte vi opp med totalt 13 artikler som dannet grunnlaget for den empiriske undersøkelsen.

4.3.4 Kartlegge data

Neste fase handler om å kartlegge data og kan beskrives ved å bruke klare og omfattende kartleggingsverktøy skjema for å kunne trekke ut relevant informasjon fra de inkluderte artiklene (Arksey & O'Malley, 2005; Lavec et al., 2010). Det kan forklares som å organisere den valgte litteraturen ved å abstrahere eller å ta notater slik at en kan utvikle et visuelt diagram (Creswell, 2012). En av utfordringene ved en litteraturstudie kan innebære spørsmål knyttet til hvordan vi best mulig kan få en oversikt over datamaterialet som skal bearbeides. I denne prosessen innebærer det å kode datamaterialet. Lavec (et al., 2010) mener at denne fasen er svært verdifullt, men også et utfordrende aspekt i en scoping review. Pawson (2002) forklarer at kartleggingsmetoden i denne studien ligner en "narrativ gjennomgang" dette kan forklares gjennom et bredere innsyn hva gjelder informasjon om prosessen til hver av de ulike artiklenes prosjekt eller intervensjon, dette for å gjøre utfallet mer kontekstualisert og forståelig for leserne (Pawson, 2002, referert i Arksey & O'Malley, 2005). Vi tok i bruk programvaren *Microsoft Excel*, dette for å opprettholde en systematisk datautvinningsprosess og få oversikt over vårt empiriske datamateriale. Videre i fellesskap gikk vi gjennom data elementene og diskuterte hovedtrekkene og kodet informasjonen til de inkluderte artiklene etter blant annet: Mål/hensikt, navn på program, institusjon, implementering av traumebevisst omsorg, hovedemne som diskuteres i studien, type vold, type traumereaksjon, hovedresultat, begrensninger, konklusjoner og anbefalinger. Til sammen dannet disse datagrunnlaget for analysene.

4.3.5 Samle, oppsummere og rapportere resultatene

I følge Arksey og O'Malley (2005) innebærer den siste fasen i vurderingsprosessen å samle, oppsummere og rapportere resultatene. Et fundament for denne fasen vil være at temaene

fanger opp noe viktig om dataene knyttet til forskningsspørsmålene. Dette kan gjøres ved en detaljert beskrivelse av det valgte synspunktet. Det er også viktig å avgjøre hvilken analytisk fremgangsmåte som vil bli anvendt i forhold til det valgte datamaterialet (Arskey & O'Malley, 2005). Her kan et analytisk rammeverk eller en tematisk konstruksjon brukes for å gi en oversikt over litteraturens bredde (Lavec et al., 2010). Som et resultat anbefales det videre at denne fasen kan deles opp i tre trinn. For å kunne øke konsistensen som undersøker foretar og rapporterer scoping review som metode, hva gjelder å analysere dataene, rapportere resultatene og søke mening med resultatene (Lavec et al., 2010). Scoping review søker i denne fasen å presentere en oversikt over alt gjennomgått materiale og hvordan en på best mulig måte kan presentere dette materialet. Det blir nødvendig med en klar strategi, slik at lesere har mulighet til å være bevisst mulige bias. Det første som ble utarbeidet var et beskrivende sammendrag av de metodiske hovedfunnene over de inkluderte artiklene, se *vedlegg 6*. Her beskrives kjennetegn som artikkelforfatter, år, tittel, hovedmål, design, respondenter, navn på program, resultat og begrensninger. For det andre anbefales det at rapportering av funn utarbeides gjennom temaer, et rammeverk eller en tabell. Dette skal knyttes til formålet med studien som anbefalt i første trinn. Her utarbeidet vi tre tabeller slik at studien kunne få en konsekvent tilnærming til rapportering av funn og inneholdt hovedtema og undertema som er utformet i lys av å svare på forskningsspørsmålene. Til slutt i det tredje trinnet for å fremme legitimiteten til scoping review som metode må en vurdere implikasjonene av resultatene i den videre konteksten. Lavec (et al., 2010) anbefaler her at undersøker vurderer betydningen av resultatene av omfanget av studiene og de brede implikasjonene for forskning, politikk og praksis. De samlede implikasjonene av resultatene kan bidra til å sikre at våre funn har praktiske implikasjoner for fremtidig klinisk praksis, forskning og politikk. Denne anbefalingen fører til slutfasen av rammeverket og vil bli presentert i eget avsnitt i drøftingen. I sin helhet forklarer Arskey og O'Malley (2005) at dette trinnet bidrar til å gi grunnleggende kjennetegn ved de inkluderte artiklene, identifisere hull i evidensgrunnlaget samt oppsummere og spre forskningsresultatene.

4.3.6 Konsultasjon

Arskey og O'Malley (2005) antyder at konsultasjon er en valgfri fase i gjennomføring av scoping review, mens Lavec (et al., 2010) mener derimot at denne fasen tilfører en metodisk strenghet og bør betraktes som en nødvendig komponent. Denne fasen gir muligheter for involvering av forbrukere og interessenter til å foreslå ytterligere referanser og gir innsikt

utover det i litteraturen. I henhold til dette har vi sett at denne fasen har vært veldig verdifull å inkludere i vårt metodiske arbeid. Formålet med konsultasjon med interessenter skal tilby flere kilder til informasjon, perspektiver, mening og anvendbarhet til studien (Lavec et al., 2010). Siden dette prosjektet er en masteroppgave, har vi som studenter hatt et tett samarbeid med en veileder, bi veileder og en bibliotekar fra universitetet. Underveis i arbeidsprosessen har vi fått en innføring i hvordan utvikle gode søkestrategier og hvordan oppnå gode søketreff. Vi har også delt foreløpige funn, validert funnene og hatt jevnlige møter i tillegg til kontakt via mail. Dette bidro til at vi sammen med veilederne var i stand til å bygge på bevisene og tilby et høyere meningsnivå, innholdskompetanse og perspektiver til funnene (Lavec et al., 2010).

4.4 Datakvalitet

Datakvaliteten kan vurderes som god dersom dataen baseres på vitenskapelige prinsipper for sannhetsforpliktelse, logisk drøfting i tillegg til at innsamlingen av dataene er blitt gjennomført på en systematisk måte. Reliabilitet og validitet er to overordnede kriterier for kvalitetsvurderinger og trekker frem de viktigste aspektene for god datakvalitet. Dette er begreper som kan utfylle hverandre, de er likevel ikke avhengig av hverandre. Et datamateriale kan være pålitelig selv om det ikke er valid for problemstillingen (Grønmo, 2016).

4.4.1 Pålitelighet

Pålitelighet er et begrep som ofte blir omtalt som reliabilitet og handler om studiens datamateriale. Høy pålitelighet uttrykkes ved stort samsvar mellom dataene som samles inn, hvor det ikke foreligger store forskjeller knyttet til undersøkelses datainnsamlingsprosess. Her vil en systematisk og kritisk drøfting av det aktuelle datamaterialet være viktig. «*Høy reliabilitet forutsetter dels at undersøkelsesopplegget er utformet så klart at det fungerer på en entydig måte, dels at datainnsamlingen blir grundig og systematisk gjennomført*» (Grønmo, 2016, s. 241). Thagaard (2018) bruker begrepet troverdighet som en erstatning for reliabilitet. Troverdighet handler om i hvilken grad funn stemmer overens med virkeligheten. De som undersøker må redegjøre og argumentere for hvordan resultatene er blitt utviklet i løpet av forskningsprosessen for å oppnå pålitelighet (Thagaard, 2018).

Kredibilitet er også et begrep som betyr troverdighet (Tracy, 2010; Shenton, 2004; Einser, 1991, referert i Creswell, 2007). Når undersøker gir en detaljert beskrivelse av fenomenet og tidligere forskning, kan dette bidra til en viktig bestemmelse for å fremme gyldigheten. Dette skal hjelpe leseren til å komme frem til sin egen konklusjon av temaet som forskes på (Tracy, 2010). Det skal bidra til å forklare situasjonene som har blitt undersøkt tidligere, uten denne innsikten er det vanskelig for leseren å forstå i hvilken grad de samlede funnene er reelle (Shenton, 2004). Det blir nødvendig at undersøker tar i bruk kjente og etablerte metodologiske tilnærminger, dette innebærer å bruke passende metode for det fenomenet som skal undersøkes (Shenton, 2004). Påliteligheten vil avhenge av hvordan undersøkelsesprosessen er utformet og gjennomført, det forutsetter at prosedyren for datainnsamling blir utført på en forsvarlig og grundig måte (Grønmo, 2016). I en sosialkonstruktivistisk tradisjon vil en ikke kunne nå fram til en entydig representasjon av virkeligheten gjennom forskning, dermed blir spørsmålet i stedet hvorvidt resultatene i studien kan stoles på. Utgangspunktet for vårt datamateriale i denne studien er 13 empiriske artikler som har til felles at alle anvender tiltaket traumebevisst omsorg. Disse dataene var godt egnet for å besvare våre problemstillinger. For å styrke studiens troverdighet har vi forsøkt å gi eksempler fra hver av de inkluderte artiklene, og samtidig tydeliggjøre for leseren hva som er våre tolkninger.

4.4.2 Validitet

Begrepet validitet referer til datamateriale sin gyldighet. Kvale og Brinkmann (2015, s. 250) peker på at «*det finnes ulike definisjoner av begrepet validitet, som for eksempel en uttalelss sannhet, riktighet og styrke*». I en undersøkelse handler det om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke og om en kan stole på den kunnskapen som kommer frem. Validitet henviser seg ifølge Grønmo (2016) til datamaterialets gyldighet i forbindelse med de problemstillinger som skal belyses. Validiteten er høy dersom datainnsamlingsprosessen resulterer i data som er relevante for å besvare forskningsspørsmålet. Mer spesifikt understreker Grønmo (2016, s. 241) at «*validiteten er et uttrykk for hvor godt det faktiske datamaterialet svarer til forskerens intensjoner med undersøkelsesopplegget og datainnsamlingen*». Validiteten avhenger derfor av hvordan undersøkelsesopplegget er utformet. Ifølge Arskey og O'Malley (2005) vil en litteraturstudie styrkes dersom fremgangsmåten er presentert på en tydelig og detaljert måte, dette for at studien som tidligere nevnt kan bli replisert av andre. Dette har vi strebet etter i både

gjennomføring og presentasjon av vår studie. På bakgrunn av dette stiller validiteten i vår oppgave krav til godt gjennomtenkte og definerte søkeord i tillegg til at våre inklusjons- og eksklusjonskriterier i utvelgelsesprosessen bærer preg av skjønnsvurderinger. Hvor vi har fokusert på å sikre et empirisk datamateriale som kan svare på problemstillingen, i tillegg til hensyn av studiens overførbarhet. Ettersom at vi har foretatt en scoping review og anvendt andres forskning og litteratur, har det krevd en grundighet og det særlig gjennom presentering av funn. I denne prosessen har studien forsøkt å la datamaterialet belyse forskningsspørsmålene, samtidig som det er prøvd å ta hensyn til artikkelforfatternes intensjoner. Et avgjørende moment i denne sammenheng har vært å unngå å la vår egen forforståelse være styrende i forhold til hva artikkelforfatterne formidler, på lik linje som at vi skal sørge for å imøtekomme vårt eget interessefelt. Vi har så langt som det var mulig forsøkt å være kritisk til egne tolkninger og en styrke i vår studie vil være at flere av våre tolkninger støttes av annen litteratur.

Når det gjelder studiens overførbarhet omhandler dette i hvilken grad funnene fra vår studie kan overføres til en annen lignende kontekst (Shenton, 2004). Det blir dermed viktig med en diskusjon av hvilke kontekster dette gjelder for å sikre kvalitet i forskningen (Malterud, 2001). I vårt prosjekt har vi gjennomgått både kvantitative og kvalitative studier og dette kan forklares som en metodetriangulering. Funn fra kvalitative intervju kan utfylle funn fra kvantitative vignett-studier og motsatt (Shenton, 2004). En svakhet med vår studie kan være at vi bare fant en relevant kvalitativ studie, og de resterende er dermed kvantitative. Det foreligger dermed en skjevhet i denne utvelgelsen. Vi har videre respondenter fra både profesjonelle, fosterforeldre samt barn og unge, og dette kan bidra til å se på tiltaket fra ulike perspektiver. Resultatene i denne studien kan videre ha en overføringsverdi for fagpersoner innen skole og barnehage, institusjoner og organisasjoner i barneverntjenesten, forskere og fosterforeldre samt andre omsorgspersoner til særlige sårbare grupper av barn og unge. Som overordnede kriterier for vurdering av datakvalitet peker Grønmo (2016) på at reliabilitet og validitet kan sies å utfylle hverandre ettersom at de begge refererer til ulike forutsetninger for god datakvalitet.

4.4.3 Forskningsetikk

Begrepet forskningsetikk kan forklares som «...et mangfold av verdier, normer og institusjonelle ordninger som bidrar til å konstituere og regulere vitenskapelig virksomhet»

(De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016, s. 5). Postholm (2010) påpeker at formålet med forskningsetiske retningslinjer er å gi forsker og samfunnet kunnskap om anerkjente normer. Det handler også i stor grad om støtte til ulike valg som forsker må ta. Gjennom en bevissthet rundt ulike etiske aspekter kan dette bidra til å utvikle forskningsetisk skjønn, refleksjon, avklare etiske dilemmaer samt fremme god vitenskapelig praksis for den som skal gjennomføre et forskningsarbeid (NESH, 2016). Spesifikt skal forskningsetikken baseres på planleggingen, gjennomføringen og rapporteringen av en forskningsprosess (Dalland, 2012). Vår litteraturstudie preges av spesifikke forskningsetiske retningslinjer, som tar utgangspunkt i normative forpliktelser som regulerer samfunnsvitenskapelig virksomhet. Det foreligger ingen krav for etisk godkjenning for å kunne gjennomføre denne studien. Likevel har det vært viktig for oss at denne studien skal gjenspeile høy grad av forskningsetikk så vel som faglig kvalitet.

Det er blitt utarbeidet fire forskjellige grupper av forskningsetiske normer som regulerer forskningsaktiviteten på ulike områder og i ulike relasjoner. Det kan tenkes at de to første punktene av etiske normer er “interne”, og omhandler forskersamfunnets selvregulering. Videre vil de to siste punktene være “eksterne”, grunnet tilknytningen mellom forsker og samfunn. Beskrevet i De Nasjonale forskningsetiske komiteene opplyses det som følger:

1. Normer for god vitenskapelig praksis, knyttet til forskningens søken etter sikker, dekkende og relevant kunnskap
2. Normen som regulerer forskersamfunnet
3. Forskningens forpliktelse overfor dem som deltar i forskningen
4. Forskningens relasjon til resten av samfunnet (NESH, 2016, s. 6).

En vitenskapelig virksomhet vil på bakgrunn av det overnevnte kreve at forsker kan forholde seg til ulike etiske prinsipper hva gjelder internt i et forskningsmiljø, og eksternt i relasjoner til ens omgivelser. I vårt forskningsarbeid vil det først og fremst være artikkelforfatterne vi anvender som vårt empiriske datamaterialet som er de berørte partene. Når vi dokumenterer all litteratur og arbeider etterrettelig hva gjelder å tydeliggjøre artikkelforfatters ord samt våre tolkninger, har vi forsøkt å ta hensyn til dens formidling i lys av vår fremstilling. Videre har det i denne forskningsprosessen vært avgjørende med spesifikke retningslinjer og en systematisk fremvisning av metoden, dette for å kvalitetssikre våre funn. Til slutt da vårt forskningsspørsmål omhandler hva vet vi om traumebevisst omsorg som et tiltak, påpeker

Aveyard (2014) viktigheten av en bevissthet på egen forforståelse og de holdninger og forventninger som undersøker har til resultatet av studien. Vi må derfor være bevisst på hvordan fremstillingen av traumebevisst omsorg fremkommer gjennom forskningsprosessen. En annen forutsetning har vært å belyse mulige årsakssammenhenger hvor vårt teoretiske rammeverk har bidratt til våre fortolkninger av datamaterialet.

5. Resultat

De 13 inkluderte artiklene viste en tydelig tredeling hva gjelder problemstillingen *hva vet vi om traumebevisst omsorg som et tiltak for barn og unge utsatt for vold*, med fokus på hva empirisk forskning sier om *tjenesteerfaring, brukererfaring og virkning av tiltak*.

Problemstillingen og dens underproblemstillinger belyses fra hovedtemaene i artiklene; *implementering, utfall hos barn og unge samt utvikling og bruk av kartleggingsverktøy*.

Vi har valgt å dele temaene opp i undertemaer for å strukturere funnene. Temaet *implementering* presenterer *implementeringskvalitet av programmer* og gir informasjon om tjenestenes erfaring med opplæring i, og bruk av tiltaket. Det andre temaet *utfall hos barn og unge*, deles i undertemaene *symptomreduksjon og/eller bedret funksjon* samt *behandlings- og oppfølgingsprosessen*. Dette temaet gir informasjon om virkning av tiltak, og brukererfaring. Det siste temaet *utvikling og bruk av kartleggingsverktøy* beskriver *pålitelighet og gyldighet*, og kan relateres til kvalitetssikring som er relevant både for implementering, systematisering av brukererfaring, og vurdering av tiltakets virkning. Funnene som presenteres i denne studien er valgt ut på bakgrunn av relevans for forskningsspørsmålene, og dermed redegjøres det ikke for alle funn i de inkluderte artiklene.

Vi vil i dette kapittelet presentere analysens funn i den overnevnte tredelingen, etterfulgt av hver sin tabell for å strukturere hovedfunnene. Først vil vi presentere karakteristikker fra hver av artiklene, for så å presentere hovedtrekkene fra hver artikkel i den rekkefølgen som er oppført i tabellen. Til slutt vil vi oppsummere hovedfunn og begrensninger fra studiene.

I *vedlegg 6* beskrives nærmere sammendrag av hovedfunn over inkluderte artikler. Se også *vedlegg 7* for en tidstabell over det totale datamaterialet.

5.1 Implementering av traumebevisst omsorg i organisasjoner

Artiklene som studerer implementering kan i hovedsak bidra til å identifisere *tenesteerfaring* som blir viktig for at intervensjonen skal gi gode resultater når det tas bruk i praksis. Gjennom en økende innsats i organisasjoner blir det på tvers av barnevernssystemene arbeidet med ulike programmer, retningslinjer og prosedyrer for å anvende traumebevisst omsorg. Analysen fokuserer på implementeringskvaliteten til programmene for å se hvor godt samsvar det er mellom gjennomføringen av intervensjonen, i tillegg til hvordan den opprinnelig er beskrevet og testet i de empiriske forskningsartiklene.

Tabell I. Implementering

| Hovedtema | Undertema | Forekomst | |
|--|---------------------------------------|---|----------------------|
| | | Hovedfaktorer/eksponering | Artikkel nr. |
| Implementering av traumebevisst omsorg i organisasjoner | Implementeringskvalitet av programmer | Artikler som anvender kjernekomponenter som trening, opplæring, kunnskap og holdning. I tillegg belyses tjenestenes opplevelse av programmet. | 2, 4, 3, 5, 8, 9, 13 |

I den tematiske oversikten i tabell I viser vi til at syv artikler av de totalt 13 artiklene som er inkludert i denne studien tematiserer *implementering* av tiltaket traumebevisst omsorg.

Over halvparten av utvalgene i denne kategorien inkluderte bare profesjonelle deltakere ^{2, 3, 4, 8}. Videre inkluderte en artikkel både profesjonelle samt barn og unge ⁵, som også tas opp igjen i tabell II for en utdypning av barnets utfall. De resterende to artiklene inkluderte profesjonelle og fosterforeldre ^{9, 13}. Respondentene i de inkluderte artiklene var innenfor ulike organisasjoner og hadde stillinger som blant annet ledere, barnevernsarbeidere, barnevernsteam, terapeuter, familietjenester, psykologer og studenter. Alle de syv artiklene baserer seg på empirisk forskning fra USA og inkluderer dermed bare amerikansk forskning av tiltaket i barnevernet. Antall deltakere i utvalgene i de syv artiklene varierte fra 169 ¹³ til 573 ⁵. Det var en stor overvekt av kvantitative studier ^{2, 3, 4, 5, 8, 7, 9}. Når det gjelder designet for

disse studiene var hovedvekten spørreundersøkelser^{2, 3, 4, 5, 8}. En studie var kvasi-eksperimentell⁹, og en studie var kvalitativ ved bruk av intervjuer¹³. Artiklene ble publisert i tidsrommet 2016-2019. To artikler fra 2016^{2, 5}, to artikler fra 2017^{3, 13}, en fra 2018⁹ og to fra 2019^{4, 8}.

5.1.1 Implementeringskvalitet av programmer

Mange studier indikerer at trening og opplæring kan være et kritisk første skritt for organisasjoner som er opptatt av å implementere traumebevisst omsorg. Miljøterapeuter og omsorgspersoner i møte med voldsutsatte barn og unge kan dra nytte av en bredere forståelse av hvordan traumer påvirker barnets utvikling og atferd. Programmer som tilbyr dette kan bidra til ulike treningsstrategier til tjenestene i møte med barnas reaksjoner for å fremme opplevelse av trygghet, gode relasjoner og støtte i dens affektregulering. Utvikling av kunnskap om og holdning til implementering av traumebevisst omsorg kan bidra til at miljøterapeuter vet hvordan barn og familier kan dra nytte av traumebevisst behandling, og hvordan dette kan redusere effekten av traumatiske opplevelser eller hindre ytterligere utsettelse for traumer.

Totalt er det syv artikler som studerer *implementering* av tiltaket traumebevisst omsorg. Med utgangspunkt i amerikansk forskning viser analysen til at alle studiene anvender varierte empirisk støttede programmer av traumebevisst omsorg til voldsutsatte barn og unge. Først vises det til Lang, Campbell, Shanley, Crusto og Connell (2016) som tar i bruk verktøyet *Trauma System Readiness Tool* (TSRT). Videre har Kenny, Vazquez, Long og Thompson (2017) tatt i bruk to spørreskjema *Trauma-Informed Care Questionnaire* (TICQ) og *Training Reaction/Satisfaction*, mens Bartlett, Barto, Griffin, Fraser, Hodgdon og Bodian (2016) anvender formidlingsmodellen *learning collaborative* (LC). Videre har Kuhn, Cyperski, Shaffer, Gracey, Adams, Billings og Ebert (2019) utviklet opplæringsprogrammet *The Child Protective Services* (CPS) Academy. Bartlett og Rushovich (2018) tok i bruk modellen *Trauma-systems Therapy-Foster Care* (TST-FC). Til slutt har Redd, Malm, Moore, Murphy og Beltz (2017) benyttet modellen *Trauma Systems Therapy* (TST). Analysen viser dermed til syv ulike strategier for å implementere traumebevisst omsorg i barnevernet.

Lang (et al., 2016) beskriver *Connecticut Collaborative on Effective Practices for Trauma* (CONCEPT) som en avdeling for familie og barn som støtter og beskriver strategiene de bruker for å lage et traumebevisst barnevern. Artikkelen ser først på den overordnede tilnærmingen til CONCEPT som omhandler samarbeid om effektiv praksis for traumer og systemutvikling. Videre ser de på evalueringsresultater av endring på systemnivå av verktøyet TSRT etter 3 års implementering. De primære strategiene CONCEPT har brukt for å oppnå endringer baseres på *The Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) og Chadwick definisjoner av et traumebevisst system og er i samsvar med *National Child Traumatic Stress Network's* (NCTSN)-initiativer for å fremme et traumebevisst barnevern. Det innbefatter utvikling av arbeidsstyrke, screening og endring av politikk og formidling av traumefokusert evidensbasert praksis. De første resultatene fra de to første årene av CONCEPT viser at det er gjort betydelige forbedringer i omfang av traumebevisst kunnskap, holdninger og praksis på tvers av Connecticut's barnevernssystem. Disse forbedringene ble funnet i nesten alle kategoriene som ble vurdert i TSRT, blant annet kunnskap om traumer, fosterhjem, tilsyn og traumefokusert evidensbasert praksis. Studien fant at tjenestene så en positiv organisatorisk og kulturell endring i holdningen mot å implementere traumebevisst omsorg.

Studien forklarer at et traumebevisst barnevern ledet av en støttende administrasjon, bestående av sunt og kunnskapsfullt personell, som rutinemessig screener barn for traumer, integrerer kunnskap om traumer i sine prosedyrer og har tilgang til en rekke traumefokuserte evidensbasert praksiser, vil sannsynligvis føre til betydelige forbedringer i livet til barna og familiene. Connell, Lang, Zorba og Stevens (2019) forklarer i sin studie at det har skjedd et merkbart kulturelt skifte mot å omfavne traumebevisst omsorg som en grunnleggende verdi. Connell (et al., 2019) som er en nyere studie, undersøkte effekten av CONCEPT i barnevernssystemet etter en femårig implementeringsprosess. Denne studien utvidet arbeidet til Lang (et al., 2016) for å evaluere i hvilken grad forbedringer ble opprettholdt gjennom implementeringen og for å vurdere personalets oppfatning av effekten til programkomponenter på et systemnivå. Ved fortsatt implementering av programkomponenter samt tillegg av nye initiativer, viser resultatene at de tidligere gevinstene er opprettholdt. Tjenestenes vurdering av bevissthet og involvering med CONCEPT-komponenter ved avslutningen (det femte året) avdekket betydelige forskjeller på tvers av komponentene. Et flertall av ansatte rapporterte en viss grad av kunnskap om hver komponent, selv om involvering og opplevd innvirkning var mindre for aktiviteter som ga mindre direkte

involvering. De tre viktigste bidragsyterne inkluderte økt tilgjengeligheten av traumebevisste behandlinger i samfunnet, integrering av traumebevisst omsorg i praksisveiledning og integrering av traumebevisst praksis. De mest fordelaktige programmene inkluderer traume trening, regionale helse- og velvære initiativer og evidensbaserte tjenester. De lavest rangerte strategier som bidro til endringer i systemkapasitet inkluderte verktøy for barn og familiers stress, bruk av personlig traumescreening eller innenfor flerfaglige evaluering og traumatisk stress i arbeidsgrupper og i konsultasjonsprosessen.

Kenny (et al., 2017) identifiserer forskjeller i forkunnskap fra før- til etter opplæring om traumebevisst omsorg blant arbeidere i child advocacy centers (CAC). Opplæringen ble veiledet av instruksjoner fra *National Child Traumatic Stress Network* (NCTSN). TICQ ble utviklet spesielt for deres prosjekt for å vurdere innholdet i en traumebevisst opplæring. Dette spørreskjemaet baseres på læringskomponentene fra Kirpatrick og Kirpatrick (2006) sin modell for å evaluere treningsprogrammet. Den inneholder omfattende retningslinjer gitt av en høyt utdannet veileder med god trening i traumer som også har kunnskap om voldsutsatte barn og unge. Treningen inneholdt syv elementer for å utvikle traumebevisst praksis i tillegg til å øke bevisstheten blant barnevernsarbeidere om effekten av traumer på barn og unge. Opplæringen fokuserte spesielt på viktigheten av omsorg, forbedring i barn og familiers trivsel og resiliens, maksimere psykologisk sikkerhet for barn og familier, og samarbeid med organisasjoner. Det andre verktøyet *Training Reaction/Satisfaction* ble sendt ut på slutten av treningen og inneholdt spørsmål der deltakerne kunne svare på tilfredsheten av treningen og opplæringen og ble opprettet for å adressere deltakernes reaksjon. Deltakere som hadde opplevd tidligere traumebevisst trening hadde betydelig høyere test resultat enn sine kolleger som ikke hadde opplevd den samme treningen. Deltakere som ble trent mer enn to ganger i året etter opplæringen, hadde betydelig høyere score enn de som bare ble trent to ganger i året. Det antydes at det virker lovende å innføre trening og opplæring i traumebevisst omsorg for ulike barneverntjenester fra forskjellige fagområder. Videre blir det dokumentert at gjentatt undervisning for barnevernstjenesten blir nødvendig for å opprettholde kunnskapen, da engangstreninger ofte ikke er fullt så effektive som trening over tid. I studien fant de at kaukasiske deltakere hadde bedre resultater enn afrikanske og spanske, og deltakere med bachelor- og mastergrad hadde høyere score enn de med bare videregående vitnemål. Overraskende nok hadde deltakere med over 10 års arbeidserfaring betydelig lavere score enn grupper med mindre enn 10 års erfaring. Det ble imidlertid ikke funnet noen

signifikant forskjell i deltakernes før-test resultater i forhold til andre faktorer som; kjønn, alder, språk, nåværende stillinger, tidligere trening innenfor emnet eller hyppigheten av tidligere trening. Dette antyder at deltakerne hadde lignende nivå av grunnleggende kunnskap om spørreskjemaet vedrørende traumebevisst omsorg TICQ.

Bartlett (et al., 2016) undersøkte funnene av *Massachusetts Child Trauma Project* (MCTP) ved bruken av traumebevisste lederteam og psykiske helse tilbyderes deltakelse i traumebevisst evidensbasert behandling ved bruk av LC. Studien ser på hvilke forbedringer i traumebevisst omsorg som rapporteres av traumebevisste lederskaps team, senior ledere og klinikere etter ett års engasjement i prosjektet. Totalt sett viser funn fem kategorier av utfordringer og muligheter: Den første kategorien er *rekruttering og ivaretagelse*. Flere så fordeler ved å være trent innen barne traumer og det var en stor suksessfaktor å utvikle og styrke forbindelsene i arbeidsmiljøet. Den andre kategorien som ble funnet var *egenvurdering*. Det ble beskrevet fordeler med selvvurdering, som å ha et reelt forhold til sine styrker og svakheter. Den tredje kategorien av muligheter og utfordringer omhandlet *kommunikasjon og samarbeid*. Det ble tidlig identifisert et behov for et felles språk mellom tjenestene da det var mangel på felles forståelse. Den fjerde kategorien som var viktig å få frem er *sekundært traumatisk stress*. Det ble identifisert økt eksponering for traumer blant medlemmene. Den siste kategorien er *bærekraft*. Tjenestene uttrykte et ønske om å videreføre LC modellen til traumebevisst omsorg. Funn fra studien til Bartlett (et al., 2016) så at endringer i praksis både på et organisasjons- og individnivå samt betydelige forbedringer som følge av de overordnede fem kategoriene. Studien gir foreløpig støtte til MCTP sin fremgang mot sine fire prosjektmål: Forbedret identifisering og vurdering av barn utsatt for komplekse traumer, bygge tjenesteytende kapasitet for levering av evidensbasert behandling, økte koblinger med og henvisninger til barn i tillegg til å ha økt bevissthet og følsomhet rundt barne traumer.

Kuhn (et al., 2019) diskuterte utvikling, design og implementering av *Child Protective Services Academy* (CPS) prinsipper som er designet for å utstyre barnevernsansatte med kunnskap som kan hjelpe dem med å takle traumer i barns og familiers liv. Videre ble det sett på grad av deltakertilfredshet og om deltakerne tilegnet seg kunnskap gjennom trening innen CPS Academy. Studien undersøkte også om læring blant deltakerne varierte med utdanningsnivå eller arbeidserfaring fra barnevernet. I løpet av 2015 rapporterte

gjennomsnittlig 94% av respondentene at de var fornøyd med emnene i læreplanen. Året etter rapporterte 89% av respondentene tilfredshet og de mente at hver komponent i opplæringen og hele læreplanen var relevant for sitt arbeid. CPS Academy hadde et tett samarbeid med barnevernet i *Tennessee Department of Children's Services (DCS)* og veiledere fra *Vanderbilt Center of Excellence for Children in State Custody (COE)* gjennom hele implementeringsprosessen. Tilnærmingen til treningen baserte seg på verktøyet *Learning Collaborative Toolkit* og innbefatter trening over tid, deltakelse i praksis ved blant annet rollespill og gruppeøvelser, veiledning, tilsyn og velvære mellom treningene for å sikre troskap og trivsel i arbeidsprosessen. I organisasjonen ble det utformet en omfattende læreplan som integrerte SAMHSA (2014) sine fire forutsetninger for traumebevisst omsorg; realisere, identifisere, respondere til traumer, og forebygging av nye traumer. I tillegg inneholdt programmet blant annet kjernekomponentene traumetrening og motiverende intervjuer. Ved traumetrening skulle tjenestene i barnevernet erfare grunnleggende informasjon om traumer og hvordan gjenkjenne dette i sitt arbeid. Dette innebar også nødvendig trening innen barnets psykiske helse og atferd. Gjennom motiverende intervjuer skulle denne tilnærmingen hjelpe tjenestene til å reagere på omsorgspersoners ambivalens ved å bruke samarbeidene tilnærminger heller enn konfronterende i møte med brukerne for å fremme positive endringer. Deltakerne viste statistisk signifikant forbedring av traumekunnskap etter deltakelse i CPS Academy i forhold til før deltakelsen. Deltakernes utdanningsnivå eller hvor lenge de hadde vært ansatt ved DCS var ikke avgjørende for oppnådd traumekunnskap. Totalt sett kan oppsettet til CPS Academy formidles i et stort organisasjonssystem og brukes til å trene tjenestene i barnevernet og det ble rapportert betydelige forbedringer i kunnskap og at opplæring er relevant og gunstig i deres arbeid.

Bartlett og Rushovich (2018) undersøkte om ansatte og fosterforeldre som deltok i TST-FC økte sin kunnskap om effekten traumer hadde på barns atferd og funksjon, forbedret deres ferdigheter og tilnærming til å arbeide med og ta vare på barn som har opplevd traumer. TST-FC er en teambasert modell som tilbys hjemme hos fosterforeldre i tillegg til i barneverntjenesten.

Studien fant at opplæringen forbedret kunnskapen om strategier for å snakke om barns traumer og at respondentene følte seg bedre rustet til å ta vare på barn som ble utsatt for traumer. Studien gir foreløpig støtte til at TST-FC gir bedre resultater for barnevernsbarn, inkludert økt plasseringsstabilitet og fosterhjemsopphold. Dette kan gjenspeile en større

forståelse av traumer og bredere forståelse hos fosterforeldre, samt en forbedret evne til å håndtere barns vanskelige atferd. Resultatene fra denne evalueringen indikerer at implementeringen av TST-FC er en gjennomførbar tilnærming for å forbedre offentlig barnevernets kapasitet til å gi traumebevisst omsorg til barn og deres familier.

I studien til Redd (et al., 2017) hadde ulike tjenestebrukere og fosterforeldre over tid blitt bedt om å beskrive hvor godt implementeringen av trening og bruk av TST i barnevernssystemet fungerte. De tok opp både utfordringer og muligheter angående variasjoner, nøkkelkomponenter og andre faktorer i implementeringsprosessen. Integreringen av TST på tvers av *Kaw Valley Centre health systems* (KVC) var en intensiv og gjentakende prosess som innebar implementering av mange komponenter over flere år: 1) Utvikling, implementering og fordeling av opplæringsmateriell og prosedyrer for alle ansatte og fosterforeldre 2) Få et positivt renommé fra alle eksisterende og nye KVC-ansatte og fosterforeldre 3) Opplæring av alle eksisterende ansatte, nyansatte og fosterforeldre i TST, samt å tilby hurtige økter for å styrke opplæringen 4) Integre TST med andre elementer i KVC-tjenester 5) Tilrettelegge for kommunikasjon på tvers av organisasjonen 6) Bygge og implementere prosedyrer for kontinuerlig kvalitetsforbedring som for eksempel kvartalsvise rapporter.

Resultatene fremmer at de overnevnte komponentene kan bidra til å støtte viktigheten av tjenestebrukeres trening og opplæring i modellens virkning. En felles forståelse av ord og begreper i forhold til traumer er en essensiell komponent i KVC sin trening som blir fremhevet i alt skriftlig treningsmateriell og verktøy, og viktigheten av å trene deltakerne til å lære om traumer og dens effekter på barn ble tydelig. Hensikten var å forstå hvordan TST ble integrert på tvers av barnevernsorganisasjonen og vurdere om integrasjonen fremmet positive resultater. En flerårig forpliktelse var nødvendig for en systematisk overgang og KVC ga administrativt ansatte på høyt nivå tilstrekkelig tid til å legge et solid grunnlag for personalet og fosterforeldre. I tillegg var en lengre periode nødvendig for også å utvikle og gjennomføre omfattende opplæring og konsultasjoner. Det ga også KVC tid til å utvikle prosedyrer for å kontinuerlig kvalitetsforbedre seg gjennom kvartalsvise vurderinger. Både ansatte og fosterforeldre understreket viktigheten av å ha evnen til å delta i opplæring levert i et format som best samsvarer med deres læringsstil. Ansatte og fosterforeldre rapporterte gjennomgående at konkrete strategier for implementering av TST i deres daglige omsorg for barn samt at muligheter til å praktisere disse strategiene var avgjørende for at de skulle lykkes med TST.

5.1.1.1 Implementering: Oppsummering av hovedfunn og begrensninger

Oppsummert fant vi ulike programmer som bidrar til å støtte og fremme gode implementeringsstrategier for traumebevisst omsorg. Analysen viser til fire hovedfunn. Det første handler om tiltakets *overlevelsessevne over tid*. Det var et avgjørende fundament at implementeringsprosessen kunne peke på omfattende retningslinjer og at treningen og opplæringen var en gjentakende prosess over tid for å skape robuste og pålitelige resultater som igjen øker programmets troverdighet og kvalitet. De inkluderte artiklene hadde ett til fem års implementeringsprosess. Et annet viktig hovedfunn var programmets *lederstøtte*. Det kom frem at prosessen krever lederstøtte fra høye administrative nivåer og en organisasjonskultur som understreker viktigheten av traumebevisst omsorg i alle aspekter av en barnevernspraksis. Til felles hadde flertallet av studiene støtte fra SAMHSA og NCTSN som i 2011 ble utviklet av SAMHSA. Et tredje hovedfunn var virkningen av *trening og opplæring*. I analysene kommer det frem fra tjenesteerfaring at trening og opplæring fremmer gode muligheter for en felles forståelse og et felles språk rundt viktigheten av omsorg, trivsel og resiliens hos barn og familier. Tjenestene rapporterer også et styrket tverrfaglig samarbeid blant barneverntjenestene og en styrket selvvurdering hos den enkelte. Trening og opplæring generelt førte til bedre resultater ved å være traumebevisst. Et fjerde hovedfunn var en forbedring i traumebevisst *kunnskap og holdning*. Det tyder på en positiv organisatorisk og kulturell endring i holdning mot å implementere traumebevisst omsorg i organisasjoner som anvendte programmene. Tjenestene mente også at de gjennom opplæring utviklet kunnskap om ulike strategier for å snakke om barns traumer i tillegg til å skape bedret trygghet, utvikle relasjonsbygging og møte en utagerende atferd. Med bakgrunn i dette viste tjeneste og bruker at å implementere tiltaket traumebevisst omsorg har resultert i noe positivt.

I empirisk forskning vil det likevel foreligge noen begrensninger og analysene viser til blant annet at enkelte verktøyet var spesielt utviklet for deres prosjekt, på bakgrunn av at det fantes svært få verktøy for tilsvarende formål, og kunne derfor ikke identifisere et eksisterende og validert verktøy for å vurdere systematiske forbedringer i traumebevisst omsorg. Flere måtte støtte seg til de overordnede administrative kjernekomponentene for å videre skape egne programmer som implementeres.

Videre blir data selvrapportert fra respondentene og generert ved hjelp av verktøy som viser en usikker pålitelighet og gyldighet samt en manglende vurdering ved oppfølging av deltakerne over tid. Det var heller ikke alle programmene som hadde mulighet til å analysere effektene av individuelle programkomponenter som for eksempel traumescreening.

Evalueringsdata ble i de fleste tilfeller egenrapporter av barnevernspersonell og omsorgspersoner. Det inkluderte ikke uavhengige mål for praksisendring for eksempel ved antall henvisning, eller data om barn, for å avgjøre om forbedringer i traumebevisst omsorg resulterte i forbedrede resultater for barn og familier. Målinger av traumebevisst omsorg er relativt nye, slik at det ikke er normer eller standarder for å tolke de ulike programmene som er tilgjengelige. Selv om forbedringer ble gjort over tid på enkelte studier, er det ikke klart hvordan de inkluderte organisasjonene sammenligner seg med andre statlige barnevernssystemer eller hvordan programmene kunne blitt implementert i det norske barnevern.

5.2 Utfall hos traumatiserte barn og unge

Artiklene som studerer utfall hos traumatiserte barn og unge beskriver deres symptomreduksjon og eller bedret funksjon ved å få tilbud av tiltaket traumebevisst omsorg. Analysen bekrefter at de som opplever vold inkludert fysisk, psykisk og seksuell vold i tillegg til omsorgssvikt er utsatt for større risiko i blant annet grunnleggende funksjoner, aktivering, affektregulering, kognitiv utvikling, motorisk og kroppslig utvikling samt en utrygg tilknytning. En økende oppmerksomhet på traumebevisst omsorg har gjort at organisasjoner og fagpersoner arbeider aktivt gjennom å bygge en tjeneste med ulike verktøy for å anvende tiltaket for å støtte barn og familier.

Tabell II. Utfall

| Hovedtema | Undertema | Forekomst | |
|--|---|---|--------------|
| | | Hovedfaktorer | Artikkel nr. |
| Utfall hos traumatiserte barn og unge | Symptomreduksjon/og eller bedret funksjon | Artikler som dokumenterer utfall hos barn og unge. | 5, 10, 12 |
| | Behandlingsprosess & oppfølging | Artikler som dokumenterer behandlingsprosessen av en traumebevisst tilnærming til barn og unge. | 7, 11 |

I den tematiske oversikten i tabell II viser vi til at fem artikler av de totalt 13 artiklene inkludert i denne studien tematiserer *utfall* hos barn og unge som har fått tilbudt tiltaket traumebevisst omsorg.

Alle de inkluderte artiklene i denne kategorien inkluderte barn som deltakere ^{5, 7, 10, 11, 12}. To artikler inkluderte også profesjonelle respondenter ^{5, 7}.

I den første artikkelen ⁵ var gjennomsnittsalderen på barna 10 år. 56% var jenter og 44% var gutter. Blant barna bodde 40% hos foreldre, 19% med andre familiemedlemmer, 18% i vanlig fosterhjem, 8% i behandlingsfosterhjem og 9% bodde i behandlingshjem. Videre gikk 40% av barna på psykotrope medisiner.

I den andre artikkelen ¹⁰, var gjennomsnittsalderen på utvalget av barna 12 år. Drøyt halvparten på 54% var jenter. Omtrent 59% av barna var kaukasiske, 23% var afroamerikansk mens de resterende var av annen etnisitet. Årsakene til at barn ble fjernet fra omsorgspersonene sine inkluderte deres egen atferd (33%), så vel som en rekke mishandlingsopplevelser som blant annet omsorgssvikt (28%), fysisk mishandling (23%), emosjonelt overgrep (18%) og seksuelle overgrep (9%). De aller fleste barn på 95% hadde kommet inn til organisasjonen KVC Health Systems (KVC) for første gang.

Den tredje artikkelen ¹² inkluderte 55.145 barn i en intervensjonsgruppe som var fra nordlige og vestlige deler av staten. Det var også 36.108 barn i en kontrollgruppe fra sørlige deler av staten og fra Boston. Utvalget av barn og ungdom omfattet 50% med kaukasisk opprinnelse, 15% med afroamerikanske opprinnelser mens de resterende var av forskjellig etnisiteter. På slutten av året var gjennomsnittsalderen 10 år.

I den fjerde artikkelen ⁷ ble det samlet inn data fra *Superior HealthPlan* og gjaldt barn fra forskjellige undergrupper hvor barn fra 5 år og yngre representerer 47% av utvalget, barn mellom 6-11 år står for 33% av utvalget og ungdom med sine 20%. De inkluderte også 10 profesjonelle fra barnevernet.

Den femte artikkelen ¹¹, hadde en gjennomsnittsalder på 12 år. 40% var gutter og 62% identifiserte seg selv som latinamerikanske, mens 13% var kaukasiske, 9% var afroamerikanske og resterende var av forskjellige etniske bakgrunner. Av disse rapporterte 26% om seksuell eller fysiske overgrep, 37% om vold i hjemmet og 23% rapporterte om andre overgrep. Omkring 15% meldte at de hadde hatt traumatiske opplevelser. Det var ikke gjort funn av forskjeller i alder, kjønn, type traumer eller andre symptomer.

Antall deltakere i utvalgene i de fem artiklene varierer fra 128 ¹¹ til 91 235 ¹². Alle de inkluderte artiklene var kvantitative, mens designet varierte med casestudie ⁷, kvasi-eksperimentell studie ¹⁰, spørreundersøkelse ^{5, 11}, og sammenligningsstudie ¹². Artiklene ble publisert i tidsrommet fra 2016 ⁵, 2017 ^{7, 10}, 2018 ¹² til 2019 ¹¹.

5.2.1 Symptomreduksjon og/eller bedret funksjon

Tre av de inkluderte artiklene ser på utfall hos traumatiserte barn og unge som har fått tilbudt tiltaket traumebevisst omsorg. Studiene belyser utfall av traumebevisst omsorg, dens positive og negative virkning på barnets trivsel i tillegg til helse og plasseringstabilitet over tid. De inkluderte artiklene så videre på utfall av de tidligere nevnte traumebevisste programmene *Learning Collaborative (LC)*, *Trauma Systems Therapy (TST)* og *The Massachusetts Child Trauma Project (MCTP)*.

Bartlett (et al., 2016) undersøkte om traumespesifikke evidensbaserte behandlinger (EBT) spredt gjennom LC var assosiert med reduksjon i traumesymptomer og forbedringer i atferd blant barnevernsbarn ved oppfølgingsvurderingen, omtrent seks måneder etter behandlingsprosessen startet. EBT- deltakelse viste til en signifikant reduksjon i symptomer. Omsorgspersoner rapporterte også om mindre posttraumatiske symptomer (PTSD) hos barn og unge. Omsorgspersoner til barn i utvalget rapporterte videre om færre atferdsproblemer hos barna fra start til første oppfølging. LC bidro til en signifikant reduksjon av internaliseringsvansker.

Murphy, Moore, Redd og Malm (2017) undersøke i hvilken grad bruken av TST i et barnevernssystem fremmet positive resultater hos barn og unge. Det ble videre sett på i hvilken grad de som arbeidet tett med barna som for eksempel omsorgspersoner, barnevernsarbeidere/terapeuter og de som jobber mindre direkte som for eksempel ledere og familietjenesten påvirker resultatene for barnet. Et av kjernekomponentene til TST omhandlet å gjentatte ganger vurdere barns emosjonelle og atferds- reguleringsevne i tillegg til barnets fungering i sosiale miljøer, dette for å finne de beste arbeidsmetodene slik at barn fikk riktig behandling, til rett tid og med tett oppfølging. Murphy (et al., 2017) fant at TST hos barns omsorgsteam kan bestå av saksbehandlere, fosterforeldre, terapeuter eller kontaktpersoner. Rapporter fra barnets omsorgsteam viser til økninger i barns eksponering for TST var

assosiert med betydelig større forbedringer i funksjon, atferdsregulering, affektregulering og plasseringsstabilitet. Miljøterapeuters og omsorgspersoners evne til å ta i bruk verktøyet TST påvirket barns forbedrede trivsel ulikt.

Barto, Bartlett, Ende, Bodian, Noroña, Griffin, Fraser, Kinniburgh, Spinazzola, Montagna og Todd (2018) sammenlignet plasseringsstabilitet, varighet (hjemreise, adopsjon, vergemål), og tilbakefall av mishandling blant barnevernsbarn som ble betjent av organisasjoner som tilbyr MCTP. Sammenlignet med barn som ble betjent av barnevern som ikke hadde implementert programmet. Studien undersøkte om MCTP- systematiske inngrep var assosiert med plasseringsstabilitet, varighet og forebygging av mishandling når barn kommer inn i barnevernssystemet. Barn i intervensjonsgruppen hadde flere plasseringer utenfor hjemmet enn barna i kontrollgruppen. I tillegg viste resultatene at det ikke var noen forskjell i faren for å forlate plassering av en intervensjonsgruppe. Det antyder at denne forskjellen kan ha eksistert før intervensjonsperioden. Det var ingen signifikante forskjeller i sannsynligheten for andre permanente utfall. Imidlertid hadde intervensjons barna 15% mindre sannsynlighet for å ha en underbygget rapport om mishandling, 12% mindre sannsynlig å oppleve fysisk vold og 14% mindre sannsynlighet for å oppleve omsorgssvikt sammenlignet med kontrollgruppen. Det var ingen forskjeller i de to gruppene med hensyn til seksuell vold. I tillegg var barn i programmet som hadde blitt mishandlet før studieperioden 4% mer sannsynlig enn kontrollbarna for å oppleve noen form for mishandling i løpet av studieperioden. Omvendt var intervensjonsbarna som ikke hadde blitt mishandlet før studieperioden, 16% mindre sannsynlig enn kontrollgruppen for å oppleve mishandling i løpet av intervensjonsperioden. En viktig forutsetning for denne tolkningen er "sterk ignorabilitet", noe som betyr at alle faktorer som har bidratt til behandling og utfall identifiseres, måles og inkluderes i analysen. Selv om studien ikke kan garantere at alle faktorene er inkludert, er de største funnene relatert til reduksjoner i mishandling, og studien inkluderte både demografiske variabler og tidligere behandlingstiltak etter mishandling og barnevernets involvering i seleksjonsmodellen.

5.2.1.1 Symptomreduksjon/bedret funksjon: Oppsummering av hovedfunn og begrensninger

Oppsummert kan det antydes at funnene er oppmuntrende for et bredt spekter av miljøterapeuter, programutviklere, ledere, omsorgspersoner og politiske beslutningstakere i det bredere barnevernssystemet. Videre styrker funnene observasjoner fra tidligere arbeid om

at samarbeidet mellom organisasjoner i arbeid med barn og unge er nødvendig for positive utfall og at praksisendringer skjer både på et organisasjons og individnivå. Disse praksisendringene ser ut til å føre til sammenhengende, koordinert og effektiv hjelp. Tiltaket traumebevisst omsorg utført av både tjenestene og brukerne kan resultere i bedre trivsel og funksjon, symptomreduksjon av PTSD, færre atferdsproblemer og økt plasseringstabilitet for barn og unge.

Videre viser resultatene at miljøterapeuter og omsorgspersoner ikke tok troverdighetsvurderinger, så studien til Murphy (et al., 2017) måtte stole på deltakernes tilbakemelding i forhold til hvor lang tid det hadde gått siden den enkelte hadde fått opplæring i TST. Det ble også påpekt i studien til Barto (et al., 2018) at de ikke hadde informasjon om tidspunktet for de fleste mishandlings- og plassering hendelsene så også her måtte studien stole på den informasjonen de fikk. Analysen tyder på at det bør utføres undersøkelser av hvordan traumebevisst omsorg påvirker barnets langsiktige resultater, og brukererfaring hva gjelder barnas opplevelse av tiltaket traumebevisst omsorg kunne vært interessant å studere nærmere.

5.2.2 Behandlingsprosess og oppfølging

De to siste artiklene ser på utfall hos barn og unge hva gjelder deres behandlingsprosess og oppfølging. Voldsutsatte barn og unge har behov for helsehjelp og tilbud som kan bidra til å støtte oppunder eventuelle psykiske og/eller atferdsmessige utfordringer på bakgrunn av deres uheldige barndomsopplevelser.

Watt (2017) fokuserer i sin studie på funnene til ett bestemt evalueringsmål, for å undersøke om det tradisjonelle diagnosesystemet *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) er traumebevisst. Studien identifiserer spesifikke konflikter mellom teori om komplekse traumer og retningslinjene etter DSM. Det overordnede funnet av utredningen er at traumer ikke formelt er en del av behandlingsmåten til personer med utagerende atferd, uavhengig av om barn ble diagnostisert av DSM eller den nye integrerte tilnærmingen traumebevisst omsorg. Selv i de mest utviklede delstatene har det blitt bemerket at de aller fleste barn ikke mottar de traumebevisste tjenestene de trenger. Denne studien støtter denne påstanden da tilbud for å behandle traumer tilbys sjeldent. Funn antyder at disse tjenestene er sjeldne for barn i skolealderen og praktisk talt er ikke-eksisterende for barn som er yngre enn fem år. Dette er uheldig ettersom det foreligger evidensbasert praksis med traumefokusert

kognitiv atferdsterapi for eldre barn og traumefokusert *leketerapi* for små barn, selv om det er en alvorlig mangel på tilbydere av disse tjenestene.

Ghafoori, Garfin, Ramírez og Khoo (2019) undersøkte faktorer assosiert med igangsetting, fullføring og valg av traumebevisst omsorgsbehandling blant et utvalg av barn og unge som har opplevd vold. Denne studien undersøkte faktorer assosiert med behandlingsstart ved første traumebevisst omsorgs-terapi, avsluttede behandlingen etter traumebevisst omsorgsbehandlingsøkter og hvilke typer terapi klinikerne valgte til barn og unge i det behandlingssøkende utvalget. Studien så på forhåndsbestemte faktorer som alder, kjønn, etnisitet, traumeegenskaper som fysisk og seksuell vold samt behovsfaktorer som symptomenes alvorlighetsgrad ved oppstart av traumebevisst omsorgsbehandling. Det var ikke funnet noen signifikante sammenhenger mellom de forhåndsbestemte faktorene verken ved oppstart eller i forhold til barn og unge som fullførte behandlingen.

Imidlertid var type traumebevisst omsorgs-terapi signifikant assosiert med avsluttet behandling, hvor personene i *Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy* (TF-CBT) hadde større sjanser for å fullføre behandlingen, sammenliknet med *Child-Centered Therapy* (CCT).

Traumetype predikerte ikke behandlingsform som ble tilbudt av klinikerne og heller ikke alder, kjønn eller indirekte påvirkede symptomer. Kaukasisk barn og unge hadde mindre sannsynlighet for å bli tilbudt TF-CBT av sine klinikere enn afroamerikanske, i tillegg hadde barn og unge med høyere ytre symptomer mindre sannsynlighet for å få tilbud om TF-CBT av sin kliniker.

5.2.2.1 Behandlingsprosess og oppfølging: Oppsummering av hovedfunn og begrensninger

Watt (2017) mener at spesifikk informasjon om barnets traumehistorie ikke alltid blir innhentet eller brukt i diagnostiske beslutninger. Ved å ikke vurdere spesifikke traumehistorier når en bestemmer diagnoser og behandlingsforløp reduseres til slutt behandlingseffekten blant voldsutsatte barn. Denne undersøkelsen fant ut at barnevernsarbeidere ikke formidler barns traumehistorie til helseorganisasjoner. Videre bruker helseorganisasjoner typiske vurderingsverktøy som fanger opp symptomer på de vanligste atferdsmessige forstyrrelsene, men disse verktøyene samler ikke informasjon om traumer. Dette er uheldig da det finnes ulike verktøy i tiltaket traumebevisst omsorg for også å

fange barnets traumer. I tillegg vil det være behov for trening av tjenestene og omsorgspersoner om egen holdning og fordelene ved behandling av traumebevisst omsorg. Det vil alltid foreligge noen begrensninger som studiene bemerker og Watt (2017) var tydelig begrenset i omfang og metodikk. Dataene kommer fra en enkelt by, fokuserer på familieomsorg og beskriver praksis for bare en håndfull tilbydere. Studien fremmer at det ville vært nyttig å foreta en grundig kvalitativ undersøkelse av hvordan atferdsmessige helsetilbydere ser på traumer og behandler det i praksis. Det er også viktig å utforske de spesifikke typene behandlinger som tilbys barn med traumehistorie, spesielt de som har en diagnose av tilpasningsforstyrrelse. Ghafoori (et al., 2019) hadde også noen begrensninger, tatt i betraktning at det faktisk bare 55 av de 128 barna som startet behandling faktisk fullførte behandlingen, var frafallet betydelig. Studien hadde heller ikke en formell mekanisme for å vurdere troskap til traumebevisst-behandling.

5.3 Kartleggingsverktøy for måling av traumebevisst omsorg

Litteratursøket identifiserte to artikler som beskriver utvikling og bruk av kartleggingsverktøy som kan bidra til å opplyse og forbedre tiltaket traumebevisst omsorg i organisasjoner. Et kartleggingsverktøy kan skape et overordnet innblikk i hva organisasjoner vet om traumebevisst omsorg som et tiltak og hvilke handlinger de kan iverksette for å bedre praksis. Et standardisert kartleggingsverktøy kan gi tilbakemeldinger til de tjenestene som gjennomfører intervensjonen. Videre kan kartleggingsverktøyene gi observasjoner av praksis for å evaluere om de viktigste tiltakskomponentene dekkes, om behandlingsprinsippene ivaretas, og om de beskrevne prosedyrene følges. Dette kan bidra til å støtte oppunder vår problemstilling om hva vi vet om tiltaket og dens virkning.

Tabell III. Utvikling og bruk av kartleggingsverktøy

| Hovedtema | Undertema | Forekomst | |
|---|--------------------------|--|--------------|
| | | Hovedfaktorer/eksponering | Artikkel nr. |
| Kartleggingsverktøy for måling av traumebevisst omsorg | Pålitelighet & gyldighet | Artikler som måler kartleggingsverktøyets pålitelighet og gyldighet. | 6, 1 |

I den tematiske oversikten i tabell I vises det til at to av de totalt 13 artiklene inkludert i denne studien tematiserer *utviklingen og bruk* av kartleggingsverktøy for å måle tiltaket traumebevisst omsorg.

Begge artiklene beskriver utvikling og bruk av to ulike kartleggingsverktøy som kan opplyse og forbedre tiltaket traumebevisst omsorg til barn og unge. Helt konkret kartlegger de profesjonelles holdning til traumebevisst omsorg i tillegg til å evaluere organisasjonens og individets evne til å anvende traumebevisst omsorg i deres tjeneste.

Begge artiklene måler psykologiske fenomener gjennom en kvantitativ spørreundersøkelse ved bruk av nyutviklede kartleggingsinstrumenter. Studiene baserte seg på respondenter fra et generelt befolkningsutvalg som er tilfeldig plukket ut innenfor geografiske områder i USA. I en artikkel hadde forskere og et ekspertpanel plukket ut tjenesteleverandører som representerte 68 organisasjoner i barnevernet ⁶. I den andre artikkelen var utvalget organisasjoner som blant annet samfunnsorganisasjoner, skoler, klinikker for mental helse i tillegg til en rekke administrative systemer, inkludert familie og sosiale tjenester. Flertallet av de profesjonelle respondentene var høyt utdannede med varierte jobber innen administrering, miljøterapeut og direkte omsorgspersoner ¹. Antall deltakere i artiklene varierte fra 424 ⁶ til 760 ¹, og de ble publisert i tidsrommet 2016 ¹- 2017 ⁶.

5.3.1 Pålitelighet & gyldighet

Spesielt de to siste tiårene har det vært oppfordret til bruk av kartleggingsverktøy som kan måle i hvilken grad organisasjoner som arbeider med sårbare barn og unge er traumebevisst. Selv om det har vært en betydelig økning i bruk av slike verktøy finnes det svært få med dokumenterte psykrometriske egenskaper som systematisk kan kartlegge tiltaket på et organisasjons- og individnivå samt fremgang over tid.

Bassuk, Unick, Paquette og Richard (2017) undersøkte pålitelighet og gyldighet av kartleggingsverktøyet *Trauma-Informed Care in Human Services* (TICOMETER). Formålet med dette verktøyet er å gi informasjon om opplæringsbehov, prosedyrer og retningslinjer på et organisatorisk nivå. TICOMETER er utformet med 35 spørsmål fordelt på 5 kategorier. Undersøkelsen kan bidra til å forbedre hvordan en organisasjon gir traumebevisst omsorg. Baker, Brown, Wilcox, Overstreet og Arora (2016) utviklet et program som fikk navnet

Attitudes Related to Trauma-Informed Care (ARTIC). Verktøyet utviklet for dette programmet ble utformet med tre forskjellige spørreundersøkelser som har henholdsvis 45, 35 eller 10 spørsmål fordelt på 7 kategorier. Ved å tilby både enkle og raske, men også mer omfattende og tidkrevende spørreundersøkelser var ARTIC mulig å gjennomføre for et bredere spekter av tjenestetilbydere. Formålet med dette kartleggingsverktøyet var å vurdere profesjonelles direkte og spesifikke holdninger til traumebevisst omsorg på et individnivå. Bassuk (et al., 2017) fant høy indre konsistens på tvers av spørsmål innen hver kategori, og de fem kategoriene hadde utmerket intern konsistens når de ble tatt ut som en enhet. Dette antyder at hver kategori for seg, og de fem kategoriene sammen måler et kjernekonsept. Studien vurderte hvor godt spørsmålene i de fem TICOMETER-kategoriene holdt seg til det de var designet for å måle og fant en god til utmerket test-retest stabilitet for fire av kategoriene og kombinasjonen av de fem kategoriene. Ved å bruke konfirmatorisk faktoranalyse fant studien sterk støtte for at deres data passet strukturen til de fem kategoriene som omhandlet tiltaket.

Baker (et al., 2016) undersøkte faktorstrukturen og psykometriske egenskaper av kartleggingsverktøyet ARTIC, inkludert en foreløpig vurdering av pålitelighet og gyldighet. Dette resulterte i en foreløpig støtte for påliteligheten til ARTIC-skalaen. Kategoriene representerer mye av den nåværende tanken om viktige elementer i traumebevisst omsorg både hva gjelder i skole, sosialtjenester og helsevesenet. Den har en sterk innholdsgyldighet, og gjenspeiler egenskaper som er sentrale for profesjonelles holdninger, som igjen er relevante for traumebevisst omsorg. I egenskap av å være enkel og rimelig, var hensikten at ARTIC kunne brukes av forskjellige institusjoner som skoler, sosialtjenester og helseorganisasjoner.

På grunn av traumebevisst omsorgs utbredte relevans for utdanningsinstitusjoner, sosiale tjenester, ungdomsinstitusjoner og helsesektoren, er den potensielle bruken av ARTIC stor. Organisasjoner kan bruke verktøy som et grunnleggende tiltak for å bestemme i hvilken grad deres kultur er traume-tilpasset, og funnene kan deretter legges inn i datasystemer som beskriver behovet for traume-trening og andre tiltak innenfor traumebevisst omsorg. For de organisasjonene som har implementert traumebevisst omsorg kan ARTIC også bidra til en løpende evaluering av systemomfattende traumebevisst tilnærming i praksis, som antas å være knyttet til trygge og støttende miljøer assosiert med bedre resultater. I sum gir dette det første pålitelige og gyldige verktøyet for å hjelpe interessenter, forskere, tjenester, beslutningstakere

og brukere med å evaluere traumebevisst omsorg og resultatene de gir. Dette kan øke tjenestee erfaringen og bedre profesjonelles resultater.

5.3.1.1 Pålitelighet og gyldighet: Oppsummering av hovedfunn og begrensninger

Oppsummert viser de to studiene at organisasjoner som implementerer traumebevisst omsorg viser en tydelig økning av kulturendring, men sliter med å finne rimelige og praktiske verktøy for å fange og kvalitetssikre denne endringen. Dermed er det et klart behov for pålitelige, gyldige og kostnadseffektive verktøy for å evaluere virkningen. Det antydes i analysen at de nevnte kartleggingsverktøyene tilfredsstillende disse kravene. Spesielt kan ARTIC som totalt sett er relativt kort, fleksibelt og kostnadseffektivt, enkelt administreres av ulike organisasjoner. Begge studiene viser at disse kartleggingsverktøyene har evne til å virke som tiltent, i tillegg til å måle dens egenskaper og gjennomføring. Dette kan bidra til å evaluere virkningen traumebevisst omsorg kan ha for de organisasjonene som ønsker å tilby denne formen for omsorg til barn og unge.

Selv om Bassuk (et al., 2017) forsøkte å velge et representativt utvalg fra barnevernet hadde ikke studien representanter fra mange varierte etater. I tillegg hadde Baker (et al., 2016) favorisert rekrutteringer av fagpersoner som allerede var interessert i traumebevisst omsorg. Som et resultat av dette viser studiene til at det kan det være skjevheter i utvalget som igjen kan redusere generaliserbarheten til kategoriene på tvers av organisasjoner. Da det er sagt finnes det imidlertid ingen bredt akseptert eller standardisert metodologi for måling av program og tiltaksintegritet. Analysene viser til potensielle begrensninger som involverer metodevariasjon eller selvrapportering. I tillegg var studiene begrenset i mangfold, spesielt relatert til land, bydeler, kjønn, rase/etnisitet og utdanningsnivå. Det ville vært interessant å sett på kartleggingsverktøyene brukt i andre nasjoner enn USA, da det er svært forskjellige tilnærminger til dens praksis relatert til for eksempel Norge.

Videre påpeker Bassuk (et al., 2017) at studien ikke klarte å teste flere former for spørsmål og kategorier. Selv om TICOMETER har forskjellige spørsmål som gjenspeiler involvering av tjenestebrukere, ble dette tiltaket utviklet for å bestemme profesjonelles oppfatning av i hvilken grad traumebevisst omsorg har blitt implementert i deres organisasjon og bruker erfaringer måles ikke direkte av dette verktøyet. Baker (et al., 2016) forklarer at det vil være behov for ytterligere forskning på ARTIC-skalaen, da dette er et mål på holdninger og ikke på direkte vurdering av atferd i samsvar med traumebevisst omsorg.

6. Drøfting

I denne delen av oppgaven vil vi diskutere våre funn om tiltaket traumebevisst omsorg i lys av relevant forskning og se sammenhenger mellom de aktuelle teoretiske perspektivene for oppgaven hva gjelder trygghet, relasjon, affektregulering og mestring. Dette vil også bli supplert med miljøterapi, traumeforståelse, tilknytning, den følsomme hjernen og implementeringsforskning. I tillegg trekkes det linjer mellom de ulike tilnærmingene som *Trygghetssirkelen* (Hoffman et al., 2017), *Den tredelte hjernen* (MacLean, 1973), *Toleransevinduet* (Siegel, 2012), *Implementeringsprosessen* og sentrale *Kjernekomponenter* for implementeringskvalitet (Fixsen et al., 2005).

Vi har valgt å dele drøftingskapittelet opp mot hovedtemaene fra resultatdelen, da dette kan bidra til en oversiktlig fordeling av oppgavens diskusjon. Først diskuterer vi *implementering av traumebevisst omsorg i barnevernssystemet*, før vi beveger oss inn på *utfall hos barn og unge* som har fått tilbudt tiltaket traumebevisst omsorg. Deretter vil vi knytte dette opp mot hvordan *utvikling og bruk av kartleggingsverktøy* kan iverksette en best mulig praksis i barnevernet. Videre i drøftingen vil vi se på styrker og svakheter ved studien i tillegg til å diskutere betydningen av funnene.

6.1 Implementering av traumebevisst omsorg i barnevernssystemet

Eksposering for barndomstraumer er et stort folkehelseproblem og er spesielt utbredt hos barn i barnevernssystemet. Forskning om utbredelse, uheldige utfall og kostnader knyttet til traumeeksponering har rettet fokuset mot opprettelsen av mer traumebevisste barnevernssystemer for å identifisere og hjelpe barn med traumeopplevelser. Den amerikanske administrasjonen for barn og familier (ACF) er en avdeling for departementet innen menneskelige tjenester og fører tilsyn med føderal politikk for barnevern i USA. I 2011 prioriterte de å gi finansiering for å støtte utviklingen av traumebevisst omsorg i barnevernssystemet (Lang et al., 2016). Slik vi ser det kan dette være en faktor som spiller inn med tanke på at reviewens inkluderte studier er amerikanske og publisert i tidsrommet 2016-2019. Lang (et al., 2016) trekker frem at tilskuddet bidro til en innledende plan for en 4 års implementeringsperiode i deres studie. Ny kunnskap vil være avgjørende og en måte å utvikle og integrere den nye kunnskapen på er gjennom implementering. Ødegård (et al., 2017)

trekker frem at implementering innebærer å iverksettes endringer som skal føre til forbedring. Innenfor denne kategorien av drøftingskapittelet har vi inkludert studier som omhandler implementering og vil rette oppmerksomheten vår mot tjenestenes erfaring av tiltaket traumebevisst omsorg. Dette er et tema som delvis er relatert til å svare på problemstillingen vår da erfaring med opplæring og bruk av tiltaket kan gi informasjon om tjenesteerfaring. Vi har valgt å avgrense oss til hovedfunnene vi viser til i resultatdelen som omhandler; lederstøtte, overlevelsessevne over tid, kompetanseutvikling og holdning samt trening og opplæring. Her er vi opptatt av faktorer knyttet til miljøterapeutenes erfaring og utfordringer når det gjelder implementering og bruk av tiltaket. Reviewen ser dermed på implementeringsarbeid og de strategiene som er brukt i prosessen mot å lage et traumebevisst barnevern. Her inkluderes arbeidsstyrke, utvikling og endring av retningslinjer for en bedret tilgang til et evidensbasert traumebevisst tiltak.

6.1.1 Lederstøtte

I implementeringslitteraturen finnes det en rekke beskrivelser av elementer ved ledelsen som er viktig for å oppnå en høy implementeringskvalitet (Fixsen et al., 2009; Sørli et al., 2010). Et gjennomgående funn i de inkluderte studiene bekrefter at det er en forutsetning at implementeringsprosessen er ledet av en støttende og administrativ ledelse (Lang et al., 2016). Herunder trekkes det frem at implementeringskvaliteten vil øke dersom denne er bestående av et kunnskapsrikt personale som integrerer kunnskap om traumebevisst omsorg i sine prosedyrer. Lang (et al., 2016) understreker at systematisk endring krever lederstøtte fra de høyeste nivå og en organisasjonskultur som understreker viktigheten av traumebevisst omsorg i alle sidene ved barnevernspraksisen. Durlak og DuPre (2008) trekker også frem at personalets involvering i diskusjoner og avgjørelser reduserer opplevelsen av hierarki i organisasjonen, og kan påvirke personalets opplevelse av selvstendighet og motivasjon. Vi støtter oss til dette da resultatene viser til at involvering og opplevd innvirkning tilsynelatende var mindre i de aktivitetene som ga mindre mulighet for involvering (Connell et al., 2019). Fixsen et al. (2005) hevder at ledelsens bevissthet og ansvar når det gjelder å rekruttere og lære opp nytt personale er av stor betydning for implementeringskvaliteten. Det er spesielt viktig at ledelsen sikrer kompetanse ved utskiftninger slik at implementeringsarbeidet kan opprettholdes. Fixsen (et al., 2005) sin sjette fase i implementeringsprosessen bærekraft kjennetegnes ved at organisasjonen mestrer å ivareta programkomponentene som følger med

intervensjonen til tross for krav utenfra og utskiftninger i personalgruppen. Ved slike utskiftninger vil kulturen endres og påvirkes slik at noen kan oppleve å måtte begynne på nytt med implementeringsprosessen. For organisasjoner som har få utskiftninger vil det oppleves som tryggere og mer stabilt da personalet innehar en forståelse av hva som kreves gjennom kjennskap til intervensjonen. Dette vil imidlertid ikke si at implementeringsprosessen vil foregå uproblematisk for noen da det slik Durlak og DuPre (2008) fremlegger vil være utfordrende å holde fokus i alle endringene som skal tre i kraft ved organisasjonen.

Resultatene våre indikerer at ledelsens ressursbruk og prioriteringer preger deltakernes opplevelse av implementeringsprosessen og tiltakets verdi for deres arbeid (Kuhn et al., 2019; Bartlett et al., 2016) Dette belyser viktigheten av at ledelsen bruker tiden effektivt og selv får god opplæring av intervensjonen tidlig i implementeringsprosessen. Ledelsen skal styre implementeringsstrategier og ressursbruk slik at personalet blir motivert til endring. Bartlett (et al., 2016) ser på traumebevisste lederteam og psykisk helse tilbyderes deltakelse i traumebevisst evidensbasert behandling. Her ble det identifisert betydelige endringer og forbedringer i praksis på organisasjons- og individnivå. Kuhn (et al., 2019) rapporterte også at 94% av respondentene i deres studie etterfulgt av 89% året etter var tilfreds med opplæringen hvor det ble bekreftet at hver komponent i læreplanen var relevant for deres arbeid. Det kan dermed antas at implementeringsprosessen har vært ledet av en tydelig, engasjert og støttende ledelse. Dette er av betydning for å sikre høy implementeringskvalitet og for at intervensjonen skal forankres i organisasjonen som en helhet. Lang (et al., 2016) sine resultater bekrefter at ledelsens kvalitets- og kapasitetsvurdering av systemets styrker og behov sammen med tilstrekkelig tid til å planlegge implementeringsstrategier kan styrke implementeringskvaliteten slik at intervensjonen blir forankret i organisasjonen over tid.

6.1.2 Overlevelsesevne over tid

Implementering er av et tiltak forutsetter endring i adferd hos en hel organisasjon og personalgruppe, noe som betyr at det er en læringsprosess som er tidkrevende. Resultatene i vår review samsvarer med tidligere forskning (Durlak & DuPre, 2008; Sørli et al., 2010) som understreker at tidsressurser, økonomiressurser, teknisk støtte samt trening og opplæring er av betydning for å oppnå en høy implementeringskvalitet (Lang et al., 2016; Connell et al., 2019; Kenny et al., 2017; Bartlett et al., 2016; Kuhn et al., 2019; Bartlett et al., 2018; Redd et al., 2017). Implementering er en pågående prosess som aldri vil ta slutt, men bevege seg frem og

tilbake i ulike stadier (Ødegård et al., 2017). Når et nytt tiltak skal implementeres kreves det at ledelsen setter av nok tid til planlegging, opplæring og oppfølging av de ansatte, slik at personalet opplever å ha de tidsressurser som er nødvendige når de skal planlegge og organisere bruken av traumebevisst omsorg i sin hverdag. Tidspress kan være et hinder for implementeringskvaliteten ved at andre konkurrerende gjøremål må prioriteres (Sørli et al., 2010). Gjennom vår review fremkommer det at deler av personalet i de inkluderte studiene opplevde en mangel på oppfølging og vurdering over tid i praksis hvor de måtte stole på egenrapporter fra tjenesten og brukeren. Dette kan antas å ha en sammenheng med at ledelsen ikke har hatt tilstrekkelig med forberedelser og planlegging av tidsressurser og tidsbruk. Mørch (2012) understreker at tiltak som ikke implementeres med nødvendig kvalitet og troskap fort kan fremstå som virkningsløse. Savery & Tempel (2013, sitert i Lang et al., 2016) beskriver også at det foreligger begrensede bevis på at opplæring og trening av barnevernspersonell resulterer i bedret kunnskap og praksisendring basert på slike rapporter.

Redd (et al., 2017) bekrefter på den andre siden at det var avgjørende med en flerårig forpliktelse til implementeringen av tiltaket da dette var nødvendig for en systematisk overgang. Dette ga den administrative ledelsen tilstrekkelig med tid til å legge et solid grunnlag for implementeringsstrategien. Det vises også til at det var nødvendig med en implementeringsprosess over en lengre periode for å tilrettelegge for utvikling og gjennomføring av omfattende opplæring og konsultasjoner. I studien til Kenny (et al., 2017) ble det også dokumentert at gjentatt undervisning for barnevernstjenesten var nødvendig for å opprettholde kunnskapen, da engangstrening ikke viste seg å være fullt så effektive som trening over tid. Fixsen (et al., 2005) understreker at dette er en viktig del av den andre fasen i implementeringsprosessen som omhandler programinstallasjon. Her bekreftes det et behov for praktisk tilrettelegging og rutiner for evaluering og kvalitetssikring. Komponenten vedvarende trening bekrefter også det overnevnte da det her viser seg avgjørende med god oppfølging, støtte og råd i forhold til opplæringen samt nok tid til ressurser og god veiledning i forhold til prioriteringen av tiltaket (Fixsen et al., 2005). Hvordan ledelsen fordeler ressurser gir indikasjoner på lederens prioriteringer. Dersom en organisasjon setter av nok tids- og økonomiressurser til opplæring av de ansatte, kan dette bidra til at de opplever at ledelsen er opptatt av faglig kompetanse og profesjonalitet (Bang, 2011). Resultatene fremmer at kontinuitet i forhold til ressursbruk i de ulike barnevernssystemene er et sentralt element for implementeringskvaliteten. Trening og opplæring er en prosess som går over tid og funn bekrefter at et kurs innledningsvis ikke vil være nok. Slik vi ser det er det viktig å bevilge

ressurser til videreutvikling og vedlikehold av personalets kompetanse for å sikre at motivasjon og fokus vedvarer.

6.1.3 Kompetanse og holdning

Durlak og DuPre (2008) påpeker at forankring av nye tiltak i en organisasjons eksisterende mål og planer påvirker graden av implementeringen. Felles mål for organisasjonen kan bidra til personalgruppens ansvar for felles mål, kompetanseutvikling og etablering av ny kultur (Durlak & DuPre, 2008). De inkluderte studiene trekker frem deres arbeid med implementeringsprosessen og hvorvidt traumebevisst omsorg er blitt integrert som en del av deres fundament. Det vises også til praktikerens kompetanseutvikling før og etter implementeringen og hvordan dette har påvirket deres traumebevisste omsorgsarbeid. Som henvist til tidligere i oppgaven vises det i litteraturen at ulike implementeringsstrategier har en tett sammenheng med personalets opplevelse av og holdninger til implementeringsprosessen. Vi støtter oss til Rogers (2003, sitert i Sørli et al., 2010) som peker på viktigheten av organisasjonens og personalets holdninger til tiltaket som skal iverksettes. Her ser vi at implementeringsbegrepene “early adopters”, “late adopters” og “refusers” bekrefter variasjonen i praktikerens tilnærming og som kan både fremme og hemme implementeringen.

Gjennom litteraturen ser vi at det har skjedd et merkbart kulturelt skifte mot å omfavne traumebevisst omsorg som en grunnleggende verdi. Alle studiene i vår review starter med å fremlegge en økt problembevissthet om konsekvensene av barnetraumer hvor de har konkludert med at tiltaket traumebevisst omsorg vil være viktig skritt for deres organisasjon (Lang et al., 2016; Connell et al., 2019; Kenny et al., 2017; Bartlett et al., 2016; Kuhn et al., 2019; Bartlett et al., 2018; Redd et al., 2017). En kan dermed si at organisasjonene er “early adopters” ettersom at de har valgt å implementere tiltaket på et tidlig stadium. Fixsen (et al., 2005) trekker likevel frem noen nødvendige forutsetninger som må være på plass når en intervensjon skal implementeres. Forutsetningene omhandler de avgjørelser som fattes på organisasjonsnivå før implementeringen starter og dreier seg om rammebetingelser og nødvendige ressurser. Dette er faktorer som er med på å berøre kulturen i en organisasjon og omhandler i følge Sørli (et al., 2010) åpenhet for ny praksis, støtte fra ledelsen, og motivasjon hos personalet. Reviewen vår viser til at den økte problembevisstheten, vurderingene og planene som er lagt til grunn samsvarer med Fixsen (et al., 2005) sitt første steg i implementeringsprosessen som omhandler søking og adopsjon.

Miljøterapeutenes arbeid står sentralt når det gjelder forankring og kontinuitet av implementeringsprosessen. Larsen (2004) understreker også at metodisk miljøarbeid er fundamentert på en tanke om at institusjonen har et felles språk i sitt arbeid. Resultatene viser til at personalets felles fagsyn og felles språk på tvers av organisasjonen har blitt styrket, noe som påvirker fellesskapsfølelsen samt miljøterapeutenes tro på seg selv og på intervensjonen (Lang et al., 2016; Connell et al., 2019; Bartlett et al., 2016; Kuhn et al., 2019; Redd et al., 2017). Fixsen (et al., 2005) sine kjernekomponenter som omhandler trening og opplæring samt vedvarende trening og opplæring trekker frem at en introduksjon av tiltaket, opplæring og utprøving vil bidra til et kunnskapsløft, felles fagsyn og felles språk hos de ansatte. God oppfølging, tilbakemeldinger, støtte og råd i forhold til prioriteringer samt veiledning av den enkelte vil også være avgjørende i arbeidet for denne måloppnåelsen. Flertallet av de inkluderte studiene bekrefter at dette har vært avgjørende komponenter for deres implementeringskvalitet. Her fremkommer det funn knyttet til forbedringer av traumebevisst kunnskap, holdning og praksis på tvers av systemet. I tillegg vises det til at det har skjedd et merkbart kulturelt skifte i forhold til personalets oppfatning av å omfavne traumebevisst omsorg som en grunnleggende verdi hvor opplevelser av et felles fundament har bidratt til en økt trygghet i deres arbeid. Funn viser også til en stor suksessfaktor knyttet til å utvikle og styrke forbindelsene i arbeidsmiljøet hvor det tidlig ble identifisert at et felles fagsyn og språk mellom tjeneste var avgjørende for å oppnå en felles forståelse (Lang et al., 2016; Connell et al., 2019; Bartlett et al., 2016; Kuhn et al., 2019; Redd et al., 2017). Samtidig kommer det til syne at deltakere som hadde kjennskap til tiltaket gjennom tidligere opplæring viste betraktelig bedre resultater enn deres kolleger uten tidligere traumebevisst trening. På bakgrunn av dette støtter vi oss til Fixsen (et al., 2005) som hevder at personalets holdninger til intervensjonen, deres forforståelse og tidligere erfaringer kan bidra til å definere implementeringskvaliteten av tiltaket.

Kuhn (et al., 2019) diskuterer deltakertilfredshet og hvorvidt deltakerne i studien hadde tilegnet seg traumebevisst kunnskap. Her kommer det til syne at det ikke var avgjørende for resultatene hvor lenge deltakerne hadde vært ansatt i organisasjonen. Kenny (et al., 2017) studerer forskjeller knyttet til deltakernes forkunnskap fra før- til etter implementeringen av tiltaket traumebevisst omsorg. I motsetning til Kuhn (et al., 2019) fremkommer det her et interessant funn hvor deltakere med mer enn 10 års arbeidserfaring oppnådde betydelig lavere resultater enn sine kolleger. Med dette som utgangspunkt stiller vi spørsmål til om det foreligger variasjoner i personalets tolkning av normer og verdier knyttet til tiltaket da

institusjonens kultur er en subjektiv opplevelse. Det er menneskene som skaper og påvirker kulturen i en organisasjon ved bruk av sine ferdigheter, formelle og uformelle kompetanse, kjønn, fagsyn og sin personlighet (Bang, 2011). Det er derfor stor sannsynlighet for at barnevernssystemet til tross for deres like struktur og målsetting vil ha ulik kultur da miljøterapeutenes personlighet, erfaringer, verdisyn og kunnskapssyn gjenspeiles i kulturen. Det kan antas at personalet som har mer enn 10 års arbeidserfaring i den ene studien kan inneha en underliggende utrygghet og frykt for å møte endringer i arbeidet da alt som er kjent oppleves som trygt. Implementering av et nytt tiltak innebærer en endring, og endring skaper en utrygghet hos mange. Moxnes (2010) hevder at frykten for det nye og ukjente og en følgende motstand mot forandringer, er en grunnleggende kraft i den menneskelige natur som motarbeider læring og personlig utvikling. Implementeringsbegrepene “late adopters” og “refusers” kan gjenspeile nettopp dette da mange søker sikkerhet og forutsigbarhet i jobbsammenheng og derfor aktivt eller passivt motsetter seg endringsforsøk. Fixsen (et al., 2005) beskriver at det er i fase tre av implementeringsprosessen som omhandler første implementering at frykten for endringer møter det vanskelige arbeidet. Her kreves det endringer på både individ og organisatorisk nivå og tryggheten i forhold til implementering av intervensjonen testes. Fixsen (et al., 2005) understreker at implementeringen kan ende for noen i denne fasen da krav til endringer blir for overveldende. Personalets tro på fellesskapets muligheter kan bidra til en høyere implementeringskvalitet ved at kulturen i organisasjonen påvirkes i en positiv retning. En kan anta at Kenny (et al., 2017) sitt funn gjenspeiler en manglende tro på egne muligheter hos personalet og at den manglende troen kan bringe med seg utfordringer i implementeringsarbeidet. Om det ikke foreligger en høy kollektiv tro på fellesskapets muligheter og på tiltaket som iverksettes vil programmet heller ikke bli en del av kulturen i organisasjonen. Som en motsetning til dette rapporteres det i Kuhn (et al., 2019) sin studie et styrket tverrfaglig samarbeid i barnevernstjenesten samt en styrket selvvurdering hos den enkelte. Det synes til at de har tro på intervensjonen og ser effekten av det traumebevisste omsorgsarbeidet i deres hverdag. Det kan dermed antas at denne gruppen innehar en høy kollektiv tro på fellesskapets muligheter i arbeidet mot endring.

6.1.4 Trening og opplæring

Reviewen fremmer at trening og opplæring er et kritisk første skritt for organisasjoner som er opptatt av å implementere traumebevisst omsorg (Lang et al., 2016; Connell et al., 2019; Kenny et al., 2017; Bartlett et al., 2016; Kuhn et al., 2019; Bartlett et al., 2018; Redd et al.,

2017). Tidligere forskning viser at trening og opplæring av intervensjonen har stor betydning for implementeringskvaliteten (Durlak & DuPre, 2008; Sørli et al., 2010). I reviewen vises det til syv ulike og omfattende opplæringsprogrammer utviklet for å styrke barnevernssystemets kompetanse, da fagpersoner og omsorgspersoner kan dra nytte av en bredere forståelse av hvordan traumer påvirker barns utvikling og atferd.

Opplæringsprogrammernes varighet varierer fra ett til fem år og Kenny (et al., 2017) beskriver at gjentatt undervisning er essensielt da dette bidrar til å opprettholde kunnskapen som er tilegnet. Fixsen (et al., 2005) sin kjernekomponent rekruttering ser også ut til å være en gjennomgående og sentral komponent i studiene og dreier seg om å ansette og lære opp personell som har tro på intervensjonen. Det ser ut til at studiene har gjort en nøye utvelgelse av deltakere som arbeider for å drive implementeringen da utvalget er bestående av profesjonelle, fosterforeldre, barn og unge og inkluderer ledere, barnevernsarbeidere, barnevernsteam, terapeuter, familietjenester, psykologer og studenter (Lang et al., 2016; Connell et al., 2019; Kenny et al., 2017; Bartlett et al., 2016; Kuhn et al., 2019; Bartlett et al., 2018; Redd et al., 2017).

Lang (et al., 2016) trekker frem at det fremdeles ikke er oppnådd noen enighet om hva som definerer et traumebevisst barnevern og at det er lite kjent hvordan man kan operasjonalisere de beste metodene for implementering av traumebevisst omsorg i barnevernssystemet. Implementeringsstrategien som legges til grunn er en viktig forutsetning i arbeidet, da en ufullstendig implementeringsstrategi kan føre til at intervensjonen fremstår som virkningsløs. Resultatene viser til at de inkluderte studiene anvender ulike programmer og implementeringsstrategier for å fremme traumebevisst omsorg i deres organisasjon (Lang et al., 2016; Connell et al., 2019; Kenny et al., 2017; Bartlett et al., 2016; Kuhn et al., 2019; Bartlett et al., 2018; Redd et al., 2017). Martinussen, Reedtz, Eng, Neumer, Patras og Mørch (2019) understreker at det er høye standarder for at et tiltak kan hevdes å være evidensbasert eller har empirisk støtte og ulike organisasjoner har egne etablerte kriterier for evidens. Dette kommer tydelig frem i reviewen da vi ser at hver av de inkluderte studiene har utviklet et særegent verktøy knyttet til deres implementeringsstrategi. Slik det fremkommer er dette gjort på bakgrunn av at det finnes få eksisterende verktøy for samme formål hvorav de isteden har måtte støtte seg til overordnede administrative kjernekomponenter. Martinussen (et al., 2019) forklarer at The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) er en organisasjon som har systemer for å vurdere kvaliteten på forskning. Flertallet av studiene vi har inkludert har støtte fra SAMHSA og National Child Traumatic Stress Network's

(NCTSN) som i 2011 ble utviklet av SAMHSA. Hanson og Lang (2016) trekker frem at det er lite kjent hvorvidt arbeidet med å skape traumebevisste systemer som anvender en rekke ulike strategier i samsvar med SAMHSA og NCTSN sine definisjoner resulterer i systematiske endringer i personalets kunnskap og praksis eller enda viktigere barns utfall. Vi støtter oss til dette da studienes ulike verktøy gjorde det utfordrende å identifisere hvilke komponenter som var lagt til grunn for implementeringsstrategien og traumebevisst omsorg som et tiltak. Det var også særlig vanskelig å finne studier knyttet til forbedret utfall som ofte brukes til å fremme tiltaket. Basert på dette stiller vi spørsmål til hvordan et traumebevisst barnevernssystem kan formidles til tjenesteleverandører da det foreligger en manglende evidens av forbedrede utfall hos barn. Målinger av traumebevisst omsorg er relativt nye, slik at det ikke er normer eller standarder for å tolke de ulike programmene som er tilgjengelige. Slik vi ser det kan forankringen i SAMHSA og NCTSN sine komponenter bidra til at tiltaket blir mer komplekst. På den ene siden kan dette føre til at hver enkelt organisasjon som arbeider med implementering av tiltaket kan integrere komponenter som de mestrer å operasjonalisere som en del av sin praksis over tid. Durlak og DuPre (2008) viser at det er vanlig å gjøre tilpasninger av intervensjonen og at implementeringskvaliteten kan bli høyere ved at det gjøres individuelle justeringer. På den andre siden undrer vi oss over om dette kan føre til at det vil foreligge for stor variasjon i praktikernes måte å tilby tiltaket på. Vi vil dermed stille spørsmål til hvorvidt systemet basert på den noe uklare terminologien er blitt traumebevisst? Vi søker derfor en bredere enighet og terminologi som avgrenser og definerer kjernekomponentene ytterligere. En slik form for konsensus kan anspore til en bedre måling av kjernekomponentene som igjen kan forenkle den empiriske evalueringen av tiltaket.

6.2 Utfall hos traumatiserte barn og unge

Eksponering for vold blant barn og unge utgjør en betydelig og kostbar helserisiko i nåtid såvel som på lang sikt (Kumar et al., 2017; Brandtzæg et al., 2011; Hafstad & Augusti, 2019; Ormhaug et al., 2012). Dette er ikke ny informasjon og for nærmere 30 år siden uttalte Koop at «*Interpersonal violence has grown to become one of the major public health problems in American society today*» (Koop, 1982, s.1). Som forklart i innledningen bekrefter både internasjonal og nasjonal forskning ferske tall knyttet til høye forekomster av eksponering for vold (Kumar et al., 2017; Hafstad & Augusti, 2019; Ormhaug et al., 2012). I tillegg bekrefter også alle de inkluderte artiklene de samme forekomstene hos barn og unge hva gjelder utfall (Bartlett et al., 2016; Murphy et al., 2017; Barto et al., 2018; Watt, 2017; Ghafoori et al.,

2019). Eksponering for vold og omsorgssvikt kan assosieres med langvarige konsekvenser for hjerne og kropp, i tillegg til det sosiale, emosjonelle og atferdsmessige som kognitiv svikt, vansker med impuls kontroll, følelsesregulering og lav selvtillit. Noen av de traumatiserte barna kan utvikle psykisk uhelse som blant annet PTSD eller atferdsforstyrrelser (Pereda et al., 2009). Dessuten har også mange av de voldsutsatte barna opplevd ekstra belastning når de blir fjernet fra omsorgspersonene. Dette blir et viktig moment da flertallet av respondentene i de inkluderte artiklene var fosterforeldre. Noen av studiene viste også til at ustabile plasseringer i barnevernssystemet med flere flyttinger forverrer endel barn og unges psykiske helse (Murphy et al., 2017; Barto et al., 2018).

Det overnevnte må ses i tråd med en forståelse av at vold og omsorgssvikt er et resultat av et samspill mellom en rekke ulike faktorer. Det finnes i dag mye god forskning på at tunge belastninger over tid påvirker hjernens utvikling og fungering, men det finnes mindre forskning på effekten av traumebevisste metoder og teknikker. Per dags dato er det lite forskning på resultatene av innsats på systemnivå for å styrke kapasiteten til å gi traumebevisst omsorg hos barneverntjenesten, eller om slike endringer er forbundet med forbedret utfall hos barn og unge. Her har vår review sett på intervensjoner i en bred forstand, der vi har inkludert søkeord som skal kunne fange opp mest mulig relevant informasjon om tiltaket basert på våre inklusjonskriterier. Vi inkluderte til slutt fem relevante artikler som vi mener kan være med på å belyse utfall hos barn og unge som har fått tilbudt traumebevisst omsorg. Dette gjelder i hovedsak traumatiserte barn og unge som har vært utsatt for vold og omsorgssvikt.

Flere av programmene som ble presentert ved implementeringsavsnittet har i tillegg til å skulle redusere atferdsvansker, også et eksplisitt formål om å forebygge eller redusere vold og omsorgssvikt. Dette gjelder særlig programmer som så langt ikke er implementert i Norge. Selv om de ulike verktøyene i en traumebevisst tilnærming relaterer seg til organisasjoner og tjenester i USA, kan det tenkes at de fleste komponentene også vil ha gyldighet for tjenester og brukere i norsk barnevern. Denne påstanden kan begrunnes i teoretisk kunnskap om vold og omsorgssvikt etiologi (årsakssammenhenger). Det finnes også en god del norske teoretiske fagbøker og artikler som beskriver arbeidet med traumebevisst omsorg i Norske tjenester. Dette kan for eksempel gjelde tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge, barnevernet og institusjoner eller mestringsentre i arbeid med voldsutsatte barn og unge.

6.2.1 Traumer

En traumatisk hendelse kan forklares som en akutt belastende eller farlig opplevelse. Det har lenge vært kjent at dersom barn blir eksponert for vedvarende belastning i tidlig barndom, hvor barnet lever i en konstant frykt for nye hendelser, kan stressbelastningene forklares som komplekse traumer (Dyregrov, 2010). De inkluderte artiklene starter med å fremlegge en problembevissthet i forhold til hvilke konsekvenser vold og omsorgssvikt har for barnets utvikling og fungering (Bartlett et al., 2016; Murphy et al., 2017; Barto et al., 2018; Watt, 2017; Ghafoori et al., 2019). Forståelsen av slike traumer blir en nødvendig del i arbeidet med traumebevisst omsorg fordi denne type tilnærming har som mål å ivareta traumatiserte barns behov. Traumebevisst omsorg tydeliggjør at miljøterapeuter og omsorgspersoner ikke skal ha fokus på barnets traumer, men at en skal være bevisst på at barnet er traumatisert, og hvilke konsekvenser dette kan medføre (Andersen, 2014).

Bath (2017) som er grunnleggeren av traumebevisst omsorg argumenterer for at det foreligger en utydighet rundt traumebegrepet hvor de uheldige opplevelsene i noen tilfeller heller burde vært ansett som kronisk belastede opplevelser. Her henvender han seg til ACE studien (Felitti, 1998) sine hovedkategorier som omhandler det å leve i et hjem med familievold eller hvor familiemedlemmer er rusmisbrukere, psykisk syke eller har kriminell atferd, og understreker at slike forhold i større grad omhandler stress og motgang mer enn traumer. Det kan antas at det dermed kan være terapeutisk nyttig å bruke beskrivelser som å leve med alvorlig påkjenninger eller kronisk alvorlig stress i slike sammenhenger. På bakgrunn av dette kan det tenkes at det vil være nyttig for miljøterapeuter å også være stressbevisste i sitt traumebevisste omsorgsarbeid.

Videre forklarer Bath (2017) at traumebevisst omsorg ikke dekker alle behovene til brukerne. Dette er forklart på bakgrunn av at alle barn og unge er forskjellige med hensyn til deres utviklingshistorie, etnisk bakgrunn, nåværende vansker, diagnoser eller terapeutiske behov. Murphy (et al., 2017) understreker i sin studie at det blir nødvendig å vurdere barns emosjonelle og atferds- reguleringsevne samt deres fungering i sosialt samspill for å kunne tilpasse arbeidsstrategiene for en riktig behandling. Det er med andre ord ikke slik at en bestemt strategi fungerer likt for alle barn da miljøterapeuters og omsorgspersoners evne til å tilrettelegge påvirker barns trivsel ulikt, da det ikke finnes et perspektiv som besvarer alt. Studien til Gahfoori (et al., 2019) så imidlertid på forhåndsbestemte faktorer som alder, kjønn,

etnisitet og traumeegenskaper som følge av fysisk eller seksuell vold i tillegg til symptomfaktorenes alvorlighetsgrad ved oppstart av den traumebevisste behandlingen. Resultatene fant ingen signifikante sammenhenger mellom de forhåndsbestemte faktorene ved oppstart eller i forhold til barn og unge som fullførte behandlingen. Imidlertid var type traumebevisst omsorgsterapi signifikant assosiert med avsluttet behandling, hvor de barna som fikk TF-CBT hadde større sjanser for å fullføre behandlingen, sammenliknet med behandlingen CCT. En mulig forklaring på hvorfor noen barn svarer bedre til enkelte metoder enn andre, kan være at traumebevisst omsorg som tilnærming innbefatter et variert utvalg av verktøy, forståelsesmodeller og retningslinjer som kan hjelpe barn og unge.

I følge Bath (2017) har traumeperspektivet pekt på at problematferd hos barn og unge kan forstås som et resultat av emosjonell dysregulering, og at det er en fare for å tolke all atferd som et resultat av traume. Dersom all utfordrende og aggressiv atferd blir tolket som emosjonell dysregulering og derav blir møtt med samregulering, står en i fare for å ta bort ansvaret for handlingen, og barnet kan fortsette med å skape utrygghet og smerte for seg selv og andre. Det er slik at barn og unge også trenger rammer og grenser. Bath (2017) påpeker på den ene siden at barn kan bli retraumatisert ved å bruke negativt forsterkende konsekvenser, men at dette ikke er konstant. På den andre siden mener Anglin (2003) at barna trenger konsekvenser, men at konsekvensene må gjennomføres med hensyn til barnets traumehistorikk slik at ikke miljøterapeuter eller omsorgspersoner møter den primære smerten med å påføre sekundær smerte.

Videre fremhever Bath (2017) at det vil kreve mer enn traumebevisst omsorg for å støtte traumatiserte barn med traumeinduserte diagnoser slik Watt (2017) beskriver i sin studie. På den ene siden kan diagnoser være nyttige hjelpemidler for å sikre riktig støtte og behov, men på den andre siden kan også diagnoser føre til ytterligere stigmatisering av barn og unge som i utgangspunktet føler seg annerledes. Traumbegrepet kan med andre ord bli en merkelapp vi setter på barn på lik linje med diagnoser som for eksempel ADHD. Dette kan føre til at barn og unge får en opplevelse av seg selv som dysfunksjonell eller et offer. Det er viktig å poengtere at traume er en erfaring som de har hatt, ikke noe som definerer dem. På bakgrunn av dette kan det fremheves at traumeperspektivet nettopp skal hjelpe miljøterapeuter og omsorgspersoner til å endre spørsmålet til "Hva har hendt deg?" mer enn "Hva er galt med deg?". Murphy (et al., 2017) trekker frem at årsakene til at barn ble fjernet fra omsorgspersonene i noen tilfeller omhandlet deres egen atferd. Ved at miljøterapeuter endrer

fokuset sitt på denne måten kan traumebevisst omsorg hjelpe til spesifikke metoder for å forstå barnets atferd med en baktanke på hva de har opplevd og hvorfor de handler og reagerer som de gjør.

Flere av de inkluderte studiene fremmer at traumespesifikke evidensbaserte behandlinger fremmer betydelige reduksjoner i traumesymptomer og forbedringer i atferd blant barn (Bartlett et al., 2016; Murphy et al., 2017). De positive resultatene som fremkommer i vår review er assosiert med forbedringer i funksjon, atferdsregulering og affektregulering. En mulig forklaring på dette kan være at traumebevisst omsorg er et styrkebasert rammeverk forankret i en forståelse av og respons på virkningen av traumer som fremmer fysisk, psykologisk og emosjonell sikkerhet for både barn og deres omsorgspersoner. Miljøterapeuter som har gode verktøy å arbeide etter kan bruke modeller og håndfaste verktøy til å støtte oppunder og skape mening i arbeidet. Resultatene viser til en økt forbedring av bevisstheten rundt tegn, symptomer og påvirkningene som fremkommer av traumer (Bartlett et al., 2016; Murphy et al., 2017). Det kan antas at denne kunnskapen og kompetansen kan bidra til å gjøre miljøterapeuter og omsorgspersoner bedre rustet til å snakke om å forstå barnets smerteuttrykk gjennom en utfordrende atferd. Får barnet en opplevelse av at han eller hun er verdifull og hyggelig å være sammen med, vil det virke positivt på barnets selvfølelse. Funnene indikerer at verktøyene resulterer i bedre trivsel, funksjon og færre atferdsproblemer. En mulig årsak til dette kan være at traumebevisst omsorg kan bruke både nonverbale, sensoriske og kroppsbaserte metoder i arbeidet. Det kan tenkes at traumer ofte sitter i kroppen, noe som gjør det viktig med riktige metoder i arbeid med traumatiserte barn. Et eksempel på dette kan være å aktivisere barn med fysisk aktivitet, i motsetning til å konversere. Det vil også være viktig med et felles språk som gir evnen til å sette ord på følelser. Det kompliserte er å finne en balansegang mellom de overnevnte metodene. Får miljøterapeuter og omsorgspersoner til en god balanse, kan det bidra til å gi barn og unge mestringsstrategier i hverdagen.

6.2.2 Tilknytning

Utover det å være assosiert med en økt risiko for skadelige utfall som poengtert i forrige avsnitt, kan traumer også påvirke barnets forhold til andre og tilknytning til omsorgspersoner. Murphy (et al., 2017) fremmer i hvilken grad de som arbeidet tett med barna som for eksempel omsorgspersoner, barnevernsarbeidere/terapeuter og de som jobber mindre direkte

som for eksempel ledere og familietjenesten, påvirket barnets resultater. Målet var at barn fikk riktig behandling, til rett tid og med tett oppfølging. Møter barnet voksne som trygger, støtter, oppmuntrer eller lytter til dem når de kjenner ubehag, vil de tidlig kjenne seg trygge og ivaretatt. Vi ser på dette som svært verdifullt da den tidligere UEVO- undersøkelsen fremla at kun 1 av 5 som har opplevd vold eller omsorgssvikt har vært i kontakt med en lærer, helsepleier, barnevernsarbeider eller annen profesjonell hjelpeinstans. En annen bekymring som fremkommer er at omtrent halvparten av de utsatte ungdommene aldri har fortalt hendelsene de har opplevd til noen. Tilknytningsprosessen ligger til grunn for barnets emosjonelle og sosiale funksjoner. Det kan dermed tenkes at dette kan ha en sammenheng med at barnet opplever en mistillit til voksne som følge av vold og omsorgssvikt påført av nære omsorgspersoner. Schore (2011) understreker at dette kan føre til at tilknytningsprosessen oppleves som traumatiserende for barnet. Barn med slike opplevelser kan ha en utrygg unnvikende tilknytningsstil og da er det vanskelig for barn og unge å bruke omsorgsgiver som en trygg base eller trygg havn. Dette kan ses i lys av trygghetssirkelen (1998) som har sin hensikt å fremme trygg tilknytning. Målet med trygghetssirkelen er å fremme metallisering og utvikle en mer sensitiv og utviklingsstøttene omsorg (Hoffman et al., 2017).

Murphy (et al., 2017) finner at økning i barns eksponering for traumebevisst omsorg var assosiert med betydelig større forbedringer i funksjon, atferdsregulering, affektregulering og plasseringstabilitet. Funnene varierte på tvers av hvordan omsorgsteamene eksponerte barna for tiltaket og det antydes at ferdighetene og evnene hos individer på tvers av barns omsorgsteam kan påvirke barn ulikt for å styrke deres trivsel. Det blir her nødvendig å arbeide med gode relasjoner, hvor det er avgjørende med en tilknytning som bidrar til at hvert barn får et naturlig og positivt følelsesmessig bånd til andre. Vi vet at tilknytningstraumer er en av de mest alvorlige barndomstraumene og at kunnskap om barnets tilknytning hjelper oss til å se barnet bedre (Killén, 2009; 2003).

Det er nærliggende å anta at barn med opplevd trygghet hos sine omsorgspersoner bidrar positivt til det relasjonelle forholdet dem imellom. Om sårbare barn får erfare sunne relasjoner kan disse nye relasjonene brukes til å etablere trygghet (Schore, 2011). Relasjonen vil kunne påvirke barns ønske om å leve tett på der trygge tilknytningsrelasjoner har funnet sted og dermed kunne bedre plasseringstabilitet. Både studien til Barto (et al., 2018) og Murphy (et al., 2017) skriver om en forbedret plasseringstabilitet og viktigheten med å opprettholde dette.

Plasseringstabilitet kan resultere i en forbedret tilknytning mellom barnet og fosterforeldre, i motsetning til barn og unge som oftere har flyttet mellom forskjellige hjem. Barto (et al., 2018) fant også sammenhenger mellom bedret plasseringstabilitet og redusert sannsynlighet for vold, mishandling og omsorgssvikt. Resultatene fremmer at traumebevisst omsorg som et tiltak har en betydelig virkning på plasseringstabiliteten i motsetning til de barna som ikke har fått tilsvarende tilbud (Barto et al., 2018).

Gjennom gode traumebevisste behandlingsprosesser og ved tett oppfølging kan dette bidra til å støtte oppunder eventuelle psykiske og/eller atferdsmessige utfordringer. I studien til Watt (2017) blir det funnet at traumer ikke alltid er innlemmet i helsetjenesten på noen formell eller materiell måte. Dette kan vurderes som negativt da vi vet at barna har store sannsynligheter for å utvikle psykiske lidelser som i tillegg er forbundet av fysiske helseproblemer og atferdsvansker. Som følge av de traumatiske opplevelsene kan barns toleransevindu påvirkes. Det er derfor essensielt å ha en forståelse for hjernens tredeling (MacLean, 1973) slik at en legger merke til når barn og unge opplever hyper- eller hypoaktivering. Vi anser derfor behovet for en bevisst tilnærming fra miljøterapeuter i behandlinger og tjenester som svært viktig for å kunne tilpasse aktiveringsnivået til den enkelte. Som Cozolino (2006) påpeker vil gjentatte sykluser av emosjonell uro som følges opp av miljøterapeuter med beroligende intervensjoner kunne bidra til utvikling av tillit og trygghet hos barna.

Vold og omsorgssvikt kan påvirke og skade hjernens naturlige utvikling og fungering (Schoore, 1994; 2003a). I vår review fremkommer det at barna som var deltakere i studiene hadde vært eksponert for omsorgssvikt, fysisk mishandling, emosjonelt overgrep, seksuelle overgrep og vold i hjemmet (Murphy et al., 2017; Ghafoori et al., 2019). Barn som opplever slike hendelser vil gradvis miste trygghetsfølelsen og på bakgrunn av dette kan “alarmsentralen” i hjernen reagere med et overlevelsesinstinkt (Jørgensen & Steinkopf, 2013). Hjernen påvirkes og formes av alle livserfaringer, og den kan bedres. Når barn og unge mestrer å regulere sin oppmerksomhet og atferd, kan det tenkes at de også lettere kan regulere seg selv i nødvendige situasjoner. Da kan vi snakke om god utvikling og resiliens. Borge (2018) understreker at det handler om å finne strategier som hjelper dem til å fungere normalt til tross for vanskelige forhold hvorav det kan sees individuelle forskjeller i måten barna håndterer deres truende omgivelser på.

Emosjonsregulering kan læres ved hjelp av reguleringsstøtte fra kompetente miljøterapeuter og omsorgspersoner, i tillegg kan innsikt i barnets reaksjonsmåter ansees som nødvendig i det

traumebevisste omsorgsarbeidet. I mange år har kognitive og atferdsregulerende metoder vært dominerende, mens vi nå kan se en dreining mot mer følelsesregulerende tilnærminger.

Bartlett (et al., 2016) sine resultater viser til at omsorgspersoners kunnskap om traumebevisst omsorg bidro til færre atferdsproblemer hos barna. Det kan dermed antas at kunnskap og håndfaste verktøy kan hjelpe omsorgspersoner til å mestre hverdagen bedre i møte med barna. Denne støtten er av stor betydning for barn når det gjelder å skape gode relasjoner og en trygg tilknytning. Brandtzæg (et al., 2011) understreker som nevnt at når et barn er trygg på at omsorgspersoner er tilgjengelig kan barnet tilegne seg en viktig stressregulerende emosjon.

Watt (2017) viser også til at selv i de mest utviklende delstatene har det blitt bemerket at de aller fleste barn og unge ikke mottar de traumebevisste tjenestene de trenger. Det kan tenkes at det er flere grunner til dette. Som nevnt kan utrygge unnvikende tilknytningsstiler på den ene siden medvirke til at barn ikke blir fanget opp. På den andre siden viser Ghafoori (et al., 2019) i sine resultater at barn og unge med høye eksternaliserende symptomer hadde mindre sannsynlighet for å få tilbudt traumebevisst omsorg. Det kan dermed tenkes at miljøterapeuter ikke alltid har tilegnet seg kunnskapen og kompetansen til å gjenkjenne de ulike signalene barna gir. Videre viser Watt (2017) til at barnevernet ikke formidler barns traumehistorie til helseorganisasjoner. Resultatene peker på at helseorganisasjoner brukte typiske vurderingsverktøy som fanger opp symptomer på de vanligste atferdsmessige forstyrrelsene, men at disse verktøyene ikke samlet informasjon om traumer. Dette er uheldig ettersom at reviewen viser til at det foreligger evidensbasert praksis med blant annet traumefokusert *kognitiv atferdsterapi* for eldre barn og traumefokusert *leketerapi* for små barn. Vi vet også at det finnes mange tilsvarende norske traumebevisste tiltak som behandler barn som for eksempel *kognitiv atferdsterapi*, *leketerapi*, *foreldre-barn interaksjonsterapi: PCIT* og *tilknytningsbaserte tiltak* (Regionsenter for barn og unges psykiske helse, 2018).

6.3 Kartleggingsverktøy for måling av traumebevisst omsorg

Fra de to siste tiårene har det gradvis vært en økning i programmer som er rettet mot barn og unge påvirket av traumatiske hendelser, med et økt fokus på å sikre at programmene og organisasjoner i arbeid med denne sårbare gruppen er traumebevisste (Hanson & Lang, 2016). Den utbredte interessen for traumebevisst omsorg, til tross for en tilsynelatende mangel på empirisk forskning fanget vår interesse. Det er mange organisasjoner som arbeider med sårbare grupper, og flere fag- og omsorgspersoner står til daglig i møte med barn som har det

vanskelig. Selv om flere har arbeidet med traumebevisst omsorg i mange år, er det først de siste årene at traumebevisst omsorg som tilnærming er satt i system i internasjonale og nasjonale barnevernssystemer. Til tross for den høye forekomsten av eksponering for vold i barndommen, har tjenester først nylig begynt å gi traumebevisst omsorg med et «...*heightened focus on ensuring that all service systems are aware, sensitive, and responsive to the potential impact of trauma*» (Hanson & Land, 2016, s. 96). Det kan hevdes at det særlig er blitt større oppmerksomhet rettet mot å hjelpe organisasjoner og fagpersoner som yter tjenester til barn og unge med traumehistorier. I den sammenheng påpeker Hanson og Lang (2016) en økende stigning av antall lokale, regionale, nasjonale og internasjonale forsøk på å utvikle programmer som er målrettet mot barn og unge. Imidlertid viser reviewen til en betydelig utfordring i forhold til uklare definisjoner og mangelen på psykometriske robuste verktøy for å evaluere traumebevisst omsorg både i praksis og på forskningsfeltet (Baker, 2016; Bassuk, 2017).

Per i dag er fagmiljøer ennå ikke enig om hva som utgjør et traumebevisst system eller hvordan dette skal måles. Backe-Hansen, Havik og Grønningsæter (2013) forklarer at det finnes generelt ingen sterk tradisjon for å bruke standardiserte tester i det norske barnevern, og det er lite systematisk bruk av ulike kartleggingsverktøy for å registrere før- og ettertilstand. Eventuelle effekter og virkning av tiltak er i liten grad dokumentert gjennom forskning. De få verktøyene som finnes inneholder mange elementer og er nyttige guider for å lage traumebevisste programmer. Det er derimot nærmest ingen studier som fokuserer på å vurdere organisasjoner og tjenester i arbeidet med kjernekomponenter i traumebevisst omsorg. Det kan tenkes at vi derfor fant få internasjonale studier om utvikling og bruk av kartleggingsverktøy, hvorav ingen var norske. Martinussen (et al., 2019) mener at en relativt stor del av forskning og klinisk arbeid i Norge bygger på erfaringer fra andre land. Dette kan være en mulig forklaring på hvorfor vi fant svært få studier generelt, i tillegg til få studier som inneholdt måling av kartleggingsverktøy. Vi ønsket likevel å inkludere de få studiene da vi tenker at disse kan påpeke interessante betydninger og virkninger av arbeidet til de organisasjonene som har tatt i bruk traumebevisst omsorg eller de som ønsker å gjøre det.

Det kan antas at det kommer flere forskningsstudier om traumebevisst omsorg i fremtiden når tiltaket er enda mer utbredt og tatt i bruk flere steder i landet. Det kan videre tenkes at noen håndfaste kartleggingsverktøy vil være etterspurt for å sikre kvalitet når organisasjoner skal

anvende og implementere nye tiltak. En kan således ikke automatisk anta at et kartleggingsverktøy som viser gode virkninger og som er utviklet i USA, vil ha samme utfall om det tas i bruk i Norge (Martinussen et al., 2019). De nordiske landene sammenlignet med USA kan ha både store og små forskjeller i spesielt styring. Det kan derimot tenkes at amerikanske studier av høy kvalitet også vil kunne støtte opp om resultater fra nordiske studier eller anvendes som dokumentasjon dersom det ikke foreligger nordiske studier (Martinussen et al., 2019). I denne studien foreligger det ikke noen norske forskningsstudier, og vi blir nødt til å se tiltaket på bakgrunn av teoretiske begrunnelser. Det er tidligere vist til at mange norske organisasjoner og tjenester i arbeid med barn og unge tar i bruk tiltaket traumebevisst omsorg, og vi mener derfor det er relevant å se på kartleggingsverktøy. Vi har på bakgrunn av dette valgt å inkludere amerikanske studier og identifiserte to artikler som kan bidra til å besvare noen av disse "hullene" og bekrefte hvor vi står i møte med traumebevisst omsorg i dag.

Resultatene viser på den ene siden at TICOMETER kan bidra til kunnskapsinnhenting hos organisasjoner som opplyser og kan forbedre dens forskning på et organisatorisk nivå. Formålet med et organisatorisk kartleggingsverktøy vil være å gi informasjon om opplæringsbehov for fagpersoner, prosedyrer og endringer i retningslinjer som blir viktig for å forbedre hvordan den enkelte organisasjonen benytter seg av traumebevisst omsorg. På en annen side kan ARTIC bidra til å skape en bevissthet rundt egen praksis på et individnivå, da dette verktøyet ser direkte på tjenestenes holdning til tiltaket (Baker, 2016; Bassuk, 2017). I Bassuk (et al., 2017) kommer det frem at TICOMETER kan vurdere endringer og se på virkningen av traumebevisst omsorg. ARTIC kan på sin side gjenspeile og samordne dagens teoretiske og empiriske kunnskaper om traumebevisst omsorg, og benytter fagekspert i psykologiske traumer og implementering av traumebevisst omsorg (Baker et al., 2016).

I empirisk undersøkelse av tiltakets virkning er det spesielt to ting som må diskuteres i forhold til selve resultatene. Det første er om resultatene er statistisk signifikante, som handler om en kan stole på at det foreligger et reelt funn og at resultatene ikke skyldes tilfeldigheter. For det andre sier det noe om hvor store virkningene er. De to studiene har til felles at de anvender måling av tiltaket traumebevisst omsorg, mens kartleggingsverktøyene derimot har ulike måter å gjøre dette på. Begge kartleggingsverktøyene inneholdt spørsmål og kategorier med høy pålitelighet og noe gyldighet som videre bidro til å kartlegge viktige elementer ved traumebevisst omsorg. Et hovedfunn i vår review er at kartleggingsverktøyene har evne til å

virke som tiltenkt. De måler organisasjoners og individs egenskaper i tillegg til gjennomføring. Dette gir økt anvendelighet av kartleggingsverktøyene. De kan bidra til å se på virkningen traumebevisst omsorg har for de organisasjonene som ønsker å tilby denne formen for omsorg. Spesielt viser et av funnene at egenskapene til blant annet ARTIC kan hjelpe organisasjoner til å se om deres tjeneste er traume-tilpasset. Resultatene av kartleggingen kan også legges i datasystemer som beskriver behovet for trening og andre nødvendige tiltak innen traumebevisst omsorg. For de organisasjonene som allerede har implementert traumebevisst omsorg kan kartleggingsverktøyene også gi en løpende evaluering av systemomfattende traumebevisst tilnærming i praksis og det antas å være knyttet til trygge og støttende miljøer assosiert med bedre behandlingsresultater.

Det fremkommer tydelig i teksten om barn og unges utfall at en traumebevisst behandling fører til økt trivsel, plasseringsstabilitet samt redusert sannsynlighet for ytterligere vold og omsorgssvikt. Vi vurderer det derfor som svært viktig at organisasjoner implementerer traumebevisst omsorg, og at det gjøres på en god måte. Traumebevisst omsorg er ikke implementert hos alle organisasjoner som tilbyr støtte til barn og unge i dag. ARTIC som kan distribueres med 10 spørsmål for å kartlegge personell, og TICOMETER som kan kartlegge organisasjonen vurderer vi som effektive for å identifisere opplæringsbehov, kompetansemangler og materiellbehov for å kunne tilby traumebevisst omsorg. Vi anser dette som viktig da kunnskap og holdninger kan gjøre at blant annet riktig behandlingsmetode velges til det enkelte barnet.

Videre viser Watt (2017) til at valg av behandlingsmetode har vesentlig utslag på behandlingens virkning hos barn, og at feil behandlinger kan gi et dårligere resultat hos barn og unge. Kartleggingsverktøy vil kunne bidra til å fange opp og unngå slike problemstillinger hos tjenestetilbydere. For å eksemplifisere dette vil en miljøterapeut som møter et barn med traumer kunne på bakgrunn av opplæring som er identifisert gjennom ARTIC, se personen og traumene heller enn diagnosen. Ettersom traumer påvirker barnet, vil det å bli sett kunne gi bedret resultat og dermed økt livskvalitet.

Oppsummert vil kartleggingsverktøy kunne bidra til å effektivisere implementering, identifisere behov samt videreutvikle organisasjoner og individ slik at traumebevisst omsorg øker i omfang og bidrar til forbedret behandling av traumatiserte barn og unge.

Et annet hovedfunn var at organisasjoner som implementerer traumebevisst omsorg viste en tydelig økning av kulturendring, men har utfordringer med å finne billige og praktiske verktøy for å fange og kvalitetssikre denne endringen. Det kan tenkes at et økt fokus på kartleggingsverktøy, kan sikre at organisasjoner og tjenester er bevisst på den potensielle negative effekten av traumer. Kartleggingsverktøyene kan også bidra til at organisasjonene innehar et trygt og støttende miljø for ledere, tjenestene og teamene som til daglig skal arbeide med og reflektere tilgjengelig forskning om utbredelsen og virkninger av traumeeksponering. I tillegg til dette skal de være kjent med de beste metodene for å støtte til gode mestringsstrategier hos barn og unge som har vært utsatt for vold. Dersom tjenestene vet hvordan å møte barnetraumer tidlig og på hvilken måte en kan snakke med barna og deres familier, kan det tenkes til at behandlingen vil være mer effektiv. Dette kan for eksempel være gjennom bedret screening for å finne den passende traumebevisste tilnærmingen. Det kan derfor vurderes til at ansatte blir tryggere i arbeidet, og kan således bidra til kulturendring og dermed forbedret utfall hos barna på lengre sikt. Imidlertid var det en begrensning i studiene at kartleggingsverktøyene kunne bekrefte behov for ytterligere målinger på brukererfaring, da dette var kartleggingsverktøy som målte tjenesteerfaringer og sa ingenting om brukerne.

Hanson og Lang (2016) forklarer at traumebevisste programmer og dens trening kan være ganske kostbare når de er rettet mot hele organisasjoner eller systemer. På den ene siden kan det tenkes at Norge har en fordel når det kommer til implementering, iverksetting og gjennomføring da Norge har en stor overvekt av offentlige barnevern-, skole- og sosialtjenester. USA vil her være en motsetning hvor en stor andel av tilsvarende organisasjoner er private. Eksempler på dette er at om det besluttes retningslinjer eller behandlinger i det offentlige, så må blant annet barnevernet, skoler og sosialtjenestene forholde seg til dette. Offentlige institusjoner får også penger bevilget fra staten som sikrer driften i forhold til private som i større grad sikter mot å tjene penger. På den andre siden vil private institusjoner kunne slippe de byråkratiske prosessene som offentlige selskaper har. Dersom private eiere ønsker å implementere en type behandling, kan denne bare iverksette på eget initiativ. Dette vil gjøre at private kan tilby nye tjenester raskere enn offentlige selskaper kan. Det kan tenkes at det sistnevnte er en av årsakene til at det kun ble funnet amerikanske forskningsstudier om traumebevisst omsorg.

Behovet for å lage effektive og rimelige kartleggingsverktøy til organisasjoner antas derfor å være viktig. Både TICOMETER og ARTIC hadde evne til å virke som tiltenkt, men ARTIC utmerket seg spesielt da dette kartleggingsverktøyet hadde utviklet tre forskjellige omfang av

spørreundersøkelser. Dette kan bidra til at organisasjoner kan velge hvor omfattende spørreundersøkelser de vil anvende til tjenestene. Det kan tenkes som positivt for de organisasjonene som ikke har mulighet til tidkrevende og sannsynligvis dyrere kartleggingsverktøy. Det kan derfor hevdes at bruk av traumebevisst omsorg kan føre til mindre behov for omfattende og kostbare behandlinger dersom man tar i bruk kartleggingsverktøy for blant annet å effektivisere organisasjoner og individ.

6.4 Styrker og svakheter

I denne litteraturstudien har vi hatt som mål å gi en oversikt over forskningslitteratur innenfor et spesifikt tema som omhandler traumebevisst omsorg som et tiltak til barn og unge utsatt for vold. Gjennom en scoping review har vi studert eksisterende litteratur, som betegnes som en styrke da det foreligger variert dybde og mengde av informasjon som hentes ut fra andres forskningsstudier. I tillegg har scoping review den styrken at det er krav om at studien gjennomføres på en detaljert og dokumentert måte (Arksey & O'Malley, 2005).

Litteraturstudier har som formål å oppsummere tilgjengelig empirisk forskning om et tema for å gi oversikt og kunne bidra til ny kunnskap. Dette beskrives som nyttig for praksisfeltet da det skaffer en oversikt over den kunnskapen en yrkesgruppe er opptatt av, samt et bidrag i et større forskningsprosjekt (Støren, 2013). Da det er sagt kan det hevdes at selv om vi har hatt en omfattende søkestrategi, og flere test-søk etter relevant litteratur, vil det kunne foreligge noen svakheter ved studien. Dette kan forklares med at det kan være relevant litteratur vi ikke har fanget opp, på bakgrunn av at funnene våre viste til uklare definisjoner av traumebevisst omsorg og at det finnes flere ulike tilnærminger til tiltaket. Dette kan ha ført til at noen av studiene som ikke hadde traumebevisst omsorg som et relevant ord i tittel, sammendrag eller nøkkelord kan ha blitt sett forbi, da de kanskje heller brukte begreper som "traumefokusert atferdsterapi" eller "traumeterapi". Det blir dermed verdt å peke på at potensielle relevante artikler kan være utelatt fra studien. Det kan derfor antydes at det kan være relevant å utvide artikkelsøket til å omfatte flere synonymer av traumebevisst omsorg, slik som "traumeterapi". Dette vil potensielt øke omfanget av relevante artikler og dermed kunne styrke videre forsknings empiriske grunnlag.

En annen svakhet med studien kan være databasenes begrensninger. Databasene som er brukt i forbindelse med søk er PsycInfo, Web of Science og Oria. Vi vil anta at dette kan være studiens hovedsvakhet ettersom det finnes flere databaser som kunne blitt tatt med i

forbindelse med identifisering av relevante artikler. Til tross for disse begrensningene er de valgte databasene velkjente og anbefalt av en bibliotekar som har kunnskap innen fagfeltet barnevern. Til felles for de tre valgte databasene er alle fagdatabaser og inneholder flerfaglig vitenskapelig litteratur som omfatter fagområdene barnevern, psykologi, sosiologi, sosialt arbeid og samfunnsvitenskap.

Til sist hadde de valgte artiklene en stor overvekt med kvantitative studier, hvorav bare en var kvalitativ. Kvalitative studier kan bidra til å gi en stemme bak et fenomen. Vi mener derfor at både tjenestene og brukernes meninger og erfaringer vil gi kunnskap om hvordan traumebevisst omsorg oppleves i arbeid, og om tiltaket kan føre til en forbedret hverdag som inneholder trygghet, gode relasjoner, affektregulering og mestring. Likevel mener vi at de inkluderte artiklene basert på omfattende spørreundersøkelser, casestudie, kvasi-eksperimentell, sammenligningsstudie gav oss et bredt spekter av hva vi vet om traumebevisst omsorg i dag. Dataene har vært forankret til spesifikke variabler som blant annet ekspertvurdering, observasjon, intervju og formell testing. Vi mener derfor at studien har anvendt standardiserte metoder for datainnsamling og det kan derfor antas at variablene har gitt oss viktige data som tallverdier, tabeller og grafiske figurer eller statistiske mål som gjennomsnitt, variasjon og korrelasjon. Dette vil på mange måter gi oss erfaringsdata som følge av at traumebevisst omsorg er et relativt nytt tiltak. Basert på dette har våre funn gitt oss verdifulle opplysninger om tjeneste- og brukererfaring i tillegg til virkningen av tiltaket.

6.5 Betydningen av funn

Denne typen scoping review trekker konklusjoner fra eksisterende litteratur angående den totale forskningen. Den er spesifikt designet for å identifisere “hull” i evidensgrunnlaget der det ikke er forsket. Studien kan også oppsummere og spre forskningsresultater samt identifisere relevansen av full systematisk gjennomgang på spesifikke undersøkelsesområder (Arksey & O'Malley, 2005). Vi har identifisert forskningshull som antas å være betydningsfulle for praksisfeltet i barneverntjenesten, samt andre tjenester i arbeid med sårbare barn og unge.

Ettersom traumebevisst omsorg er å finne i mye litteratur og i praksisfeltet, var det overraskende lite forskning på tiltakets virkning. Dette kan bunne i at tiltaket er relativt nytt. Vi ser at flere organisasjoner etterspør kartleggingsverktøy og trening i gode arbeidsmetoder

for å støtte oppunder tjenestenes traumebevisste praksis. Sett fra reviewen påpeker alle de inkluderte artiklene viktigheten av traumebevisst omsorg på bakgrunn av de store konsekvensene og forstyrrelsene som medfølger barn og unge utsatt for vold og omsorgssvikt. Dette er fremdeles et stort folkehelseproblem verden over, og det vil fremdeles være behov og en nødvendighet å undersøke erfaringen med og effekten av traumebevisste tjenester. Således ser vi også viktigheten i trening og opplæring blant omsorgspersoner og fosterforeldre. Traumebevisst omsorg har som hensikt å være et tiltak like mye til de voksne som møter de sårbare barna daglig, som til barna selv.

7. Avslutning

Denne studien oppsummerer, analyserer og drøfter funn som omhandler traumebevisst omsorg som et tiltak til barn og unge utsatt for vold. Studiens hovedmål har vært å undersøke hva forskning sier om tiltaket til denne gruppe barn. De valgte underproblemstillingene har også bidratt til å se på hva empirisk forskning sier om tjeneste- og brukererfaring i tillegg til dens virkning. Funnene ble tredelt og omhandler implementering av traumebevisst omsorg i barnevernstjenester, utfall hos barn og unge i tillegg til utvikling og bruk av kartleggingsverktøy.

Vår metode for denne studien har vært en litteraturstudie i form av scoping review og vi har tatt i bruk retningslinjer av Arksey og O'Malley (2005) som dannet grunnlag for den metodologiske rammen for oppgaven. I tillegg har vi supplert med Lavec (et al., 2010) sine anbefalinger som tydeliggjør og forbereder hver fase i rammene. For å gi en strukturert oversikt over hele forskningsprosessen har vi valgt å benytte PRISMA-ScR (2018) sin sjekklister som inneholder nødvendige rapporteringsposter i tillegg til noen valgfrie elementer som kan benyttes.

Hovedfunn viser til tross for den begrensede mengden forskningsartikler, at traumebevisst omsorg er et tiltak som er basert seg på forskning fra ulike fagfelt, og spesielt nevrovitenskap, utviklingspsykologi og tilknytningsforskning. Samtidig er traumebevisst omsorg intuitivt forståelig for mennesker som står nært traumatiserte barn og unge. Den stiller krav til miljøterapeuter og omsorgspersoner, særlig i forhold til forståelse og evne til selvrefleksjon, men ser ut til å være et tiltak som også skaper håp og utvikling til tjenester og

brukere. Målet er å styrke voldsutsatte barns motstandskraft og innebærer oppdatert kunnskap i tillegg til gode menneskelige kvaliteter til de som skal møte disse barna.

Forskningen på feltet består i hovedsak av studier, som viser til at virkningen av traumebevisst omsorg kan sies å være oppløftende, men at vi enda ikke kan konkludere med at det har effekt på lang sikt. Samlet er statusen at det foreligger begrenset forskning om traumebevisst omsorg, men funnene viser at implementering er et viktig første skritt i prosessen mot å utvikle et evidensbasert tiltak som kan forbedre utfallet hos barn og unge og at kartleggingsverktøy kan forbedre samt effektivisere implementering og utfallet hos barna.

Det kan antas at traumeteori har resultert i et paradigmeskifte i terapeutisk omsorg, men fallgruven er at dette kan bli svaret på alt. Vi må derfor bruke traumeforståelsen i arbeid med barn og unge med visdom, forsiktighet og balanse. Behandlingsmåter og støttetiltak bør ikke forankres i en global teoretisk modell, men i hva hvert enkelt barn og omsorgsperson har behov for. Erfaringer fra studien tilsier at traumebevisste tiltak som støtter oppunder gode strategier for å fange opp symptomer og reaksjoner hos traumatiserte barn vil gi en nyttig forståelse av hvilke utfordringer de har. Dette blir viktig både som vurderingsgrunnlag for videre oppfølging, råd og anbefalinger til omsorgspersoner og for mer presise henvisninger til rett instans.

7.1 Videre forskning

Erfaringer fra studien tilsier at de fleste verktøyene har samme teoretiske utgangspunkt der hovedfokuset ligger på miljøterapeuters trening, oppfølging, kunnskap og kompetanse. I fremtiden anbefales det at flere tjenester, herunder større deler av helse- og sosialtjenester inkluderes i systematiske undersøkelser for å måle effektiviteten av opplæring og implementering.

Videre viser resultatene til manglende kunnskap om den langsiktige virkningen hos barn og unge, og det anbefales derfor videre forskning om brukererfaringer etter traumebevisst omsorg.

Da alle artiklene som ble funnet var av amerikansk opprinnelse, ville det vært interessant å se hvordan traumebevisst omsorg er implementert i Norge for å kartlegge kompetanse, bruk og utfall. Anerkjente amerikanske studier er i oppgaven vurdert til å baseres på samme teoretiske

grunnlag, og det kunne således gitt et mer nøyaktig bilde dersom en hadde målt grad av sammenfall mellom traumebevisst praksis i USA og Norge. På den måten kan det tenkes at forskning i Norge innenfor en norsk tjenestekontekst vil kunne gi mulighet for å sammenlikne tiltakets innhold og effekt på tvers av ulike kulturelle kontekster.

8. Referanser

- Aakvaag, H. F. & Strøm, I. F. (2019). *Vold i oppveksten: Varige spor?* (NKVTS Rapport 1/2019). Hentet fra <https://www.nkvts.no/rapport/vold-i-oppveksten-varige-spor-en-longitudinell-undersokelse-av-reviktisering-helse-rus-og-sosiale-relasjoner-hos-unge-utsatt-for-vold-i-barndommen/>
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (2014). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New York: Psychology Press.
- Andersen, I. L. (2014). Traumebevisst tilnærming. I S. Søftestad, & I. L. Andersen (Red.), *Seksuelle overgrep mot barn: Traumebevisst tilnærming* (s. 54-62). Oslo: Universitetsforlaget.
- Andersen, I. L. (2014). Unge overgripere: omfang og tiltak. I S. Søftestad, & I. L. Andersen (Red.), *Seksuelle overgrep mot barn: Traumebevisst tilnærming* (s. 101-114). Oslo: Universitetsforlaget.
- Andersen, A. J. W. (1997a). *Uten fasit. Perspektiver på miljøterapi*. Fagernes: Cappelen Akademisk Forlag.
- Anglin, J. P. (2003). *Pain, normality, and the struggle for congruence: Reinterpreting residential care for children and youth*. New York: Hayworth Press.
- Annerbäck, E. M., Sahlqvist, L., Svedin, C. G., Wingren, G. & Gustafsson, P. A. (2012). Child Physical Abuse and Concurrence of Other Types of Child Abuse in Sweden- Associations with Health and Risk Behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 36(7-8), 585-595. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.05.006>
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *Int. J. Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Aubert, V. (1985). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aveyard, H. (2014). *Doing a Literature Review in Health and Social Care- A Practical Guide* (3. utg.). Berkshire, England: Open University Press.
- Backe-Hansen, E., Havik, T. & Grønningsæter, A. B. (2013). *Fosterhjem for barns behov* (NOVA rapport 16/2013). Hentet fra <https://bufdir.no/bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00002254>
- Baker, C. N., Brown, S. M., Wilcox, P. D., Overstreet, S. & Arora, P. (2016). Development and Psychometric Evaluation of the Attitudes Related to Trauma-Informed Care (ARTIC) Scale. *School Mental Health*, 8, 61-76. <https://doi.org/10.1007/s12310-015-9161-0>
- Bang, H. (2011). *Organisasjonskultur*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Barnekonvensjonen. (2003). *FNs konvensjon om barnets rettigheter: Vedtatt av De Forente Nasjoner den 20. november 1989, ratifisert av Norge den 8. januar 1991: Revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Barneombudet. (2018). «*Hadde vi fått hjelp tidligere, hadde alt vært annerledes*». Hentet fra http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2018/03/Barn_og_unge_vold_og_overgrep.pdf
- Barnevernloven. (1992). Lov om barneverntjenester (LOV-1992-07-17-100). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100/KAPITTEL_4#§4-4
- Bartlett, J. D., Barto, B., Griffin, J. L., Fraser, J. G., Hodgdon, H. & Bodian, R. (2016). Trauma-Informed Care in the Massachusetts Child Trauma Project. *Child Maltreatment*, 21(2), 101-112. <https://doi.org/10.1177/1077559515615700>
- Bartlett, J. D. & Rushovich, B. (2018). Implementation of Trauma Systems Therapy-Foster Care in child welfare. *Children and Youth Services Review*, 91, 30–38. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018.05.021>
- Bassuk, E. L., Unick, G. J., Paquette, K. & Richard, M. K. (2017). Developing an Instrument to Measure Organizational Trauma-Informed Care in Human Services: The TICOMETER. *Psychology of Violence*, 7(1), 150-157. <https://doi.org/10.1037/vio0000030>
- Barto, B., Bartlett, J. D., Ende, A. V., Bodian, R., Noroña, C. R., Griffin, J., Fraser, J. G., Kinniburgh, K., Spinazzola, J., Montagna, C. & Todd, M. (2018). The impact of a statewide trauma-informed child welfare initiative on children's permanency and maltreatment outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 81, 149–160. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.04.023>
- Bath, H. (2008). The Three Pillars of Trauma-Informed Care. *Journal of safe management of disruptive and assaultive behavior*, 17(3), 17-21. Hentet fra <https://s3-us-west-2.amazonaws.com/cxl/backup/prod/cxl/gklugiewicz/media/507188fa-30b7-8fd4-aa5f-ca6bb629a442.pdf>
- Bath, H. (2015). The Three Pillars of TraumaWise Care: Healing in the Other 23 Hours. *Reclaiming children and youth*, 24(4), 5-11. Hentet fra https://www.traumebevisst.no/kompetanseutvikling/filer/23_4_Bath3pillars.pdf
- Bath, H. (2017). The Trouble with Trauma. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 16(1), 1-12. Hentet fra <https://pdfs.semanticscholar.org/4111/094608a2a11d53684ddab4976b5fcb724229.pdf>
- Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Blindheim, A. (2011). Hvordan traumatisering påvirker hjernen. I P. Ø. Steinsvåg, P. & U. M. G. Heltne (Red.), *Barn som lever med vold i familien: Grunnlag for beskyttelse og hjelp* (s. 51-59). Oslo: Universitetsforlaget.

- Braarud, H. C. (2012). Kunnskap om små barns utvikling med tanke på kompenserende tiltak iverksatt av barnevernet. *Norges barnevern*, 89(3), 152-167. Hentet fra https://www.idunn.no/file/pdf/58048287/kunnskap_om_sm_barns_utvikling_med_tanke_p_kompenserende_.pdf
- Braarud, H. C. & Raundalen, M. (2011). Familie vold og barns utvikling: kunnskap fra forskning og praksis. I P. Ø. Steinsvåg, P. & U. M. G. Heltne (Red.), *Barn som lever med vold i familien: Grunnlag for beskyttelse og hjelp* (s. 41-50). Oslo: Universitetsforlaget.
- Brandtzæg, I., Smith, L. & Torsteinson, S. (2011). *Mikroseparatorer – tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bretherton, I. & Munholland, K. A. (2008). Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory. I J. Cassidy, P. R. Shaver, (Red.). *Handbook of Attachment: Theory, research and clinical applications* (s. 102-127) New York/London: Guilford.
- Borge, A. I. H. (2018). *Resiliens - risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Volume 1*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373. Hentet fra https://www.sas.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Bowlby_Nature.pdf
- Bunkholdt, V. (2017). *Fosterhjemsarbeid: Fra rekruttering til tilbakeføring* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christoffersen, L. & Johannessen, A. (2012). *Forskningsmetode for lærerutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Christoffersen, M. N., Møhl, B., DePanfilis, D. & Vammen, K. S. (2015) Non-Suicidal Self-Injury—Does social support make a difference? An epidemiological investigation of a Danish national sample. *Child Abuse and Neglect*, 44, 106-116. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.10.023>
- Christiansen, Ø. (2015). *Hjelpetiltak i barnevernet-en kunnskapsstatus*. Hentet fra https://bufdir.no/globalassets/global/kunnskapsstatus_hjelpetiltak_i_barnevernet.pdf
- Cicchetti, D. (2013). Annual Research Review: Resilient functioning in maltreated children—past, present, and future perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 402–422. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02608.x>
- Connell, C. M., Lang, J. M., Zobra, B. & Stevens, K. (2019). Enhancing Capacity for Trauma-informed Care in Child Welfare: Impact of a Statewide Systems Change Initiative. *The American Journal of Community Psychology*, 64, 467–480. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12375>

- Cozolino, L. (2006). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain*. New York: W.W. Norton & Co.
- Creswell, J. W. (2012). *Educational Research. Planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research* (4. utg.). Boston, USA: Pearson.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Daniel, B., Wassell, S. & Gilligan, R. (2010). *Child development for child care and protection workers* (2. utg.). London: Jessica Kingsley Publishers.
- De Bellis, M. D. (2005). The Psychobiology of Neglect. *Child Maltreatment*, 10(2), 150-172. <https://doi.org/10.1177/1077559505275116>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. NESH*. Hentet fra https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/60125_fek_retningslinjer_nesh_digital.pdf
- Durlak, J. & DuPre, E. (2008). Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 327-350. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>
- Dyregrov, A. (2010). *Barn og traumer. En håndbok for foreldre og hjelpere* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D. F., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. J., Koss, M. P. & Marks, K. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Florida: Louis de la Parte Florida Mental Health.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A. & Target, M. (1994). The emanuel miller memorial lecture 1992: The Theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(2), 231-257. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01160.x>
- Ghafoori, B., Garfin, D. R., Ramírez J. & Khoo, S. F. (2019). Predictors of Treatment Initiation, Completion, and Selection Among Youth Offered Trauma-Informed Care. *American Psychological Association*, 11(7), 767-774. <https://doi.org/10.1037/tra0000460>
- Gilje, N. & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Innføringer i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Grant, M. J. & Booth A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26, 91–108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Greenwaldt, R. (2005). *Child trauma handbook: A guide for helping trauma-exposed children and adolescents*. New York: Haworth.
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Gulbrandsen, L. M. (2017). *Oppvekst og psykologisk utvikling* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Gustumhaugen, K., Dønnestad, E. & Steinkopf, H. (2017). *Miljøterapeuten. Mennesket som metode i miljøterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hafstad, G. S., & Augusti, E. M. (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år* (NKVTS Rapport 4/2019). Hentet fra <https://www.nkvts.no/rapport/ungdoms-erfaringer-med-vold-og-overgrep-i-oppveksten-en-nasjonal-undersokelse-av-ungdom-i-alderen-12-til-16-ar/>
- Hanson, R. F. & Lang, J. (2016). A Critical Look at Trauma-Informed Care Among Agencies and Systems Serving Maltreated Youth and Their Families. *Child Maltreatment*, 21(2), 95-100. <https://doi.org/10.1177/1077559516635274>
- Hart, S. (2011). *Den følsomme hjernen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hoffman, K., Cooper, G., Powell, B., & Benton, C. M (2017). *Trygge barn. Hvordan Trygghetssirkelen for foreldre kan bidra til å fremme barns tilknytning, emosjonelle motstandskraft og frihet til å utforske*. Gyldendal Akademisk.
- Hopper, E. K., Bassuk, E. L. & Olivet, J. (2010). Shelter from the Storm: Trauma-Informed Care in Homelessness Services Settings. *The Open Health Services and Policy Journal*, 3, 80-100. <https://doi.org/10.2174/1874924001003020080>
- Isdal, P. (2000). *Meningen med volden*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Jernbro, C., Svensson, B., Tindberg, Y. & Janson, S. (2012). Multiple psychosomatic symptoms can indicate child physical abuse – results from a study of Swedish schoolchildren. *Acta Paediatrica*, 101(3), 324-329. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2011.02518.x>
- Jesson, J. K., Matheson, L. & Lacey, F. M. (2011). *Doing your literature review: Traditional and systematic techniques*. London: SAGE Publication.
- Juul, J. (1996). *Ditt kompetente barn. På vei mot et nytt verdigrunnlag for familien*. Oslo: Pedagogisk forum.

- Jørgensen, T. W. & Steinkopf, H. (2013). *Traumebevisst omsorg teori og praksis. Fosterhjemskontakt*, 1(13), 10-17. Hentet fra <https://www.fosterhjemforening.no/wp-content/uploads/2015/06/Traumebevisst-omsorg.pdf>
- Kenny, M. C., Vazquez, A., Long, H. & Thompson, D. (2017). Implementation and program evaluation of trauma-informed care training across state child advocacy centers: An exploratory study. *Children and Youth Services Review*, 73, 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.11.030>
- Killèn, K. (2003). Barns tilknytning. *Psyke & Logos*, 24(2), 573-587. Hentet fra https://scholar.google.no/scholar?q=killen+2003+barns+tilknytning&hl=no&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart
- Killèn, K. (2009). *Sveket I. Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Koop, C. E. (1982, 24. November). Violence and Public Health: A Filmed Lecture Presented to the National Institute of Law Enforcement and Criminal Justice. Hentet fra <https://profiles.nlm.nih.gov/spotlight/qq/catalog.nlm:nlmuid-101584930X827-doc>
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg L, L. & Zwi, A. B. (2002). *The world report on violence and health*. Hentet fra https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf?ua=1
- Krumsvik, R. J. (2014). *Forskningsdesign og kvalitativ metode – ei innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kuhn, T. M., Cyperski, M. A., Shaffer, A. M., Gracey, K. A., Adams, M. K., Billings, G. M. & Ebert, J. S. (2019). Installing Trauma-Informed Care Through the Tennessee Child Protective Services Academy. *American Psychological Association*, 16(1), 143-152. <https://doi.org/10.1037/ser0000320>
- Kumar, S. A. K., Stern, V., Subrahmanian, R., Sherr, L., Burton, R., Guerra, N., Muggah, R., Samms-Vaughan, M., Watts, C. & Mehta, S. K. (2017). Ending violence in childhood: a global imperative. *Psychology, Health & Medicine*, 22(1), 1-16. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1287409>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lang, J. M., Campbell, K., Shanley, P., Crusto, C. A. & Connell, C. M. (2016). Building Capacity for Trauma-Informed Care in the Child Welfare System: Initial Results of a Statewide Implementation. *Child Maltreatment*, 21(2), 113-124. <https://doi.org/10.1177/1077559516635273>

- Larsen, E. (2004). *Miljøterapi med barn og unge: organisasjonen som terapeut*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Levac, D. Colquhoun, H. & O'Brien, K.K. (2010). Scoping studies – advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(69), 1-9. <http://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Li, J. & Julian, M. M. (2012). Developmental relationships as the active ingredient: A unifying working hypothesis of “what works” across intervention settings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 157-166. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01151.x>
- Lillevik, O. G. & Øien, L. (2015). Hva er miljøterapi? *Sykepleie*, 5, 60-63. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.54066>
- Lock, A. & Strong, T. (2014). *Sosiale konstruksjoner – teorier og tradisjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- MacLean, P. D. (Red.). (1973). *A Triune Concept of the Brain and Behaviour*. Toronto: University Press.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Martinussen, M., Reedtz, C., Eng, H., Neumer, S. P., Patras, J. & Mørch, W. T. (2019). Kriterier og prosedyrer for vurdering og klassifisering av tiltak. *Ungsinn*, 1-60. https://ungsinn.no/wp-content/uploads/2019/07/Ungsinn_kriterier_screen_2019-V2.1.pdf
- Moxnes, P. (2000). *Læring og ressursutvikling i arbeidsmiljøet: Pedagogisk arbeidslivspsykologi i forskning og praksis* (2. utg.). Oslo: Forlaget Paul Moxnes.
- Murphy, K., Moore, K. A., Redd, Z. & Malm. (2017). Trauma-informed child welfare systems and children's well-being: A longitudinal evaluation of KVC's bridging the way home initiative. *Children and Youth Services Review*, 75, 23–34. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.02.008>
- Mørch, W. T. (2012). Implementering av evidensbaserte tiltak i barnevernet. *Norges Barnevern*, 89(3), 136-150. Hentet fra https://dua.uit.no/wp-content/uploads/2012/09/Mørch-2012-Implementering_av_evidensbaserte_tiltak_i_barnevernet.pdf
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (u.å.). Implementeringsmodell 2012-2017. Hentet 4.mai 2020 fra <https://www.nkvts.no/tf-cbt-implementeringsmodell-2012-2017/>
- Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer: Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Norman, R.E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. & Vos, T. (2012) The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Medicine*, 9(11), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- NOU 2009: 8. (2009). *Kompetanseutvikling i barnevernet. Kvalifisering til arbeid i barnevernet gjennom praksisnær og forskningsbasert utdanning*. Oslo: Barne- og familiedepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/6ebc07ce4230459cb78599b599d76f40/no/pdfs/nou200920090008000dddpdfs.pdf>
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W. W. Norton.
- Ogden, T. (2012). *Evidensbasert praksis i arbeid med barn og unge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Olsen, T. M. & Gundersen, K. K. (2012). *Implementering av ART: kvalitetssikrende retningslinjer og rutiner* (Diakonhjemmet Høgskole rapport 1/2012). Hentet fra <https://vid.brage.unit.no/vid-xmlui/handle/11250/98617>
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Hukkelberg, S. S., Holt, T. & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn – blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BuP. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(3), 234-240. Hentet fra https://www.researchgate.net/publication/285790041_Traumer_hos_barn-blir_de_gjemt_eller_glemt_Kartlegging_av_traumatiske_erfaringer_hos_barn_og_unge_henvist_til_BUP
- Pereda, N., Guilera, G., Santacana, M. F. & Gómez-Benito, J. (2009). The Prevalence of child sexual Abuse in Community and Student Samples: A Meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328-338. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.007>
- Perry, B. (2005). Applying principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children. I N. Webb (Red.), *Working with traumatized youth in child welfare* (s. 27-52). New York: Guilford Publication
- Porges, S. W. & Furman, S. A. (2011). The early development of the autonomic nervous system provides a neural platform for social behaviour: a polyvagal perspective. *Infant and Child Development*, 20(1), 106–118. <https://doi.org/10.1002/icd.688>
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Redd, Z., Malm, K., Moore, K., Murphy, K. & Beltz, M. (2017). KVC's Bridging the Way Home: An innovative approach to the application of Trauma Systems Therapy in child welfare. *Children and Youth Services Review*, 76, 170–180. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.02.013>

- Regionsenter for barn og unges psykiske helse. (2018). Tilstandsgruppe: Traumerelaterte lidelser. Hentet fra <https://buphandboka.r-bup.no/no/tilstander/tilstandsgruppe-traumerelaterte-lidelser/utredning-av-traumerelaterte-lidelser?print-all=true#>
- Rossmann, B.B.R. (2001). Long term effects of children's exposure to domestic violence. I S. A. Graham-Bermann & J.L Edleson (Red.), *Domestic violence in the lives of children: The future of research, intervention, and social policy* (s. 35-65). Washington: American Psychological Association.
- Rutter, M. (2007). Proceeding From Observed Correlation to Causal Inference: The Use of Natural Experiments. *Perspectives on Psychological Science* 2(4), 377-395. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00050.x>
- Saakvitne K.W., Gamble, S., Pearlman, L.A. & Lev, B. (2000). *Risk connection: A training curriculum for working with survivors of childhood abuse*. Lutherville: Sidron Press.
- Schechter, M. D. & Roberge, L. (1976). Sexual exploitation. I R. E. Helfer & C. H. Kempe, C. (Red.), *Child abuse and neglect: The family and the community* (s. 127-142). Cambridge: Ballinger.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Schore, A. N. (2003a). *Affect dysregulation and the disorders of the self*. New York: Norton & Co.
- Schore, A. N. (2011). *The science and art of psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Shenton, A. (2004). Strategies for Ensuring Trustworthiness in Qualitative Research Projects. *Education for Information*, 22(2), 63-75. <http://doi.org/10.3233/EFI-2004-22201>
- Siegel, D. J. (2012). *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are* (2. utg.). New York: The Guilford Publications.
- Smith, L. (2002). *Tilknytning og barns utvikling*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Steinkopf, H. (2014). Hjernen bak det hele. I S. Sjøftestad, & I. L. Andersen (Red.), *Seksuelle overgrep mot barn: Traumebevisst tilnærming* (s. 68-83). Oslo: Universitetsforlaget.
- Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* (2. utg.). Cappelen Damm AS.
- Sjøftestad, S. (2018). *Grunnbok i arbeid med seksuelle overgrep mot barn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sørli, M. A., Ogden, T., Solholm, R. & Olseth, A. R. (2010). Implementeringskvalitet - om å få tiltak til å virke: En oversikt. *Norsk psykologforening*, 47(4), 315- 321. Hentet fra https://www.researchgate.net/publication/265467295_Implementeringskvalitet_-_om_a_fa_tiltak_til_a_virke_En_oversikt_Optimizing_the_quality_of_implementation_in_ordinary_practise_an_integrative_approach

- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.1.10>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thommessen, C. S. & Neumann, C. B. (2019). *Gode hjelpere kjenner seg selv. Traumebevisst omsorg i arbeid med barn og unge*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Thorkildsen, I. M. (2015). *Du ser det ikke før du tror det. Et kampskrift for barns rettigheter*. Bergen: Vigmostad og Bjørke.
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight "Big-Tent" Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851. <http://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- Waaktar, T. & Christie, H. J. (2000). *Styrk sterke sider: håndbok i resilience grupper for barn med psykososiale belastninger*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Watt, T. T. (2017). Paradigm Shifts Don't Come Easy: Confrontations between the Trauma Perspective and the DSM in Mental Health Treatment for Abused and Neglected Children. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 10, 395-403. <https://doi.org/10.1007/s40653-017-0178-4>
- Wennerberg, T. (2011). *Vi er våre relasjoner- om tilknytning, traumer og dissosiasjon*. Oslo: Arneberg Forlag.
- World Health Organization. (2016). *GLOBAL PLAN OF ACTION. To strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children*. Hentet fra <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/global-plan-of-action/en/>
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Hentet fra <https://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
- Ødegård, E., Nordahl, J. & Røys, H. (2017). *Alle skal med! Veiledning i den lærende barnehage*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Øverlien, C., Haugen, M. I & Schulz, J. H. (Red.). (2016). *Barn, vold og traumer. Møter med unge i utsatte livssituasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Øverlien, C. (2012). *Vold i hjemmet. Barns strategier*. Oslo: Universitetsforlaget.

9. Vedlegg

Vedlegg 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

| | Inkludert | Ekskludert |
|-------------------------|---|--|
| Databaser | Web of Science Core Collection (Science Citation Index Expanded, Social Sciences Citation Index, Arts, Humanities Citation Index and Emerging Sources Citation Index) PsycINFO (OvidSP) Oria | Andre databaser |
| Tidsperiode | 2000-2019 | Artikler publisert før 2000 |
| Publikasjonstype | Artikler | Bøker, masteravhandlinger, artikler uten abstrakt, materialet fra bibliotek katalogen, fysiske dokumenter, artikler som gjentas i andre databaser & artikler ikke relatert til temaet. |
| Fokusområdet | Empiriske studier med hovedfokus på hva vi vet om tiltaket traumebevisst omsorg. Inkludert utvikling av verktøy, implementering og utfall hos barn og unge utsatt for vold. | Studier som i hovedsak fokuserer på andre tiltak enn traumebevisst omsorg, eller andre utsatte grupper enn voldsutsatte barn og unge. |
| Språk | Norsk & Engelsk | Andre språk |

Vedlegg 2: Elimineringsgrunnlag

| | |
|---------------------------------|--|
| Målgruppe | Kvinner og menn Kvinner og fødsel Eldre Leger |
| Forhold ved barn og unge | Ofre for sexhandel Uønsket seksuell atferd blant ungdom |
| Miljøfaktorer | Menneskehandel Flyktninger Medisinske helsetjenester Byrå for bolig avhengighet Bolig behandlingsprogram |
| Andre fokusområder | Selvskading Alkohol/Rusmisbruk Psykiske lidelser hos voksne |

Vedlegg 3: Søkeord (norsk & engelsk)

Problemstilling: Hva vet vi om traumebevisst omsorg som et tiltak for barn og unge utsatt for vold?

Tids linje: 2000 til 2019

Database: Oria

Sentrale begreper: Traumebevisst omsorg, vold og barn

| ”Traumebevisst omsorg” | Vold | Barn |
|---|-------------|--------------|
| Traumebevisst omsorg OR Traumebevisst tilnærming | Vold | Barn OR Unge |

Research question: What do we know about trauma-informed care as an intervention for children exposed to violence?

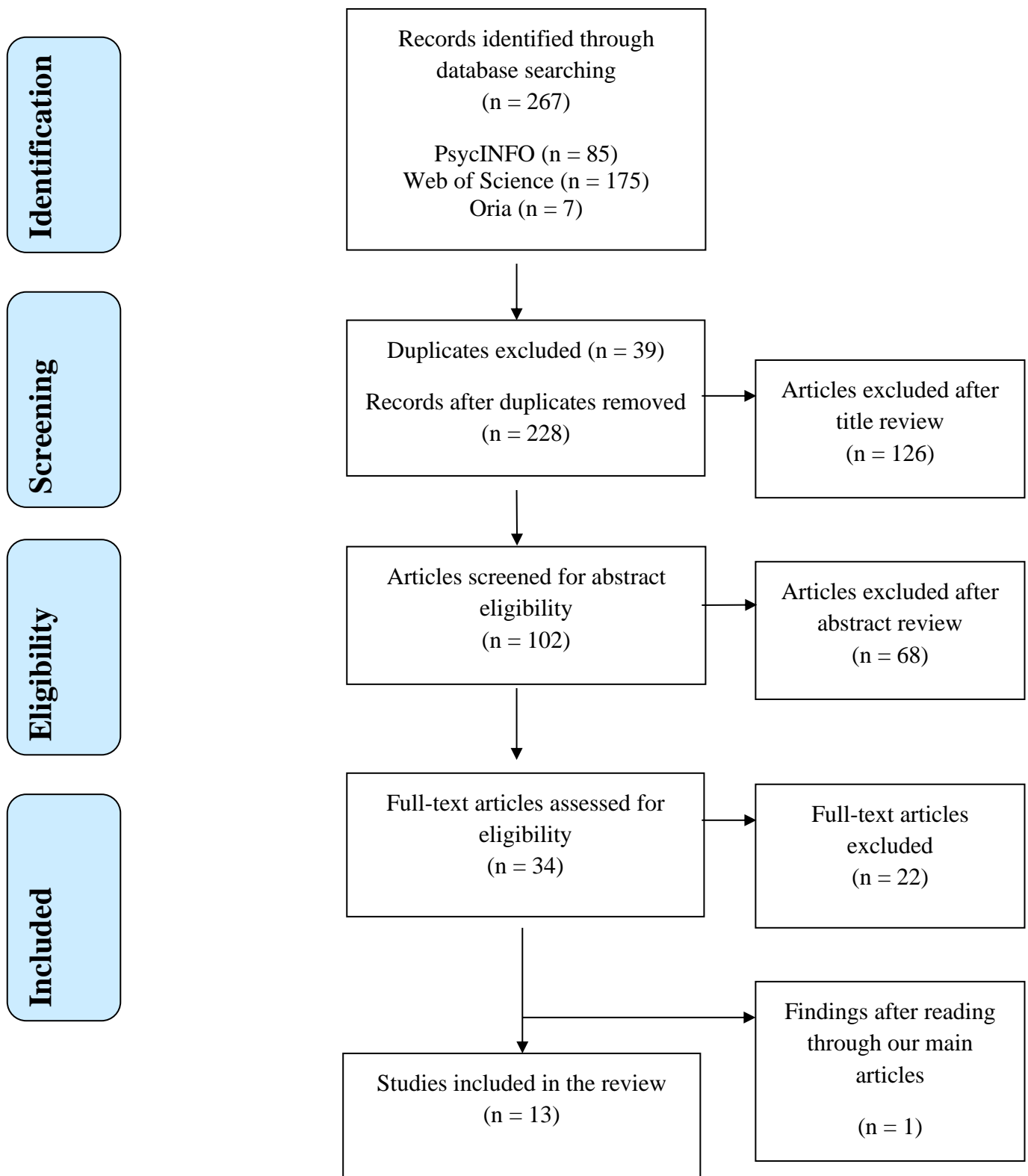
Timeline: 2000 to 2019

Search strategy: PsycInfo & Web of Science

Thematic filters: Trauma informed care, violence & children

| ”Trauma informed care” | Violence | Children |
|--|--|---|
| ”Trauma informed care” OR “Trauma informed intervention” | Violence OR Maltreat* OR Abuse* OR Neglect* | Child* OR Boy* OR Girl* OR Minor* OR Teenager* OR Youngster* OR Adolescen* OR Youth* |

Vedlegg 4: PRISMA Flow Chart



Vedlegg 5: Søkestrategi fra en database

Search History Web of Science Core Collection ▼

Save History / Create Alert Open Saved History

| Set | Results | | Edit Sets | Combine Sets <input type="radio"/> AND <input type="radio"/> OR Combine | Delete Sets Select All <input checked="" type="checkbox"/> Delete |
|-----|-----------|---|-----------|---|---|
| # 4 | 175 | #3 AND #2 AND #1 <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=2000-2019</i> | Edit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| # 3 | 1,326,297 | (TS=(Child* OR Boy* OR Girl* OR Minor* OR Teenager* OR Youngster* OR Adolecen* OR Youth*)) AND LANGUAGE: (English) AND DOCUMENT TYPES: (Article) <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=2000-2019</i> | Edit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| # 2 | 265,419 | (TS=(Violence OR Maltreat* OR Abuse* OR Neglect*)) AND LANGUAGE: (English) AND DOCUMENT TYPES: (Article) <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=2000-2019</i> | Edit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| # 1 | 427 | (TS=("Trauma informed care" OR "Trauma informed intervention")) AND LANGUAGE: (English) AND DOCUMENT TYPES: (Article) <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=2000-2019</i> | Edit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="radio"/> AND <input type="radio"/> OR Combine | Select All <input checked="" type="checkbox"/> Delete |

Vedlegg 6: Sammendrag av hovedfunn over inkluderte artikler

| Artikkel- forfatterne, år | Land | Tittel | Hovedmål | Innhold | | | | |
|--------------------------------------|------|---|--|--|---|--|--|---|
| | | | | Metode/Design | Respondenter | Navn på program/ valg av verktøy | Hoved resultat | Begrensninger av studiene fremhevet av artikkel- forfatterne |
| 1. Baker, C. N. (et al., 2016) | USA | Development and Psychometric Evaluation of the Attitudes Related to Trauma- Informed Care (ARTIC) Scale | Undersøker utviklingen av kartleggingsve rktøyet ARTIC for å vurdere profesjonelles holdninger til traumebevisst omsorg. | Kvantitativ metode (spørreundersøkelse) | Profesjonelle (N=760) 83% kvinner, 92% var kaukasisk. Innfødte amerikanere (97%) og ikke-innfødte (3%). 96% fullført skole. Jobbroller: Administrator (21%), primærterapeut (16%), direkteomsorgspersonell (15%) og direktørveileder (11%). Jobbstilling: Samfunnsorganisasjoner (28%), skoler (12%), klinikker for mental helse (10%), og innen en rekke administrative systemer, inkludert familie/sosiale tjenester (20%), ideelle organisasjoner (18%), myndigheter (14%), og skoler (10%). (91%) hadde muligheter for ansikt til ansikt kontakt med brukere. (57%) hadde tidligere deltatt i trening. | Attitudes Related to Trauma- Informed Care (ARTIC) Scale. | Som et resultat mener artikkelforfatterne at ARTIC gir psykrometriske pålitelighet og gyldighet for å evaluere traumebevisst omsorg. Studien fant også at ARTIC direkte og effektivt evaluerer holdningene til tjenesteleverandører. Dette gjennom deres daglige samspill med brukere om hvordan organisasjonene omfavner tiltaket traumebevisst omsorg. | Studien fant at ARTIC ikke måler atferd i samsvar med traumebevisst omsorg. Studievalget var også begrenset i mangfold, spesielt relatert til kjønn, etnisitet og utdanningsnivå. Videre baserte også studien seg på individer som allerede var interessert i traumebevisst omsorg, noe som kan ha påvirket svarresultatene. |

| | | | | | | | | |
|--------------------------------|-----|--|---|---|--|---|---|---|
| 2. Lang, J. M. (et al., 2016) | USA | Building Capacity for Trauma-Informed Care in the Child Welfare System: Initial Results of a Statewide Implementation | Undersøker implementeringen av CONCEPT og evaluerer resultatene. | Kvantitativ metode (spørreundersøkelse) | Profesjonelle (N=454) 45% gjennomførte undersøkelsen 1 året, og 47% fullførte undersøkelsen 3 året. Utdanning: 2% doktorgrad, 13% lisensierte master, 36% master, 48% bachelor eller lavere. Rolle: 3% direktører, 26% ledere, 57% saksbehandlere, 14% andre. Barnevernssektor: 21% inntak og disposisjon, 32% pågående tjeneste, 7% ressursgruppe, 9% adopsjonstjeneste, 6% administrasjon og kvalitetsforbedring, 8% barnevernsfasilitet, 17% andre. | The Connecticut Collaborative on Effective Practices for Trauma (CONCEPT). Trauma System Readiness Tool (TSRT). | De første resultatene fra de første to årene av CONCEPT-implementeringen viser at det er gjort betydelige forbedringer i rangeringer av traumebevisst kunnskap, holdninger og praksis på tvers av Connecticuts barnevernsstyrke. Disse forbedringene ble funnet på nesten alle kategoriene som ble vurdert. Studien antyder derfor en organisatorisk og kulturell endring ved å omfavne traumebevisst omsorg. | Et av studiets begrensninger var at svarprosenten blant profesjonelle var under 50%, og det er mulig det foreligger en responskjevhet (f.eks. de som var interessert i traumer hadde større sannsynlighet for å svare). En annen begrensning var at det ikke var mulig å analysere de relative effektene av individuelle programkomponenter (f.eks. traumascreeing og formidling av EBPer) på utfall på systemnivå. En tredje begrensning var at evalueringsdata ble egenrapporter av barnevernspersonell og inkluderte ikke uavhengige mål for praksisendring (f.eks. antall henvisninger) eller data om barn for å avgjøre om forbedringer i traumebevisst omsorg resulterte i bedre resultater hos barn og familier. |
| 3. Kenny, M. C. (et al., 2017) | USA | Implementation and program evaluation of trauma-informed care training across state child advocacy centers: An exploratory study | Diskuterer effekten og verdien av opplæring i traumebevisst omsorg. | Kvantitativ metode (spørreundersøkelse) | Profesjonelle (N=203) 17% menn og 83% kvinner. 54% kaukasisk, 23% latinske, 21% afroamerikanske. Utdanning: 11% videregående skole, 6% tilknyttede selskaper, 50% bachelor og 33% utdannet. | Trauma-Informed Care Questionnaire (TICQ) og Training Reaction/Satisfaction. | Som et resultat viser studien at deltakere som hadde opplevd tidligere traumebevisst omsorgs trening hadde betydelig høyere etter-test resultat enn sine kolleger som ikke hadde opplevd den samme treningen. Deltakere som ble trent mer enn to ganger i året, hadde betydelig høyere score enn | Et av studiets begrensning var at noen undergrupper var små. Studien fant at et større nasjonalt representativt utvalg ville vært en fordel. En annen begrensning som kommer frem i studien er at kunnskapsinnhenting ikke tilsvarende atferdsendring. Videre brukte denne studien et verktøy som var spesielt utviklet for dette prosjektet, da |

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----|---|--|---|--|--|---|---|
| | | | | | | | de som bare ble trent to ganger i året. Et annet resultat var at deltakerne hadde lignende nivå av grunnleggende kunnskap om spørreskjemaet vedrørende traumebevisst omsorg. | det var svært få eksisterende tiltak for samme formål. |
| 4. Connell, C. M. (et al., 2019) | USA | Enhancing Capacity for Trauma-informed Care in Child Welfare: Impact of a Statewide Systems Change Initiative | Studierer effekten av CONCEPT i barnevernet etter implementering. | Kvantitativ metode (spørreundersøkelse) | Profesjonelle (N=188) Hvor lenge de hadde jobbet i barnevernet økte fra gjennomsnittlig 13år til 15år i år 5 av forskningen. 3-5% direktør/ administratorroller, 25-35% i leder- eller tilsynsroller, 52-58% i saksbehandler eller kliniske roller, og 9-16% i andre roller som saksbehandler, konsulent eller medisinske tjenester. | The Connecticut Collaborative on Effective Practices for Trauma (CONCEPT). | Et resultat av denne studien er at det har skjedd et merkbart kulturelt skifte mot å omfavne traumebevisst omsorg som en grunnleggende verdi. Alle ansatte hadde også merket et visst nivå av endring på samfunnsnivå, i praksis og gjennom veiledning. | Studien fant en svarprosent på 33-50% i tillegg gav egenrapportering en svakhet for sammenheng mellom individ og system. En annen begrensning var at studien var avhengig av egenrapportering for å vurdere oppfatninger av traumebevisst omsorg på individ og systemnivå. |
| 5. Bartlett, J. D. (et al., 2016) | USA | Trauma-Informed Care in the Massachusetts Child Trauma Project | Studien ser på hvilke forbedringer i traumebevisst omsorg som rapporteres av traumebevisste lederskaps team, senior ledere og klinikere etter ett års engasjement i MCTP prosjektet. | Kvantitativ metode (spørreundersøkelse) | Barn (n=326), Klinikere (n=190), TILT (n=32), Senior ledere (n=25) Totalt: (N=573) Barns gjennomsnittsalder 10 år. 56% jenter og 44% gutter. 40% bodde hos foreldrene, 19% med andre familiemedlemmer, 18% i vanlig fosterhjem, 8% i behandlings fosterhjem, 9% bodde i behandlingsbolig. 40% gikk på psykotrope medisiner. Traumebevisste lederteam (TILT): 81% var kvinner. Roller: direktør (n=2), kliniske ledere (n=10), | Massachusetts Child Trauma Project (MCTP). Learning collaborative (LC) | Funnene var lovende og traumebevisst omsorg ser ut til å forbedre samarbeidet mellom systemene. Studien fant foreløpige bevis på en fremgang av MCTPs sine fire prosjektmål. Flere av tjenestene rapporterte om fordeler ved trening i barnetraumer. Et videre resultat var at deltakelse av traumebevisst evidensbasert praksis gav signifikant reduksjon i symptomer for gjenopplevelse eller opphisselse. Omsorgspersoner av barn | Studien kunne ikke identifisere et eksisterende og validert verktøy for å vurdere systematiske forbedringer i traumebevisst omsorg. Studien samlet heller ikke inn data om troverdighet. |

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|-----|--|---|---|---|-----------|---|--|
| | | | | | <p>programledere (n=6), ledere (n=4), veiledere (n=6), sosionomer (n=3) og en adopsjonsarbeider. Senior ledere (SL): 70% var kvinner. Nesten alle var i en lederrolle hos byrået deres og syv hadde ansvar for å føre tilsyn med flere team.</p> <p>Klinikere: 77% med master og 10% doktorgrad.</p> <p>Representerte 20 byråer for psykisk helse og flere fagområder: 45% psykologi, 40% sosialt arbeid, 14% andre.</p> <p>46% hadde opptil 5 års erfaring, 23% 6-10 års erfaring, 20% 11-20 års erfaring, 10% hadde 21-30 års erfaring og to stykker hadde 31 år eller mer.</p> <p>79% var kaukasiske, 9% spanske/latinske, 6% afroamerikanske og 8% annet.</p> | | rapporterte færre atferdsproblemer hos barna. | |
| 6. Bassuk, E. L. (et al., 2017) | USA | Developing an Instrument to Measure Organizational Trauma-Informed Care in Human Services: The TICOMETER | Undersøker utvikling av kartleggingsverktøyet TICOMETER, på et organisatorisk nivå. | Kvantitativ metode (spørreundersøkelse) | Profesjonelle (N=424) Et ekspertpanel og en forskeransatt anbefalte 424 tjenesteleverandører som representerte 68 organisasjoner til å delta i undersøkelsen. | TICOMETER | Studiens resultater fant sterke bevis på at spørsmålene som målte de fem kategoriene i TICOMETER tilsvarte med høy gyldighet. | Studien fant at det kan foreligge skjevhet i utvalget, og dette kan påvirke parameterestimater og redusere generaliserbarheten. En annen begrensning er at brukererfaring måles ikke direkte av dette verktøyet. |

| | | | | | | | | |
|-------------------------------|-----|---|---|---|--|--|--|--|
| 7. Watt, T.T. (2017) | USA | Paradigm Shifts Don't Come Easy: Confrontations between the Trauma Perspective and the DSM in Mental Health Treatment for Abused and Neglected Children | Studien identifiserer spesifikke konflikter mellom traumer og Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) perspektiver. | Kvantitativ metode (casestudie) | (N=1622) Profesjonelle (n=10) Statens og fylkets barneverns ansatte, administratorer og klinkere. Barn (n=1612) data innhentet fra barn i omsorg fra Superior Healthplan. 47% var barn i alder fem år og yngre. 33% var barn i alder 6-11år. 20% var ungdom. | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) og traumebevisst omsorg. | Det overordnede funnet av utredningen er at traumer ikke er formelt innlemmet i atferdshelsebehandlingsprotokollen, uavhengig av om barn ble tjent med DSM eller den nye integrerte tilnærmingen til omsorg. Selv i de mest progressive delstatene har det blitt bemerket at de aller fleste barn ikke mottar de traumebevisste tjenestene de trenger. | Studiens påpeker at det var tydelige begrensninger i både omfang og metode. Dataene fra studien kommer fra en enkel by, fokuserte på familieomsorg og beskriver praksis fra et få tall tilbydere. Studien fant også verktøy som ikke samler informasjon om barnets traume. |
| 8. Kuhn, T. M. (et al., 2019) | USA | Installing Trauma-Informed Care Through the Tennessee Child Protective Services Academy | Child Protective Services (CPS) Academy var designet for å utstyre medlemmer av barnevernets arbeidskraft med kunnskap som kan hjelpe dem med å takle traumer i barns og familiers liv. | Kvantitativ metode (spørreundersøkelse) | Profesjonelle (N=205) 12% menn & 88% kvinner. Utdanning: 85% bachelor, 15% og master. Ansettelsesvarighet ved barneavdelingen: 18% <1 år, 50% 1-5 år, 11% 6-10 år og 21% > 10 år. | The Child Protective Services (CPS) Academy. | Resultatene fra denne studien viste en høy respons av tilfredshet av læreplanen og deltakere hadde en signifikant forbedring av traume kunnskap. Det forekom ingen forskjeller i utdanningsnivå eller hvor lenge de har vært ansatt. | Studien fant manglende evne til å sammenligne de ansatte som deltok opp mot dem som ikke deltok på CPS Academy. Data ble også rapportert selv fra deltakerne på treningen og ble generert ved hjelp av verktøy som hadde dårlig intern pålitelighet og ukjent gyldighet. Videre var ikke studien i stand til å vurdere den brede effekten av CPS Academy ved å følge deltakerne over tid, måle deres praksis på feltet eller vurdere effektene av trening på arbeidsstyrkenes motstandskraft (f.eks. redusert omsetning eller forbedret stillingsevne). På samme måte klarte studien heller ikke å undersøke akademiets direkte innvirkning på resultater av barn og familie |
| 9. Bartlett, J. D. (et al., | USA | Implementation of Trauma | Undersøker implementerin | Kvantitativ metode (spørreundersøkelse) | (N=250) Profesjonelle: (n=118) | Trauma systems therapy-Foster | Studiens resultater gir en foreløpige bevis på at TST- | Studien manglet bevis på hvilke typer mennesker som |

| | | | | | | | | |
|-------------------------------|-----|---|--|---|---|---|--|---|
| 2018) | | Systems Therapy- Foster Care in child welfare | g av TST-FC, for å dekke det emosjonelle behovet til barn i fosterhjem som har opplevd traumatiske hendelser. | | 87% kvinne, 88% ikke-spanske hvite; 9% ikke-spanske svarte, 3% annet. Aldersgruppe: 16% <30 år, 63% 31-49 år, 20% 50 år + Leverandører av mental helse: (n=21) 79% Kvinne, 68% ikke-spanske hvite; 21% ikke-spanske svarte, 11% annet. Aldersgruppe: 37% <30 år, 32% 31-49 år, 32% 50 år + Fosterforeldre: (n=111) 62% var kvinne. 86% ikke-spanske hvite, 6% ikke-spanske svarte, 5% annet. Aldersgruppe: 2% <30 år, 55% 31-49 år, 43% 50 år + | care (TST-FC) | FC er en gjennomførbar tilnærming for å forbedre et offentlig barnevernbyrås kapasitet til å gi traumebevisst omsorg til barn og deres familier. | behandles, personalets kvalifikasjoner og demografi. Det forelå heller ingen kontrollgruppe som kunne se på virkningen av tiltakene. Svarprosenten var ganske lav og det kan derfor foreligge en skjevhet av respondentene. Videre kunne ikke studien vurdere endringer i foreldreferdighetene, bare endringer i fosterforeldrenes kunnskap og holdning. |
| 10. Murphy, K. (et al., 2017) | USA | Trauma-informed child welfare systems and children`s well- being: A longitudinal evaluation of KVC`s bridging the way home initiative | Undersøker i hvilken grad implementering av traumebevisst omsorg i et barnevernssystem fremmet positive resultater for barn. | Kvantitativ metode (kvasi-eksperimentell) | Barn (N=1499). Gjennomsnitt alder var 12 år. 54% var jenter. 59% av barna var kaukasiske, 23% var afroamerikansk, 8% var spanske og 11% annet. Årsaker til at barn ble fjernet fra omsorgspersonene gjaldt egen eksternaliserende atferd (33%) så vel som en rekke mishandlingsopplevelser: omsorgssvikt (28%), fysisk mishandling (23%), emosjonelt overgrep (18%) og seksuelle overgrep (9%). De aller fleste barn (95%) hadde kommet inn | Trauma-informed intervention model (Trauma Systems Therapy-TST) | Økninger i barns eksponering for TST var assosiert med betydelig større forbedringer i funksjon og atferdsregulering. Et annet resultat var at barnets omsorgsteam viste til økninger i barns eksponering for TST og at det var assosiert med betydelig større forbedringer i funksjon, atferdsregulering, affektregulering og plasseringstabilitet. Funnene varierte på tvers av hvordan omsorgsteamene eksponerte barna for TST og det | Studien hadde en manglende evne til tilfeldig å tildele barn til å motta eller ikke motta TST. Dette begrenser studiens evne til å identifisere om eksponering for TST forårsaket de observerte forbedringene i barnets utfall. En annen begrensning i studien var at TST ikke kunne måle barns eksponeringsnivå og de måtte derfor stole på profesjonelle og fosterforeldres troverdighetsvurdering. I tillegg til å stole på en fullmakt som studien opprettet som var basert på hvor lang tid det hadde gått siden den enkelte hadde fått |

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|-----|---|---|---|--|---|--|--|
| | | | | | på KVC for første gang. | | antynes at ferdighetene og evnene hos individer på tvers av barns omsorgsteam kan påvirke barn ulikt for å styrke deres trivsel | opplæring i TST. |
| 11. Ghafoori, B. (et al., 2019) | USA | Predictors of Treatment Initiation, Completion, and Selection Among Youth Offered Trauma-informed Care | Undersøker faktorer med igangsetting, fullføring og valg av traumebevisst omsorgsbehandling. | Kvantitativ metode (spørreundersøkelse) | Barn/ungdom (N=128) Gjennomsnitt alder var 12 år. 40% var gutter. 62% identifiserer seg selv som latinsk, 13% var kaukasisk, 9% afroamerikanske, 2% asiatiske og 14% annet. 26% hadde opplevd seksuelle overgrep/fysiske overgrep, 37% rapporterte vold i hjemmet, 23% rapporterte om andre overgrep, og 15% rapporterte om traumatisk tap. 31% ble kategorisert som en del av gruppen uten behandlingsinitiering. 70% ble kategorisert som en del av behandlingsinitieringsgruppen. | Trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT) og Child-Centered Therapy (CCT). | Resultatene i denne studien viste til ingen forskjell hva gjaldt alder, kjønn, etnisitet, type traume og symptomer. Imidlertid så de at de barna som fikk tilbudt TF-CBT hadde større sjanse for å fullføre behandlingen. Det kom også frem at de barna med høyere ytre symptoer hadde mindre sannsynlighet for å få TF-CBT av sin klinker. Resultatene bekrefter nødvendigheten av å arbeide med traumebevisste behandlinger for de som har opplevd vold. | Det var bare 55 av 128 barn og unge som fullførte behandlingen, og studien kunne ikke vurdere troskap til de traumebevisste behandlingene. Studien var også begrenset i den forstand at de ikke inkluderte et standard traume vurdering av de sårbare barna. |
| 12. Barto, B. (et al., 2018) | USA | The impact of a statewide trauma-informed child welfare initiative on children's permanency and maltreatment outcomes | Sammenlignet frekvensene av plasseringsstabilitet og tilbakefall av mishandling. Hva gjaldt barnevernstjenester som hadde implementer | Kvantitativ metode (sammenligningsstudie) | Barn/ungdom (N=91 235) Totalt 55.145 barn i intervensjonsgruppen (Kohort I; nordlige og vestlige områder av staten) og 36.108 i sammenligningsgruppen (Kohort II; Boston og sørlige deler av staten). 50% var kaukasisk, 15% afroamerikansk, 5% var | The Massachusetts Child trauma project (MCTP). | Studien antyder en positiv effekt av intervensjonen. Det var reduksjoner i mishandling, og studien inkluderte både demografiske variabler og tidligere behandlingstiltak etter tidligere mishandling og barnevernets involvering i seleksjonsmodellen. | Studien kunne ikke identifisere hvilke barn og ungdom i intervensjonsgruppen som fikk klinisk behandling. Studien klarte ikke å undersøke effekter av intervensjonen av faren for å oppleve mishandling eller komme inn på plassering over tid. |

| | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----|---|--|--------------------------------|---|---|---|---|
| | | | MCTP og de tjenestene som ikke hadde det. | | multirasiale, 2% var asiatiske, 0,18% var indianere/ indianere i Alaskan, 0,08% var innfødte Hawaiian og 15% avviste å identifisere deres etnisitet. 26% var spansktalende. På slutten av intervensjonsåret var barn i gjennomsnitt 10 år. | | | |
| 13. Redd, Z. (et al., 2017) | USA | KVC's Bridging the Way Home: An innovative approach to the application of Trauma Systems Therapy in child welfare | Diskuterer utfordringer og muligheter av variasjoner, nøkkelkomponenter og andre faktorer ved implementeringen av TST. | Kvalitativ metode (intervjuer) | (N=169) Totalt 40 fosterforeldre deltok i fem fokusgrupper. Profesjonelle: Totalt 24 dybde semistrukturerte intervjuer ble gjennomført med KVCs administrative ledelse, direktører og ledere for å diskutere overordnede implementeringsplaner, spesifikke opplæringsplaner, og utfordringer og drivere til implementering av TST. Totalt 30 saksbehandlere deltok i 8 fokusgrupper og 25 terapeuter deltok i 8 fokusgrupper. Også 30 familietjenestekoordinatorer deltok i 4 fokusgrupper og 20 boligpersonell deltok i 3 fokusgrupper. | Trauma-informed intervention model (Trauma Systems Therapy-TST) | Studien poengterer et viktig funn hva gjelder en flerårig forpliktelse. Videre rapporterer ansatte og fosterforeldre at konkrete strategier for implementering av TST i deres daglige omsorg for barn samt muligheter til å praktisere disse strategiene er avgjørende for at de skal lykkes med TST. | SAMSHA har tilskrevet å skreddersy behandling for barn. Dette skaper fleksibilitet, men begrenser studiens faglige konsensus for hva det vil si å være traumebevisst. |

Vedlegg 7: Tidstabell over det totale datamaterialet

